

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ  
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΧΑΪΑΣ

Μετέχοντες σπουδαστές :

Καρρά Καλλιόπη  
Κοκοτσή Ευγενία  
Μαγκαφάς Παναγιώτης

Υπεύθυνος καθηγητής :

Δετοράκης Ιωάννης

Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική  
Εργασία από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της  
Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του  
Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

ΠΑΤΡΑ 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4686
----------------------	------

Η τριμελής επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής :

ΠΑΤΡΑ 2005

Στους νεφροπαθείς,  
των οποίων ο καθημερινός  
αγώνας μας έδωσε το έναυσμα  
για τη συγγραφή αυτής της εργασίας

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	viii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	ix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	
1. Τι είναι Νεφρική Ανεπάρκεια	1
2. Αιτιολογία Νεφρικής Ανεπάρκειας	3
3. Στάδια Νεφρικής Ανεπάρκειας – κλινική εικόνα	5
4. Διάγνωση Νεφρικής Ανεπάρκειας	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	
1. Συντηρητική αντιμετώπιση Νεφρικής Ανεπάρκειας – Δίαιτα	10
2. Εξωνεφρική αντιμετώπιση Νεφρικής Ανεπάρκειας με Τεχνητό Νεφρό ή με Περιτοναϊκή Κάθαρση	11
2.1. Αιμοκάθαρση με Τεχνητό Νεφρό (Τ. Ν.)	13
2.1.1. Ιστορική αναδρομή	13
2.1.2. Βασικές αρχές της αιμοκάθαρσης με Τεχνητό Νεφρό	15
2.1.3. Δομή του Τεχνητού Νεφρού	17
2.1.4. Ομοιότητες και διαφορές φυσικού και Τεχνητού Νεφρού	18
2.1.5. Διατροφικές αλλαγές αιμοκαθαρόμενου	19



2.2. Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ. Φ. Π. Κ.)	25
2.2.1. Ιστορική αναδρομή	25
2.2.2. Φυσιολογία της Περιτοναϊκής Κάθαρσης	27
2.2.3. Η μεταφορά ύδατος και διαλυτών ουσιών μέσω του περιτόναιου	28
2.2.4. Επιπλοκές Περιτοναϊκής Κάθαρσης	30
2.2.5. Σύγκριση Περιτοναϊκής Κάθαρσης και Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Με Τεχνητό Νεφρό	31
2.3. Μεταμόσχευση οργάνων	32
2.3.1. Ορισμός μεταμόσχευσης	32
2.3.2. Ιστορική αναδρομή	34
2.3.3. Ηθική διάσταση μεταμοσχεύσεων	43
2.3.4. Θρησκευτική διάσταση μεταμοσχεύσεων	45
2.3.5. Νομική διάσταση μεταμοσχεύσεων	49
2.3.6. Τα υποκείμενα των μεταμοσχεύσεων	51
2.3.7. Μεταμόσχευση νεφρού	60
2.3.8. Συμβατότητα ιστών	67
2.3.9. Τα ανοσοκατασταλτικά μέσα πριν, κατά και μετά τη μεταμόσχευση	68
2.3.10. Δωρεά οργάνων και ιστών	71
2.3.11. Τα προβλήματα των μεταμοσχεύσεων	73
2.3.11.1. Εμπόριο οργάνων	73

2.3.11.2. Κριτήριο ορισμού θανάτου – αφαίρεση οργάνων	76
2.3.11.3. Η επιλογή του λήπτη	79
2.3.11.4. Απόρριψη μοσχεύματος	82
2.3.12. Ιατρική ομάδα – συγγενείς του δότη οργάνων. Ηθικός προβληματισμός – συναισθηματική φόρτιση	84
2.3.13. Συντονιστές μεταμόσχευσης	88
2.3.14. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε. Ο. Μ.)	89
2.3.14.1. Στρατηγική (Ε. Ο. Μ.)	92
2.3.15. Οικονομική διάσταση μεταμοσχεύσεων	96

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

1. Επιπτώσεις Νεφρικής Ανεπάρκειας στη ζωή του ασθενούς	98
1.1. Συναισθηματική αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας	98
1.2. Φάρμακα νεφροπαθούς	105
1.3. Ψυχολογική προετοιμασία του νεφροπαθούς που φτάνει στο Τεχνητό Νεφρό	107
1.4. Τα νευρο-ψυχο-κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα των νεφροπαθών	109

1.5. Νευρολογικά και ψυχολογικά προβλήματα των νεφροπαθών του Τεχνητού Νεφρού	110
1.5.1. Νευρολογικά προβλήματα	110
1.5.2. Ψυχολογικά προβλήματα	112
1.5.3. Κατάθλιψη νεφροπαθών	113
1.6. Ψυχολογικά συμπτώματα οφειλόμενα στην αιμοκάθαρση	115
1.7. Επίδραση της μακρόχρονης επαφής γιατρού – προσωπικού και πάσχοντος	117
1.8. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών	118
1.9. Η εξάρτηση από το μηχάνημα	120
1.10. Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του νεφροπαθούς	121
2. Οικογένεια και Νεφρική Ανεπάρκεια	122
2.1. Συναισθηματικές αντιδράσεις οικογένειας με χρόνια ασθενή	122
2.2. Ψυχολογικοί τύποι οικογένειας με χρόνια ασθενή	124
2.3. Παιδί με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια	128
2.3.1. Παιδί και Νεφρική Ανεπάρκεια	128
2.3.2. Έφηβος και Νεφρική Ανεπάρκεια	133
2.3.3. Γονείς και παιδί με Νεφρική Ανεπάρκεια	136

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ – ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1. Γενικές διατάξεις που αφορούν τους νεφροπαθείς	139
1.1. Πρόγραμμα επιδότησης νέων θέσεων εργασίας	140

1.2. Προστατευόμενα πρόσωπα	144
1.3. Εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες (Α. Μ. Ε. Α.)	146
1.4. Αύξηση προνοιακών επιδομάτων	148
1.5. Αύξηση διατροφικού εισοδήματος	149
1.6. Μέτρα κυκλοφορίας οχημάτων	151
1.7. Τέλη κυκλοφορίας	152
1.8. Λογαριασμοί Ο.Τ.Ε.	153
1.9. Διατάξεις μεταμόσχευσης	156
2. Ειδικές διατάξεις κατά ταμείο	157
2.1. Ίδρυμα κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)	157
2.2. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.)	165
2.3. Κλάδος υγείας του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών	167
2.4. Κανονισμός παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)	169
2.5. Ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων Αθήνας (Τ.Π.Δ.Α.)	172
3. Κρατική Μέρμνα	173

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΙΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ  
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

1. Στατιστικά Δεδομένα	174
1.1. Διεθνή δεδομένα	179

2. Στοιχεία κόστους αιμοκάθαρσης	182
----------------------------------	-----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

1. Παρέμβαση στην κρίση της χρόνιας ασθένειας	190
2. Καθήκοντα Κοινωνικού Λειτουργού (Κ.Λ.) σε νοσοκομειακό πλαίσιο	194
3. Η φροντίδα του ασθενούς σε ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο	199
4. Η φροντίδα του ασθενούς στην τελική φάση της ζωής του	203
5. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια	207
6. Ηθικές αρχές του Κοινωνικού Λειτουργού	209
7. Η επαγγελματική εξουθένωση του Κοινωνικού Λειτουργού (Burn Out)	211
7.1. Ορισμός του Burn Out	211
7.2. Αίτια και επιπτώσεις του Burn Out	213
7.3. Πρόληψη και αντιμετώπιση του Burn Out	215

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII : ΕΡΕΥΝΑ

1. Εισαγωγή	217
2. Υλικό και μέθοδος	217
2.1 Χρονοδιάγραμμα της έρευνας	218
2.2 Πληθυσμός – Δείγμα της έρευνας	219

2.3 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου	219
2.4 Ερωτηματολόγιο	219
3. Αποτελέσματα της έρευνας	225
4. Συμπεράσματα	242
5. Προτάσεις	245

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### I ΠΙΝΑΚΕΣ

### II ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά για την πολύπλευρη υποστήριξη και ενθάρρυνσή του, τον κ. Γεώργιο Ιωαννίδη, Διευθυντή της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας του Γ.Ν. Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» για το υλικό που μας βοήθησε να συγκεντρώσουμε σχετικά με το νομικό κομμάτι και την προτεινόμενη βιβλιογραφία του.

Επίσης, την κα. Ασπασία Τσάκα, κοινωνική λειτουργό του Π.Γ.Ν.Π., για τις πολύτιμες συζητήσεις και ανταλλαγές προβληματισμών σε θέματα που έχουν σχέση με τους νεφροπαθείς και για το προσωπικό υλικό που μας διέθεσε.

Ακόμα, ευχαριστούμε τα νεφρολογικά τμήματα των δύο μεγάλων νοσοκομείων του Νομού Αχαΐας, του Π.Γ.Ν.Π. και του Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», για τη συνεργασία τους στην πραγματοποίηση της έρευνάς μας για την διεξαγωγή της πτυχιακής.

Τέλος τον κ. Ιωάννη Δετοράκη, υγειονολόγο, που υπήρξε σύμβουλος και εποπτεύων καθηγητής μας, για την υπομονή και τη δημιουργική εμπλοκή του στη συγγραφή της πτυχιακής μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αφετηρία των προβληματισμών και των απόψεων που εκτίθενται στις σελίδες αυτής της πτυχιακής αποτελεί η προσωπική εμπλοκή δύο εκ των σπουδαστών και συγγραφείς της τελευταίας, με ασθενείς που βρίσκονταν σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς συγκυριακά εξέτισαν εργαστηριακές πρακτικές (ο ένας και εξαμηνιαία) στο νοσοκομείο του Ρίου.

Υπήρξε για μας ανεκτίμητη επιστημονική και ανθρώπινη εμπειρία η συμμετοχή μας στα προγράμματα της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, με την καταγραφή συνεντεύξεων ασθενών τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, γεγονός που μας κέντρισε το ενδιαφέρον να ασχοληθούμε με τη συγκεκριμένη ομάδα και στην πτυχιακή μας θέλοντας να μάθουμε περισσότερα πράγματα για αυτούς και την ασθένεια τους, αλλά και το κατά πόσο είναι οι ίδιοι ενήμεροι των παροχών που δικαιούνται.

Μας βοήθησαν σε αυτήν την ενασχόληση επιστημονικές εμπειρίες και από άλλους χώρους που βρεθήκαμε κατά τη διάρκεια εργαστηριακών πρακτικών, καθώς και πολλά από τα βιβλία που διδαχτήκαμε όσο ήμασταν στη σχολή, κομμάτια των οποίων έχουν ενταχθεί και στη βιβλιογραφία μας. Όσον αφορά τους προαναφερθέντες χώρους πρακτικής, μπορεί να διαφέρουν και μεταξύ τους και ως προς το αντικείμενο που επιλέξαμε για την πτυχιακή μας, αλλά έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό : ορθώνεται μπροστά σε όλους τους εμπλεκόμενους σε αυτά ανθρώπους, απειλητικό το «φάντασμα» του κοινωνικού αποκλεισμού, η ύπαρξη του οποίου μας ευαισθητοποίησε και κατηύθυνε την προσοχή μας στην πραγματικότητα της ομάδας των νεφροπαθών.



Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του τι είναι νεφρική ανεπάρκεια, ποια τα στάδια αυτής και πως μπορεί να διαγνωσθεί. Το δεύτερο κεφάλαιο έχει να κάνει με τη θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας, όπου αναφέρουμε διεξοδικά όλες τις μεθόδους υποκατάστασης. Στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο ασχολούμαστε με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας και πως επηρεάζουν τον νεφροπαθή, αλλά και την οικογένειά του. Στο τέταρτο κεφάλαιο έχουμε συγκεντρώσει όλη την κρατική νομοθεσία σχετικά με την νεφρική ανεπάρκεια και τα Α.Μ.Ε.Α. ως γενικές διατάξεις και κατά ταμεία ξεχωριστά. Αμέσως μετά στο πέμπτο κεφάλαιο εκθέτουμε στατιστικά δεδομένα και στοιχεία κόστους της αιμοκάθαρσης και τελειώνουμε με το έκτο κεφάλαιο και το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στη φροντίδα του ασθενή και στην οικογένειά του.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

## 1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Οι παθήσεις των νεφρών είναι από τις πιο σοβαρές ασθένειες, επειδή η λειτουργία τους είναι ζωτική για όλο το σύστημα. Η λειτουργία τους δεν περιορίζεται μόνο στην απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών, αλλά παράγουν και ορμόνες που επηρεάζουν τη δομή των οστών, την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Ακριβώς επειδή η λειτουργία τους είναι πολύπλευρη, τα νεφρά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε ερεθισμούς και μολύνσεις από όλων των ειδών τις μολύνσεις.

«Η Νεφρική Ανεπάρκεια ορίζεται σαν το τελικό στάδιο της νεφρικής λειτουργίας, στο οποίο οι νεφροί δεν μπορούν να διατηρήσουν την ακεραιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού». (Papper, 1981, σελ.83).

Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, συγγενής ή επίκτητη, μόνιμη ή ανατάξιμη. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α.) ονομάζεται η νεφρική ανεπάρκεια που εμφανίζεται ξαφνικά – απότομα, ενώ όταν παρουσιάζεται προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας ονομάζεται χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.). (Μαγιοπούλου – Συμβουλίδου, 1993).

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α.) είναι το σύνδρομο εκείνο που χαρακτηρίζεται από μια απότομη ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας που οδηγεί σε αναστολή της επιτέλεσης των λειτουργιών της ομοιόστασης. Η ομοιόσταση είναι η σταθερή κατάσταση του εσωτερικού

περιβάλλοντος, που επιτρέπει στον ανθρώπινο οργανισμό να ζει ανεξάρτητα και ελεύθερα. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι κατά κύριο λόγο δευτεροπαθής, δηλαδή είναι αποτέλεσμα άλλων διαταραχών, μπορεί να προκληθεί από μαζική απώλεια αίματος, όπως μετά από τροχαία ατυχήματα ή κατά τη διάρκεια μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων. Μπορεί επίσης να προκληθεί από σοβαρά εγκαύματα ή από δηλητηρίαση με ορισμένα φάρμακα. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται επείγουσα αντιμετώπιση, η οποία μπορεί να απαιτείται μόνο προσωρινά, έως ότου περάσει το οξύ επεισόδιο. Μετά από αυτό οι νεφροί μπορεί να ανακτήσουν τη φυσιολογική τους δραστηριότητα.(www.eom.gr)

Όσον αφορά την αιτιολογία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αναφερόμαστε παρακάτω.

## 2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.) η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας επισυμβαίνει προοδευτικά και οι βλάβες είναι μόνιμες, μη αναστρέψιμες.

Οι αιτίες που μπορούν να παραβιάσουν την νεφρική λειτουργία και να προκαλέσουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι πολλές. Τις αιτίες αυτές μπορούμε να τις κατατάξουμε αναλόγως με το αν τα νεφρά είναι τα όργανα που σχεδόν αποκλειστικά προσβάλλονται ή αν υπάρχει συμμετοχή και άλλων συστημάτων και οργάνων. Έτσι η κατάταξη έχει ως εξής:

- Νοσήματα που προσβάλλουν κυρίως τους νεφρούς : Από συγγενείς ή κληρονομικές παθήσεις συχνότερη είναι η πολυκυστική νόσος των νεφρών στους ενήλικες και η κυστική νόσος του μυελού στα παιδιά. Ακολουθούν συγγενείς δυσγενεσίες, αγενεσίες ή δυσπλασίες. Στις ενδιάμεσες νεφροπάθειες περιλαμβάνονται οι νεφροπάθειες από νεφροτοξικές ουσίες με συχνότερη σε ορισμένα κράτη (Σουηδία, Ελβετία, Αυστραλία) τη νεφροπάθεια από αναλγητικά. Επίσης εδώ ανήκουν η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα και χρόνια πυελονεφρίτιδα.
- Νοσήματα που προσβάλουν κι άλλα όργανα : Τέτοια νοσήματα είναι ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η αμυλοείδωση, το αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, η οξώδης πολυαρτηρίτιδα, η κακοήθης υπέρταση και η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

- Μεταβολικά νοσήματα : Ο σακχαρώδης διαβήτης, η κυστίνωση και η οξάλωση (που είναι σπάνιες ασθένειες) και κάποιες ουρολογικές παθήσεις όπως για παράδειγμα η υπερτροφία του προστάτη. Επίσης σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.) μπορούν να καταλήξουν κάποια νεοπλασματικά νοσήματα. Σπανιότερη είναι η σχετική με το AIDS νεφροπάθεια, η δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.α. (Μαγιοπούλου – Συμβουλίδου, 1993)

Οι πρωτοπαθείς νεφρικές νόσοι ως αιτίες νεφροπάθειας στα διάφορα αρχεία καταγραφής νεφροπαθών εμφανίζουν διαφορές συχνότητας μεταξύ χωρών καθώς και διαχρονικές μεταβολές συχνότητας. Στις Η.Π.Α., ήδη πριν το 1990 ο ΣΔ αποτελούσε την πρώτη αιτία νεφροπάθειας με ποσοστά άνω του 30% με δεύτερη την υπέρταση με ποσοστό περί 28%, ενώ οι ΣΝ την τρίτη αιτία με ποσοστά που πλησίαζαν το 15%. Από τη σύγκριση της κατανομής των ασθενών, των αρχείων των χωρών της Ευρώπης προκύπτει ότι το 1990 πρώτη αιτία νεφροπάθειας αποτελούσαν οι ΣΝ, ενώ το 1999 πρώτη αιτία είναι ο ΣΔ. Στη χώρα μας το ποσοστό των νεφροπαθών με αιτία τον ΣΔ κατά το έτος 2000 είναι 26% και αποτελεί πρώτη αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας από το 1997. ( Χατζηκωνσταντίνου Β., 1995).

Τα αίτια όλων των παθήσεων που οδηγούν σε Χ.Ν.Α. εντοπίζονται σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, διαβήτη, υπέρταση και κληρονομικότητα. Η κληρονομικότητα σε συνδυασμό ή όχι με το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη κακή διατροφή, θεωρείται ως το βασικότερο αίτιο της νεφρικής δυσλειτουργίας.

### 3. ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.) οφείλεται όπως είδαμε σε πολλές και πολύμορφες παθήσεις που η καθεμία από αυτές παρουσιάζει διαφορετικά στάδια και πορεία εξέλιξης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η διάγνωση της πάθησης που προκάλεσε τη Χ.Ν.Α., καθώς και να διακριθεί η εξελικτική πορεία της ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Μπαρμπαλιά Γ.Α. (1987), υπάρχουν κάποια στάδια από τα οποία θα διέλθει η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και τα οποία είναι τα εξής :

- **Στάδιο μείωσης της νεφρικής εφεδρείας.**  
Η συνολική νεφρική λειτουργία είναι ελαφρά ή μέτρια μειωμένη (μέχρι κατά 50% του φυσιολογικού), όμως οι απεκκριτικές και οι ρυθμιστικές λειτουργίες του νεφρού είναι ακόμα επαρκείς (άθικτες) έτσι ώστε να διατηρούν σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα και κατά κανόνα αγνοεί το πρόβλημά του.
- **Στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας.**  
Σε αυτό το στάδιο εμφανίζονται ενδείξεις διαταραχής της ικανότητας του νεφρού να διατηρεί σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον (μείωση έως 25 – 50% του φυσιολογικού). Η διαταραχή αυτή θα γίνει εμφανής όταν παρουσιαστεί κάποια επιπλοκή που θα προκαλέσει μείωση της νεφρικής λειτουργίας και εκδήλωση αυτής της διαταραχής. Σε αυτό το στάδιο ο

ασθενής παρουσιάζει νυκτουρία, μικρή αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης και πιθανότατα υπέρταση και ήπια αναιμία.

- **Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.**  
Στο στάδιο αυτό η νεφρική λειτουργία έχει επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε οι παρατηρούμενες διαταραχές του εσωτερικού περιβάλλοντος να είναι χρόνιες και επίμονες, βαριές και μη αναστρέψιμες. Ο ασθενής παρουσιάζει σημαντική αναιμία, νυκτουρία, μεταβολική οξέωση και άλλα.
- **Στάδιο του ουραιμικού συνδρόμου.**  
Σε αυτό το στάδιο εμφανίζεται στον ασθενή ένα σύνολο συμπτωμάτων που προσβάλλουν κυρίως το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό ή το νευρικό σύστημα (μείωση κάτω του 10% του φυσιολογικού).

Η πορεία της νεφρικής λειτουργίας δεν αποκλείει την εκδήλωση επιπλοκών και την εκδήλωση συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, η νεφρική λειτουργία μπορεί να επιδεινώνεται χωρίς να υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις στον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η κλινική εικόνα ποικίλει ανάλογα με το βαθμό της νεφρικής ανεπάρκειας. Στην ήπια και τη μέτρια αντισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα. Όταν η νεφρική δυσλειτουργία περάσει στο στάδιο της μη αντισταθμιζόμενης νεφρικής ανεπάρκειας ή «ουραιμίας» η συμπτωματολογία είναι αρχικά αόριστη όπως κόπωση, αδυναμία, ανορεξία, υπνηλία και ευερεθιστικότητα. Ακόμη όμως και τα πιο βαριά συμπτώματα που τη συνοδεύουν, όπως η ναυτία, τα γαστρεντερικά ενοχλήματα, η μεταλλική γεύση, ο λόξυγκας και ο εμετός, δεν είναι ειδικά. Μετά ακολουθεί η βαριά νεφρική

ανεπάρκεια όπου παρουσιάζεται μείωση της λειτουργίας των νεφρών κάτω του 10% του φυσιολογικού, η οποία οδηγεί στο «ουραιμικό σύνδρομο» και στο ουραιμικό κώμα. Τέλος ακολουθεί η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια του τελικού σταδίου, η οποία βέβαια δεν αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέσα. Για την επιβίωση του νεφροπαθούς είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί μια μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης ή μεταμόσχευσης. (αυτά θα αναλυθούν σε παρακάτω κεφάλαια). (Μαγιοπούλου – Συμβουλίδου 1993, Ζηρογιάννης 1993, [www.eom.gr](http://www.eom.gr))



## 4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Το σύνδρομο της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας δεν αποτελεί παθολογική κατάσταση στατική, αλλά δυναμική που εξελίσσεται, περνώντας διάφορα στάδια που απαιτούν και διαφορετική μεταξύ τους αντιμετώπιση, όπως θα δούμε παρακάτω. Η διάγνωση της στα πρώιμα και στα ενδιάμεσα στάδια πολύ συχνά διαφεύγει. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η λήψη ενός περιεκτικού ιστορικού, η εκτέλεση μιας λεπτομερούς και προσεκτικής φυσικής εξέτασης καθώς και μιας κλινικής εργαστηριακής σημειολογίας.

Τα ερωτήματα στα οποία καλείται ο γιατρός να απαντήσει σε συνεργασία βέβαια με τον ασθενή είναι :

- Αν είναι οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α.) ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.).
- Μήπως υφίστανται παράγοντες επιδείνωσης της Χ.Ν.Α.
- Ποια είναι η υποκειμενική αιτία.
- Ποιος ο βαθμός της Χ.Ν.Α.

Η διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αποτελεί συχνό πρόβλημα με ιδιαίτερη κλινική σημασία στον ασθενή που προσέρχεται για πρώτη φορά με σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και χωρίς προηγούμενο ιστορικό νεφρικής νόσου. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική λόγω της διαφορετικής πρόγνωσης και λόγω της διαφορετικής θεραπείας αυτών των δύο καταστάσεων. Για τη διαφορική διάγνωση (Δ.Δ.) μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αναζητούνται παράγοντες που υποδηλώνουν χρονιότητα, όπως η διάρκεια της συμπτωματολογίας από μήνες, η ύπαρξη

νυκτουρίας, αναιμίας, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, νευρολογικών συμπτωμάτων, κνησμού, χαρακτηριστικής χροιάς του δέρματος, μικρό μέγεθος νεφρών. Επίσης, είναι υποβοηθητική η ύπαρξη προηγούμενου εργαστηριακού ελέγχου ή ιστορικού νεφροπάθειας.

Ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια μπορούν να εμφανίσουν απότομη μείωση της νεφρικής τους λειτουργίας (οξεία επί Χ.Ν.Α.), όταν συντρέξουν παράγοντες επιδείνωσης, όπως λοιμώξεις, θρομβώσεις, κ.α.

Η διάγνωση της υποκειμενικής αιτίας (αιτία δηλαδή που μπορεί να οδηγήσει σε Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια) έχει σημασία στο μέτρο που η θεραπεία της επηρεάσει την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας, όπως για παράδειγμα ο έλεγχος της υπέρτασης, η διόρθωση ουρολογικών παθήσεων, η ρύθμιση του διαβήτη, η θεραπεία της υποκειμενικής νόσου.

Η εκτίμηση του βαθμού της Χ.Ν.Α. θα καθορίσει το είδος της θεραπείας και την πρόγνωση. Εάν πρόκειται για μέτρια μη αντισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια όπου η νεφρική λειτουργία έχει εκπέσει στο 10% του φυσιολογικού, ο ασθενής μπορεί να τεθεί υπό ειδική δίαιτα και αρκεί η παρακολούθηση και η αποφυγή και θεραπεία των παραγόντων επιδείνωσης. Εάν η νεφρική ανεπάρκεια είναι βαριά, όπου έχει παραμείνει μόνο το 5% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας, θα πρέπει να γίνει η προετοιμασία του ασθενή για μελλοντική θεραπεία υποκατάστασης, η οποία είναι η ενδεικνυόμενη θεραπεία για τη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. (Μαγιοπούλου – Συμβουλίδου 1993, Ζηρογιάννης 1993)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

### **1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ – ΔΙΑΙΤΑ**

Όταν η νεφρική λειτουργία έχει εκπέσει περίπου στο 10% του φυσιολογικού, ο ασθενής μπορεί να τεθεί υπό ειδική διαίτα, όπου του επιβάλλεται ο περιορισμός τροφών που περιέχουν πρωτεΐνες, νάτριο και κάλιο. Αυτό γίνεται για να μειωθεί η κατακράτηση άχρηστων ουσιών στον οργανισμό. Η συντηρητική αντιμετώπιση έχει σκοπό να διορθώσει τις μεταβολικές διαταραχές και να εξουδετερώσει ή να προλάβει τους παράγοντες εκείνους που επιδεινώνουν τη νεφρική λειτουργία. Το διαιτολόγιο αποτελεί προσωρινό μέσο θεραπείας μέχρι την έναρξη της αιμοκάθαρσης. Η διάρκεια του σταδίου της διαίτας ποικίλλει κι όταν αυτή είναι προσεχτική και σχεδιασμένη μπορεί να καθυστερήσει αρκετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης. (Ζηρογιάννης 1993, Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών 2003, [www.eom.gr](http://www.eom.gr))

## **2. ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ Ή ΜΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

Στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία δεν είναι δυνατόν να εξασφαλίσει τη βιοχημική ισορροπία του οργανισμού παρόλη τη συντηρητική αγωγή. Έτσι, η ανάγκη εφαρμογής εξωνεφρικής αιμοκάθαρσης καθίσταται επιτακτική. Αυτή η εξωνεφρική αιμοκάθαρση επιτελείται είτε με τεχνητό νεφρό είτε με περιτοναϊκή κάθαρση. Και οι δύο αυτές μέθοδοι επιτυγχάνουν υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας επιφέροντας νέα ισορροπία του οργανισμού του νεφροπαθούς συμβατή με τη ζωή. Ωστόσο, ακριβώς ως μέθοδοι υποκατάστασης, δεν είναι δυνατόν να επιφέρουν πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας που επιτυγχάνεται μόνο μετά από επιτυχή νεφρική μεταμόσχευση. ( Αγραφιώτης, 1993)

Για όταν ο νεφροπαθής θα χρειαστεί να αντιμετωπιστεί με εξωνεφρική κάθαρση, έχουν θεσπιστεί ορισμένα κριτήρια ώστε να ενταχθεί έγκαιρα σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Αυτά είναι:

- η κάθαρση της κρεατινίνης
- τα γαστρεντερικά ενοχλήματα (π.χ. εμετοί – διάρροια)
- η αναιμία
- ο υπερπαραθυρεοειδισμός με επίπτωση στα οστά
- οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (κυρίως του

καλίου)

- τα καρδιαγγειακά προβλήματα
- η γενική κατάσταση (π.χ. ανορεξία)

Η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό και η περιτοναϊκή κάθαρση διαφέρουν σε κάποια σημεία, αλλά βασικά επιτελούν την ίδια λειτουργία, η οποία είναι η απομάκρυνση των άχρηστων για τον οργανισμό ουσιών από το αίμα και η αφαίρεση του επιπλέον νερού που κατακρατείται από το σώμα. Η κύρια διαφορά τους είναι ότι στην αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό χρησιμοποιείται ένα μηχάνημα για την υποκατάσταση της λειτουργίας των νεφρών κι η θεραπεία γίνεται στο νοσοκομείο, ενώ στην περιτοναϊκή κάθαρση αυτό επιτυγχάνεται μέσω του περιτόναιου, το οποίο είναι μια φυσική μεμβράνη που έχουμε στην κοιλιά μας και η θεραπεία γίνεται βασικά στο σπίτι του ασθενή. ( Αγραφιώτης 1993, Ντόμπρος 1993)

## 2.1 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ

### 2.1.1 Ιστορική αναδρομή

Η αιμοκάθαρση σαν μέθοδος διατήρησης στην ζωή των νεφροπαθών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.) προήλθε μετά από πολλές ερευνητικές προσπάθειες. Οι πρώτες προσπάθειες έγιναν από τον χημικό Thomas Graham που υποστήριξε ότι το αίμα ζωντανού οργανισμού μπορεί να καθαριστεί εξωσωματικά επιστρέφοντας πάλι στη φυσιολογική κυκλοφορία, αλλά εξαιτίας τεχνικών λόγων εμποδιζόταν η εφαρμογή του στην Χ.Ν.Α.

Μετά τον Graham, ο Abel περιέγραψε μια μέθοδο με την οποία ήταν δυνατή η ακίνδυνη αφαίρεση αίματος ζώων, η υποβολή του σε διύλιση και η επαναχορήγησή του. Η συσκευή του Abel ονομάστηκε 'artificial kindey' που σημαίνει «τεχνητό νεφρό».

Κατά τη διάρκεια του α' παγκοσμίου πολέμου εφαρμόστηκε η πρώτη αιμοκάθαρση σε νεφροπαθή από τον νεαρό Γερμανό γιατρό George Haas. Κατά τη διάρκεια του β' παγκοσμίου πολέμου οι προσπάθειες για τη κατασκευή τεχνητού νεφρού δεν σταμάτησαν.

Το πρώτο μοντέλο τεχνητού νεφρού κυκλοφόρησε στην Αμερική το 1950 από τον Wolf, όπου και πήρε το όνομά του. Ήταν αισθητή η κλινική βελτίωση των ασθενών, αλλά η αιμοκάθαρση διακόπηκε εξαιτίας καταστροφής των αγγείων.

Το 1959 δημοσιεύτηκε η τεχνική της κάνουλας, που είναι ένας ελαστικός σωλήνας ο οποίος επιτρέπει την επικοινωνία αρτηρίας και φλέβας εξωσωματικά, από μια ομάδα γιατρών από το Brook Army

Medical Centre. Μέσω της τεχνικής αυτής έγινε δυνατή η εφαρμογή της αιμοδιύλισης και στην θεραπεία της Χ.Ν.Α.

Το 1966 με την εφαρμογή της Fistula λύθηκαν τα προβλήματα των λοιμώξεων και των θρομβώσεων. Από τότε έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στον τομέα της Χ.Ν.Α. και στην τεχνική της αιμοκάθαρσης. (Αγραφιώτης 1984)

### 2.1.2 Βασικές αρχές της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό

Η κλασική αιμοκάθαρση επιχειρεί να απομακρύνει τις ουραιμικές τοξικές ουσίες από το αίμα του νεφροπαθούς εκμεταλλευόμενη την αρχή της διαπίδυσης. Η αρχή της διαπίδυσης έχει ως εξής. Αν με μια ημιδιαπιδυτή μεμβράνη χωρίσουμε ένα δοχείο σε δύο διαμερίσματα και τα γεμίσουμε με νερό, προσθέτοντας ζάχαρη μόνο στο ένα διαμέρισμα, τότε η ουσία αυτή αναγνωρίζοντας ότι απέναντί της υπάρχει χώρος χωρίς ζάχαρη διαπερνά τη μεμβράνη, ώστε στη φάση της εξισορρόπησης και τα δύο διαμερίσματα να έχουν την ίδια πυκνότητα ζάχαρης. Με τον τρόπο αυτό, η μισή ποσότητα ζάχαρης απομακρύνθηκε από το ένα και πέρασε στο απέναντι διαμέρισμα του δοχείου.

Αν τώρα θεωρητικά, στο ίδιο δοχείο τοποθετήσουμε το αίμα του νεφροπαθούς και στο άλλο ένα ειδικό διάλυμα, τότε σε αντιστοιχία με ότι συνέβη με τη ζάχαρη, οι τοξικές ουσίες από το αίμα του νεφροπαθούς θα περάσουν (θα διαπιδύσουν) δια μέσου της μεμβράνης στο χώρο του διαλύματος. Σε δεύτερο χρόνο αν ανοίξουμε την «κάνουλα» του διαμερίσματος του διαλύματος, το διάλυμα θα παροχετευτεί προς τον σχετό παρασύροντας μαζί του τις τοξικές ουσίες. Μόλις το διάλυμα αυτό παροχετευτεί πλήρως γεμίζουμε και πάλι αυτό το διαμέρισμα με νέο διάλυμα. Τότε νέα ποσότητα τοξικών ουσιών θα διαπιδύσει από το αίμα δια μέσου της ημιδιαπιδυτής μεμβράνης προς το διάλυμα. Ανοίγοντας πάλι την «κάνουλα» του χώρου του διαλύματος, το διάλυμα παροχεύεται προς τον σχετό συμπαρασύροντας τη νέα ποσότητα ουσιών που περιείχε. Προσθέτοντας και πάλι νέο διάλυμα μπορούμε να επαναλάβουμε πολλές φορές την ίδια διεργασία έως ότου επιτελεσθεί η πλήρης



απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από το αίμα, με τελικό αποτέλεσμα την κάθαρση του αίματος ή την αιμοκάθαρση του νεφροπαθούς. Μέσα στο φίλτρο οι τοξικές ουσίες περνούν με διαπίδυση στο διάλυμα και από κει αποβάλλονται. Το μηχάνημα που αναλαμβάνει τη διεργασία της αιμοκάθαρσης ονομάζεται τεχνητός νεφρός.(Αγραφιώτης 1984,1993)

### 2.1.3 Δομή του Τεχνητού Νεφρού (Τ.Ν.)

Κάθε μηχάνημα Τ.Ν. περιλαμβάνει το φίλτρο, τη συσκευή παραγωγής του διαλύματος, τη συσκευή εξωσωματικής κυκλοφορίας του αίματος, τη συσκευή κυκλοφορίας του διαλύματος και τον πίνακα ελέγχου των συνθηκών συνεδρίας της αιμοκάθαρσης.

- Το φίλτρο αποτελεί το χώρο επαφής του αίματος με το διάλυμα μέσω της ημιδιαπεδύτης μεμβράνης.
- Η συσκευή παραγωγής του διαλύματος αναμιγνύει αυτόματα αποσταγμένο νερό με ένα πυκνό διάλυμα ηλεκτρολυτών σε αναλογία που να αποδίδει την τελική επιθυμητή σύσταση του διαλύματος.
- Η συσκευή της εξωσωματικής αιματικής κυκλοφορίας εξασφαλίζει την κίνηση του αίματος από το νεφροπαθή προς το φίλτρο και ακριβώς το αντίθετο.
- Η συσκευή κυκλοφορίας του διαλύματος επιφέρει την ανανέωση αυτού ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή κάθαρση.
- Στον πίνακα ελέγχου υπάρχουν διακόπτες και όργανα για τη ρύθμιση και παρακολούθηση των συνθηκών της αιμοκάθαρσης. Ενημερώνουν όταν κάτι δεν πάει καλά στο μηχάνημα και πρέπει να ελέγχονται για την καλή λειτουργία τους, γιατί έτσι προφυλάσσουν από δυσάρεστες καταστάσεις. (Αγραφιώτης, 1993)

#### 2.1.4 Ομοιότητες και διαφορές φυσικού και τεχνητού νεφρού

Η μοναδική ομοιότητα που παρουσιάζουν φυσικός και τεχνητός νεφρός είναι η ικανότητα απομάκρυνσης ορισμένων ουσιών από το πλάσμα. Συγκεκριμένα, ενώ ο τεχνητός νεφρός προλαβαίνει τη δηλητηρίασή τους από τα προϊόντα του μεταβολισμού που έχουν αποβληθεί, δεν τους προσφέρει τα υπόλοιπα ουσιαστικά στοιχεία της λειτουργίας του φυσικού νεφρού που είναι :

- Η συνεχής λειτουργία : Η περιοδική λειτουργία του τεχνητού νεφρού έχει σαν αποτέλεσμα τη διακύμανση όλων των φυσικών (όγκος, ωσμωτικότητα) και των χημικών παραμέτρων του αίματος μεταξύ πολύ μεγάλων και πολύ μικρών τιμών, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η παράταση αυτής της κατάστασης για χρόνια, δεν είναι αμέτοχη στην προοδευτική φθορά του οργανισμού.

- Η εκλεκτική απομάκρυνση : Τόσο από ποσοτική όσο και από ποιοτική άποψη, η εκλεκτική απομάκρυνση ορισμένων στοιχείων από το αίμα είναι απαραίτητη, ώστε η σύστασή του να διατηρείται σταθερή. Αυτό επιτυγχάνεται με την ακριβή αλληλοκάλυψη της πειραματικής λειτουργίας (υπερδιήθησης) και της σωληναριακής λειτουργίας (επαναρρόφηση – απέκκριση). Αντίθετα, στην περίπτωση του τεχνητού νεφρού η φυσιολογική σύσταση του αίματος κρίνεται από το χειριστή, ενώ όταν ο νεφρός είναι φυσιολογικός ρυθμίζεται από τον ίδιο. (Αγραφιώτης 1984, 1993)

Επομένως συμπεραίνουμε ότι ο τεχνητός νεφρός δεν αντικαθιστά αλλά υποκαθιστά τη λειτουργία του φυσικού νεφρού και μπορεί να αποτελέσει μόνο μέθοδο αντιμετώπισης και θεραπείας μιας χρόνιας ασθένειας.

### 2.1.5 Διατροφικές αλλαγές αιμοκαθαρόμενου

Μόλις ο ασθενής ενταχθεί σε αιμοκάθαρση, είναι απαραίτητο να αλλάξουν οι διατροφικές συνήθειες που είχε μέχρι τότε. Αφ' ενός μεν γιατί η αιμοκάθαρση δεν μπορεί να υποκαταστήσει πλήρως το ρόλο των νεφρών κι αφ' ετέρου γιατί κάποια από τα χρήσιμα συστατικά του αίματος χάνονται στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης και θα αναπληρωθούν απ' την σωστή διατροφή του ασθενούς.

Η διατροφή λοιπόν κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν το ύψος, το βάρος, τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς, το αν παράγει ούρα ή όχι και κάποιους εργαστηριακούς ελέγχους στους οποίους θα υποβληθεί από τον ιατρό του. Η διατήρηση του ασθενούς σε καλή διατροφική κατάσταση έχει πολύ μεγάλη σημασία για την υγεία του.

Σαν γενικούς κανόνες ο αιμοκαθαρόμενος θα πρέπει να έχει:

- Την ελάττωση της πρόσληψης υγρών αναλόγως του αν παράγει ούρα ή όχι
- Την ελάττωση της πρόσληψης τροφών που είναι πλούσιες σε κάλιο και φώσφορο

Πάντα όμως, εκτός απ' αυτούς τους γενικούς κανόνες, πρέπει ο αιμοκαθαρόμενος να είναι σε συνεχή επαφή με τον ιατρό του και το διαιτολόγο του γιατί αυτοί γνωρίζουν επακριβώς τις ανάγκες του.

## Νάτριο (Αλάτι)

Όταν κάποιος είναι σε αιμοκάθαρση, η διατροφή του πρέπει να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι γιατί το αλάτι προκαλεί δίψα και το άτομο αναγκάζεται να πει περισσότερο νερό. Έτσι, επιδεινώνονται όλα τα προβλήματα της κατακράτησης υγρών, δηλαδή αυξάνεται η αρτηριακή πίεση, δημιουργούνται οιδήματα στο σώμα, συγκεντρώνεται υγρό στους πνεύμονες (πνευμονικό οίδημα) κλπ. Άλλωστε, το αλάτι που χρειάζεται ο οργανισμός το παίρνει το άτομο από τις τροφές, εφόσον όλες οι τροφές περιέχουν αλάτι.

Τροφές που περιέχουν πολύ αλάτι και πρέπει να αποφεύγονται είναι:

- Παστά
- Τουρσιά
- Διάφορα σνακ
- Μπέικον, ζαμπόν, λουκάνικα
- Τα περισσότερα τυριά
- Άσπρο ψωμί

Απαγορεύεται η χρήση υποκατάστατων άλατος γιατί περιέχουν κάλιο.

## Πρωτεΐνες και ενέργεια

Η κακή θρέψη είναι σοβαρό πρόβλημα για ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση. Χαμηλές τιμές αλβουμίνης, κρεατινίνης, χοληστερόλης στο αίμα συνιστούν, επίσης, παράγοντες κινδύνου στην αιμοκάθαρση. Το πρόβλημα είναι ότι κατά τη διάρκεια της

αιμοκάθαρσης, εκτός των ουσιών που θέλουμε να απομακρυνθούν, υπάρχουν και απώλειες βασικών συστατικών από το αίμα του αιμοκαθαρόμενου, όπως πρωτεϊνών και βιταμινών. Γι' αυτό η διατροφή του ατόμου πρέπει να είναι ισορροπημένη ποιοτικά και ποσοτικά.

Η καθημερινή, λοιπόν, πρόσληψη πρωτεϊνών με τη διατροφή πρέπει να είναι 1 – 1,2gr ανά κιλό βάρους του σώματος την ημέρα. Η ποσότητα αυτή είναι λίγο πιο αυξημένη σε σχέση με αυτή που πρέπει να προσλαμβάνουν οι υγιείς. Τουλάχιστον το 50% των πρωτεϊνών πρέπει να είναι υψηλής βιολογικής αξίας, δηλαδή: Πρωτεΐνες που περιέχουν και τα αμινοξέα τα οποία δεν μπορεί να συνθέσει ο οργανισμός από μόνος του και πρέπει να τα πάρει από τις τροφές.

Πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας περιέχονται:

- Στο κρέας και στα πουλερικά
- Στο γάλα και στα γαλακτοκομικά
- Στα ψάρια
- Στα αυγά

Το πρόβλημα είναι ότι αυτές οι τροφές περιέχουν και μεγάλες ποσότητες φωσφόρου και καλό είναι να καταναλώνονται με προσοχή.

Το ποσό της ενέργειας που απαιτεί ο οργανισμός μετριέται σε θερμίδες (kcal). Όταν κάποιος είναι σε αιμοκάθαρση πρέπει να προσλαμβάνει με τη διατροφή του και ανάλογα του επιπέδου δραστηριότητάς του 30 – 35 kcal ανά κιλό βάρους την ημέρα. Οι παχύσαρκοι ή οι υπέρβαροι ασθενείς έχουν μικρότερες ενεργειακές απαιτήσεις.

## Κάλιο

Το άτομο που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση δεν μπορεί να αποβάλλει το κάλιο. Αυτό μπορεί να το κάνει το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης. Υψηλές τιμές καλίου στο αίμα μπορούν να είναι ακόμη και θανατηφόρες και μάλιστα χωρίς σημαντική προειδοποίηση. Άρα, καταναλώνετε με προσοχή τις τροφές που περιέχουν πολύ κάλιο.

Το κάλιο περιέχεται σχεδόν σε όλες τις τροφές αλλά ιδιαίτερα υψηλή περιεκτικότητα σε αυτό έχουν οι παρακάτω:

- Μπανάνες
- Πορτοκάλια, λεμόνια, γκρέιπ φρουτ κι οι χυμοί τους
- Φράουλες
- Ντομάτες και τα προϊόντα τους
- Ξηροί καρποί και όσπρια
- Σοκολάτες
- Καφές (κανονικός και ντεκαφεϊνέ)
- Μανιτάρια
- Χόρτα, φρέσκα φασολάκια, αγκινάρες, μπάμιες

Μια πρακτική συμβουλή είναι να κόβεται τα λαχανικά σε μικρά κομμάτια και να τα βράζετε δύο φορές πριν τα καταναλώσετε, απομακρύνοντας το πρώτο νερό και προσθέτοντας νέο. Έτσι, απομακρύνεται ένα μέρος του καλίου.

## Πρόσληψη υγρών

Εάν το άτομο δεν παράγει ούρα, όπως συμβαίνει στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, πρέπει να είναι πολύ φειδωλό στη λήψη υγρών. Καλό θα ήταν, μεταξύ δύο διαδοχικών συνεδριών αιμοκάθαρσης, η διακύμανση του βάρους να μην υπερβαίνει τα 2-3 κιλά. Αλλά, ακόμα κι αν παράγει ούρα το άτομο, η διαφορά των 2-3 κιλών πρέπει να διατηρείται.

Η υψηλή πρόσληψη υγρών έχει άμεσες επιπτώσεις, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συλλογή υγρών κάτω από το δέρμα (οιδήματα), συλλογή υγρών στους πνεύμονες (πνευμονικό οίδημα), αλλά και μακροχρόνιες που βλάπτουν το καρδιαγγειακό σύστημα συνολικά.

## Φώσφορος

Τα επίπεδα του φωσφόρου στο αίμα του αιμοκαθαρόμενου πρέπει να κυμαίνονται εντός των φυσιολογικών ορίων για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της νεφρικής οστεοδυστροφίας. Ο φώσφορος μαζί με το ασβέστιο βρίσκονται σε μια δυναμική ισορροπία, η οποία διαταράσσεται στους νεφροπαθείς, με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται εύθραυστα και να υπάρχει προδιάθεση για κατάγματα. Επειδή, όμως, ο φώσφορος βρίσκεται στις περισσότερες τροφές είναι δύσκολο και συχνά σχεδόν αδύνατο να κρατηθούν οι τιμές του εντός των φυσιολογικών ορίων. Έτσι, είναι απαραίτητη η χρήση φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων.

Τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε φώσφορο είναι:

- Το γάλα και τα γαλακτοκομικά (τυρί, γιαούρτι, κρέμες, παγωτά κλπ.)



- Ψάρια και οστρακόδερμα με βρώσιμα κόκαλα (ψάρια μικρού μεγέθους, καβούρια, γαρίδες κλπ.)
- Εντόσθια
- Κρέατα
- Αυγά
- Όσπρια και ξηροί καρποί
- Σκούρα ανθρακούχα αναψυκτικά (τύπου Cola)
- Προϊόντα ολικής αλέσεως

( Briggs JD, Berthoux F, Jones E, 2000)

## 2.2 ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (Σ.Φ.Π.Κ.)

### 2.2.1 Ιστορική αναδρομή

Η κλινική εφαρμογή της νεφρικής υποκατάστασης φαινόταν ανέφικτη έως τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα όπου άρχισαν να διαφαίνονται τα πρώτα σχετικά στοιχεία πειραματικών ερευνών και παρατηρήσεων. Ο Putman το 1922 χαρακτήρισε το περιτόναιο ως «μεμβράνη διύλισης», ενώ η πρώτη εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης σε ασθενή επιχειρήθηκε το 1923 από τον Γερμανό Γκάντερ.

Από τότε μέχρι το 1940 η περιτοναϊκή κάθαρση ήταν η μόνη μέθοδος κάθαρσης που εφαρμόστηκε σε περιορισμένη βέβαια κλίμακα, κυρίως σε περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Με την εισαγωγή της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό το 1940, αρχίζει η επικράτηση της αιμοκάθαρσης.

Από το 1960 εφαρμόζεται παγκοσμίως το πρόγραμμα της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Στις αρχές της δεκαετίας του '70 μόνο το 3% των καθαιρομένων ασθενών υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση. Παρ' όλες τις τεχνικές βελτιώσεις η περιτοναϊκή κάθαρση υπό τη μορφή της διαλείπουσας κάθαρσης παρέμενε οριακά ικανοποιητική ως μέθοδος χρόνιας κάθαρσης.

Το 1975 εισάγεται η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, η χρήση όμως της αρχικής τεχνικής της, παρ' όλο που πέτυχε, παρέμεινε περιορισμένη κυρίως λόγω της συχνής περιτονίτιδας. Η τεχνική αυτή τροποποιήθηκε και τελειοποιήθηκε από την ομάδα του

Δημήτρη Ωραιόπουλου, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδας.

Από τότε (1977) η τεχνική του εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα σε όλο τον κόσμο και μάλιστα πήρε και την πρώτη θέση στο ρυθμό ανάπτυξης των τριών μεθόδων (περιτοναϊκή κάθαρση – αιμοκάθαρση – μεταμόσχευση).(Ντόμπρος 1993)

### 2.2.2 Φυσιολογία της περιτοναϊκής κάθαρσης

Η Σ.Φ.Π.Κ. είναι κατά κανόνα κατ' οίκον αιμοκάθαρση και η επαρκής περιτοναϊκή κάθαρση πετυχαίνει να συντηρεί τον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, χωρίς συμπτώματα, με μερική υποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών που φυσιολογικά επιτελούνται από τους νεφρούς.

Η περιτοναϊκή κάθαρση α) απομακρύνει τις διαλυτές ουσίες που συσσωρεύονται στην νεφρική ανεπάρκεια όπως ουρία, άζωτο, φώσφορος, κάλιο κλπ., καθώς και νερό από το αίμα στο υγρό κάθαρσης (διάλυμα) που εγχέεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. β) διορθώνει την οξέωση με τη βοήθεια των διττανθρακικών που προσφέρονται, μέσω των γαλακτικών, στο αίμα από το υγρό κάθαρσης. γ) λαμβάνει χώρα ανάμεσα στο αίμα των τριχοειδών αγγείων του περιτοναίου και στο διάλυμα κάθαρσης κατά μήκος της περιτοναϊκής μεμβράνης (περιτόναιο). (Ντόμπρος 1993)

### 2.2.3 Η μεταφορά ύδατος και διαλυτών ουσιών μέσω του περιτόναιου

Η ανταλλαγή του ύδατος και των διαλυτών ουσιών ανάμεσα στα αιμοφόρα τριχοειδή του περιτοναίου και της περιτοναϊκής κοιλότητας, επιτελείται δια μέσου του περιτοναίου με τους μηχανισμούς της διαπίδυσης και της συμπαράσυρσης. Το περιτόναιο συμπεριφέρεται ως ημιδιαπερατή μεμβράνη, δηλαδή είναι διαπερατή στο ύδωρ και στις ουσίες μικρού μοριακού βάρους και λιγότερο διαπερατή στις ουσίες μεγάλου μοριακού βάρους. Η διάχυση είναι μια αυτόματη διαδικασία, κατά την οποία τα μόρια ή άλλα σωματίδια ευρισκόμενα εν διαλύσει εντός ενός υγρού τείνουν να κατανεμηθούν ομοιόμορφα μέσα στο διαλύτη, ενώ στη διαπίδυση γίνεται αμοιβαία διείσδυση υγρών ή ουσιών μέσα από μια διαπερατή μεμβράνη που τα χωρίζει. Κατά την περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιείται η γλυκόζη ως ωσμωτικός παράγοντας για να προκαλέσει υπερδιήθηση. Ως σχετικά μεγαλομοριακή ουσία η γλυκόζη παραμένει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και δημιουργεί υψηλή ωσμωτική πίεση, η οποία προκαλεί υπερδιήθηση από το αίμα.

Το 1964 ο Πάλμερ και οι συνεργάτες του εισήγαγαν τον πρώτο εύκαμπτο μόνιμο περιτοναϊκό καθετήρα από σιλικόνη. Από τότε χρησιμοποιήθηκαν πολλές τροποποιήσεις του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα. Σήμερα οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι μόνιμοι καθετήρες είναι του τύπου «λαιμού κύκνου», η τοποθέτησή τους μπορεί να γίνει στο κρεβάτι του ασθενούς, με τη βοήθεια περιτοναιοσκοπίου ή και χειρουργικά.

Η κάθαρση είναι συνεχής γιατί πρακτικά το υγρό κάθαρσης βρίσκεται συνεχώς μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ενώ ο

ασθενής είναι περιπατητικός. Άρα η κάθαρση είναι και φορητή.(Ντόμπρος 1993)

#### 2.2.4 Επιπλοκές περιτοναϊκής κάθαρσης

Η περιτονίτιδα αν και συνήθως όχι σοβαρή είναι η σπουδαιότερη επιπλοκή της περιτοναϊκής κάθαρσης. επανειλημμένα επεισόδια περιτονίτιδας αχρηστεύουν τμηματικά το περιτόναιο και ελαττώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Σπανίως μια βαριά περιτονίτιδα θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Η συχνότερη αιτία περιτονίτιδας είναι τα μικρόβια του δέρματος (σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι) που εισέρχονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά τη σύνδεση και αποσύνδεση του καθετήρα με το σάκο. Άλλες λιγότερο συχνές οδοί μόλυνσης είναι το σημείο εξόδου του καθετήρα από το κοιλιακό τοίχωμα, η αιματική οδός και το παχύ έντερο. Για τη μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδας σημαντική είναι η χρήση αντισηπτικού, ώστε να διατηρείται στείρο το συνδετικό σύστημα κατά τα διαστήματα μεταξύ των αλλαγών και η έκπλυση του συνδετικού τμήματος, με την οποία απομακρύνονται τα τυχόν μικρόβια. Η θεραπεία της περιτονίτιδας απαιτεί χορήγηση αντιβιοτικών και στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι ήπια έως μέτρια και σπάνια σοβαρή. (Ντόμπρος, 1993)

### 2.2.5 Σύγκριση περιτοναϊκής κάθαρσης και χρόνιας αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό.

Εάν συγκρίνουμε τις δύο αυτές μεθόδους, περιτοναϊκή κάθαρση και αιμοκάθαρση, θα δούμε ότι η πρώτη υπερτερεί της δεύτερης. Το αίμα στην περιτοναϊκή κάθαρση δεν εγκαταλείπει την κυκλοφορία, όπως συμβαίνει στην χρόνια αιμοκάθαρση και δεν έρχεται σε επαφή με ξένα σώματα, γεγονός που περιορίζει την ανάγκη για συστηματική αντιπηκτική αγωγή. Παρόλα αυτά η χρόνια αιμοκάθαρση έχει περισσότερους ενταγμένους ασθενείς. Σε αυτό συμβάλει η ελλιπής πληροφόρηση για τη μέθοδο της Σ.Φ.Π.Κ. και ο φόβος για την τυχόν εμφάνιση περιτονίτιδας, που την ταυτίζουν με το θάνατο.

Η διάρκεια κάθαρσης επίσης διαφέρει. Για τη Σ.Φ.Π.Κ. χρειάζονται σχεδόν 40 ώρες την εβδομάδα, ενώ για την αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό 12 – 15 ώρες περίπου την εβδομάδα είναι αρκετές. Όμως ο ασθενής μετά την αιμοκάθαρση με Τ.Ν. χρειάζεται να ξεκουραστεί μέχρι να νιώσει ικανός να εργαστεί, ενώ αντίθετα ο ασθενής μετά την Π.Κ. μπορεί να συνεχίσει τις δραστηριότητές του αμέσως μετά από κάθε αλλαγή. Με την Π.Κ. αναπτύσσεται η πρωτοβουλία και η συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του, αποφεύγοντας τις συνεχείς επισκέψεις στο νοσοκομείο που τον επιβαρύνουν ψυχολογικά. Η Π.Κ. εφαρμόζεται παντού, οπουδήποτε κι αν βρεθεί ο ασθενής. Η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό συνιστάται στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει κάποια οργανικά προβλήματα και δε μπορεί να εφαρμόσει μόνος του τη Σ.Φ.Π.Κ. (Αγραφιώτης 1993, Ντόμπρος 1993)



## 2.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

### 2.3.1 Ορισμός μεταμόσχευσης

#### **Τι είναι μεταμόσχευση;**

Η μεταμόσχευση ορίζεται ως η πλαστική εγχείρηση κατά την οποία γίνεται μεταφορά ζωντανού ιστού από ένα σημείο του σώματος σε άλλο ή από το σώμα ενός ατόμου στο σώμα άλλου.

#### **Τι είναι μόσχευμα;**

Μόσχευμα ονομάζεται ο οργανικός ιστός που προορίζεται για μεταμόσχευση σε άτομο.

#### **Τύποι μοσχευμάτων:**

**ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑ:** Το μόσχευμα που προέρχεται από ιστούς του ίδιου ατόμου και μεταφέρεται σε άλλη θέση του σώματος.

**ΙΣΟΜΟΣΧΕΥΜΑ:** Το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ γενετικά ταυτόσημων μελών του ίδιου είδους (π.χ. μονοωογενείς δίδυμοι). Βιολογικά συμπεριφέρεται ως αυτομόσχευμα και δεν προκαλεί φαινόμενα απόρριψης.

**ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑ:** Το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ ατόμων του ίδιου είδους με μικρές όμως ή μεγάλες διαφορές στο γενετικό υλικό. Ανάλογη με τις διαφορές αυτές είναι και η ένταση της ανοσολογικής απόκρισης του λήπτη κατά του μοσχεύματος.

**ΞΕΝΟΜΟΣΧΕΥΜΑ:** Το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ ατόμων διαφορετικού είδους (π.χ. από πίθηκο σε άνθρωπο). Προκαλεί τα πιο έντονα φαινόμενα απόρριψης.

### 2.3.2 Ιστορική αναδρομή μεταμοσχεύσεων

Η ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών απασχόλησε τον ανθρώπινο νου εδώ και αιώνες και αποτέλεσε ένα μεγάλο μέρος της δραστηριότητας της ιατρικής επιστήμης.

Η πρώτη αναφορά για μεταμόσχευση οργάνων βρίσκεται στην Ελληνική μυθολογία στο γνωστό μύθο του Δαίδαλου και του γιου του Ίκαρου, οι οποίοι στην προσπάθειά τους να φύγουν μακριά από τις φυλακές του βασιλιά Μίνωα κατασκεύασαν κέρινα φτερά που προσπάθησαν να κολλήσουν στα άκρα τους και να πετάξουν προς την ελευθερία. Όμως, ο καυτός ήλιος της Μεσογείου έλιωσε τα φτερά του Ίκαρου και μαζί με τον Ίκαρο πνίγηκαν και οι ελπίδες για μεταμόσχευση.

Η πρώτη αναφορά αυτομεταμόσχευσης κρημνών από τον τράχηλο, το μέτωπο και τις παρειές, για την αποκατάσταση δυσμορφιών των αυτιών, της μύτης και των χειλιών, ανευρίσκεται στο σανσκριτικό κείμενο που προέρχεται από την Ινδία με τον τίτλο “Sushruta Shamhita και αναφέρεται στην περίοδο του 3<sup>ου</sup> π.Χ. αιώνα. Κατά τον 2<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα αναφέρεται ότι οι Κινέζοι χειρουργοί Hua T’o και Pien Ch’iso μεταμόσχευσαν ποικιλία ιστών και οργάνων. Πιστεύεται όμως ότι οι αναφορές αυτές σχετίζονται περισσότερο με την ιατρική μυθολογία και λιγότερο με την πραγματικότητα.

Στο Δυτικό κόσμο, η κλασική ιστορία των μεταμοσχεύσεων ξεκινά με ένα θρησκευτικό θαύμα των Πατέρων Προστατών της Ιατρικής Κοσμά και Δαμιανού, η δράση των οποίων τοποθετείται προς το τέλος του 3<sup>ου</sup> αιώνα (285-305 μ.Χ.). Σύμφωνα λοιπόν με την εκκλησιαστική ιστορία και παράδοση, οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανό, που ήταν και γιατροί, μετά από κατανοκτική προσευχή ακρωτηρίασαν σε ασθενή το ένα από τα δύο κάτω άκρα που είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του ένα υγιές κάτω άκρο που πήραν από έναν

Αιθίοπα, που είχε μόλις πεθάνει. Κατά την περίοδο της αναγέννησης αρκετοί ζωγράφοι εμπνεύστηκαν από αυτό το μάλλον θρησκευτικό παρά ιατρικό θαύμα και έτσι σώζονται σήμερα θαυμάσιες αναπαραστάσεις του.

Προς το τέλος του 16<sup>ου</sup> αιώνα, σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων αποτελεί η δημοσίευση στη Μπολόνια της Ιταλίας της εργασίας του Gasparo Tagliacozzi (1547-1599), σχετικά με τη χειρουργική αντιμετώπιση των ακρωτηριασμών με τοποθέτηση μοσχευμάτων.

Ο όρος «μεταμόσχευση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Βρετανό ερευνητή John Hunter (1728-1793), που θεωρείται ο θεμελιωτής της Πειραματικής Χειρουργικής. Περί το 1778 ο J. Hunter περιέγραψε τις πρώτες παρατηρήσεις του για τις μεταμοσχεύσεις ωοθηκών και όρχεων μεταξύ διαφορετικών ειδών πειραματόζωων.

Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο Giuseppe Baronio (1759-1811) από το Μιλάνο δημοσίευσε τα αποτελέσματα των επιτυχών πειραμάτων του σχετικά με την ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατα.

Την ίδια περίοδο στη Γαλλία ο Charles E. Brown-Sequard περιγράφει πειραματικές μεταμοσχεύσεις άκρων και όρχεων σε διάφορα είδη πειραματόζωων .

Αρκετοί από τους ερευνητές που ασχολήθηκαν με τις μεταμοσχεύσεις διαπίστωσαν, ότι ενώ τα αυτομοσχεύματα ήταν επιτυχή, τα αλλομοσχεύματα και τα ξενομοσχεύματα κατά κανόνα αποτύγγαναν. Έτσι προς το τέλος του περασμένου αιώνα, άρχισε να επικρατεί η άποψη, ότι δεν είναι τεχνικοί αλλά βιολογικοί οι λόγοι της αποτυχίας. Σιγά-σιγά το ενδιαφέρον των ερευνητών άρχισε να στρέφεται από το τεχνικό μέρος στην έρευνα των βιολογικών παραγόντων που ευθύνονται για την

απόρριψη, που ακόμη και σήμερα αποτελεί το πιο σημαντικό πρόβλημα στο χώρο των μεταμοσχεύσεων.

Από την άλλη μεριά, μετά την ευρεία διάδοση των αρχών του Lister για την αντισηψία, που είχε σαν συνέπεια τη σημαντική ελάττωση των χειρουργικών λοιμώξεων, κυρίαρχο πρόβλημα στη μεταμόσχευση οργάνων παρέμενε η ανάπτυξη αποτελεσματικών τεχνικών για τις αναστομώσεις των αγγείων του μοσχεύματος με τα αγγεία του δότη.

Έτσι, προς το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα και τις αρχές του 20<sup>ου</sup>, πρωτοπόροι χειρουργοί μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι Payr, Murphy, Jaboulay, Morel και Matas, εργαζόμενοι στα φημισμένα ιατρικά κέντρα της εποχής που βρίσκονται κυρίως στη Βιέννη, τη Βουδαπέστη και τη Λυών, επιτυγχάνουν να βελτιώσουν τις τεχνικές των αρτηριορραφών. Δημοφιλές πειραματικό μοντέλο για την απόδειξη επιτυχούς αγγειακής αναστόμωσης αποτελούσε την εποχή εκείνη η μεταμόσχευση νεφρού, αφού η αποβολή ούρων θα σήμαινε και την επαρκή αιμάτωση του μοσχεύματος.

Την 1<sup>η</sup> Μαρτίου 1902 ανακοινώθηκε στη Βιέννη από τον Emerich Ullman η πρώτη επιτυχής πειραματική αυτομεταμόσχευση νεφρού σε σκύλο. Συγκεκριμένα, ο Ullman αφαίρεσε τον ένα νεφρό από τη φυσιολογική του θέση και τον συνέδεσε με τα αγγεία του τραχήλου, ο νεφρός δε αυτός άρχισε να παράγει ούρα. Λίγους μήνες αργότερα, τόσο ο Ullman όσο και ένας άλλος Βιεννέζος γιατρός, ο Alfred von Devastello πραγματοποίησαν τις πρώτες μεταμοσχεύσεις νεφρού από σκύλο σε σκύλο.

Την ίδια περίοδο στη Λυών οι βοηθοί του Carrel, Briau και Villard εργάζονται για τη βελτίωση των τεχνικών των αγγειορραφών. Καρπός των ερευνών αυτών αποτελεί η εργασία που δημοσίευσε ο Alexis Carrel 1902, και με την οποία καθιερώθηκε πλέον η σύγχρονη τεχνική

αναστόμωσης των αγγείων. Για το λόγο αυτό ο Carrel θεωρείται ο πατέρας της Αγγειοχειρουργικής, τιμήθηκε δε με το βραβείο Nobel της Ιατρικής το 1912.

Το 1905 ο Edward Zurin πραγματοποιεί την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση κερατοειδούς.

Οι πρώτες μεταμοσχεύσεις νεφρού σε άνθρωπο έγιναν στη Λυών από τον Jaboulay το 1906. Συγκεκριμένα ο Jaboulay εξετέλεσε τις δύο πρώτες ξενομεταμοσχεύσεις νεφρού, αφού ως μόσχευμα χρησιμοποίησε νεφρό που έλαβε από χοίρο και κασίκα. Τα μοσχεύματα αυτά τα τοποθέτησε στο χέρι και τον μηρό αντίστοιχα δύο ασθενών που έπασχαν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Τα μοσχεύματα λειτούργησαν για μία μόνο ώρα. Το 1909 ο Ernst Unger (1875-1938) επιχειρεί στο Βερολίνο τη μεταμόσχευση του νεφρού ενός πιθήκου σε νεαρά ασθενή που πέθαινε από νεφρική ανεπάρκεια. Το μόσχευμα αναστομώθηκε στα αγγεία του μηρού, ουδέποτε όμως λειτούργησε.

Όλα τα παραπάνω πειράματα, απέδειξαν ότι από τεχνική σκοπιά, η μεταμόσχευση νεφρού ήταν εφικτή. Το γεγονός όμως της ανυπαρξίας μεθόδων για τον έλεγχο της λειτουργίας του μοσχεύματος, σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκών γνώσεων για τον μηχανισμό της απόρριψης των αλλομοσχευμάτων και των ξενομοσχευμάτων, οδήγησε βαθμιαία στη σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος για μεταμοσχεύσεις. Έτσι, με την έναρξη του Α Παγκόσμιου Πολέμου, το ενδιαφέρον για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων έχει σχεδόν μηδενιστεί.

Μέχρι την αναθέρμανση του ενδιαφέροντος για τις μεταμοσχεύσεις νεφρού, που παρατηρήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1950, ελάχιστα αξιόλογα γεγονότα είχαν συμβεί ως συνέχεια της θεαματικής προόδου που είχε σημειωθεί στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Το πιο σημαντικό ήταν ένα μεμονωμένο και ελάχιστα γνωστό την εποχή του

γεγονός: η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο. Πραγματοποιήθηκε το 1933 στην Ουκρανία από τον Σοβιετικό χειρουργό Yu Veronoy.

Ο Veronoy μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B, σε ασθενή με ομάδα αίματος O. Το μόσχευμα αναστομώθηκε με τοπική αναισθησία στα αγγεία του μηρού. Πάντως, το γεγονός ότι ο χρόνος που μεσολάβησε από το θάνατο του δότη μέχρι τη λήψη του μοσχεύματος ήταν περίπου 6 ώρες, καθώς επίσης και το ότι υπήρχε πλήρης ασυμβατότητα των ομάδων αίματος δότη και λήπτη, είχε ως συνέπεια τη μη λειτουργία του μεταμοσχευθέντος νεφρού, με αποτέλεσμα να πεθάνει ο ασθενής δύο ημέρες αργότερα. Μέχρι το 1949 ο Veronoy πραγματοποίησε συνολικά 6 παρόμοιες μεταμοσχεύσεις νεφρού, χωρίς όμως ουσιαστική επιτυχία σε καμιά περίπτωση.

Με το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου σημειώνονται επιτεύγματα που θα επηρεάσουν θετικά και τις εξελίξεις στο χώρο των μεταμοσχεύσεων. Καθοριστική για το μέλλον των μεταμοσχεύσεων νεφρού υπήρξε η επινόηση και κατασκευή των πρώτων μηχανημάτων τεχνητού νεφρού από δύο ερευνητές που εργάζονταν ανεξάρτητα, τον N. Alwell στη Σουηδία και τον W. Koff στην Ολλανδία.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 επαναρχίζουν οι μεταμοσχεύσεις νεφρού σε ανθρώπους, σχεδόν ταυτόχρονα από δύο ιατρικές ομάδες. Έτσι, το 1951 στο Παρίσι οι Kus (πέντε περιπτώσεις), Servelle (μία περίπτωση) και Dubost με N. Οικονόμο (μία περίπτωση) πραγματοποιούν μεταμοσχεύσεις νεφρού, χωρίς όμως να χορηγήσουν ανοσοκατασταλτικά, και συνεπώς τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Την ίδια περίοδο ο David Hume στη Βοστώνη πραγματοποιεί μεταμοσχεύσεις νεφρού σε εννέα ασθενείς, στην προεγχειρητική προετοιμασία των οποίων γίνεται για πρώτη φορά αιμοκάθαρση με τη

χρησιμοποίηση του τεχνητού νεφρού. Το 1953 ο Hume ανακοίνωσε ότι σε τέσσερις ασθενείς τα μοσχεύματα λειτούργησαν από 37-180 ημέρες. Πάντως, στο τέλος της ανακοίνωσής του ο Hume κατέληγε στην απαισιόδοξη πρόβλεψη, ότι στους ανθρώπους οι αλλομεταμοσχεύσεις δε φαίνεται να έχουν θέση για τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών.

Το 1953 οι Michon, N. Οικονόμος και οι συνεργάτες τους πραγματοποιούν την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από συγγενή ζώντα δότη. Συγκεκριμένα, ο νεφρός μεταμοσχεύεται από μία μητέρα στο παιδί της, του οποίου ο μονήρης νεφρός είχε καταστραφεί σε τροχαίο ατύχημα. Το μόσχευμα λειτούργησε αμέσως, απορρίφθηκε όμως απότομα μετά από 22 ημέρες. Στην ίδια περίοδο ανακοινώθηκαν μεταμοσχεύσεις νεφρού και από άλλα κέντρα, όπως το Σικάγο και το Τορόντο, σε καμιά όμως περίπτωση δεν επιτεύχθηκε παρατεταμένη λειτουργία του μοσχεύματος, και για το λόγο αυτό άρχισε πάλι να χάνεται το ενδιαφέρον για τις αλλομεταμοσχεύσεις νεφρού τόσο σε κλινικό όσο και σε πειραματικό επίπεδο.

Στις 23 Δεκεμβρίου 1954 πραγματοποιήθηκε στη Βοστώνη η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ μονοωογενών διδύμων (ισομεταμόσχευση), η οποία στέφθηκε από πλήρη επιτυχία χωρίς τη χρήση ανοσοκαταστολής. Την ιατρική ομάδα που είχε την ευθύνη αυτής της ιστορικής μεταμόσχευσης αποτελούσαν οι J. Murray (χειρουργός, τιμήθηκε με το βραβείο Nobel 1990), J. Merrill (νεφρολόγος), και J. Harrison(ουρολόγος).

Παρά τη μεγάλη επιτυχία του προγράμματος μεταμόσχευσης νεφρού μεταξύ διδύμων, σκεπτικισμός επικρατούσε μεταξύ των ιατρικών κύκλων προς το τέλος της δεκαετίας του 1950 για το γενικότερο μέλλον των μεταμοσχεύσεων, μιας και οι αλλομεταμοσχεύσεις, που αφορούσαν τη μέγιστη πλειονότητα των υποψηφίων ληπτών, ήσαν απογοητευτικές



λόγω της απόρριψης, εξαιτίας της ανυπαρξίας αποτελεσματικών ανοσοκατασταλτικών μέσων.

Οι πρώτες προσπάθειες αποτελεσματικής ανοσοκαταστολής έγιναν στη Βοστώνη (J. Murray) και στο Παρίσι (J. Hamburger), κατά την τετραετία 1958-1961, με την χρησιμοποίηση ολικής ακτινοβολίας του σώματος του λήπτη. Αν και υπήρξαν μεμονωμένες επιτυχίες, η μέθοδος εγκαταλείφθηκε λόγω των σοβαρών επιπλοκών (θανατηφόρες λοιμώξεις λόγω καταστολής του μυελού των οστών) και εξαιτίας επίσης του γεγονότος ότι η απόρριψη του μεταμοσχευθέντος νεφρού τελικά δεν αποτρεπόταν, εκτός εάν υπήρχε στενή συγγένεια του λήπτη με το δότη.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 δύο σημαντικά γεγονότα δημιούργησαν βάσιμες ελπίδες ότι το πρόβλημα της απόρριψης θα αντιμετωπιζόταν αποτελεσματικά. Το πρώτο, ήταν η ευρεία διάδοση του ελέγχου ιστικής συμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη, γεγονός που θα επέτρεπε την καλύτερη επιλογή του πιο κατάλληλου λήπτη για ένα συγκεκριμένο δότη. Το δεύτερο και το πιο σημαντικό ήταν η ανακάλυψη από τον Roy Calne το 1960 ενός νέου ισχυρού ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου που ονομάζεται Τ-μερκαπτοπουρίνη.

Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 καθιερώνονται ως ανοσοκατασταλτικά σκευάσματα η αζαθειοπρίνη, η κορτιζόνη και ο αντιλεμφοκυτταρικός ορός. Η ευρεία χρησιμοποίηση του συνδυασμού αζαθειοπρίνης & κορτιζόνης ως κύριας ανοσοκατασταλτικής αγωγής, η διάδοση του ελέγχου ιστοσυμβατότητας για την καλύτερη επιλογή του πιο κατάλληλου λήπτη για έναν συγκεκριμένο δότη και οι βελτιώσεις στα μηχανήματα τεχνητού νεφρού, που επέτρεψαν την ευρύτατη χρησιμοποίησή τους ως βασικού θεραπευτικού μέσου των νεφροπαθών μέχρις ότου γίνει η μεταμόσχευση, είχαν ως συνέπεια τη σημαντική αύξηση του αριθμού των επιτυχών μεταμοσχεύσεων νεφρού.

Ο ενθουσιασμός που επικρατεί και πάλι μετά τις επιτυχίες στις μεταμοσχεύσεις νεφρού, είχε ως αποτέλεσμα να πραγματοποιηθούν μέσα στη δεκαετία και οι πρώτες μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων, όπως του ήπατος (Starzl,1963), του πνεύμονα (Hardy,1963), του παγκρέατος (Kelly και Lillehei), 1966) και της καρδιάς (Barnard, 1967). Στις μεταμοσχεύσεις όμως αυτών των οργάνων η επιτυχία δεν είναι ανάλογη με τις μεταμοσχεύσεις του νεφρού. Τόσο τεχνικά προβλήματα όσο και προβλήματα αποτελεσματικής ανοσοκαταστολής χωρίς σημαντικές παρενέργειες εμποδίζουν τη μεγάλη διάδοση της μεταμόσχευσης αυτών των οργάνων.

Έτσι, τόσο στη δεκαετία του 1960, όσο και στη δεκαετία του 1970, μόνο η μεταμόσχευση νεφρού έχει πολύ καλά αποτελέσματα και θεωρείται ως αποδεκτή θεραπευτική μέθοδος εκλογής για ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αντίθετα, οι μεταμοσχεύσεις ήπατος, παγκρέατος, καρδιάς θεωρούνται ακόμη ως πειραματικές μέθοδοι και εκτελούνται σε πολύ μικρό αριθμό ασθενών σε ελάχιστα ιατρικά κέντρα ανά τον κόσμο, με μέτρια αποτελέσματα.

Η εισαγωγή από τον Roy Calne, το 1978, ενός νέου ισχυρού ανοσοκατασταλτικού σκευάσματος, της κυκλοσπορίνης Α, στις μεταμοσχεύσεις νεφρού και τα εξαιρετικά αποτελέσματα που παρατηρούνται προκαλούν αναθέρμανση του ενδιαφέροντος για τις μεταμοσχεύσεις και των υπόλοιπων οργάνων.

Πράγματι, η χρησιμοποίηση ως κύριας ανοσοκατασταλτικής αγωγής του συνδυασμού κυκλοσπορίνης Α, αζαθειοπρίνης και κορτιζόνης, η τελειοποίηση των χειρουργικών τεχνικών και η δημιουργία στις προηγμένες χώρες δικτύου λήψης οργάνων από νοσηλευόμενους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που πληρούν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, συνεπάγεται τη θεαματική αύξηση των

μεταμοσχεύσεων ήπατος και καρδιάς και σε μικρότερη κλίμακα του παγκρέατος. Σήμερα πλέον, οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς, ήπατος, νεφρού, καρδιάς-πνευμόνων και κερατοειδούς θεωρούνται ως αποδεκτές θεραπευτικές μέθοδοι εκλογής.

Αντίθετα, επιφυλάξεις διατυπώνονται ακόμα για την απώτερη αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης του παγκρέατος για την οριστικά αντιμετώπιση του ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη. Για το λόγο αυτό, η μεταμόσχευση παγκρέατος, αν και τα τελευταία χρόνια εκτελείται σε αρκετά ιατρικά κέντρα με ικανοποιητικά αποτελέσματα, θεωρείται ακόμη από πολλούς ως πειραματική μέθοδος που χρήζει περαιτέρω βελτιώσεων.

Ολοκληρώνοντας την ιστορική αυτή αναδρομή στο χώρο των μεταμοσχεύσεων, μπορούμε συμπερασματικά να πούμε ότι τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την εγχειρητική τοποθέτηση των οργάνων, είτε στη φυσιολογική τους θέση(ορθοτοπική μεταμόσχευση), είτε σε άλλη ανατομική θέση (ετεροτοπική μεταμόσχευση), φαίνεται ότι έχουν στην πλειονότητά τους υπερνικηθεί. Παρόλα αυτά βελτιώσεις ή τροποποιήσεις των διαφόρων εγχειρητικών τεχνικών και μεθόδων περιγράφονται συνεχώς.

### 2.3.3 Ηθική διάσταση μεταμοσχεύσεων

Η μεταμόσχευση οργάνων προκάλεσε ηθικά προβλήματα από τα πρώτα στάδια χρησιμοποίησής της. Αυτά είναι:

Α) Ο κίνδυνος εμπορευματοποίησης των ανθρώπινων οργάνων.

Οι περισσότερες χώρες του κόσμου προσπαθούν, νομοθετικά, να ελέγξουν το εν λόγω φαινόμενο. Στην Ελλάδα η αγοραπωλησία οργάνων είναι παράνομη και τιμωρείται με ποινή φυλάκισης ή πρόστιμο. Παρόμοιοι νόμοι εφαρμόζονται και στην Ευρώπη, πολλές όμως Ανατολικές χώρες και χώρες του Τρίτου κόσμου επιτρέπουν την αγοραπωλησία οργάνων και ιστών (Gutkind 1988).

Σημείωση: Η εμπορευματοποίηση των ανθρώπινων οργάνων αναλύεται παρακάτω.

Β) Η επιλογή του λήπτη.

Κάθε ασθενής που χρήζει μεταμόσχευσης επιθυμεί διακαώς την πραγματοποίηση αυτής. Επομένως, όταν βρεθεί μόσχευμα, σε ποιον τελικά θα μεταμοσχευτεί; Για να μην υπάρξει αμφισβήτηση της επιλογής του λήπτη η παρ.3 του άρθρου 7 του Νόμου 2737/1999 ορίζει τα κριτήρια βάσει των οποίων γίνεται η τελική επιλογή.

Γ) Η γένεση ζωής μέσα από τον θάνατο.

Η πλειοψηφία των μοσχευμάτων προέρχεται από πτωματικούς δότες. Άραγε, πως μπορεί να αισθάνεται ένας άνθρωπος που χρήζει μεταμόσχευσης, όταν ξέρει ότι κάποιος συνάνθρωπός του πρέπει να χάσει του τη ζωή του, για να ζήσει εκείνος; Το ερώτημα αυτό είναι

δύσκολο να απαντηθεί, όμως ένα πράγμα είναι βέβαιο, ο λήπτης δεν θα πρέπει να αισθάνεται ενοχές αφού δεν είναι επιλογή δική του ο θάνατος του δότη του.

Δ) Τα κίνητρα του δότη.

Σημαντικό ηθικό ζήτημα είναι το κατά πόσον μπορεί να θεωρηθεί θεμιτή η προσφορά ενός μοσχεύματος. Ως προς αυτό επικρατεί η αντίληψη ότι πρόκειται για μια υψηλή πράξη, την ύψιστη μορφή αγαθοεργίας και έμπρακτη απόδειξη αγάπης προς τον πάσχοντα. Η προσφορά όμως του οργάνου θα πρέπει να είναι μία δωρεά, προϊόν της ελεύθερης βούλησης και όχι μία πράξη εκμετάλλευσης.

### 2.3.4 Θρησκευτική διάσταση μεταμοσχεύσεων

Η λήψη οργάνων, ιστών, κυττάρων ή άλλων βιολογικών ουσιών από έναν ζωντανό ή νεκρό δότη και η μεταμόσχευση αυτών σε έναν λήπτη έχει πολλές φορές κατακριθεί και έχει γνωρίσει αναστολές και επιβραδύνσεις εξαιτίας ηθικοθρησκευτικών αιτιάσεων.

Η αρχέγονη αντίληψη ότι ο νεκρός πρέπει να παραμείνει ανέπαφος και ακέραιος, γιατί κάθε απόπειρα για αφαίρεση ιστών και οργάνων αποτελεί ανεπίτρεπτη πτώχευση του νεκρού δεν βρίσκει θέση στη διδασκαλία της Ορθόδοξης Εκκλησίας.

Τέτοια αντίληψη, κυριαρχεί στην Ιουδαϊκή διδασκαλία, η οποία μάλιστα δεν επιτρέπει ούτε την εκταφή των νεκρών. Άλλες θρησκείες που αντιτίθενται στη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων είναι ο Μουσουλμανισμός και οι Μάρτυρες του Ιεχωβά διότι σύμφωνα με τη διδασκαλία τους το σώμα αυτοθεραπεύεται.

Εν αντιθέσει, οι Προτεστάντες και οι Καθολικοί επιτρέπουν τη δωρεά οργάνων και υπό ορισμένες συνθήκες η δωρεά οργάνων επιτρέπεται από τους Συντηρητικούς Εβραίους. Οι Ορθόδοξοι Εβραίοι αποδέχτηκαν τη μεταμόσχευση οργάνων μόνο όταν την αποδέχτηκαν πολλοί σεβαστοί Ραβίνοι.

Θέση της Ορθόδοξης Ελληνικής Εκκλησίας για τη Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις.

Η Ορθόδοξη Χριστιανική ηθική δεν προσφέρει έναν κώδικα ηθικής, πολύ δε περισσότερο έναν κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, προσφέρει όμως ηθικά κριτήρια αξιολόγησης των πράξεων του ανθρώπου. Σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις δύο είναι τα θεμελιώδη ηθικά κριτήρια που χαράζουν την πορεία πλεύσεως της Ορθοδοξίας:

1. Η εκτίμηση του ανθρώπου ως εικόνας του Θεού, πράγμα που σημαίνει ότι ο άνθρωπος έχει μοναδική και ανεπανάληπτη αξία

&

2. Η χωρίς όρους και όρια αγάπη προς τον πλησίον. Η αγάπη βέβαια αυτή δεν είναι ένας κοινωνικός αλτρουισμός, αλλά εκπορεύεται από την αγάπη του ίδιου του Θεού, που έστειλε στη γη τον Υιό Του για να θυσιαστεί υπέρ των ανθρώπων.

Παλαιότερα, οι θεολόγοι λαμβάνοντας υπόψη μόνο το πρώτο κριτήριο και στηριζόμενοι σε ιερούς κανόνες της εκκλησίας, όπως λόγου χάρη οι ΚΓ΄, ΚΔ΄ Αποστολικοί και ο Α΄ της Οικουμενικής, αντιμετώπισαν τις μεταμοσχεύσεις σαν ακρωτηριασμό και τιμωρούσαν με αφορισμό εκείνον που ακρωτηριάζεται επειδή προκαλεί βαριά κάκωση στο σώμα που αποτελεί Άγιο Πνευματικό ναό.

Από την ορθή όμως ερμηνεία των κανόνων αυτών, πληροφορούμαστε ότι ο ακρωτηριασμός για τον οποίο γίνεται λόγος είναι η εκτομή των γεννητικών οργάνων, δηλαδή ο ευνουχισμός, που ορισμένοι Χριστιανοί των πρώτων αιώνων επιχειρούσαν σαν μέσο για κατάκτηση της ηθικής καθαρότητας και τελειότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Ιεροί Κανόνες που αναφέραμε ενώ τιμωρούν τον ακρωτηριασμό αυτού του είδους, αφήνουν ατιμώρητη την ίδια πράξη όταν αυτή γίνεται για λόγους υγείας ή με χρήση βίας χωρίς τη θέληση του παθόντος. (Κίτσου-Περλέγκου Σ., 1990)

Με την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων, οι νέοι θεολόγοι άρχισαν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στηριζόμενοι στο δεύτερο κριτήριο και μάλιστα όχι αποκλειστικά σε σχέση με το δότη αλλά και σε σχέση με τον λήπτη και τις περαιτέρω συνέπειες που θα έχει η μεταμόσχευση στη ζωή του. Έτσι, η μεταμόσχευση δεν θεωρείται πια σαν ακρωτηριασμός που

ηθικά απαγορεύεται αλλά σαν έκφραση αγάπης προς τον πλησίον με την προϋπόθεση ότι η επιθυμία αυτή είναι αποτέλεσμα ελεύθερης και συνειδητής επιλογής και το σώμα αντιμετωπίζεται με τον δέοντα σεβασμό και ιερότητα (C. Bouchaud, 1966).

Άλλες αρχές που συμπληρώνουν τις σκέψεις της Ορθόδοξης εκκλησίας είναι ότι:

- Η δωρεά οργάνων από ζώντα δότη δεν πρέπει να θέτει σε κίνδυνο τη δική του ζωή διότι τότε πρόκειται για αυτοκτονία, πράξη που απαγορεύεται.
- Η πίστη μας στην ανάσταση των σωμάτων, κατά τον μέλλοντα αιώνα, δεν εμποδίζει τη δωρεά των οργάνων προς μεταμόσχευση, διότι τότε το φθαρτό μας σώμα θα μεταστοιχειωθεί σε άφθαρτο και θα προσλάβει νέα υφή άσχετη με τη σημερινή του κατάσταση.

Υπέρ των μεταμοσχεύσεων έχει ταχθεί και ο Αρχιεπίσκοπος κ. Χριστόδουλος ο οποίος τόλμησε και πήρε θέση ως εκπρόσωπος της εκκλησίας μας, πολύ νωρίτερα όταν υπήρξε Μητροπολίτης Δημητριάδος και είπε: 'Εμείς ως εκπρόσωποι της Εκκλησίας βλέπουμε τη δωρεά οργάνων για μεταμοσχεύσεις ως πράξη αγάπης. Και προσευχόμαστε να επικρατήσει και στα ευρύτερα στρώματα του λαού η συνείδηση αυτού του χρέους. Παράλληλα όμως, πρέπει να τεθούν προς τήρηση οι ηθικοί κανόνες για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων, τέλος να καταλήξει η επιστήμη στη γενικά αποδεκτή θεωρία για την επέλευση και διαπίστωση του θανάτου, ώστε να αποφεύγονται στο μέλλον τα προβλήματα που από αυτήν την άποψη εξακολουθούν να υπάρχουν.

Το 1998 ο κ. Χριστόδουλος ως Αρχιεπίσκοπος, πλέον, παρουσίασε τη θέση της Ελληνικής Ορθόδοξης Εκκλησίας λέγοντας τα εξής: Ο Χριστιανισμός καθαγίασε την πρακτική αυτή με ρήση του Κυρίου



‘Λάβετε φάγετε τούτο εστί το σώμα μου το υπέρ ημών κλωμένο εις άφεση αμαρτιών’. Κάθε Κυριακή αναπαρίσταται η αναίμακτος αυτή θυσία και βρώση της θείας σάρκας. Έτσι εξηγείται και θεολογικά η υποστήριξη των μεταμοσχεύσεων από την Ορθόδοξη Εκκλησία που εκθύμως συνιστά την αφαίρεση οργάνων για το σκοπό αυτόν.

Επιπροσθέτως, η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία πήρε θέση με δύο συνοδικές αποφάσεις, πολύ πιο πριν, στο θέμα της δωρεάς οργάνων. Συγκεκριμένα, το 1971 κάποιος Χριστιανός ζήτησε άδεια από την Ιερά Σύνοδο για να του επιτραπεί να δωρίσει τους οφθαλμούς του μετά το θάνατό του. Η νομοκανονική επιτροπή θεώρησε την επιθυμία του θεάρεστη πράξη και την επικύρωσε η Αγία και Ιερά Σύνοδος με την 397/17/6/1971 απόφασή της. Το 1983 κάποιος άλλος Χριστιανός ζήτησε άδεια για να διαθέσει το σώμα του στην επιστήμη για ανθρωπιστικούς σκοπούς. Η Ιερά Σύνοδος στις 9/6/1983 έκανε δεκτό το αίτημά του με την προϋπόθεση να του τελεσθεί η νεκρώσιμη ακολουθία πριν την παράδοση του λειψάνου στην επιστήμη. Επισφράγιση όλων των παραπάνω ήταν η ανακοίνωση του Μακαριστού Αρχιεπισκόπου Σεραφείμ το 1985 ότι παρέχει μετά το θάνατό του τους νεφρούς και τους οφθαλμούς του.

Συνοψίζοντας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η εκούσια προσφορά οργάνων δεν γίνεται από ασέβεια προς το Θεό, ούτε γιατί το προσφερόμενο όργανο κρίνεται περιττό ή επιβλαβές για την ηθική συγκρότηση του ανθρώπου. Αντίθετα, αναγνωρίζεται η πολυτιμότητα και η μοναδικότητά του. Η σωτηρία των ανθρώπων από την αρρώστια ή το θάνατο δεν αντίκειται στη Θεϊκή βούληση. Επιβάλλεται μάλιστα η ανάπτυξη πρωτοβουλιών και η αξιοποίηση των δυνάμεων του ανθρώπου, εφόσον ο Θεός προίκισε τον άνθρωπο με νου και θέληση ώστε να αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα στη ζωή του.

### 2.3.5 Νομική διάσταση μεταμοσχεύσεων

Οι μεταμοσχεύσεις θεωρούνται ως ιδιαίτερες επεμβάσεις στο ανθρώπινο σώμα γιατί ενώ στις άλλες ιατρικές θεραπευτικές δραστηριότητες υπάρχει η διπολική σχέση γιατρού - ασθενή στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων υπάρχει η τριπολική σχέση γιατρού - δότη - λήπτη.

Η ιδιομορφία της σχέσης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι η έννομη τάξη πρέπει να προασπίζει δικαιώματα και να ορίζει υποχρεώσεις και των τριών μελών που συνθέτουν την προαναφερθείσα σχέση. Δηλαδή πρέπει:

- Να γίνει νομικά αποδεκτή η σίγουρη σωματική βλάβη του ζωντανού δότη προς χάριν της αμφίβολης θεραπείας του λήπτη.
- Να προσδιοριστούν νομικά τα κριτήρια του θανάτου του δότη.
- Να διατυπωθεί σύννομη συναίνεση δότη-λήπτη.
- Να προστατευθεί το δικαίωμα της προσωπικότητας του ήδη νεκρού δότη.
- Να προστατευθούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα έννομα συμφέροντα δότη-λήπτη.
- Να διασφαλιστεί το κύρος της δημόσιας τάξης.

Σήμερα πλέον οι μεταμοσχεύσεις οργάνων ενδιαφέρουν όλες τις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Για το λόγο αυτό, όλες διαθέτουν ειδική νομοθεσία η οποία προσδιορίζει το πλαίσιο της διενέργειάς τους.

Επίσης, όλες προσπαθούν να βελτιώσουν το νομοθετικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων με την έκδοση ερευνητικών εγκυκλίων ή και αναθεώρηση στις ισχύουσες νομοθεσίας. Στην Ελλάδα, η τελευταία αναθεώρηση στις νομοθεσίας που αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων, είτε από πτωματικό είτε από ζώντα δότη, έγινε στις 27 Αυγούστου 1999 και πλέον ισχύει ο Νόμος ΥΠ' ΑΡΙΘ.2737.

### 2.3.6 Τα υποκείμενα των μεταμοσχεύσεων

#### A) Ζωντανός δότης.

Η αφαίρεση οργάνου ή ιστού από ζωντανό δότη δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως θεραπευτική επέμβαση αφού δε γίνεται με σκοπό την ίαση του αλλά προς χάρη ξένου συμφέροντος, συνεπώς ανήκουν στην κατηγορία των επικίνδυνων θεραπειών και των σοβαρών επεμβάσεων που για την ιδιομορφία της περίπτωσης απαιτούνται νέες αντίστοιχες δικαιολογίες.

Η επέμβαση στο δότη δεν έχει θεραπευτικό σκοπό γι' αυτό το λόγο συνιστά σωματική βλάβη σύμφωνα με την έννοια του ποινικού κώδικα. Όμως, αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της αφαίρεσης του μοσχεύματος βάση της γενικής αρχής περί συναίνεσης του παθόντος. Όσον αφορά το γιατρό που αφαιρεί όργανο από ζώντα δότη, αυτός παραμένει νομικά ακάλυπτος εάν επιχειρήσει να μεταμοσχεύσει όργανο τόσο ζωτικής σημασίας ώστε να περιέλθει σε κίνδυνο η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα του δότη (βαριά σωματική βλάβη, σοβαρός ακρωτηριασμός, παράλυση της χρήσης του σώματος ή της διάνοιας).

Στον Ν.2737/1999 στο άρθρο 10 αναφέρονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη, και είναι:

1) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί ή και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης

αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

2) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο / στη σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

3) Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ιστοσυμβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει τη δικαιοπρακτική ικανότητα να παράσχει έγκυρα τη συναίνεσή του στη μεταμόσχευση, και συναινούν και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν οι γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναινέσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρου αυτού.

4) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζωντανό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση είναι δυνατή εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελεύθερως την προς τούτο συναίνεσή του, αφού πρώτα προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

5) Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

- Με συμβολαιογραφικό έγγραφο
- Με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη
- Με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο

6) Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

7) Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο.

## **B) Νεκρός δότης**

Είναι γνωστό ότι το κύριο υλικό για τις μεταμοσχεύσεις προέρχεται από τη λήψη ιστών ή οργάνων από νεκρούς, γιατί τότε μόνο είναι δυνατόν να αφαιρεθούν βασικά όργανα, όπως η καρδιά, το ήπαρ, το πάγκρεας, οι πνεύμονες κλπ. Επίσης, είναι γνωστό ότι οι μεταμοσχεύσεις με μοσχεύματα από νεκρό δότη, που οι γιατροί συνηθίζουν να τις αποκαλούν 'πτωματικές', είναι εκείνες που δημιουργούν για το νομοθέτη τα μεγαλύτερα προβλήματα κατά τη νομική οριοθέτησή τους, καθώς είναι συνδεδεμένες με ποικίλες θρησκευτικές αντιλήψεις και ταμπού για το θάνατο και τη μεταθανάτια λατρεία των νεκρών.

Λόγω ακριβώς αυτών των αντιλήψεων, η νομοθετική ρύθμιση της ‘πτωματικής’ μεταμόσχευσης αντιμετώπιστηκε από πολλά κράτη με ενδοιασμό και αναμονή και αφέθηκε να δημιουργήσει πρώτα η πράξη εμπειρίες. Αλλά και κράτη που πρωτοπόρησαν στη λήψη νομοθετικών μέτρων για την ‘πτωματική’ μεταμόσχευση, όπως η Γαλλία, η Μεγάλη Βρετανία κλπ., χρειάστηκε πολλές φορές να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους.

Στην Ελλάδα, η τελευταία αναθεώρηση της νομοθεσίας που αφορά τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων έγινε το 1999. Σύμφωνα λοιπόν, με το άρθρο 12 του Ν.2737/1999 οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη είναι η εξής:

1) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση επενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2) Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

3) Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4) Αν ο δυνητικός δότης δεν έχει εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

5) Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.

6) Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν έχει εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα.

8) Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατό τους, καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.



Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν.2737/1999, δεν αποκαλύπτεται ούτε η ταυτότητα του νεκρού δότη στο λήπτη και στην οικογένειά του, ούτε η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν.2737/1999, η δωρεά οργάνων και ιστών για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

### Γ) Λήπτης

Ο λήπτης είναι εκείνο το πρόσωπο για το οποίο διενεργείται η αφαίρεση μοσχεύματος από νεκρό ή ζωντανό δότη, προκειμένου να εμφυτευτεί στο σώμα του, αντικαθιστώντας άλλο κατεστραμμένο όργανο.

Σύμφωνα με την παρ.1 του άρθρου 7 του Ν.2737/1999, ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.

Στο σημείο αυτό πρέπει να πούμε ότι το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες περιέχει ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν.2472/1997 (ΦΕΚ50/Α')

Σύμφωνα με την παρ.2 του άρθρου 7 του Ν.2737/1999 ο υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό

επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαινεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.

Το πρόβλημα που προκύπτει, όσον αφορά το λήπτη, είναι η επιλογή του. Ποιος είναι ο αρμόδιος να αποφασίσει, ποιος θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιος θα καταδικαστεί να πεθάνει, και με ποια κριτήρια; Η απάντηση δίνεται μέσα από την παρ.3 του άρθρου 7 του Ν.2737/1999, η οποία ορίζει τα έξης:

“Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψηφίους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και κάθε άλλου κριτηρίου καθορίζεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ. .Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιαστεί γι’ αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους”.

#### **Δ) Ο γιατρός**

Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει βοήθεια για να διαφυλάξει τη ζωή, την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών. Η παράληψη-άρνηση παροχής βοήθειας σε κάποιον που κινδυνεύει τιμωρείται από το Νόμο.

Κάθε γιατρός πρέπει να έχει υπόψη του μερικούς βασικούς κανόνες που διέπουν βέβαια, γενικότερα, κάθε ιατρική πράξη αλλά που περισσότερο βρίσκουν εφαρμογή στις μεταμοσχεύσεις. Αυτοί οι κανόνες είναι οι εξής:

1) Βασική υποχρέωση του γιατρού είναι να παρέχει κατάλληλη ενημέρωση τόσο στο δότη όσο και στο λήπτη, πριν την επέμβαση. Η ενημέρωση θα πρέπει να αφορά το είδος της ασθένειας, την αναγκαιότητα, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της επέμβασης, τους πιθανούς κινδύνους, τις τυχόν εναλλακτικές λύσεις καθώς και τα συνδεόμενα με την αποθεραπεία προβλήματα. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνει χωρίς δυσνόητους ιατρικούς όρους.

2) Ο γιατρός και το Νοσηλευτικό Ίδρυμα είναι υποχρεωμένοι να διαφυλάσσουν τα έννομα αγαθά όπως είναι η ζωή και η υγεία τόσο του δότη όσο και του λήπτη. Η παράλειψη παροχής βοήθειας σε άτομο που κινδυνεύει, ακόμα και όταν ο γιατρός δε βρίσκεται σε τέλεση καθηκόντων του, τιμωρείται από τον Νόμο με αυστηρές κυρώσεις.

Σε ότι αφορά τις μεταμοσχεύσεις ο γιατρός έχει να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα που εμφανίζονται κυρίως με διπλή μορφή:Είτε το δίλημμα των έννομων συμφερόντων δότη και λήπτη, είτε τις συγκρούσεις των έννομων συμφερόντων μεταξύ πολλών ληπτών εξαιτίας της σπανιότητας του μοσχεύματος, που είναι και η συνηθέστερη περίπτωση.

Στην πρώτη περίπτωση, τα συμφέροντα του ζωντανού δότη πρέπει να προηγούνται από εκείνα του λήπτη. Ο γιατρός έχει υποχρέωση να σταματήσει τη διενέργεια της επέμβασης όταν απειλούνται τα συμφέροντα του δότη περισσότερο από τους συνήθεις κινδύνους μιας επέμβασης.

Η δεύτερη περίπτωση της σύγκρουσης των έννομων συμφερόντων των ληπτών αντιμετωπίζεται με βάση την παρ.3 του άρθρου 7 του Ν.2737/1999, που έχει ήδη αναλυθεί.

3) Ο γιατρός κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι υποχρεωμένος να τηρεί επαγγελματική εχεμύθεια. Η υποχρέωση αυτή, δε δεσμεύει μόνο τον ίδιο τον γιατρό, αλλά και όλους τους βοηθούς συνεργάτες του, το νοσηλευτικό προσωπικό και τους φοιτητές. Η δέσμευση αυτή ισχύει και μετά το θάνατο του ασθενούς. Το ιατρικό απόρρητο κάμπτεται μόνο από τη ρητή συναίνεση του ασθενή.

4) Τέλος, ο γιατρός κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι υποχρεωμένος να επιδεικνύει την απαραίτητη επιμέλεια, η οποία ανταποκρίνεται στα κάθε φορά δεδομένα της επιστήμης και πείρας. Έτσι λοιπόν, οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί για μια ιατρική επέμβαση θα πρέπει να μη θεωρούνται ξεπερασμένοι, ενώ επιμέλεια υποχρεούται να επιδεικνύει και κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φροντίδας, τόσο του δότη όσο και του λήπτη.

Βέβαια, δεν θεωρείται ιατρικό σφάλμα οποιαδήποτε μη επιθυμητή εξέλιξη της κατάστασης του δότη και του λήπτη, η οποία υπερβαίνει τους αναμενόμενους κινδύνους της επέμβασης και δεν οφείλεται σε πλημμελή συμπεριφορά του γιατρού. Επίσης, ο γιατρός δεν ευθύνεται για εσφαλμένη διάγνωση αν ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

### 2.3.7 Μεταμόσχευση νεφρού

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την τελική θεραπεία εκλογής για αρρώστους με νεφρική ανεπάρκεια ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Οι συχνότερες ενδείξεις μεταμόσχευσης νεφρού είναι: η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα(28,3%), η χρόνια πυελονεφρίτιδα(17,1%), ο σακχαρώδης διαβήτης(10,2%), οι πολυκυστικοί νεφροί(9,4%), οι αγγειακές παθήσεις των νεφρών(8,3%), γενικευμένες νόσοι(4,6%), η νεφροπάθεια από φάρμακα(3,3%), οι κληρονομικές νόσοι(2,3%), διάφορα αίτια(3,3%) και άγνωστη αιτιολογία(12,8%). Εκτός όμως από την υποκείμενη πάθηση, η ηλικία και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του υποψήφιου λήπτη αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ένδειξη μεταμόσχευσης.

Όταν λοιπόν, τεθεί ένδειξη μεταμόσχευσης, ακολουθεί λεπτομερής προμεταμοσχευτικός έλεγχος, που αφορά το σύνολο σχεδόν των συστημάτων του οργανισμού του λήπτη.

#### **Πώς γίνεται ο Προμεταμοσχευτικός έλεγχος;**

Αρχικά πρέπει ο θεράπων ιατρός που γνωρίζει τη γενική κατάσταση και τα γενικά προβλήματα του κάθε ασθενή να εκτιμήσει τον ασθενή και έτσι να ενισχύσει ή να αποθαρρύνει την επιθυμία του. Εφ' όσον ο ασθενής κριθεί κατάλληλος για μεταμόσχευση ενημερώνεται για τα στάδια του προμεταμοσχευτικού ελέγχου και αρχίζει να υποβάλλεται στις απαραίτητες εξετάσεις.

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος περιλαμβάνει:

1. Λεπτομερές ατομικό και κληρονομικό ιστορικό.
2. Ιστορικό της νεφρικής ανεπάρκειας.

3. Ιστορικό έναρξης εξωνεφρικής κάθαρσης και χρονολογική καταγραφή στα είδη αυτής που ακολουθήθηκαν, δηλ. περιτοναϊκή κάθαρση, αιμοκάθαρση κλπ.
4. Ακολουθεί ανασκόπηση κατά συστήματα για τη διερεύνηση συμπτωμάτων που τυχόν διαφεύγουν στον ασθενή.
5. Λεπτομερής κλινική εξέταση κατά συστήματα.
6. Ακολουθεί πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.
7. Ακτινολογικός έλεγχος στομάχου, παχέος εντέρου, χοληδόχου κύστεως, θώρακος και κυστεογραφία για τον αποκλεισμό κυστεουρικής παλινδρόμησης και την εξακρίβωση ότι η ουροδόχος κύστη του ασθενή είναι κατάλληλη για να δεχθεί τον ουρητήρα του μοσχεύματος. Αυτό το τμήμα αποτελεί το πλέον κοπιαστικό και επώδυνο.
8. Οδοντιατρικός έλεγχος, ΩΡΛ εξέταση (με τις κατάλληλες ακτινογραφίες)
9. ΜΑΝΤΟΥΧ και ΜΑΥΕΡ κοπράνων.
10. Ακολουθούν τα 'χαρακτηριστικά' του ασθενή που είναι:
  - i. Αυστραλιανό αντιγόνο
  - ii. Ομάδα αίματος και RHESUS
  - iii. HLA ιστοσυμβατότητα
  - iv. Κυτταροτοξικά αντισώματα
  - v. Αριθμός μεταγγίσεων που έχει λάβει ο ασθενής καθ' όλη τη ζωή του καθώς και η ημερομηνία τελευταίας μετάγγισης

Πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμα κι εάν έχει κριθεί ο ασθενής κατάλληλος για μεταμόσχευση, εφ' όσον μεταγγισθεί, πρέπει να βγει από τον κατάλογο αναμονής για 15 ημέρες τουλάχιστον μέχρις ότου ελεγχθούν ξανά τα κυτταρολογικά του αντισώματα και βρεθούν αρνητικά.

11. Αναφέρονται στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού του ασθενή, εργασία, οικογένεια κλπ.
12. Ψυχιατρική εξέταση γιατί υπάρχουν καταστάσεις που επηρεάζονται πολύ από τη λήψη κορτιζόνης.
13. Αναφέρεται εάν υπάρχουν ή όχι πιθανοί συγγενείς δότες.

Μία ευνόητη ερώτηση που μπορεί να προκύψει σε αυτό το σημείο είναι η εξής: **Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος σε ποιους ασθενείς δε θα επιτρέψει να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρού;** Η απάντηση είναι η εξής: Μεταμόσχευση μπορούν να κάνουν όλοι οι νεφροπαθείς εκτός από ορισμένους που αποκλείονται είτε μόνιμα είτε προσωρινά.

**Μόνιμα αποκλείονται όσοι έχουν:**

- Νεοπλασματική νόσο
- Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια
- Μη ανατασσόμενη καρδιακή ανεπάρκεια
- Ενεργό ηπατική νόσο
- Ψυχιατρικές και διανοητικές διαταραχές ή
- Όσοι είναι μεγαλύτεροι των 60 ετών. Υπάρχει μια οριακή κατάσταση, η ηλικία των 50-60 ετών, όπου και αν ακόμη δεν υπάρχουν αντενδείξεις, η απόφαση για μεταμόσχευση είναι δύσκολη και σε αυτή συμμετέχει σημαντικά ο ίδιος ο ασθενής. Και αυτό γιατί

είναι γνωστό ότι οι επιπλοκές κατά και μετά τη μεταμόσχευση είναι περισσότερες και βαρύτερες μετά την ηλικία των 50.

**Προσωρινά αποκλείονται από τη μεταμόσχευση όσοι έχουν:**

- Λοίμωξη
- Κυτταροτοξικά αντισώματα
- Όσοι έχουν λάβει πρόσφατα μετάγγιση αίματος. Αυτοί αποκλείονται για 15 ημέρες μέχρι να γίνει ξανά έλεγχος κυτταροτοξικών αντισωμάτων, και
- Όσοι παρουσιάζουν οποιοδήποτε πρόβλημα μέχρι τη ριζική αντιμετώπισή του.

Όταν ο ασθενής κριθεί κατάλληλος για μεταμόσχευση αρχίζει αιμοκάθαρση, ώστε να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή γενική κατάσταση κατά τη μεταμόσχευση.

Ο νεφρός που πρόκειται να μεταμοσχευτεί μπορεί να προέρχεται από ζώντα ή πτωματικό δότη:

#### **A) Νεφρός από ζώντα δότη.**

Ζώντες δότες είναι κατά κανόνα συγγενείς του αρρώστου, που εθελοντικά προσφέρουν τον ένα τους νεφρό. Η μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα συγγενή δότη πλεονεκτεί της μεταμόσχευσης από πτωματικό δότη, αφενός ως προς την επιβίωση του μοσχεύματος, τον αριθμό των επεισοδίων απόρριψης και τη δοσολογία των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, αφετέρου ως προς τον προγραμματισμό της εγχείρησης και την ανάγκη παραμονής του αρρώστου για μικρότερο χρονικό διάστημα υπό αιμοκάθαρση. Ακόμα, με τη χρησιμοποίηση ζωντανών συγγενών δοτών αντιμετωπίζεται μερικώς το πρόβλημα της ένδειας πτωματικών νεφρών.



Πριν την αφαίρεση του νεφρού, ο ζωντανός δότης υποβάλλεται κι αυτός σε προεγχειρητικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει:

- Ιστορικό, κλινική εξέταση
- Έλεγχο ιστοσυμβατότητας
- Γενική αίματος, έλεγχο πήκτικότητας, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη, κάθαρση κρεατινίνης, HbsAg, HIV, VDRL κλπ.
- Γενική σύρων, ουροκαλλιέργεια,
- Α/α θώρακος, ΗΚΓ
- Ενδοφλέβια πυελογραφία
- Ραδιενεργό νεφρόγραμμα
- Νεφρική αγγειογραφία

Οι εγχειρήσεις στο δότη και το λήπτη γίνονται στις περιπτώσεις αυτές ταυτόχρονα από δύο χειρουργικές ομάδες. Ο νεφρός, κατά προτίμηση ο αριστερός, μόλις αφαιρεθεί από το δότη μεταφέρεται αμέσως στο λήπτη. Κατά τη μεταμόσχευση δεν αφαιρούνται οι νεφροί του δέκτη για να τοποθετηθεί ο νέος νεφρός. Ο νέος νεφρός τοποθετείται χαμηλά στο δεξιό ή αριστερό λαγόνιο βόθρο κι εκεί αναστομώνεται η νεφρική αρτηρία και φλέβα με τα αντίστοιχα λαγόνια αγγεία του δέκτη. Τέλος, ο ουρητήρας εμφυτεύεται στην ουροδόχο κύστη με διάφορες τεχνικές. Η θνητότητα του δότη από την επέμβαση κυμαίνεται περί το 0,05%, ενώ η νεφρική του λειτουργία υποκαθίσταται πλήρως από τον άλλο νεφρό.

Τα τελευταία χρόνια, στις χώρες με καλώς ανεπτυγμένα προγράμματα μεταμοσχεύσεων οργάνων, ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων νεφρού από ζωντανούς δότες έχει περιοριστεί στο

ελάχιστο, ενώ αντίθετα στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων χρησιμοποιούνται μοσχεύματα από δότες που πληρούν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου.

## **B) Νεφρός από πτωματικό δότη**

Τα κριτήρια επιλογής ενός πτωματικού δότη είναι:

- Ηλικία 2-65 ετών
- Αρνητικό ιστορικό υπέρτασης, διαβήτη, νεφρικής νόσου
- Αρνητικό ιστορικό καρκίνου
- Απουσία γενικευμένης λοίμωξης
- Απουσία παρατεταμένης υπότασης
- Διούρηση  $>0,5$  ml/kg/h
- Αρνητικά HbsAg, HIV και
- Συμβατότητα ομάδας αίματος με υποψήφιο λήπτη.

Μετά την αφαίρεσή τους οι νεφροί τοποθετούνται σε ειδικά διαλύματα συντήρησης, σε θερμοκρασία 4°C, όπου είναι δυνατό να διατηρηθούν για διάστημα μέχρι και 72 ωρών. Το διάστημα αυτό είναι αρκετό για τη μεταφορά των νεφρών στο μεταμοσχευτικό κέντρο και τη διενέργεια του ελέγχου ιστοσυμβατότητας. Τέλος, η εγχείρηση μεταμόσχευσης του πτωματικού νεφρού στο λήπτη ακολουθεί τις ίδιες αρχές με την εγχείρηση σε περιπτώσεις ζώντα δότη.

Τα αποτελέσματα μεταμόσχευσης νεφρού θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με την επιβίωση των ασθενών και των μοσχευμάτων, αλλά και με την ποιότητα ζωής μετά από τη μεταμόσχευση, καθώς και με το κόστος, σε σύγκριση με τη χρόνια αιμοκάθαρση. Η επιβίωση των αρρώστων ένα χρόνο μετά την επέμβαση υπερβαίνει το 90%, παρόλο ότι

συνεχώς γίνονται δεκτοί για μεταμόσχευση ασθενείς υψηλότερου κινδύνου. Η επιβίωση των μοσχευμάτων από μεν ζώντες συγγενείς δότες κυμαίνεται, ένα χρόνο μετεγχειρητικά μεταξύ 90 και 95%, ενώ προκειμένου για νεφρούς από πτωματικούς δότες πλησιάζει το 80%.

Σύμφωνα με υπάρχοντα στοιχεία, τα ποσοστά επιβίωσης ληπτών και μοσχευμάτων μετά από μια δεκαετία ανέρχονται αντίστοιχα σε 70% και 50%. Οι σημαντικότερες απώτερες επιπλοκές μετά από μεταμόσχευση νεφρού είναι: η χρόνια απόρριψη του μοσχεύματος, η υπέρταση, καρδιολογικές επιπλοκές, η ηπατική δυσλειτουργία, οστικά προβλήματα και κακοήθεις νόσοι.

Σχετικά με την επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο μετεγχειρητικά, έχει υπολογιστεί, ότι 79% των αρρώστων μετά από μεταμόσχευση νεφρού ζουν και εργάζονται σχεδόν φυσιολογικά, σε αντίθεση με 47 έως 59% των αρρώστων σε αιμοκάθαρση. Τέλος, το κόστος της μεταμόσχευσης νεφρού είναι σαφώς μικρότερο από το κόστος της αιμοκάθαρσης.

### 2.3.8 Συμβατότητα ιστών

Καθοριστικό ρόλο για την εκπλήρωση του σκοπού της μεταμόσχευσης παίζει το Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας το οποίο εξετάζει τη συμβατότητα των ομάδων αίματος και των αντιγόνων των ιστών μεταξύ δότη και λήπτη νεφρικού μοσχεύματος.

Όπως υπάρχουν οι ομάδες αίματος (A, B, AB, O) στον άνθρωπο και τα ανώτερα θηλαστικά, υπάρχουν και τα αντιγόνα των ιστών (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA) τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή του κατάλληλου λήπτη σε μια μεταμόσχευση νεφρού.

Το Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας επιλέγει τον καταλληλότερο λήπτη με βάση τις εργαστηριακές παραμέτρους των ασθενών που αναμένουν μεταμόσχευση και πραγματοποιεί πριν από την έναρξη της μεταμόσχευσης την τελική διασταύρωση (CROSS MATCH) του ορού του λήπτη με τα κύτταρα του δότη.

Ο έλεγχος της ιστοσυμβατότητας, δηλαδή ο αποκλεισμός προϋπάρχουσας αντιδραστικότητας του λήπτη προς το δότη, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν την επιλογή του λήπτη.

### 2.3.9 Τα ανοσοκατασταλτικά μέσα πριν, κατά και μετά τη μεταμόσχευση

Τα σύγχρονα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα στρέφονται εναντίον των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, είτε καταστρέφοντάς τα, είτε αναστέλλοντας τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίησή τους. Η ανοσοκαταστολή, γενικά, είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται πριν από τη μεταμόσχευση ή κατά τη διάρκειά της, γιατί είναι δυσκολότερο να κατασταλεί η ανοσολογική απάντηση του λήπτη προς το μόσχευμα, εάν έχει προηγηθεί η ευαισθητοποίηση του ανοσολογικού του συστήματος. Γι' αυτό το λόγο η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων προηγείται συνήθως της μεταμόσχευσης.

Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- **Η αζαθειοπρίνη:**Κύριες παρενέργειές της είναι η μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και οι διαταραχές της λειτουργίας του ήπατος.
- **Τα κορτικοειδή:**Έχουν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία σαράντα περίπου χρόνια, σε συνδυασμό με άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ως θεραπεία συντήρησης, ιδιαίτερα δε για την αντιμετώπιση επεισοδίων απόρριψης.
- **Η κυκλοσπορίνη Α:**Η επιτυχία της κυκλοσπορίνης στον τομέα των μεταμοσχεύσεων υπήρξε τόσο σημαντική, ώστε τα περισσότερα κέντρα μεταμόσχευσης διεθνώς διαχωρίζουν τα αποτελέσματά τους σε εποχές πριν και μετά την κυκλοσπορίνη. Κύρια παρενέργειά της είναι η

πρόκληση βλάβης στα νεφρά που όμως είναι δοσοεξαρτώμενη.

Μία άλλη κατηγορία ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων είναι τα πολυκλωνικά και μονοκλωνικά αντισώματα.

Κύριος εκπρόσωπος των πολυκλωνικών αντισωμάτων είναι η αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη και η αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη. Η αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη χρησιμοποιείται για προφυλακτική ανοσοκαταστολή αμέσως μετά από τη μεταμόσχευση από πτωματικό δότη, ή για την αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας απόρριψης. Παρενέργειές της είναι: αναφυλακτική αντίδραση, πυρετός, ρίγη, θρομβοπενία και ευκαιριακές λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊο, ερπητοϊούς ή μύκητες.

Κύριος εκπρόσωπος των μονοκλωνικών αντισωμάτων είναι το ΟΚΤ3. Το ΟΚΤ3 χρησιμοποιείται ως προφυλακτική ανοσοκαταστολή μετά από τη μεταμόσχευση, ή για την αντιμετώπιση επεισοδίου απόρριψης. Οι κυριότερες επιπλοκές κατά τη χρήση του ΟΚΤ3 είναι η εμφάνιση συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από πυρετό, ρίγη, εμέτους, δύσπνοια και σπάνια πνευμονικό οίδημα.

Άλλα ανοσοκατασταλτικά μέσα, που χρησιμοποιούνται όμως σε μικρότερη έκταση, είναι η ακτινοβολία, η σπληνεκτομή και πλασμαφαίρεση. Η τοπική ακτινοβολία του μοσχεύματος χρησιμοποιείτο παλαιότερα σε επεισόδια οξείας απόρριψης. Σήμερα, σε ορισμένα κέντρα εφαρμόζεται ακτινοβολία ολόκληρου του λεμφικού ιστού σε αρρώστους υψηλού κινδύνου (δεύτερη μεταμόσχευση, ηλικία άνω των 55 ετών κλπ.). Το θέμα της σπληνεκτομής πριν από τη μεταμόσχευση παραμένει αμφιλεγόμενο, από την πρώτη εφαρμογή του το 1963 μέχρι και σήμερα. Εκτός από την αύξηση της επιβίωσης των μοσχευμάτων που, σύμφωνα με μερικές μελέτες προκαλεί, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο κατά τη

μεταμόσχευση μεταξύ ατόμων ασύμβατων ως προς την ομάδα αίματος. Τέλος, η πλασμαφαίρεση έχει χρησιμοποιηθεί επίσης σε μεταμοσχεύσεις μεταξύ ατόμων διαφορετικής ομάδας αίματος, καθώς και σε αρρώστους με πολύ υψηλό τίτλο αντισωμάτων προεγχειρητικά.

### 2.3.10 Δωρεά οργάνων και ιστών

Η μεταμόσχευση αποτελεί για πολλούς συνανθρώπους μας τη μοναδική ρεαλιστική ελπίδα για μια υγιή και παραγωγική ζωή. Έχει καθιερωθεί ως ευρέως αποδεκτό μέρος της ιατρικής θεραπείας και θεωρείται ως μία νίκη του ανθρώπου στην πάλη του με την αρρώστια και το θάνατο. Για να λάβει, όμως, σάρκα και οστά ένα ευρύ μεταμοσχευτικό πρόγραμμα απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δωρεά οργάνων, ένα θέμα δύσκολο όχι τόσο ως ιατρικό-επιστημονικό επίτευγμα όσο γιατί προκαλεί κοινωνικά διλήμματα, και στην πατρίδα μας και σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ, παράλληλα, για την ανάπτυξή του απαιτείται η κοινωνική στήριξη, άνευ της οποίας δε μπορεί να υπάρξει. Επιπλέον, όπως συμβαίνει με όλες τις ανθρώπινες εξελίξεις, αυτός ο ιδιαίτερος χώρος της ιατρικής επιστήμης, παρά την ελπίδα που προσφέρει, παρουσιάζει επίσης κάποια σοβαρά θέματα που πρέπει να εξεταστούν υπό το φως μιας διορατικής ανθρωπολογικής και ηθικής σκέψης.

Στην Ελλάδα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, τα τελευταία χρόνια, διαπιστώνεται στασιμότητα ή ακόμα και κάμψη στον αριθμό των διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση. Αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, σε απροθυμία των συγγενών στο να συναινέσουν στη δωρεά οργάνων προσφιλών τους προσώπων που έχασαν τη ζωή τους. Οι αιτίες της απροθυμίας αυτής είναι, σίγουρα, πολλές αλλά οι σημαντικότερες πρέπει να αναζητηθούν:

- Στην ελλιπή και, πολλές φορές εσφαλμένη ενημέρωση ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού που συχνά πέφτει θύμα διογκωμένης φημολογίας



- Στην έλλειψη εμπιστοσύνης σε φορείς και γιατρούς και στο φόβο για εμπόριο οργάνων, και
- Στις διάφορες προλήψεις και προκαταλήψεις που συνοδεύουν το τέλος της ζωής.

Η πράξη της δωρεάς ιστών και οργάνων μπορεί και πρέπει να αποτελέσει περιεχόμενο της ατομικής και συλλογικής συνείδησης, δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης και πόλο συσπείρωσης της κοινωνίας μας την οποία έχει τόσο ανάγκη ο τόπος, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών. Επίσης, είναι ανάγκη προς την κατεύθυνση αυτή όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί, η αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, η εκπαίδευση, οι επιστημονικές και πνευματικές δυνάμεις, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να παίζουν ένα θετικό ρόλο. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, πιστή στη ρήση «Μακάριον εστί μάλλον δίδοναι ή λαμβάνειν» (πραξ.κ'35), έχει αποδεχτεί ανεπιφύλακτα την ιδέα της δωρεάς οργάνων θεωρώντας την υπέρτατη πράξη ανθρωπισμού και φιλαλληλίας.

Οι πολιτική-πολιτειακή ηγεσία και οι Έλληνες θα πρέπει να ανταποκριθούμε στο κάλεσμα χιλιάδων συνανθρώπων μας που κτυπήθηκαν από τη μοίρα και να δώσουμε το μήνυμα του χρέους και το παράδειγμα για συμπαράσταση και βοήθεια στον αγώνα ζωής που δίνουν αυτοί που αναμένουν ένα μόσχευμα. Αυτό το μήνυμα αλληλεγγύης είναι άλλωστε βγαλμένο μέσα από τις παραδόσεις του λαού μας, από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι σήμερα, και πρέπει να το μεταφέρουμε συνεχώς μαζί μας, σε κάθε στιγμή της ζωής μας για να εξασφαλίσουμε ένα καλύτερο αύριο σε όσους πρέπει να υποβληθούν σε μεταμόσχευση.

### **2.3.11 Τα προβλήματα των μεταμοσχεύσεων**

#### **2.3.11.1. Εμπόριο οργάνων**

Η πρακτική της χρησιμοποίησης του ανθρώπου ή μέρη από το σώμα του για την εξασφάλιση της επιβίωσης ή για την βελτίωση της ζωής άλλων ατόμων μπορεί να αντιπροσωπεύει μία από τις καλύτερες προόδους στην ιστορία του ανθρώπου για την επιβίωσή του, θέτει όμως κινδύνους οι οποίοι πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά ώστε να αποφευχθεί πιθανή χρήση του ανθρώπινου σώματος ως εμπορεύσιμου αντικειμένου.

Ο κίνδυνος βρίσκεται εκεί ακριβώς όπου η ανεπάρκεια των μοσχευμάτων παγκοσμίως κάνει τους επίδοξους και μεγάλους κερδοσκοπικούς οργανισμούς να καταχρώνται και να εμπορεύονται όργανα σώματος.

Εξαιτίας λοιπόν, του πιθανού κινδύνου εμπορευματοποίησης των ανθρωπίνων οργάνων στις περισσότερες χώρες του Συμβουλίου της Ευρώπης, Ελλάδα, Γαλλία, Ελβετία, Βέλγιο, Ισπανία, Αυστρία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία υπάρχει ρητή επιταγή για χαριστική δόση από ζωντανό ή νεκρό δότη (Κίτσου-Περλέγκου Σ.1990).

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 2 του Νόμου 2737/1999, αναγνωρίζεται η χαριστική δόση των οργάνων και απαγορεύεται οποιαδήποτε συναλλαγή μεταξύ δότη, λήπτη, των οικογενειών τους ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου.

Επίσης, σε αρκετές χώρες όπως Ελλάδα, Βέλγιο, Γαλλία, Ελβετία, Ισπανία, Λουξεμβούργο και Φιλανδία τονίζεται το σημείο της κάποιας αποζημίωσης στο δότη για μεταφορά και άλλα έξοδα με ρητή όμως

αναγνώριση των ορίων και της διαδικασίας αποζημίωσης(Κίτσου-Περλέγκου Σ. 1990 σελ.29-30).

Σε όλες σχεδόν τις χώρες ρυθμίζεται το ζήτημα του κόστους φύλαξης και μεταφοράς οργάνων, τα οποία αναλαμβάνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ή τα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή οι τράπεζες φύλαξης οργάνων.

Παρά τη νομοθεσία που σε πολλές χώρες καθιστά ποινικά κολάσιμη πράξη την αγοροπωλησία οργάνων, το εν λόγω φαινόμενο δεν εκλείπει. Η αιτία αυτού του φαινομένου θα λέγαμε ότι είναι η ανεπάρκεια πτωματικών οργάνων. Οι μεσάζοντες αυτής της κατάστασης είναι κυρίως γιατροί οι οποίοι εκμεταλλεύονται τόσο την αγωνία για επιβίωση των ατόμων που προορίζονται για μεταμόσχευση όσο και την οικονομική ανέχεια κάποιων ανθρώπων, που με σκοπό την απόκτηση χρημάτων πωλούν κάποιο από τα όργανά τους.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1993 αναφέρθηκε βιβλιογραφικά ότι, από το 1990 έως και το 1993, 2000 νεφροί είχαν πουληθεί από Ινδούς σε πλούσιους ασθενείς στη Μέση Ανατολή, την Ευρώπη και αλλού. Επίσης, αποκαλύφθηκε ότι σε ασθενείς από τον Αραβικό Κόλπο έχουν μεταμοσχευτεί νεφροί που έχουν αγοραστεί από την Ινδία, την Αίγυπτο, το Ιράκ, τις Φιλιππίνες και αλλού. Παλαιότερα, είχε βρεθεί στη Βομβάη ένας κατάλογος “δωρητών” που ήταν σε αναμονή να πουλήσουν το νεφρό τους σε λήπτες των ευρωπαϊκών νοσοκομείων.

Άραγε η εμπορία οργάνων εμπεριέχει μόνο την εκμετάλλευση του δότη και του λήπτη και την κερδοσκοπία των μεσαζόντων; Η απάντηση είναι ΟΧΙ. Το εμπόριο οργάνων εγκυμονεί περαιτέρω κινδύνους οι οποίοι είναι οι εξής:

- Η πώληση οργάνων χωρίζει την κοινωνία σε δύο κατηγορίες. Οι φτωχοί θα είναι οι δότες και οι πλούσιοι οι λήπτες.
- Η δημιουργία μαύρης αγοράς μοσχευμάτων από πτωματικούς δότες.
- Η μετάδοση ασθενειών από όργανα που πάρθηκαν από φτωχούς και υποτροφικούς ανθρώπους.
- Τα κέντρα στα οποία διενεργείται η αφαίρεση ενός οργάνου δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα και πεπειραμένα, με αποτέλεσμα να μην είναι αξιόπιστα για τη ζωή των δοτών κατά και μετά την εγχείρηση.
- Ο εκβιασμός τόσο των δοτών όσο και των ληπτών από τους μεσάζοντες.

Παρά τους κινδύνους που προαναφέραμε υπάρχουν κάποιοι που υποστηρίζουν ότι το κίνητρο του κέρδους θα μπορούσε να παράσχει κάποια λύση στο πρόβλημα της εξεύρεσης μοσχευμάτων προς όφελος του λήπτη και ενδεχομένως και του αδρώς ανταμειβόμενου δότη.

Η λύση αυτή όμως δε μπορεί να σταθεί διότι τα όργανα του ανθρώπινου σώματος δεν είναι δυνατόν να καταστούν αντικείμενα συναλλαγής. Παρόμοια δικαιοπραξία θα προσέκρουε στην δημόσια τάξη και στα χρηστά ήθη. Η προσφορά οργάνων θα πρέπει να συνεχίσει να αποτελεί πράξη αγάπης μεταξύ των ανθρώπων και όχι αντικείμενο οικονομικών συναλλαγών.

### **2.3.11.2.Κριτήριο ορισμού θανάτου-αφαίρεσης οργάνων**

Η μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια, έδωσε μία νέα διάσταση στον ορισμό του θανάτου. Έτσι, η παύση της λειτουργίας ορισμένων βασικών οργάνων για την διατήρηση της ζωής του ανθρώπου, μπορεί να ανασταλεί με μηχανικά μέσα.

Η διατήρηση όμως, της αναπνοής και της κυκλοφορίας σε ένα σώμα με νεκρό εγκέφαλο, δημιούργησε ερωτηματικά κατά πόσο το άτομο αυτό είναι νεκρό ή όχι.

Επειδή η μηχανική υποστήριξη της λειτουργίας του εγκεφάλου είναι αδύνατη, το άτομο είναι νεκρό όταν ο εγκέφαλος είναι νεκρός. Αυτό οδήγησε σε έναν καινούργιο όρο, «τον εγκεφαλικό θάνατο».

#### **Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου**

Ο εγκεφαλικός θάνατος, δηλαδή ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, ταυτίζεται με το θάνατο του ατόμου. Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι το τμήμα του εγκεφάλου, που βρίσκεται μεταξύ του κυρίως εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, στο οποίο μεταξύ τω άλλων, έχει την έδρα του και το κέντρο της αναπνοής. Η ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται την απώλεια της ικανότητας για αυτόνομη αναπνοή και την απώλεια της ολοκλήρωσης της δραστηριότητας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή.

Πριν από μερικές δεκαετίες, ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα και συνέπιπτε με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σε λίγα λεπτά επακολουθούσε η οριστική νέκρωση του εγκεφάλου. Σε μερικές περιπτώσεις, όμως, μπορεί να προηγηθεί η νέκρωση του εγκεφάλου και να επακολουθήσει η διακοπή της αναπνευστικής και καρδιακής

λειτουργίας, όπως συμβαίνει σε βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα, αυτόματη εγκεφαλική αιμορραγία κλπ. Στους ασθενείς αυτούς μπορεί σήμερα να διατηρηθεί, για λίγες ώρες, η αναπνοή και η κυκλοφορία με τεχνητά μέσα (αναπνευστήρες, οροί, φάρμακα), εάν την ώρα της διακοπής της αναπνοής βρίσκονται σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από τρεις έμπειρους γιατρούς οι οποίοι δεν ανήκουν σε καμία μεταμοσχευτική ομάδα. Αφού αποκλειστούν άλλες συνυπάρχουσες αναστρέψιμες καταστάσεις ακολουθούν οι δοκιμασίες επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου, οι οποίες επιτελούνται τουλάχιστον 24 ώρες μετά από την έναρξη του κώματος. Για να αποκλειστεί και η παραμικρή πιθανότητα λάθους οι δοκιμασίες γίνονται δύο φορές , σε διάστημα της μιας από την άλλη τουλάχιστον 12 ωρών. Τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι:

- 1.Απουσία κινητικότητας
- 2.Απουσία αντανακλαστικών του στελέχους του εγκεφάλου (π.χ. κόρης, κερατοειδή)
- 3.Απνοια (4 λεπτών)
- 4.Γνωστή μη ιάσιμη ενδοκρανιακή βλάβη
- 5.Επιμονή των ευρημάτων για 12 ώρες

Το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν θεωρείται απαραίτητο.

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι επαρκής και αναγκαία συνθήκη, για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός, όπως καθορίζει η 9<sup>η</sup> απόφαση της 21<sup>ης</sup> Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), που συνήλθε στις 20/3/1985. Στα ιατρικά χρονικά, δεν υπάρχει ούτε μία περίπτωση επανόδου στη ζωή ατόμου που χαρακτηρίστηκε ως εγκεφαλικά νεκρό.

Όταν διαπιστωθεί ο θάνατος του ασθενούς ξεκινά η διαδικασία της μεταμόσχευσης εφόσον, βέβαια, ο εγκεφαλικά νεκρός είχε εκφράσει εν ζωή τη θέλησή του να γίνει δωρητής οργάνων ή οι συγγενείς συναινούν εφόσον ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφραστεί αρνητικά. Τα όργανα που μεταμοσχεύονται βοηθούν άλλους χρονίως πάσχοντες ασθενείς να σώσουν ή να αναβαθμίσουν, ουσιαστικά, την ποιότητα της ζωής τους. Σε διαφορετική περίπτωση τα τόσο πολύτιμα όργανα για τη ζωή των χρονίων πασχόντων χάνονται.

### 2.3.11.3 Η επιλογή του λήπτη

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που βιώνει ένας νεφροπαθής και που υποβιβάζει ακόμα περισσότερο την ποιότητα της ζωής του είναι και έχει άμεσες επιδράσεις στο χαρακτήρα και τη συμπεριφορά του είναι το άγχος της αναμονής μοσχεύματος.

Όλοι οι νεφροπαθείς οι οποίοι κάνουν τεχνητό νεφρό ζουν με την ελπίδα ότι κάποια στιγμή θα βρεθεί μόσχευμα και θα απαλλαγούν από την εξάρτηση του μηχανήματος. Συνήθως βέβαια περνούν χρόνια μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα.

Όταν βρεθεί ο πρωματικός δότης σπεύδουν οι μεταμοσχευτές χειρουργοί για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νεφρικών μοσχευμάτων και παράλληλα ειδική επιτροπή γιατρών έχει ήδη γνωματεύσει τον εγκεφαλικό θάνατο του ασθενή.

Σε συνεργασία με τους εκπροσώπους του Κέντρου Ιστοσυμβατότητας το Μεταμοσχευτικό Κέντρο από τη λίστα αναμονής επιλέγει τους υποψήφιους για μεταμόσχευση, όχι βάση της σειράς εγγραφής αλλά με βάση τα κοινά αντιγόνα δότη-λήπτη.

Επιλέγονται δηλαδή για μεταμόσχευση μόνο εκείνοι οι νεφροπαθείς που έχουν περισσότερη ομοιότητα με τον δότη, δηλαδή πιο πολλά κοινά αντιγόνα. Εάν αυτοί που επιλεγούν είναι πάνω από δύο και οι νεφροί είναι μόνο δύο, τότε καλούνται όλοι στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο, γίνεται αιμοληψία από όλους για το τελικό CROSS-MATCH και ακολουθεί μία σύντομη κλινικοεργαστηριακή αξιολόγηση σε συνεργασία με νεφρολόγους, καρδιολόγους, αναισθησιολόγους. Από την κλινική αυτή αξιολόγηση είναι πιθανόν να αποκλειστούν ορισμένοι. Αυτοί που τελικά κριθούν κατάλληλοι έστω κι αν είναι 3 ή 4 προετοιμάζονται για χειρουργείο, σαν να πρόκειται να μεταμοσχευτούν. Η τελική απόφαση



για το ποιοι τελικά θα μεταμοσχευτούν λαμβάνεται όταν έρθει η απάντηση από το CROSS-MATCH που καθυστερεί 3-4 ώρες από τη στιγμή που έρχεται και ο τελευταίος υποψήφιος στο κέντρο. Από την απάντηση αποκλείονται όσοι έχουν CROSS-MATCH θετικό και συνεχίζουν μόνο αυτοί που και κλινικά είναι σε καλή κατάσταση και το CROSS-MATCH είναι αρνητικό.

Εάν αυτοί είναι 3 ή 4 με την ίδια ακριβώς ομοιότητα ως προς τα αντιγόνα του δότη, τότε η ηλικία, η σειρά αναμονής, η οικογενειακή κατάσταση, η ταλαιπωρία στην αιμοκάθαρση κλπ., δηλαδή λόγοι αυστηρά και μόνο επιστημονικοί αλλά και κοινωνικοί παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην τελική επιλογή αφού εξηγηθούν ακριβώς σ' όλους τους υποψήφιους οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του ενός και τον αποκλεισμό του άλλου.(Χωματάς Ι. 1987, σελ 20)

Τα παραπάνω ισχύουν σε περιπτώσεις που το μόσχευμα προέρχεται από πτωματικό δότη.

Άγχος, βέβαια, και αγωνία, παρόλο που έχει μια διαφορετική μορφή, υπάρχει και στις περιπτώσεις εκείνες που το μόσχευμα προέρχεται από συγγενή δότη. Και αυτό γιατί η διαδικασία πριν τη μεταμόσχευση είναι αρκετά μεγάλη και λεπτή.

Θα ακολουθήσει ένα απόσπασμα από το βιβλίο “Θέλω να ζήσω” του Γ. Καστρινάκη, στο οποίο ο συγγραφέας παραθέτει παραστατικά την δική του προσωπική εμπειρία όταν η μητέρα του επρόκειτο να του δώσει τον ένα νεφρό της.

*“Στο μεταξύ φούντωνε η αγωνία η δική μου και της Μάρως για το αν θα μπορούσε να γίνει η μεταμόσχευση. Ιστοσυμβατότητα υπήρχε ανάμεσα στον νεφρό της μητέρας μου και στο δικό μου, αλλά αυτό ήταν απλώς και μόνο μία από τις προϋποθέσεις για να γίνει η μεταμόσχευση. Ο δρόμος ήταν*

πολύ μακρύς. Έπρεπε να γίνουν δεκάδες εξετάσεις...η μάνα μου, γνήσιο παλικάρι, δεν το έβαζε κάτω. "Γιατρέ, εάν είναι γερό μόνο το ένα νεφρό, βάλε αυτό στο παιδί μου να το σώσω, κι άφησε μου εμένα το ελαττωματικό" είχε πει κάποτε στον κ. Χωματά. Όμως, πήρε μια απάντηση που μάλλον δεν την ικανοποιούσε: "Εδώ, κυρία Καστρινάκη, έχουμε έναν άρρωστο και πάμε να τον κάνουμε αυτόν καλά, χωρίς όμως να δημιουργήσουμε έναν άλλο άρρωστο".

Όμως, οι καλλιέργειες των ούρων, έβγαιναν πότε θετικές, πότε στείρες, δηλαδή χωρίς μικρόβια.

Οι μέρες εκείνες έμοιαζαν με αιώνες. Δεν θα τις ξεχάσω ποτέ. Όταν οι εξετάσεις ήταν καλές, γέμιζα ζωντάνια. Όταν έβγαιναν άσχημες, ήμουν ένας ζωντανός νεκρός.

"Όσο κι αν προσπαθήσω, φίλοι, αποκλείεται να μπορέσω να σας περιγράψω το πώς αισθανόμουν. Από τη μια να βλέπεις να ανατέλλει η ελπίδα κι από την άλλη να την νιώθεις ότι σβήνει κι ότι μένεις αγκαλιά με την καταδίκη της αρρώστιας σου...".

Η στιγμή βέβαια που τελειώνει με επιτυχία μια επέμβαση μεταμόσχευσης είναι οπωσδήποτε καθοριστική για τη ζωή ενός πρώην νεφροπαθή αλλά όχι η απόλυτη αποδέσμευση από το πρόβλημά του.

Το άγχος της μελλοντικής έκβασης, ο τρόπος που θα επιβιώσει ένα ξένο σώμα μέσα στον οργανισμό του, το άγχος της απόρριψης του μοσχεύματος είναι προβλήματα που τον απασχολούν συνεχώς.

#### 2.3.11.4 Απόρριψη του μόσχευματος

Όνειρο κάθε ασθενούς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η μεταμόσχευση νεφρού και η επιτυχής έκβαση αυτής. Βέβαια, η στιγμή που τελειώνει μία μεταμόσχευση είναι οπωσδήποτε καθοριστική για τη ζωή του νεφροπαθή, αλλά όχι και η απόλυτη αποδέσμευση από το πρόβλημά του.

Μετά το τέλος της επέμβασης μία σειρά προβλημάτων εξακολουθεί να απασχολεί τον ασθενή. Η μελλοντική έκβαση της μεταμόσχευσης και κατ' επέκταση της υγείας του, προσδίδουν έντονο άγχος στον ασθενή. Για να θεωρηθεί το μόσχευμα, εν μέρει, διασφαλισμένο πρέπει να μεσολαβήσει ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, που συνήθως ξεπερνά τα δύο χρόνια.

Από τα δύο χρόνια και έπειτα μειώνονται, χωρίς βέβαια να εξαλείφονται, οι κίνδυνοι ενδεχόμενης απόρριψης. Βέβαια, το γεγονός αυτό κάνει τους μεταμοσχευμένους υπερευαίσθητους και ιδιαίτερα προσεκτικούς σε ό,τι αφορά την υγεία τους σε σημείο βέβαια που πολλές φορές οδηγούνται στην υπερβολή, μία υπερβολή η οποία εξηγείται λογικά απ' όλη την προηγούμενη ταλαιπωρία τους.

Στην περίπτωση όμως, που το μόσχευμα απορριφθεί από τον οργανισμό, ο ασθενής αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στο φόβο της επιστροφής στον τεχνητό νεφρό και στο φόβο του θανάτου.

Η επιστροφή του ασθενούς στον τεχνητό νεφρό θα προκαλέσει συναισθήματα απογοήτευσης και οργής αφού τον αναγκάζουν να αρχίσει ξανά την διαδικασία της αιμοκάθαρσης και να διανύσει από την αρχή τα ίδια στάδια για τον επιθυμητό στόχο της μεταμόσχευσης. (Πρακτικά Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000).

Οι χειρότεροι όμως, φόβοι του ασθενούς είναι συνδεδεμένοι με το θάνατο. Αναπόφευκτα, η απόρριψη του μοσχεύματος και η εξουθένωση του οργανισμού οδηγούν την σκέψη του πάσχοντα στην έμμονη ιδέα του θανάτου. Ο ασθενής μπροστά στο ενδεχόμενο του θανάτου αποκτά φόβους, οι οποίοι είναι:

A) Ο φόβος του αποχωρισμού, ο οποίος εκφράζεται με έντονο προβληματισμό για την τύχη των αγαπημένων του προσώπων και την απομάκρυνσή του από αυτά.

B) Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή.

Γ) Ο φόβος της οριστικότητας του θανάτου, που συνοδεύεται από υπαρξιακά προβλήματα και ανησυχίες.(Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1995).

Το άγχος και οι φόβοι του ασθενούς δεν εξαντλούνται με τα παραπάνω, αφού προστίθενται και οι φόβοι της ταπείνωσης, της εξάρτησης, του πόνου και της μοναξιάς.

### 2.3.12 Ιατρική ομάδα-Συγγενείς του δότη οργάνων

#### Ηθικός προβληματισμός-Συναισθηματική φόρτιση

Η θανατηφόρα διαδικασία μπορεί να δημιουργήσει καταλυτικά συναισθήματα όχι μόνο από τη μεριά των συγγενών του δότη αλλά και από τη μεριά των θεραπειών. Ο γιατρός μπορεί να μην είναι προετοιμασμένος να χειριστεί μια τέτοια κατάσταση είτε σαν ειδικός επιστήμονας είτε σαν απλός παριστάμενος. Ίσως σαν αποτέλεσμα της “θέσης” τους, όπως την θέτει το κοινωνικό σύνολο, οι γιατροί φοβούνται να εκδηλώσουν αυτή την αδυναμία τους. Κάθε γιατρός λειτουργεί βέβαια με γνώμονα την βοήθεια στον άρρωστο. Στην περίπτωση όμως, που ο θάνατος γίνεται αναπόφευκτος, μια νέα διάσταση στη σχέση του με τους συγγενείς είναι δυνατόν να εισέλθει να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το θάνατο. Οι συγγενείς έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι δεν έπαψε ο αγαπημένος τους να έχει αξία για τους γύρω του. Θα πρέπει επίσης να γίνει αποδεκτό από το γιατρό ότι οι συγγενείς έχουν αναφαίρετο δικαίωμα να αναβιώσουν τις εμπειρίες τους για το θάνατο.

Ο ίδιος ο γιατρός πρέπει να υπερνικήσει την πιθανή απογοήτευση για το περιορισμένο των θεραπευτικών του ικανοτήτων ή και φόβο για την ίδια θανατηφόρα διαδικασία λόγω πιθανής ταύτισης με τον ετοιμοθάνατο άρρωστο. Ο φόβος του θανάτου, ο φόβος του τέλους παρουσιάζει δύο τουλάχιστον όψεις. Η μία έχει να κάνει με τον φόβο κάθε ανθρώπου της ατομικής εξαφάνισης. Η άλλη σχετίζεται με τον καθαυτό τρόπο του θανάτου. Ίσως ο άνθρωπος δεν φαίνεται να φοβάται τόσο τον θάνατο όσο τον τρόπο που θα συμβεί.

Η παρουσία και παρακολούθηση κάποιου που “φεύγει” απαιτεί και αντιμετώπιση των συναισθημάτων που γεννιούνται σ’ αυτές τις

περιπτώσεις. Έτσι, είναι “φυσικό” ορισμένοι θεραπευτές να νιώθουν δυσφορία, αμηχανία και άγχος, κρατώντας ταυτόχρονα τις αποστάσεις, αποσπώμενοι από το “περιστατικό”, γεγονός που δεν βοηθά ιδιαίτερα τους γιατρούς να εμπλακούν στη διαδικασία του συντονισμού μεταμόσχευσης. (Κίτσου-Περλέγκου Σ.1990 σελ.90-91).

Η δωρεά οργάνων εκφράζει ένα αληθινό δίλημμα ανάμεσα στον σεβασμό του ατόμου και της ανάγκης για μια πράξη κοινωνικού ανθρωπισμού. Ή μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί μια τεχνολογική επανάσταση στην ιστορία του αγώνα του ανθρώπου ενάντια στην αρρώστια. Όμως δεν πρόκειται μόνο για μια τεχνολογική επανάσταση σ’ έναν κόσμο, όπως λέγεται εγωιστικό, η μεταμόσχευση οργάνου από ένα άτομο σ’ ένα άλλο δίνει την εικόνα αυτού του ίδιου του ‘αντιεγωισμού’ όπου η αγάπη προς τον συνάνθρωπο δεν εκφράζεται μόνο με λόγια αλλά και με έργα”. (Κίτσου –Περλέγκου Σ. 1990 σελ92).

Για την οικογένεια του δότη η δωρεά οργάνων είναι μια πράξη χρήσιμη που ο θάνατος μπορεί να λάβει μια θετική υπόσταση όταν οι συγγενείς βιώνουν το αιφνίδιο πένθος.

Η πράξη της προσφοράς εκφράζει μια διάθεση αγάπης προς τον απόντα (ένα μέρος του σώματος ζει ξανά μέσω ενός άλλου) και μια διάθεση ανθρωπιστική προς εκείνον ο οποίος αναμένει να του δοθεί η ευκαιρία να κρατηθεί στη ζωή. Η οικογένεια του δότη σχεδόν πάντοτε βρίσκεται σε κατάσταση άγχους και απελπισίας, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις φαίνεται αδιάφορη.

Συχνά αρκετοί συγγενείς λαμβάνουν μέρος στη λήψη της απόφασης για τη δωρεά οργάνων. Συνήθως μια συζήτηση είναι αρκετή για αποφασίσουν και να δώσουν τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων. Περισσότερες από μια συζητήσεις με την οικογένεια είναι

απαραίτητες στις περιπτώσεις όπου τα μέλη της οικογένειας έχουν διαφορετικές επιθυμίες.

Βέβαια είναι πολύ δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν οι διαφορετικές ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις της οικογένειας, που αντιμετωπίζει το θάνατο ενός αγαπημένου της προσώπου. Φυσικά στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται η ύπαρξη ενός υψηλού βαθμού συναισθηματικού άγχους αλλά εντούτοις η συγκατάθεση που δίνεται θεωρείται ως ισχύουσα νομικά (Κίτσου-Περλέγκου Σ.1990)

Σύμφωνα με την Κίτσου-Περλέγκου Σ. (1990) οι αντιδράσεις αυτές θα ήταν δυνατόν να κατανεμηθούν σε πέντε κατηγορίες:

1. Περίπου 45% των περιπτώσεων δείχνει μια αντίδραση κατάπτωσης και βαθιάς απελπισίας μεταξύ των συγγενών.
2. Περίπου 35% αντιδρά με μεγάλο άγχος, ανησυχία και ταραχή κάνοντας συχνά αδύνατη την επικοινωνία και την κατανόηση του γιατρού. Αυτή η αντίδραση εκδηλώνεται με την αποφυγή της πραγματικότητας
3. 10-15% δεν δείχνουν αντίδραση και προσπαθούν να αποποιούνται κάθε σημάδι συναισθηματικού άγχους.
4. Λιγότερο από 5% παραμένει σε μια κατάσταση βαθιάς απογοήτευσης και απελπισίας κάνοντας κάθε επαφή κάθετα αδύνατη.
5. Τέλος, λιγότερο από 5% των οικογενειών, προτείνουν από μόνες τους τη δωρεά οργάνων.

Συγγενείς της πρώτης κατηγορίας είναι συχνά θετικοί όταν ενημερώνονται για τη μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων και την ανάγκη σε προσφερόμενα όργανα και γι' αυτό κάποιος έχει την εντύπωση ότι η απόφαση λαμβάνεται με βάση τη λογική.

Στους συγγενείς της δεύτερης κατηγορίας είναι πολύ σημαντικό να δοθούν προσεκτικές και λεπτομερείς ιατρικές εξηγήσεις για το αναπόφευκτο του θανάτου. Αυτοί οι συγγενείς βρίσκονται σε μια κατάσταση αποφυγής της πραγματικότητας και σπάνια θα δώσουν την συγκατάθεσή τους για δωρεά οργάνων.

Οι συζητήσεις με τις οικογένειες της τρίτης κατηγορίας είναι συνήθως πολύ σύντομες. Ενδιαφέρονται για όλες τις ιατρικές και νομικές πλευρές της δωρεάς οργάνων καθώς και για το κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου.

Στην τέταρτη κατηγορία είναι εξαιρετικά δύσκολο να δοθεί η συγκατάθεση. Οι συγγενείς αυτοί αποφεύγουν να παίρνουν οποιεσδήποτε αποφάσεις γιατί είναι ανίκανοι να αντιληφθούν οτιδήποτε πέρα από τη θλίψη τους.



### 2.3.13 Συντονιστές μεταμόσχευσης

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν.2737/1999, οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι-Τ.Ε.Ι) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α'). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

### 2.3.14 Εθνικός οργανισμός μεταμοσχεύσεων

#### (Ε.Ο.Μ.)

Δυστυχώς, ενώ τα μηνύματα από το διεθνές περιβάλλον είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και οι επιτυχίες των Ελλήνων ιατρών μας υπόσχονται πολλά και δίνουν ελπίδα για το μέλλον, η Ελλάδα καταλαμβάνει την τελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά τον αριθμό των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1999 η αναλογία αριθμού μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν 5, τη στιγμή που στην Ισπανία ήταν 34, στην Κύπρο 10 και στην Πορτογαλία 19. Παρόμοια στασιμότητα ή ακόμα και κάμψη στον αριθμό των διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως και οφείλεται, κατά κύριο λόγο, σε απροθυμία των συγγενών στο να συναινέσουν στη δωρεά οργάνων προσφιλών τους προσώπων που χάθηκαν.

Για να αυξηθεί λοιπόν η προσφορά οργάνων από πτωματικούς δότες απαιτείται η οργάνωση ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου συστήματος δωρεάς οργάνων που να βασίζεται σε δύο παράγοντες: τον Άνθρωπο και την Πολιτεία.

Εάν δεν πειστεί πρώτα απ' όλα, ο ίδιος ο πολίτης για την αναγκαιότητα της δωρεάς, αν δε συνειδητοποιήσει ο ίδιος πόσο το δώρο ζωής που προσφέρει μπορεί να ωφελήσει πολλούς άλλους, όσα μέτρα και να πάρει η Πολιτεία, όσες μονάδες και όσα κέντρα μεταμόσχευσης και να δημιουργήσει το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο.

Και αντίστροφα, αν η Πολιτεία δεν οργανώσει, δεν καταγράψει, δεν ενισχύσει και δε συντονίσει τη μεταμοσχευτική προσπάθεια, κάθε καλοπροαίρετη βούληση, κάθε διάθεση προσφοράς θα μείνει χωρίς ανταπόκριση. Ερχόμαστε έτσι, στον δεύτερο βασικό παράγοντα: την οργανωμένη και αποτελεσματική κρατική παρέμβαση. Η Πολιτεία, συνειδητοποιώντας τις ευθύνες που της αναλογούν, προχώρησε στην αναβάθμιση του θεσμικού πλαισίου που αφορά στις μεταμοσχεύσεις και στη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.).

Ο Ε.Ο.Μ. αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ιδρύθηκε με τον Ν. 2737 της 27 Αυγούστου 1999 («Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων») και έχει νομοθετημένη αρμοδιότητα τη χάραξη της στρατηγικής της χώρας μας για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Μ. φιλοδοξεί να συμβάλλει στην χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και στην ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της πατρίδας μας, προγράμματος που οφείλει αφενός να παρακολουθεί τις διεθνείς εξελίξεις και αφετέρου να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της χώρας οι οποίες, σε έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο, σε ένα διαρκώς εναλλασσόμενο περιβάλλον, έμειναν οι ίδιες. Ο Ε.Ο.Μ., ανάμεσα στις άλλες αρμοδιότητές του:

- Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση
- Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών

- Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων
- Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση
- Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας
- Συνεργάζεται με αντίστοιχους Οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων
- Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών, και τέλος
- Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

### 2.3.14.1 Στρατηγική Ε.Ο.Μ.

Ο Ε.Ο.Μ. είναι βέβαιος πως η εικόνα που παρουσιάζει σήμερα η δωρεά οργάνων στη χώρα μας μπορεί και πρέπει να αλλάξει. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής, συνεπής και υπεύθυνη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ο εποικοδομητικός διάλογος, η ανταλλαγή απόψεων και η κατάθεση υπεύθυνων προτάσεων. Στα πλαίσια αυτά ο Ε.Ο.Μ. έχει συγκεκριμενοποιήσει τη στρατηγική του, οι βασικές αρχές της οποίας στηρίζονται σε 4 άξονες:

1. Διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και κλινική διαχείριση των εν δυνάμει δωρητών, που έχει σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), καθώς και έγκαιρη δήλωση των περιπτώσεων αυτών στις αρμόδιες υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ.

(Η ανάλυση έχει γίνει σε άλλο σημείο της εργασίας).

2. Επικοινωνία και ενημέρωση του πληθυσμού, που έχει σχέση με την ενεργοποίηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και φυσικά όλων των εμπλεκόμενων με τη μεταμόσχευση φορέων.

Ο Ε.Ο.Μ. είχε ξεκινήσει από τον Μάρτιο του 2001 και παράλληλα με την Γενική Απογραφή Πληθυσμού, μία εκστρατεία ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού η οποία ολοκληρώθηκε έπειτα από δύο χρόνια. Σκοπός αυτής της ενημερωτικής εκστρατείας είναι να φτάσει το μήνυμα της δωρεάς οργάνων σε κάθε άκρη της ελληνικής επικράτειας μέσα από πλούσιες και πολυεπίπεδες δράσεις που περιλαμβάνουν:

- Παραγωγή έντυπου υλικού, τηλεοπτικά και ραδιοφωνικά σποτ, δελτία τύπου, αφίσες και διαφημιστικές καταχωρήσεις σε εφημερίδες και περιοδικά
- Έκδοση ενημερωτικού δελτίου
- Παρεμβάσεις εικαστικών καλλιτεχνών και διοργάνωση καλλιτεχνικών εκδηλώσεων
- Δημιουργία ενημερωτικής ταινίας με θέμα τη διαδικασία της μεταμόσχευσης και τη δωρεά οργάνων
- Δημιουργία μιας «Έκθεσης Μεταμόσχευσης» στην οποία ο επισκέπτης θα ενημερώνεται πλήρως μέσα από φωτογραφίες, κείμενα, έντυπα, ταινίες κλπ., για τη μεταμόσχευση και τη σημασία της
- Διοργάνωση, στα πλαίσια της γενικής προσπάθειας για τη διάδοση της ιδέας δωρεάς οργάνων και του πνεύματος του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, «Ευρωπαϊκής Ημέρας» για τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (Αθήνα 2004)

### 3. Επικοινωνία και ενημέρωση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων καθώς και των συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων.

4. Διασφάλιση της δημόσιας εμπιστοσύνης με τη δίκαιη κατανομή και την καλύτερη αξιοποίηση των μοσχευμάτων που έχει σχέση με την ιστοσυμβατότητα και τη χρήση ευρέως αποδεκτού, λειτουργικού και δίκαιου συστήματος μοριοποίησης σύμφωνα με τα κριτήρια της EURO TRANSPLANT.

Η διασφάλιση της δημόσιας εμπιστοσύνης επιτυγχάνεται με την τήρηση:

- Μητρώου Δωρητών κατά όργανο και ιστό
- Εθνικού Μητρώου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών
- Αρχείου εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση και
- Εθνικού Μητρώου υποψηφίων ληπτών (Λίστα αναμονής) στο οποίο εγγράφεται κάθε ασθενής βάσει μορίων που εξαρτώνται από την ομάδα αίματος, την ηλικία, την ιστοσυμβατότητα, το χρόνο αναμονής, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, την εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης.

Εκτός των άλλων, η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος μοριοποίησης θωρακίζει το όλο σύστημα από την υποψία εμπορίας μοσχευμάτων. Αξίζει εδώ να σταθούμε στις φήμες περί εμπορίου οργάνων καθώς ουδείς, βεβαίως, μπορεί να αποκλείσει το ενδεχόμενο μεμονωμένων εγκληματικών πράξεων σε μερικές χώρες, πρέπει, όμως, να θέτουμε τα γεγονότα αυτά στις πραγματικές τους διαστάσεις γιατί οι συνέπειες της φημολογίας είναι ολέθριες στη δωρεά οργάνων.

Οι φήμες περί εμπορίου οργάνων βρήκαν πρόσφορο έδαφος να αναπτυχθούν σε πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής, καθώς εκεί

επικρατούν η διαφθορά, η πορνεία και η πολιτική βία. Είναι γνωστή η εξαφάνιση πολιτικών αντιπάλων διαφόρων δικτατορικών καθεστώτων και πολλά έχουν γραφτεί για τα αποσπάσματα θανάτου εγκαταλελειμμένων παιδιών στη Βραζιλία. Ο συνδυασμός των δύο γεγονότων οδήγησε στο αφελές συμπέρασμα ότι στη Λατινική Αμερική παιδιά απάγονται κατά χιλιάδες για να πουληθούν σε διάφορες χώρες, ιδίως της Δύσης, όπου σκοτώνονται και τα όργανά τους μεταμοσχεύονται σε πλούσιους ασθενείς. Αυτό, βεβαίως, για να γίνει προϋποθέτει την ύπαρξη ενός τεράστιου, διεθνούς εγκληματικού δικτύου, που περιλαμβάνει εκτός των μεσαζόντων, χιλιάδες γιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό, ασθενείς, λήπτες, νοσοκομεία ολόκληρα και το οποίο λειτουργεί με τέτοιο αριστοτεχνικό τρόπο ούτως ώστε μέχρι στιγμής ουδείς να έχει συλληφθεί ή καταδικασθεί.

Στην Ινδία και μερικές χώρες της Νοτίου Αμερικής δεν υπάρχει νομοθεσία που να απαγορεύει τη μεταμόσχευση οργάνων από μη συγγενείς δότες με αποτέλεσμα ορισμένοι να προσφέρονται να πουλήσουν τον ένα νεφρό ή έναν κερατοειδή τους χιτώνα για να λύσουν το πρόβλημα της επιβίωσής τους. Αν και το γεγονός αυτό καθαυτό θεωρείται ανήθικο κι αποκρουστικό για εμάς, δεν είναι παράνομο μέσα στο νομικό πλαίσιο αυτών των χωρών. Κάτω από την πίεση της διεθνούς κοινής γνώμης και οι κυβερνήσεις αυτών των χωρών εισάγουν απαγορευτική νομοθεσία, που έχει δυσκολέψει πολύ την ανάπτυξη της εμπορίας οργάνων.

Στη χώρα μας, δεν υπάρχει περίπτωση εμπορίου οργάνων, καθώς ζώσες μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται μόνο μεταξύ συγγενών. Επιπλέον, τα μεταμοσχευτικά κέντρα στην Ελλάδα είναι μόνο τέσσερα κι αυτό σημαίνει ότι είναι αδύνατον να πραγματοποιηθούν παράνομες μεταμοσχεύσεις. (E.O.M. 2001)



### 2.3.15 Οικονομική διάσταση μεταμοσχεύσεων

Ποιος είναι υπεύθυνος για την καταβολή των δαπανών που απαιτούνται σε μία μεταμόσχευση;

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Ν.2737/1999 ισχύουν τα εξής:

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

α) Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.

β) Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ) Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύναται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση της βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

## **1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

### **1.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Κάθε χρόνια ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο το άτομο και την οικογένειά του. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

Α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια

Β) τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και

Γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, προσωπικότητα κλπ.).

Αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το υποκειμενικό βίωμα της ασθένειας, ενώ παράλληλα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σ' αυτήν.

Οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1995) αναλύουν στο βιβλίο τους « Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας» το μοντέλο του Doka,

σύμφωνα με το οποίο κάθε χρόνια ασθένεια διακρίνεται από διάφορες φάσεις και κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες “προκλήσεις” ή “έργα”, τα οποία απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος να προσαρμοστεί στην αρρώστια του.

Οι φάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

α) Προδιαγνωστική φάση

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Στην ουσία χρησιμοποιεί στρατηγικές για να αναγνωρίσει ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί, να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί η διαταραχή της υγείας του και να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια, που θα συμβάλει στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας του.

β) Οξεία φάση

Η οξεία φάση αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος. Ο άρρωστος βιώνει συχνά μια υπαρξιακή κρίση, μιας και μπαίνει στη διαδικασία αναθεώρησης της ζωής του. Σε αυτή τη φάση καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις:

1) Κατανόηση της ασθένειας: Ο ασθενής, ανεξάρτητα από την πληροφόρηση του γιατρού, ερμηνεύει με έναν υποκειμενικό τρόπο την αρρώστια, επηρεασμένο από τις προσωπικές του αντιλήψεις και τις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματά του. Ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει ο ασθενής στην αρρώστια του, θα ενεργοποιήσει

αντίστοιχους μηχανισμούς αντιμετώπισης της και προσαρμογής σ' αυτήν.

2) Αναθεώρηση του τρόπου ζωής: Ο ασθενής καλείται να προβληματιστεί για το πώς ήταν ο προηγούμενος τρόπος ζωής του και για το πώς μπορεί ο ίδιος να συμμετάσχει στην αποκατάσταση της υγείας του. Έρχεται αντιμέτωπος με την πρόκληση να υιοθετήσει νέες συνήθειες και συμπεριφορές.

3) Ενεργοποίηση μεθόδων αντιμετώπισης των συνθηκών που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειας: Εξαιτίας της ασθένειας και των απωλειών που τα συνοδεύουν, ο ασθενής συχνά νιώθει ότι πλέον δε μπορεί να ελέγξει τη ζωή του. Συχνά, αντιδρά προσπαθώντας να ασκήσει νέο έλεγχο με ποικίλους τρόπους, ενώ μερικοί άλλοι αρνούνται να ασκήσουν οποιονδήποτε έλεγχο στη ζωή τους με αποτέλεσμα να παλινδρομούν σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια και να αναπτύσσουν σχέσεις εξάρτησης.

Με την ανακοίνωση της διάγνωσης και τη συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας, ο ασθενής καλείται, επίσης, να χειριστεί κάποια πρακτικά θέματα και να πάρει σημαντικές αποφάσεις. Έτσι, ο ασθενής πρέπει να αποφασίσει αν θα αναζητήσει δεύτερη ή/και τρίτη γνώμη σχετικά με τη διάγνωση ή/και τη θεραπεία του, αν θα ακολουθήσει εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας και για το πώς θα συνεχίσει τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Μπορεί ο ασθενής να μην είναι σε θέση να ελέγξει το γεγονός ότι η διάγνωση της ασθένειας του επέφερε σημαντικές αλλαγές στη ζωή του, όμως μπορεί να ορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα προσαρμοστεί στις αλλαγές και το νόημα που θα δώσει σ' αυτές και στη ζωή του.

4) Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων: Το κάθε άτομο αντιδρά μοναδικά στη γνωστοποίηση της διάγνωσης και οι αντιδράσεις ποικίλλουν ως προς την έκφραση και την έντασή τους. Κάποιες φορές έχουν εποικοδομητικές και κάποιες άλλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου (οργανική και ψυχική) και στις σχέσεις του με τους άλλους.

5) Αναγνώριση των επιπτώσεων της ασθένειας στην εικόνα του εαυτού του, στις σχέσεις του με τους άλλους και στη ζωή του: Η ανακοίνωση της διάγνωσης της ασθένειας έχει επιπτώσεις στην εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και για το σώμα του, μιας και συνειδητοποιεί ότι είναι “ευάλωτο” και “θνητό”. Μπροστά στην ασθένεια δοκιμάζονται οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις, οι οποίες πολλές φορές τροποποιούνται. Οι σχέσεις αυτές χαρακτηρίζονται είτε από τάση προσέγγισης είτε από τάση απομάκρυνσης. Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή παίζουν οι προκαταλήψεις όσον αφορά την ασθένεια τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του. Αν ο ασθενής τεθεί στο περιθώριο και στιγματιστεί, τότε επηρεάζεται η εικόνα που διαμορφώνει για τον εαυτό του και τροποποιείται η αντίληψη του για το περιβάλλον του, άμεσο και ευρύτερο.

### γ) Χρόνια φάση

Η χρόνια φάση εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας. Το άτομο κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης επιδιώκει να εξασφαλίσει ποιότητα ζωής μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της. Η χρόνια φάση είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος, όπως συμβαίνει με την νεφρική ανεπάρκεια. Η φάση αυτή

αποτελεί μια περίοδο προκλήσεων, όπου ο ασθενής μαθαίνει να ζει με την ασθένεια, την εντάσσει στη ζωή του και αξιοποιεί τον χρόνο και τις σχέσεις του σύμφωνα μ' αυτή.

Το να μάθει ο ασθενής να ζει με την ασθένειά του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές αποτελεί τη σημαντικότερη πρόκληση γι' αυτόν. Η εξασφάλιση ενός "φυσιολογικού" ρυθμού ζωής, του παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας και εξαρτάται από τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό.

Ο ψυχολογικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αντίληψη που έχει ο ασθενής για την αρρώστια και τον ίδιο του τον εαυτό. Όταν ο ασθενής βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη λόγω της κατάστασης του, η αυτοεκτίμηση του μειώνεται κι έτσι επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του.

Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις σχέσεις που διαμορφώνει το άτομο με το περιβάλλον του. Οι προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα ενεργοποιούν τους φόβους του μήπως τεθεί στο περιθώριο, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η επικοινωνία του με τους άλλους. Σημαντικό ρόλο παίζει η στήριξη των συγγενών, των φίλων και του ερωτικού συντρόφου για τη θετική συμβολή στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Ο εργασιακός τομέας μπορεί να αποτελέσει πηγή σημαντικών ικανοποιήσεων. Εάν, για παράδειγμα, ένας ασθενής εξαιτίας της κατάστασής του εξαρτάται από τους άλλους για τις καθημερινές του ανάγκες, τότε μειώνονται τα καθήκοντά του, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και να επηρεάζεται αρνητικά το ηθικό του.

Ο οργανικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας καθώς και με τις επιπτώσεις της θεραπείας. Όταν ο ασθενής πονάει και υποφέρει επηρεάζεται η ικανότητά του να λειτουργήσει στους υπόλοιπους τομείς κι έτσι αυξάνονται το άγχος και η κατάθλιψη του και επιπροσθέτως, περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις.

#### δ) Φάση Αποθεραπείας και Τελική Φάση

Μετά τη χρόνια φάση ακολουθεί η φάση της αποθεραπείας, όπου ο ασθενής υποβάλλεται σε μεταμόσχευση ή η τελική φάση όπου ο οργανισμός αποβάλλει το μόσχευμα κάτι το οποίο σημαίνει πως ο ασθενής επανέρχεται στην γνώριμη γι' αυτόν κατάσταση, δηλαδή στην αιμοκάθαρση.

Στην πορεία των παραπάνω φάσεων υπάρχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- η αγωνία του ασθενή εξαιτίας της άγνοιας για την πάθησή του
- το άγχος που του δημιουργεί η εξάρτηση από το μηχάνημα
- η απογοήτευση που του προκαλεί η σκέψη ότι είναι άρρωστος και διαφέρει από όλους τους άλλους.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η διαταραχή του ψυχικού κόσμου του νεφροπαθούς.

Είναι απαραίτητο να αναφερθεί πως οι παραπάνω προκλήσεις δεν είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς, ενώ καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει. Μια καλή προσέγγιση είναι ο επαναπροσδιορισμός αξιών που επιτρέπει στο άτομο να εκτιμήσει τις δυνατότητές του και να αντλήσει δύναμή απ' αυτές. Τα άτομα που έχουν υποστεί κάποια σωματική απώλεια, θα πρέπει να ενθαρρύνονται, να



αξιολογούν ρεαλιστικά τι έχουν χάσει και να βλέπουν τον εαυτό τους σαν άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες κι όχι σαν ανάπηρα άτομα.

Το να ζει ένας άνθρωπος με την χρόνια ασθένεια απαιτούνται ικανότητες πέρα απ' αυτές που απαιτούνται για την αντιμετώπιση μιας οξείας και μη σοβαρής ασθένειας. Για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας απαιτείται συνεχής φροντίδα και τήρηση συγκεκριμένων κανόνων. Τα άτομα που έχουν χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν αλλαγές στο συνήθη τρόπο ζωής τους, απειλείται η αυτοεκτίμηση κι η αξιοπρέπειά τους, διαταράσσονται τα ομαλά βιολογικά τους στάδια και αντιμετωπίζουν, επιπροσθέτως, προβλήματα που κανένας άνθρωπος δεν είναι προετοιμασμένος γι' αυτά. Έτσι, οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες εκδηλώνουν μια σειρά από συμπεριφορές που προέρχονται από το στρες και κυμαίνονται από άμυνα, επίθεση, θυμό, κατάθλιψη κι άλλες ψυχολογικές αντιδράσεις.

Σύμφωνα με τους Schoenberg και Carr, όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Σαπουντζή-Κρέπια (1998), το σοκ που εμφανίζεται ως αντίδραση σε σωματικές απώλειες, αποτελεί μηχανισμό άμυνας για την προστασία του Εγώ από τυχόν αποδιοργάνωση, στη φάση που η κατάσταση δεν έχει κατανοηθεί και δεν έχει αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Το πένθος κι η οδύνη για την απώλεια που συνέβη, είναι μια αναγκαία φάση για την διαδικασία παραδοχής και δεν πρέπει να πέζεται για περάτωση. Για να φτάσει το άτομο στην παραδοχή της σωματικής απώλειας, θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία οδύνης, γιατί μόνο τότε το άτομο μπορεί να αποδεχθεί συναισθηματικά την απώλεια.

## 1.2 ΦΑΡΜΑΚΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Παράλληλα με την αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη και η φαρμακευτική αγωγή του ασθενή. Η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να γίνεται από τον γιατρό, αφού πρώτα ενημερώσει τον ασθενή για τη δράση τους και τις τυχόν παρενέργειές τους.

Οι ασθενείς με νεφρικές νόσους παρουσιάζουν αρκετά σύννοδα συμπτώματα, όπως αρτηριακή υπέρταση, νοσήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα, λοιμώξεις, αναιμία, νευροπάθεια, πονοκεφάλους, και κοιλιακούς πόνους και ως εκ τούτου είναι δυνατόν να υποβάλλονται σε θεραπεία με πολλά και ποικίλα φάρμακα. Όμως, δεδομένου ότι η πλειονότητα των φαρμάκων απεκκρίνονται – τουλάχιστον εν μέρει – από τους νεφρούς, είναι απαραίτητο να προσαρμόζονται οι δόσεις των φαρμάκων έτσι ώστε η εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή να είναι όχι μόνο αποτελεσματική, αλλά και ασφαλής για τον ασθενή.

Η χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ενέχει και κάποιους κινδύνους. Τα φάρμακα είναι δυνατόν να λειτουργούν ανταγωνιστικά για τον οργανισμό του ασθενή, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν διάφορες παρενέργειες ή τυχόν επιδείνωση της κατάστασής του.

Η χορήγηση φαρμάκων σε συνδιασμό με την ειδική διατροφή έχει τεράστια σημασία γενικά για τη ζωή και την επιβίωση του νεφροπαθούς. Βέβαια αυτό επιβάλλει και κάποιους περιορισμούς στη ζωή του. Αν λάβουμε υπόψιν ότι ένας ασθενής μπορεί να λαμβάνει 10-15 χαπάκια ημερησίως, καταλαβαίνουμε γιατί για τον ίδιο αυτό αποτελεί ένα επιπλέον πρόβλημά του, μιας και η καθημερινή λήψη αποτελεί μια

συνεχή υπενθύμιση της ασθένειάς του και της ανεπάρκειάς του. Ο αριθμός της λήψης φαρμάκων αυξάνεται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ή αν υπάρχουν και άλλες παθήσεις. Όμως πέρα από την φαρμακευτική αγωγή, η ίδια η ασθένεια θέτει περιορισμούς στις καθημερινές μικρές απολαύσεις της ζωής που για έναν υγιή άνθρωπο θεωρούνται δεδομένες και αυτονόητες. (Μαθιουδάκης, 1983' Τσούγια και Κανλή, 1999' Τσάκα, 2003' Ζηρογιάννης, 1993)

### 1.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ ΠΟΥ ΦΘΑΝΕΙ ΣΤΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ

Είναι η πιο σημαντική φάση του προγράμματος, «προετοιμασία του νεφροπαθούς που φθάνει στον Τεχνητό Νεφρό».

Αποτελεί έργο, κυρίως, του νεφρολόγου (και όχι ειδικού ψυχιάτρου). Σε διαπροσωπική συνάντηση, ο νεφρολόγος κι ο νοσηλευτής της μονάδας Τεχνητού Νεφρού, θα εξηγήσουν στον νεφροπαθή την αναγκαιότητα της εφαρμογής της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης. Θα αναπτύξουν όλα τα επακόλουθα προβλήματα της ένταξης στο πρόγραμμα Τεχνητού Νεφρού. Θα επισημάνουν την μονιμότητα της αγωγής μέχρι την ανεύρεση του συμβατού μοσχεύματος για την πραγμάτωση νεφρικής μεταμόσχευσης.

Θα χρειαστούν, ίσως να επιδείξουν στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επιβίωση ή την εκδήλωση παρενεργειών από την αγωγή της αιμοκάθαρσης.

Στην πρώτη συνάντηση θα αναπτυχθούν όλα τα πιο πάνω σημεία. Η τμηματική παρουσίαση των προβλημάτων σε πολλαπλές συναντήσεις δεν βοηθά στην «ηπιότερη» αποδοχή τους από το νεφροπαθή. Άλλωστε η αντίδραση, εμφανής ή όχι, θα υπάρξει από το νεφροπαθή. Και την αντίδραση αυτή θα ζητήσει ο γιατρός κι η νοσηλεύτρια να ακούσουν, να σχολιάσουν και να την διαλευκάνουν στην δεύτερη συνάντηση (ποτέ στην πρώτη).

Στην πρώτη γίνεται νεφροπαθής αφήνεται να ζήσει για μια εβδομάδα με τα προβλήματα η κατάλληλη ενημέρωση των προβλημάτων. Ο αυτά, να μελετήσει τις επιφυλάξεις του, ενώ στη

δεύτερη συνάντηση θα ζητήσουν την επεξήγηση ή διευκρίνιση των αποριών του.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιχειρηθεί η «ωραιοποίηση» των προβλημάτων. Ούτε είναι σωστό να παρουσιαστούν στο νεφροπαθή παραπονημένες (έξω από την πραγματικότητα) απόψεις. Ο νεφρολόγος πρέπει να τυποποιήσει τις φράσεις του σ' αυτές τις συζητήσεις. Και αυτό γιατί οι νεφροπαθείς συζητούν μεταξύ τους όσα λέχθηκαν στις συναντήσεις με το γιατρό κι να αυτά που λέχθηκαν διαφέρουν σημαντικά από νεφροπαθή σε νεφροπαθή, τότε κλονίζεται η εμπιστοσύνη όλων των νεφροπαθών προς το γιατρό και την αιμοκάθαρση.

Η άποψη πως η επεξήγηση των προβλημάτων πρέπει να εξατομικεύεται, ανάλογα με την πνευματική στάθμη του κάθε νεφροπαθούς, είναι λανθασμένη. Και αυτό γιατί, πάντα, οι σύλλογοι των νεφροπαθών, με την εκδοτική τους δραστηριότητα ή τις διαλέξεις τους, ενημερώνουν το ίδιο όλα τα μέλη τους, πράγμα που τελικά οδηγεί στο να έχουν όλοι οι νεφροπαθείς παραπλήσια ενημέρωση για το Τεχνητό Νεφρό (αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση).

Όταν ο/η νεφροπαθής είναι παντρεμένος/η, τότε η συνάντηση του γιατρού γίνεται με το ζευγάρι κι όχι μόνο με τον πάσχοντα (ή την πάσχουσα). Και τούτο για να εκτεθεί μπροστά και στους δύο κάθε πτυχή της υπάρχουσας κατάστασης που αφορά την τεκνοποίηση ή τη σεξουαλική συμπεριφορά. (Handelsman DJ, Dong Q, 1993)

## 1.4 ΤΑ ΝΕΥΡΟ – ΨΥΧΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Τα νευρο – ψυχο – κοινωνικό – οικονομικά προβλήματα είναι, σήμερα, τα σημαντικότερα προβλήματα των αιμοκαθαρόμενων. Στις Η.Π.Α. ένας στους πέντε αρρώστους εγκαταλείπει τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης, εξαιτίας αυτών των προβλημάτων.

Τα νευρο – ψυχολογικά προβλήματα που υπάρχουν στην αρχή της αιμοκάθαρσης (φόβοι, κίνδυνος ατυχήματος, αλλαγή τρόπου ζωής κ.α.), ξεπερνιούνται εύκολα, ιδιαίτερα όταν η αρχή της θεραπείας είναι επιτυχής και χωρίς άσχημα γεγονότα για τον ασθενή. Τότε ο άρρωστος αρχίζει να αισθάνεται βελτίωση και να αποκτά θάρρος για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του. Στην αρχή της θεραπείας του δεν γνωρίζει σχεδόν τίποτε γι' αυτήν και τα πάντα ρυθμίζονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Στη φάση αυτή, οι σχέσεις αρρώστου και νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχεδόν άριστες.

Με το πέρασμα του χρόνου δημιουργούνται τέσσερις κατηγορίες αλληλοεπηρεαζόμενων προβλημάτων. Αυτά είναι: οικονομικά ή οικογενειακά προβλήματα, υπάρχοντες ή νέες επιπλοκές και μερικές περαιτέρω γνώσεις γύρω από το πρόβλημά τους και τον τρόπο θεραπείας τους. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να κάνουν ορισμένους αρρώστους περισσότερο απαιτητικούς, ευέξαπτους και εριστικούς, μέχρι του σημείου να αποδίδουν στο νοσηλευτικό προσωπικό την ευθύνη για ότι τους συμβαίνει. Στη φάση αυτή η συμβολή του προσωπικού για θετική ή αρνητική προσφορά είναι ιδιαίτερα σημαντική.

( Cassidy MJD, Kerr DNS, 1992)

## 1.5 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΤΟΥ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

### 1.5.1 Νευρολογικά προβλήματα

Στους νεφροπαθείς του Τεχνητού Νεφρού μπορεί να παρουσιασθούν νευρολογικά συμπτώματα απότομα, αφενός λόγω της χρόνιας άθροισης των ουραιμικών τοξικών ουσιών στο αίμα και αφετέρου, λόγω αυτής της ίδιας της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης με Τεχνητό Νεφρό.

Η χρόνια άθροιση των ουραιμικών τοξινών μπορεί να προκαλέσει βλάβη στις απολήξεις των περιφερικών νεύρων, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί αυτό που ονομάζουμε «ουραιμική περιφερική πολυνευρίτιδα». Αυτή η πολυνευρίτιδα μπορεί να εκδηλώνεται με προσβολή αισθητική, κινητική ή από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η ουραιμική περιφερική πολυνευρίτιδα, είτε αισθητική, είτε κινητική είτε του αυτόνομου νευρικού συστήματος, εξαρτάται άμεσα από την ποιότητα της αιμοκάθαρσης που προσφέρεται στο νεφροπαθή, πράγμα που υποδηλώνει ότι με αποδοτική αιμοκάθαρση, η νευρολογική αυτή συνδρομή βελτιώνεται, αν δεν εξαλείφεται τελείως. Η χρόνια άθροιση των ουραιμικών τοξινών, όπως μπορεί να βλάπτει τα περιφερικά νεύρα, έτσι μπορεί να επιφέρει και κεντρική προσβολή. Τότε, δημιουργείται αυτό που ονομάζουμε «ουραιμική εγκεφαλοπάθεια».

Η ουραιμική εγκεφαλοπάθεια μπορεί να προκαλέσει: πνευματική βραδύτητα, μείωση της μνήμης, ψευδαισθήσεις, υπνηλία, ημερήσια αϋπνία, κώμα. Και η ουραιμική εγκεφαλοπάθεια οφείλεται άμεσα στην ποιότητα της αιμοκάθαρσης που παρέχεται στον ασθενή και βελτιώνεται με αποδοτική αιμοκάθαρση.

Τέλος υπάρχουν και τα νευρολογικά προβλήματα τα οποία είναι απότοκα της ίδιας της χρόνιας αιμοκάθαρσης. Εδώ περιλαμβάνεται, αρχικά, το σύνδρομο της οσμωτικής διαταραχής που προκαλείται από ταχεία κάθαρση των ουραιμικών ουσιών κι από απότομη πτώση της συγκέντρωσης των ουσιών αυτών στο αίμα του νεφροπαθή. Το σύνδρομο αυτό, του οποίου η κλινική συμπτωματολογία είναι: κεφαλαλγία, ναυτία, έμετος, τρόμος, σπασμοί, συμβαίνει, κύρια, στις πρώτες συνεδρίες Τεχνητού Νεφρού κατά την έναρξη του προγράμματος ή όταν αλλάζεται το τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα, οπότε ο νεφροπαθής μπορεί να μείνει χωρίς κάθαρση για 4 – 5 ημέρες.

Επίσης, εδώ περιλαμβάνεται το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, με συμπτωματολογία: κεφαλαλγία, έμετος, σπασμοί, κώμα, το οποίο αποτελεί επιπλοκή της έντονης και ταχείας αφυδάτωσης που, συνήθως, εφαρμόζεται σε απείθαρχους νεφροπαθείς, οι οποίοι «φορτώνονται» με υπερβολικό ποσό νερού, μεταξύ δύο συνεδριών Τεχνητού Νεφρού. Το γεγονός αυτό, υποδηλώνει ότι η έντονη αφυδάτωση δεν είναι πάντοτε άμοιρη σοβαρών κινδύνων και επιπλοκών.

Τέλος, υπάρχει η εγκεφαλοπάθεια της αιμοκάθαρσης, επιπλοκή σοβαρή μεν, αλλά που σπάνια προκύπτει σήμερα, χάρη στον εκσυγχρονισμό της αιμοκάθαρσης και η οποία είναι αποτέλεσμα της υψηλής συγκέντρωσης αλουμινίου στο αίμα των νεφροπαθών. Αυτό μπορεί να συμβεί από κακό απιονισμό του νερού που χρησιμοποιούμε για την παραγωγή του διαλύματος αιμοκάθαρσης ή από υπερβολική λήψη δεσμευτικών του φωσφόρου φαρμάκων που περιέχουν αλουμίνιο.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι με μία σωστά προγραμματισμένη αιμοκάθαρση μπορεί να βελτιωθεί ή ακόμα και να προληφθεί, όλο το φάσμα των νευρολογικών προβλημάτων, τα οποία είναι απότοκα της χρόνιας αιμοκάθαρσης.



### 1.5.2 Ψυχολογικά προβλήματα

Στο νεφροπαθή του Τεχνητού Νεφρού οι διαιτητικοί περιορισμοί που του επιβάλλονται, το αναγκαστικό τρισεβδομαδιαίο ραντεβού του με το μηχάνημα, η αγωνία του για το αύριο και η έμμονη ιδέα του «είμαι άρρωστος» ή διαφέρω από τους υπόλοιπους, του δημιουργούν διαταραχή και φόρτιση της ψυχικής του ηρεμίας. Το γεγονός αυτό, έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων, που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπικότητα και την ποιότητα της ζωής του.

Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, ότι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων δεν απαιτεί, κατά κανόνα, ειδικό ψυχίατρο. Η αντιμετώπιση αυτή, είναι καθαρά έργο της ομάδας των γιατρών, των νοσηλευτών και του κοινωνικού λειτουργού της κάθε μονάδας Τεχνητού Νεφρού. Η ομάδα αυτή, θα πρέπει να δώσει στον κάθε νεφροπαθή το «αίσθημα της προσφοράς χωρίς ανταπόδοση».

«...Πράττουμε έτσι, γιατί έτσι πρέπει και γιατί έτσι πιστεύουμε, χωρίς να περιμένουμε από το νεφροπαθή άμεση αναγνώριση και ανταπόδοση του έργου μας...». Θα πρέπει, πρώτα να πειστούμε εμείς, για να μπορέσουμε έπειτα να πείσουμε και τον ίδιο το νεφροπαθή ότι δεν είναι άρρωστος. Ο νεφροπαθής είναι ότι ακριβώς λέει η ίδια η λέξη: είναι πάσχων. Και είναι σίγουρο, ότι άλλο πάσχων κι άλλο άρρωστος. Ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι κάποιου νοσοκομείου, ενώ ο πάσχων μετέχει ενεργά στη ζωή. Κι όπως ο καρδιοπαθής έχει εξάρτηση από τη φιάλη οξυγόνου, έτσι κι ο νεφροπαθής έχει εξάρτηση από το Τεχνητό Νεφρό. Το πρόβλημα, αλλά και το μέλημα μας είναι: αυτή η εξάρτηση από το μηχάνημα, μα γίνει ευχάριστη συμβίωση με το μηχάνημα ( Cassidy MJD, Kerr DNS, 1992).

### 1.5.3 Κατάθλιψη νεφροπαθών

Τα ψυχολογικά προβλήματα των νεφροπαθών και μάλιστα, των χρονίως αιμοκαθαρόμενων, δεν είναι ανεξάρτητα της γενικής νοσηρής καταστάσεώς τους και του τρόπου αντιμετώπισής της.

Όσο πλησιάζει η στιγμή που ο πάσχων θα φθάσει στην ανάγκη για αιμοκάθαρση, τόσο πιο έκδηλη γίνεται η ψυχολογική του διαταραχή.

Το γνωστότερο σύμπτωμα είναι η άρνηση να δεχθεί την πραγματικότητα. Δηλαδή, την ανάγκη για δίαιτα, το αναπόφευκτο της αλλαγής του τρόπου ζωής. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι πάσχοντες εξαφανίστηκαν όταν έμαθαν ότι χρειάζονται αιμοκάθαρση, κρύφτηκαν σαν τη στρουθοκάμηλο. Αυτές είναι ακραίες περιπτώσεις.

Συνήθως, πλησιάζουν στο δεύτερο στάδιο, αυτό του θυμού. Κατ' ουσίαν ενάντια στη μοίρα τους, αλλά θυμός που πολλές φορές στρέφεται ενάντια στο γιατρό που έβγαλε τη διάγνωση. Έτσι, πηγαίνουν σε άλλη πόλη ή και στο εξωτερικό, ακόμη, προσπαθώντας να αποδείξουν ότι ο γιατρός έκανε λάθος.

Στις χειρότερες περιπτώσεις έχουν ιδέες καταδιώξεως, χαρακτηριστικές συζητήσεις, όπως: «το λέει αυτό ο γιατρός για να με πάρει στην κλινική του και να με εκμεταλλεύεται», «οι γιατροί μας πίνουν το αίμα».

Ακολουθεί το στάδιο της παραδοχής του αναπόφευκτου και τέλος, η κατάθλιψη. Τα χαρακτηριστικότερα φαινόμενα της κατάθλιψης είναι: η αϋπνία, ψυχοσωματικά συμπτώματα, αδιαφορία για σεξουαλική δραστηριότητα (και αδυναμία βεβαίως), ανορεξία.

Αυτό είναι το στάδιο της μετάβασης από την συντηρητική αντιμετώπιση, στο οποίο μόνο η νόσος επηρεάζει το άτομο κι ορισμένα

φάρμακα, όπως τα αντιυπερτασικά και τα αντιόξινα, στο στάδιο της αιμοκάθαρσης.

Για την ομαλή αυτή μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο, δεν έχει τόσο σημασία η όσο το δυνατόν αναλυτική εξήγηση της θεραπείας από το γιατρό στον πάσχοντα. Σημασία έχει η εξήγηση να είναι «ρόδινη», αφού ο πάσχων έχει προαποφασίσει να δεχθεί την θεραπεία αυτή, έχοντας ως μόνη εναλλακτική λύση τον θάνατο.

Χειρότερα, συνήθως αντιδρούν οι νέοι, οι οποίοι δεν θέλουν να παραδεχθούν ότι χάνουν το παιχνίδι της ζωής πριν καν το αρχίσουν και οι πολύ ηλικιωμένοι, που δεν βρίσκουν κανένα λόγο για να εξακολουθήσουν αυτό το παιχνίδι. Οι μέσης ηλικίας πάσχοντες, συνήθως, αντιδρούν καλύτερα. Είναι πολύ μεγάλοι για να στηρίζονται στους γονείς τους και είναι αρκετά δυνατοί. Η ύπαρξη, φυσικά, ενός συντρόφου με κατανόηση αποτελεί το καλύτερο στήριγμα ( Σόμπολος, 1984).

## 1.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Στην αρχή, οι περισσότεροι ασθενείς περνούν καλά με το προσωπικό και τη θεραπεία τους. Έχουν, μόλις, συνέλθει από τις πάρα πολύ σοβαρές μεταβολικές διαταραχές του τελικού σταδίου της ουραιμίας και δείχνουν μία υπερβολική ευφορία. Όσο, όμως, περνά ο καιρός και νιώθουν το αμετάκλητο της θεραπείας, ο καθένας αντιδρά σύμφωνα με τα ψυχικά του αποθέματα, το χαρακτήρα του και το περιβάλλον.

Μερικά κοινά χαρακτηριστικά των νεφροπαθών είναι: οι φοβίες, κυρίως ο φόβος του θανάτου. Καθημερινά, ο νεφροπαθής τον βλέπει ή τον υποπτεύεται. Και σε περιόδους που παρουσιάζονται επιπλοκές, τον νιώθει εντονότερα και συχνότερα. Είναι ενδιαφέρον, όμως το γεγονός, ότι σχεδόν ποτέ δεν παραδέχεται ότι φοβάται τον θάνατο.

Ένας άλλος λόγος κατάθλιψης είναι ότι χάνουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Όχι μόνο δεν μπορούν να φροντίσουν οικονομικώς και με άλλους τρόπους την οικογένειά τους άλλα και οι ίδιοι θεωρούν εαυτούς ως πρόσθετο βάρος. Χάνουν ή μετά βίας κρατούν τη δουλειά τους και την επιτυχία της καριέρας τους. Ένα αίσθημα απαξίας τους κυριεύει. Έχουν εγκλωβιστεί σε ένα σύστημα που δεν μπορούν ούτε να το αλλάξουν αλλά ούτε και να βελτιώσουν τη θέση τους.

Κύριος, πάντως, καταθλιπτικός παράγων είναι η σεξουαλική τους υποτονικότητα. Η αναιμία, οι ορμονικές διαταραχές, η αλλοίωση της μορφής του πάσχοντος και άλλα κάνουν το sex δύσκολο ή και ακατόρθωτο. Βέβαια, οι στατιστικές ποικίλλουν, από πλήρη ανικανότητα μέχρι, σχεδόν, φυσιολογική δραστηριότητα. Και την κατάστασή τους,

βεβαίως, την επιτείνει η κακή αιμοκάθαρση και η λήψη πολλών φαρμάκων.

Πάντως, μη νομίζουμε ότι η κατάθλιψη αποτελεί το κύριο γνώρισμα των αιμοκαθαρόμενων. Πολλές στατιστικές αναφέρουν πως το 1/3 από αυτούς έχει κατάθλιψη σοβαρή και πως το 0,7% αυτοκτονεί. Ορισμένοι εξ' αυτών κάνουν μία έμμεση απόπειρα αυτοκτονίας με την άρνηση της διαίτας και τη λήψη πολλών υγρών, π.χ. τρεις ασθενείς πέθαναν πίνοντας πολύ νερό, μέχρι που έπαθαν πνευμονικό οίδημα (αυτοί είχαν ασταθείς προσωπικότητες) ( Σόμπολος, 1984).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως υπάρχει μία οξεία αντίθεση ανάμεσα στην εμφάνιση των πασχόντων αυτών και του τρόπου που σκέφτονται. Χωρίς αισιοδοξία, αλλά με στωικότητα συνεχίζουν με τις μικροαπασχολήσεις της καθημερινότητάς τους και επενδύουν τις ελπίδες τους για αλλαγή σε μία μεταμόσχευση.

## 1.7 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

Το προσωπικό βρίσκεται σε διαρκές stress και απογοήτευση λόγω της αδυναμίας πλήρους αποθεραπείας του πάσχοντος και πολλές φορές, λόγω κακής συμπεριφοράς των ασθενών.

Δύο μηχανισμοί άμυνας υπάρχουν: 1) η άρνηση της κακής πρόγνωσης. Ελπίζουν ότι οι ασθενείς δε θα πεθάνουν ποτέ κι ότι αν παίρνουν τα φάρμακά τους, αν ακολουθούν τη διαίτά τους, αν...αν η τεχνολογία θα θριαμβεύσει της φύσης. 2) η δημιουργία καλών διαπροσωπικών, φιλικών, οικογενειακών σχέσεων με τους ασθενείς. Ζουν και οι δύο πλευρές με την ψευδαίσθηση ότι όλα θα πηγαίνουν για πάντα καλά και προσπαθεί ο καθένας να προσποιείται για να ευχαριστήσει τους άλλους.

Είναι, πράγματι, εντυπωσιακό ότι οι άρρωστοι πολλές φορές κρύβουν την πραγματικότητα από το γιατρό για να μην τον στενοχωρήσουν. Και μόνο από τους συγγενείς γίνονται γνωστά τα συμπτώματα που δεν αναφέρουν οι πάσχοντες. Για παράδειγμα, ένας ετοιμοθάνατος ασθενής πριν κάποια χρόνια είπε στον γιατρό του:

«Γιατρέ άσε τα ψέματα. Εγώ αύριο θα πεθάνω. Σε παρακαλώ, όμως να μην στενοχωρηθείς. Δε φταις εσύ.»

Πράγματι την επόμενη μέρα πέθανε και μετά από ένα μήνα πήρε ο γιατρός ένα δέμα από το χωριό του, από τα παιδιά του:

«Η ζωή δεν είναι το τυχερό παιχνίδι, που έχει βαρύνουσα σημασία τι χαρτιά σου έδωσε η τύχη, αλλά πως θα παίξεις και με ένα κακό χαρτί» ( Schrier RW, Crott Scalt CW, 1988).

## 1.8 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η υγειονομική ομάδα είναι: η φυσική επιδείνωση, η άρνηση στη λήψη φαρμάκων, η κατάθλιψη, το άγχος. Επίσης, η απώλεια ή η αλλαγή της εργασίας, η ανικανότητα φροντίδας της οικογένειάς του, όπως προηγουμένως, ο φόβος ότι όλα αυτά υποβιβάζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Σε πολλές περιπτώσεις, η πλήρη πλήξη και η ολική εξάρτηση από την τηλεόραση συνοδεύουν την επιβίωση σαν το μόνο και παθητικό σκοπό. Σε πολλούς πάσχοντες, η αίσθηση της αυτοεγκατάλειψης συνοδεύεται με την εμφάνιση αδιαφορίας, πριν ακόμα οι φυσικές τους δυνάμεις φθάσουν σ' αυτό το σημείο. Παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι, συνήθως, δύσκολη κάτω απ' αυτές τις συνθήκες. Το κλινικό πρόβλημα του χρόνιου πάσχοντος δεν έχει ούτε το ενδιαφέρον αλλά ούτε και την αμεσότητα της οξείας καταστροφικής νόσου. Επιπλέον, όταν η θεραπεία ή η βελτίωση στην υποκείμενη νόσο είναι αδύνατη, ο γιατρός αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό χάνουν την αυτοπεποίθησή τους και αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό των πασχόντων.

Πάρα πολλά μπορούν να γίνουν για να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής και να αυξηθούν οι χαρές στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Είναι τα ίδια πράγματα που θα γίνονταν για κάθε άρρωστο με χρόνια νόσο. Το καλύτερο απ' όλα θα ήταν να οργανωθεί ένα πρόγραμμα για τη ζωή και τη θεραπεία του, ξεχωριστά για τον κάθε πάσχοντα. Θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, ότι η παράταση της ζωής που θα επιτευχθεί από τις μηχανές αιμοκάθαρσης, συνοδεύεται από μία πληθώρα προβλημάτων που έχουν σχέση με τη νεφρική πάθηση. Όταν ο πάσχων πηγαίνει στη μονάδα τρεις φορές την εβδομάδα για να υποβληθεί σε αιμοκάθαρση, επί 4-5 ώρες κάθε φορά, χρειάζεται πολύ περισσότερα

από μία απλή αιμοκάθαρση. Χρειάζεται φροντίδα και συμπαράσταση πριν, μετά και ανάμεσα στις περιόδους κάθαρσης.

Στην παροχή αυτών προς τους νεφροπαθείς θα πρέπει να αποβλέπει η υγειονομική ομάδα που έρχεται σε επαφή με τους πάσχοντες. Η υγειονομική ομάδα δεν πρέπει ποτέ να ξεχνά ότι ο μακροχρόνια αιμοκαθαρόμενος:

- 1) βρίσκεται κάτω από φοβερό stress
- 2) είναι μοναδικός και χρειάζεται εξατομικευμένη φροντίδα
- 3) αισθάνεται αδυναμία και η ενέργεια, η δύναμη και η ικανότητά του για δράση δεν βρίσκονται στο επίπεδο που επιθυμεί
- 4) ότι πρέπει, επιπλέον, να αντιμετωπίσει τις εκτεταμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής, στο σωματικό επίπεδο και στην αυτοεκτίμησή του.

Συγκινησιακά μπορεί να παρουσιάζεται αγχώδης και αμυνόμενος, θυμωμένος, κλεισμένος στον εαυτό του και αδιάφορος. Αυτό που κάνει είναι ένας αγώνας για να διατηρήσει την ακεραιότητά και την υπερηφάνεια του και σε ένα βαθμό την φυσιολογικότητά του, ενώ αντιμετωπίζει την αβάσταχτη πάθησή του.

Οι νεφροπαθείς είναι άτομα που έφτασαν στα πρόθυρα του θανάτου, αλλά πρέπει, όμως, να επιστρέψουν πίσω στη ζωή και μέσα από τους περιορισμούς της πάθησης και της θεραπευτικής αγωγής να ζήσουν πάλι μια ζωή χρήσιμη, αποδοτική και ποιοτικά καλή ( Σόμπολος, 1984).



## 1.9 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ

Οι διαιτητικοί περιορισμοί δεν αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για το νεφροπαθή, όταν αυτός υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, η οποία γίνεται με τις πιο σωστές συνθήκες κι όταν η απόδοσή της ελέγχεται συχνά, ώστε κάθε φορά να γίνεται η ανάλογη προσαρμογή της στις βιολογικές και κλινικές ανάγκες του νεφροπαθή.

Το πρωταρχικό πρόβλημα του νεφροπαθή βρίσκεται στο τρισεβδομαδιαίο ραντεβού του με το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης. Η βαρύτητα αυτού του γεγονότος οφείλει να μετριάσει, όσο το δυνατό περισσότερο. Η αιμοκάθαρση στο σπίτι, η προσαρμογή του ωραρίου του Τεχνητού Νεφρού στις επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις του νεφροπαθή, η μικρή απόσταση μεταξύ κατοικίας και μονάδας Τεχνητού Νεφρού, η κατάλληλη διαμόρφωση του χώρου της μονάδας, η ανταλλαγή νεφροπαθών μεταξύ πόλεων ή χωρών, ώστε να δίνεται η δυνατότητα διακοπών αποτελούν τους κυριότερους από τους πολλούς παράγοντες που μπορούν να μετατρέψουν την «εξάρτηση από το μηχάνημα» σε «ευχάριστη συμβίωση με το μηχάνημα». Για την πραγμάτωση αυτού του σχεδίου-σκοπού, είναι απαραίτητη η συνεργασία του υπεύθυνου κρατικού φορέα με την ιατρική και παραϊατρική νεφρολογική ομάδα.

Ο κάθε νεφροπαθής θα πρέπει να αντιληφθεί ότι δεν είναι άρρωστος αλλά πάσχων, διότι ο άρρωστος παραμένει σ' ένα κρεβάτι του νοσοκομείου, ενώ ο πάσχων συμμετέχει ενεργά σ' όλες τις κοινωνικές λειτουργίες και εκδηλώσεις ( Βαγιωνάς, 1986).

## 1.10 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΗ

Η διατήρηση της επαγγελματικής και κοινωνικής δραστηριότητας αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση της ψυχολογικής ισορροπίας του νεφροπαθούς.

Οι παγκόσμιες στατιστικές μελέτες συμφωνούν στο γεγονός ότι, την πληρέστερη επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή παρουσιάζουν οι νεφροπαθείς που κάνουν αιμοκάθαρση στο σπίτι. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην καλύτερη αρχική κατάσταση αυτών των νεφροπαθών, στο νεαρότερο της ηλικίας τους, στην περιορισμένη συνύπαρξη άλλων επιπλοκών και στη μεγαλύτερη «ευκινησία» τους, που είναι αποτέλεσμα της εύκολης προσαρμογής τους στις υποχρεώσεις που επιβάλλει η θεραπεία τους ( Βαγιωνάς, 1986).

## **2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

### **2.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια σειρά συναισθηματικών αντιδράσεων που σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν τη συμπεριφορά που τελικά θα υιοθετήσει η οικογένεια απέναντι στον ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια, αλλά και στην ίδια τη ασθένεια.

Αρχικά, η άμεση αντίδραση της οικογένειας αφορά το πρώτο “shock” που βιώνουν τα μέλη της. Σε αυτή τη φάση κυριαρχούν τα συναισθήματα φόβου, αγωνίας, κατάπληξης και αδυναμίας να πιστέψουν στην ανακοίνωση της διάγνωσης της ασθένειας, έχοντας παράλληλα την αίσθηση ότι όσα συμβαίνουν είναι εξωπραγματικά.

Όταν πλέον το αρχικό “shock” έχει περάσει και η οικογένεια είναι πιο ισορροπημένη συναισθηματικά, έρχεται αντιμέτωπη με την πραγματικότητα σε όλες της τις διαστάσεις. Σε αυτή τη φάση χρησιμοποιεί το μηχανισμό της απόσυρσης, μέχρι τη χρονική στιγμή που όλα τα μέλη της οικογένειας συμβιβαστούν με τη πραγματικότητα της κατάστασης.

Η περίοδος που ακολουθεί μετά, χαρακτηρίζεται είτε από αποδοχή της πραγματικότητας είτε από άρνησή της εκ μέρους των μελών της οικογένειας. Σε αυτή τη φάση κυριαρχούν αμφιταλαντευόμενα συναισθήματα, άρνησης – παραδοχής ή εκλογίκευσης – ενοχοποίησης.

Τελικά, η οικογένεια φτάνει στο στάδιο της αναδιοργάνωσης. Σε αυτή τη φάση καθορίζονται οι ρόλοι μεταξύ των μελών της,

λαμβάνονται αποφάσεις, προσδιορίζονται ανάγκες και θέτονται προτεραιότητες, ώσπου τελικά να υιοθετηθεί ένας κοινός τρόπος συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της ασθένειας στο μέλλον από τα μέλη της οικογένειας.(Λουμάκου 1997, Σαπουντζή – Κρέπια 1998)

## 2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΣΘΕΝΗ

Κάθε χρόνια ασθένεια παρουσιάζει ιδιαιτερότητες οι οποίες δεν επηρεάζουν μόνο τον ασθενή, αλλά ολόκληρη την οικογένειά του. Η ίδια η ασθένεια αποτελεί μια κατάσταση κρίσης, οπότε όλα τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται αλλά και επηρεάζουν την νέα κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Η οικογένεια της οποίας ένα μέλος πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια, διακρίνεται σε τρεις ψυχολογικούς τύπους:

### A) Η απορριπτική οικογένεια

Ο τύπος αυτός της οικογένειας δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το μέλος της που νοσεί. Τα μέλη της οικογένειας συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς ζωής τους και ταυτόχρονα αδιαφορούν για το ασθενές μέλος της οικογένειας τους και τις όποιες ανάγκες του. Ο τύπος αυτός της οικογένειας μοιάζει να ανταπεξέρχεται στο πρόβλημα και κρατά όλα τα μέλη της οικογένειας σε συνοχή εξοστρακίζοντας ή αποκλείοντας το ασθενές μέλος της.

### B) Η υπερπροστατευτική ή αυτοθυσιαζόμενη οικογένεια

Ο τύπος αυτός της οικογένειας επικεντρώνει όλη τη προσοχή της σε εκείνο το μέλος της που νοσεί. Παράλληλα τα μέλη της οικογένειας υπερτιμούν την ανάγκη για υποστήριξη που έχει ο ασθενής. Η οικογένεια γίνεται ανήσυχη και υπερπροστατευτική, ενθαρρύνοντας έτσι τον ασθενή να αναπτύξει συμπεριφορές εξάρτησης, με αποτέλεσμα

έτσι να μην βοηθάνε στην πλήρη αποκατάστασή του. Μάλιστα, πολλές φορές η οικογένεια αυτού του τύπου καταπιέζει τη θέληση του ίδιου του ασθενούς μέλους της για περισσότερη ανεξαρτησία κι έτσι δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις τους.

### Γ) Η προσαρμοστική οικογένεια

Ο τύπος αυτός της οικογένειας συμπαραστέκεται στο μέλος της που νοσεί, χωρίς όμως να παραμελεί ή να θυσιάζει τις ανάγκες των υπόλοιπων μελών της. Οι παραδοσιακοί οικογενειακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται με στόχο το ασθενές μέλος της να βρει τη θέση του μέσα στο σύστημα της οικογένειας. ( Σαπουντζή – Κρέπια, 1998' Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999)

Ένα σημαντικό γεγονός, όπως είναι η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας όπως η νεφρική ανεπάρκεια σε ένα μέλος μιας οικογένειας, σηματοδοτεί την έναρξη κρίσιμων μεταβατικών σταδίων στον κύκλο της ζωής της, μιας και καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις ανάγκες, τις προτεραιότητες, τους ρόλους και την πορεία της.

Οι αντιλήψεις που έχουν τα μέλη της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια και τις επιπτώσεις της καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες ενεργοποιούν. Όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Σαπουντζή – Κρέπια (1998), οι Peterman – Bode διακρίνουν πέντε συνηθισμένους τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας με αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης της:

α) Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «πρόκληση», κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις

δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά πιστεύοντας στις δυνάμεις τους.

β) Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «δοκιμασία» επηρεασμένες από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η αντοχή, η πίστη ή οι σχέσεις τους.

γ) Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστιά τους ως «κακοτυχία», συνήθως βιώνουν και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο, κ.λ.π. Έτσι, η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.

δ) Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «θέλημα της μοίρας», δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν πως ό,τι συμβαίνει Δε μπορούν να το ελέγξουν και είναι χρέος τους να το υπομένουν παθητικά.

ε) Οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία», έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές δέχονται παθητικά τη θεραπεία είτε επειδή πιστεύουν ότι «την αξίζουν» είτε για να εξιλεωθούν. Όταν εξοργίζονται με την αδικία που «σημαδεύει» τη ζωή τους, εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους.

Στο βιβλίο των Αναγνωστόπουλου και Παπαδάτου (1995) αναφέρεται πως ο Garmezy θέτει τρεις κατηγορίες παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά και αυξάνουν την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει:

α) ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών της, όπως για παράδειγμα η αυτοεκτίμηση,

β) η οικογενειακή συνοχή και η απουσία έντονων συγκρούσεων, και

γ) η διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου.

Καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά της οικογένειας διαδραματίζει και η εξέλιξη της ίδιας της ασθένειας και το δυναμικό του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει γιατί το σύστημα της οικογένειας διαταράσσεται αναπόφευκτα από τις επιπτώσεις της ασθένειας σε συνδυασμό κιόλας με τις καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις.



## 2.3 ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

### 2.3.1 Παιδί και νεφρική ανεπάρκεια

Στον τομέα της παιδιατρικής νεφρολογίας έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια και ενώ οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας έχουν βελτιωθεί αρκετά, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών καταλήγει σε Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.).

Η διάγνωση νεφρικής ανεπάρκειας, όπως και οποιασδήποτε άλλης χρόνιας ασθένειας, έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή τόσο του παιδιού όσο και του εφήβου. Παρόλο που κάποιοι ισχυρίζονται ότι ένα παιδί δε συνειδητοποιεί έγκαιρα τη σοβαρότητα της κατάστασής του, η ασθένεια από τα πρώτα κιόλας στάδιά της παρεμβαίνει στην κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού κι αυτό απαιτεί φροντίδα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα.

Ακόμα και σε κείνες τις περιπτώσεις που το παιδί δεν εκδηλώνει ή δε συζητά τα προβλήματά του με το γύρω περιβάλλον του, μέσα από μελέτες και κλινική εμπειρία αποδεικνύεται ότι το παιδί συνειδητοποιεί την κατάστασή του και τραυματίζεται ψυχικά εξαιτίας της σοβαρότητάς της. Όμως συχνά θέλοντας να αποφύγει το να φέρνει σε δύσκολη θέση κι αμηχανία το περιβάλλον του, προσποιείται και ακολουθεί τους κανόνες που απαγορεύουν οποιαδήποτε συζήτηση σχετικά με τη σοβαρότητα της κατάστασής του. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995).

Το παιδί όσο κι αν μοιάζει εξωτερικά του ενήλικα, δεν αποτελεί «μικρογραφία του». Αποτελεί έναν αυξανόμενο οργανισμό, με διαφορετική παθοφυσιολογία και ψυχολογία. Έτσι, έχει τα δικά του προβλήματα και τις δικές του ιδιαιτερότητες που πρέπει να

αντιμετωπίζονται ανάλογα με την ηλικία του. (Τσούγια και Κανλή, 1999).

Όπως και σε κάθε χρόνια ασθένεια, έτσι και στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, παράλληλα με τις οργανικές επιπτώσεις προκαλούνται και ψυχολογικές, οι οποίες απαιτούν σφαιρική και συνολική αντιμετώπιση και αναλύονται ως εξής:

- Οργανικές επιπτώσεις

Σε οργανικό επίπεδο, το παιδί αναγνωρίζει ότι το σώμα του δε μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά και χρειάζεται απαραίτητα τεχνική βοήθεια για να επιζήσει, γεγονός που ελαττώνει την αυτοεκτίμησή του. Το παιδί φυσιολογικά προσπαθεί να αποκτήσει τον έλεγχο πάνω στο σώμα του καθώς αυτό αναπτύσσεται. Η ασθένειά του όμως δρα ανασταλτικά στην ανάπτυξη του, αποτέλεσμα να παραιτείται από την κυριαρχία πάνω στο σώμα του και ταυτόχρονα να γίνεται αντικείμενο παρατήρησης για τους άλλους. Εξαιτίας των αλλαγών στη σωματική λειτουργία και στην εμφάνιση, τα παιδιά εκφράζουν πολύ άγχος και έντονη αγωνία όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα να αποσύρονται και να κλείνονται στον εαυτό τους, να γίνονται εγωκεντρικοί, καθώς και να αποξενώνονται, φοβούμενα την απόρριψή τους. Επιπρόσθετα, το παιδί με νεφρική ανεπάρκεια υπολείπεται στην ανάπτυξη. Συχνά έχει μικρό ανάστημα και συνήθως γίνεται ενήλικας με ύψος χαμηλότερο του φυσιολογικού, γεγονός το οποίο εντείνει το άγχος του και το αίσθημα ντροπής που νιώθει συγκρίνοντας τον εαυτό του με τους άλλους. (Τσούγια και Κανλή 1999, Σιαπέρα 1999).

- Ψυχολογικές επιπτώσεις

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η νεφρική ανεπάρκεια προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις μιας και το αναγκάζει να περάσει από τη φυσιολογική ζωή σε μια μη φυσιολογική. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στο παιδί εξαιτίας της ασθένειάς του, όπως περιορισμοί στις σωματικές και σχολικές δραστηριότητες, διαίτα, περιορισμός στη λήψη υγρών, στέρηση παιχνιδιού, χορήγηση φαρμάκων, απουσίες από το σχολείο, το κάνουν να νιώθει ότι διαφέρει από τα αδέρφια του και τα άλλα παιδιά της ηλικίας του, γιατί δε μπορεί να φάει, να πιει, να παίξει, να πάει σχολείο όπως αυτά. Γενικότερα, οι περιορισμοί αποτελούν για το παιδί μια συνεχή υπενθύμιση της αρρώστιας και της ανεπάρκειάς του.

Σε πολλά παιδιά παράλληλα με τα αισθήματα ντροπής και μειονεξίας, συνυπάρχουν αισθήματα ενοχών εξαιτίας της ασθένειάς τους. Νιώθουν ενοχές επειδή αρρώστησαν και θεωρούν υπεύθυνο τον εαυτό τους για τα οικονομικά και ηθικά προβλήματα που δημιουργούνται μέσα στην οικογένεια. Για παράδειγμα, το παιδί νιώθει ενοχές που ο γονιός του υποχρεώνεται να σταματήσει προσωρινά ή μόνιμα την εργασία του, με αποτέλεσμα να δημιουργείται οικονομικό πρόβλημα. Σε "άλλες περιπτώσεις, όταν το παιδί προέρχεται από την επαρχία, η οικογένεια αναγκάζεται να μετακινηθεί σε κάποιο μεγάλο αστικό κέντρο για καλύτερη ιατρική φροντίδα. Επιπλέον το παιδί επηρεάζεται κι από τους γονείς, εξαιτίας του ηθικού προβλήματος που δημιουργείται από το μεγάλο δίλημά τους να προσφέρουν ή όχι στο παιδί το νεφρό τους για μεταμόσχευση. (Μαθιουδάκη – Χλαπανίδη 1991, Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1995, Τσούγια και Κανλή 1995, Τσάκα 2003)

Στα παιδιά εξαιτίας της χρονιότητας της ασθένειάς τους δημιουργούνται φάσεις κατάθλιψης που εκφράζονται μέσα από έναν αρνητισμό, όπως να μην παίρνουν τα φάρμακά τους, να μην τρώνε ή να

τρώνε χωρίς να ελέγχουν το είδος της τροφής, να πίνουν νερό σε ποσότητα επικίνδυνη για την υγεία τους κ.α. (Τσάκα, 2003).

Οι αντιδράσεις του παιδιού απέναντι στην αρρώστια είναι έντονες, επειδή στερείται τις φυσιολογικές δραστηριότητες της ηλικίας του, με αποτέλεσμα, όπως είδαμε και παραπάνω, να αναστέλλεται η κοινωνικοποίησή του, να νιώθει διαφορετικά από τους συμμαθητές και τους συνομηλίκους του και να αποκτά αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Μια απ' τις αντιδράσεις του παιδιού είναι η απόρριψη της αρρώστιας. Το παιδί δε θέλει να γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του και θεωρεί ότι οι άλλοι πρέπει να το φροντίζουν. Αυτό γίνεται γιατί υπάρχει μέσα του μια διάσταση μεταξύ του εαυτού του και της αρρώστιας. Μια άλλη αντίδραση του παιδιού είναι η άρνηση της αρρώστιας του. Συνήθως, αυτή η άρνηση συμβάλλει στο να ξεπεράσει το παιδί το σοκ και τα αρχικά τραύματα της διάγνωσης. Το παιδί επίσης μπορεί να παρουσιάζει μια παλινδρόμηση της συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να επιστρέψει σε κάποια προηγούμενη αναπτυξιακή φάση της ζωής του που χαρακτηριζόταν από μια ατμόσφαιρα εξάρτησης και ασφάλειας. Βέβαια, η ένταση και η διάρκεια των προαναφερθέντων μηχανισμών αντιμετώπισης της αρρώστιας εξαρτώνται από την προσωπικότητα του παιδιού καθώς και τις εμπειρίες που έχει ήδη αποκτήσει, αλλά και βιώνει τώρα στο περιβάλλον του. (Μαθιουδάκη – Χλαπανίδη, 1991).

Σύμφωνα με την ανθρωπολογική μελέτη της Bluebone – Langner «οι γνώσεις που αποκτά το παιδί, σχετικά με την αρρώστια και τον εαυτό του, είναι αποτέλεσμα της κοινωνικοποίησής του, μέσα σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο». Η δυνατότητα κοινωνικοποίησης και διαμόρφωσης του χαρακτήρα του παιδιού δίνεται μέσα από την κάλυψη των πνευματικών αναγκών του και την ένταξή του

στο σχολικό περιβάλλον. Αυτό χρειάζεται παράλληλα πλήρη ενημέρωση και γνώση του παιδιού για την κατάστασή του, κάτι που αποτελεί σημαντική ανάγκη του. Επίσης, το σχολείο αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την όλη ψυχοκοινωνική ωρίμανση του παιδιού.

- (Μαθιουδάκη – Χλαπανίδη 1991, Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1995).

### 2.3.2 Έφηβος και νεφρική ανεπάρκεια

Ο έφηβος που πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια βιώνει προβλήματα που συνδέονται με τις ιδιαιτερότητες της εξελικτικής φάσης την οποία διανύει και εξαρτώνται από την αναπτυξιακή του ωριμότητα.

Οι αντιδράσεις του παιδιού απέναντι στην αρρώστια ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία του. Έτσι, ενώ είναι έντονες στα μεγαλύτερα παιδιά της προσχολικής και σχολικής ηλικίας, στους εφήβους είναι αρκετά εντονότερες. Πέρα του ότι ο έφηβος με νεφρική ανεπάρκεια στερείται τις φυσιολογικές δραστηριότητες της ηλικίας του με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η κοινωνικοποίησή του και να αποκτά αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, επιπρόσθετα η ασθένειά του εμποδίζει τις διαδικασίες ανεξαρτητοποίησης και ωρίμανσής του.

Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της αρρώστιας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο έφηβος και οι οποίοι εξαρτώνται από την προσωπικότητά του και τα βιώματά του, είναι παρόμοιοι με αυτούς που χρησιμοποιούν τα παιδιά. Μπορεί να απορρίψει ή να αρνηθεί την αρρώστια ή ακόμα να παλινδρομήσει σε κάποια προηγούμενη αναπτυξιακή φάση της ζωής του. Αντίθετη προς την παλινδρόμηση, που κάνει τον έφηβο παθητικό και εξαρτημένο από το περιβάλλον του, είναι η επαναστατικότητα. Την επαναστατικότητα ο έφηβος την εκφράζει εναντίων όσων τον φροντίζουν, είτε είναι άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον, είτε άτομα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αποτέλεσμα αυτής της αντίδρασης του εφήβου είναι το να μη συνεργάζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Μια ακόμη αντίδραση που εκδηλώνει ο έφηβος είναι η διανοητικοποίηση. Αυτή αποτελεί έναν ακόμα μηχανισμό άμυνας, με εκλογίκευση των συναισθημάτων του και κυρίως με έντονο ενδιαφέρον για την αρρώστια του. Έτσι ο έφηβος κάνει συχνές ερωτήσεις σε όλους όσους τον φροντίζουν επιθυμώντας να μάθει

όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την ασθένειά του και τη σοβαρότητα της κατάστασής του.

Ο έφηβος με νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να εκδηλώσει επίσης θυμό, επιθετικότητα, λύπη, φόβο και αγωνία. Όταν το άγχος του αυξηθεί ιδιαίτερα, παρουσιάζει φοβίες, κατάθλιψη, απομόνωση, απόσυρση ή εξωτερικήυση της επιθετικότητάς του. Αυτά σε συνδυασμό με την επαναστατική φύση της ηλικίας του και την έντονη τάση του για ανεξαρτησία και αυτονομία εκφράζονται με την άρνησή του για θεραπεία και τη μη συμμόρφωσή του στις ιατρικές συμβουλές, σαν μια εκδίκηση προς τον εαυτό του, αλλά και προς όλους τους άλλους. Μάλιστα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ο έφηβος έχει σχέση με τη διεκδίκηση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του, γιατί αντιδιαστέλλεται με τους περιορισμούς που του θέτονται λόγω της ασθένειάς του. Αυτοί οι περιορισμοί αντιδιαστέλλονται και στην προσπάθειά του για διαμόρφωση της σεξουαλικής του ταυτότητας και για πλήρη ένταξη του στο επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Για τον έφηβο το γεγονός ότι δε μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά, δεν ελαττώνει μόνο την αυτοεκτίμησή του, αλλά έχει σαν αποτέλεσμα το να υποφέρει, γιατί ο ναρκισσισμός του είναι πολύ ευάλωτος στη δύσμορφη εικόνα του σώματός του. Επιπρόσθετα, νιώθει ντροπή και μειονεκτικά, αισθήματα που τον δυσχεραίνουν να αποδεχτεί την εικόνα του εαυτού του και κατ' επέκτασιν τον δυσκολεύουν στο να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλικούς του και κυρίως σχέσεις με το άλλο φύλο που είναι πολύ σημαντικές γι' αυτόν.

Η αβεβαιότητα του τρόπου ζωής στο μέλλον του εφήβου διαπερνά όλες τις σκέψεις και τα όνειρά του. Έτσι πολλοί ζουν έντονα το παρόν, προσπαθώντας να του δώσουν νόημα, ενώ παράλληλα αρνούνται να αναφερθούν στο μέλλον. Επίσης, υπάρχει αβεβαιότητα στην επιλογή

επαγγέλματος, το οποίο μάλιστα θα πρέπει να αρμόζει και στις εκάστοτε συνθήκες της ασθένειας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δύσκολη ένταξή του στο επαγγελματικό και κατ' επέκτασιν στο κοινωνικό περιβάλλον.

Συμπερασματικά, η όποια συμπεριφορά εκδηλώνει ο έφηβος εξαρτάται από τη ψυχολογική του ωριμότητα, αλλά και από το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. Οι σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο έφηβος με νεφρική ανεπάρκεια επιγραμματικά σχετίζονται με: α) την ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία του που παρεμποδίζονται λόγω της ασθένειας, των περιορισμών που επιβάλλει η θεραπεία ή/ και η υπερπροστατευτική στάση του περιβάλλοντος του, β) την αποδοχή της εικόνας του σώματός του και του εαυτού του που επηρεάζεται λόγω της ασθένειάς και της αντίληψης που έχει γι' αυτό, γ) την ένταξή του στην ομάδα των συνομηλίκων του που απειλείται λόγω της αρρώστιάς του και δ) την αβεβαιότητα με την οποία αντιμετωπίζει το μέλλον του.

( Αναγνώστόπουλος και Παπαδάτου 1995, Κλάιν 1991, Τσούγια και Κανλή 1999, Μαθιουδάκη – Χλαπανίδη 1991, Τσάκα 2003).



### 2.3.3 Γονείς και παιδί με νεφρική ανεπάρκεια

Η οικογένεια ενός παιδιού με νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ασθένειας. Η κάθε οικογένεια αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην ίδια κατάσταση και η αντίδρασή της εξαρτάται από την κοινωνική θέση της οικογένειας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική κατάσταση και τυχόν προηγούμενες εμπειρίες παρόμοιας κατάστασης.

Ακόμα και μέσα στην ίδια την οικογένεια υπάρχουν διαφορετικές αντιδράσεις από τα μέλη της, επειδή κάθε μέλος της αντιδρά όχι μόνο απέναντι στην αρρώστια του παιδιού, αλλά και στη στάση που κρατούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά είναι λανθασμένες και δυσανάλογες με τη βαρύτητα της νόσου και χαρακτηρίζονται από συναισθήματα ενοχής ή ακόμα και επιθετικότητας, (Τσάκα, 2003).

Αν η οικογένεια βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης, οι γονείς έχουν καταλυτικό ρόλο. Οι γονείς είναι αυτοί που καθορίζουν τους κανόνες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας σε σχέση με θέματα που αφορούν την ασθένεια και τη θεραπεία της. Η ανοιχτή επικοινωνία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επικοδομητικής προσαρμογής στις συνθήκες της χρόνιας αρρώστιας. Αναμφισβήτητο, η ύπαρξη ενός παιδιού με νεφρική ανεπάρκεια μέσα στην οικογένεια αποτελεί σοβαρό πλήγμα, και κυρίως για τους γονείς του. Οι γονείς είναι αυτοί, που καθημερινά έρχονται αντιμέτωποι με τις ανησυχίες, τα προβλήματα και τους κινδύνους που εγκυμονεί το μέλλον του παιδιού τους. Επίσης, οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με τις νέες απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής, όχι μόνο για τους ίδιους, αλλά και για όλη την οικογένεια.

Επιπρόσθετα, οι γονείς έχουν να αντιμετωπίσουν, αλλά και να χειριστούν τα δικά τους αισθήματα, τα οποία τους δημιουργούνται εξαιτίας της αρρώστιας του παιδιού τους. Οι γονείς αυτοί, αρχικά χρειάζεται να αντιμετωπίσουν το αρχικό τραύμα που υφίστανται στο ναρκισσισμό τους, μόλις διαγνωσθεί η αρρώστια του παιδιού τους. Στη συνέχεια, οι γονείς είτε γεμίζουν με ενοχές είτε διακατέχονται από αισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης. Άλλες φορές δυσκολεύονται να θέσουν περιορισμούς στο παιδί τους ακολουθούμενοι τη θεραπευτική αγωγή κι άλλες φορές το «λυπούνται», επειδή υποβάλλεται σε περιορισμούς και ταλαιπωρίες κι έτσι παραβιάζουν το απαιτούμενο πρόγραμμα της θεραπευτικής του αγωγής. Οι γονείς αυτοί, και κυρίως η μητέρα, κυριαρχούνται από κατάθλιψη, άγχος, θυμό κι απογοήτευση, επειδή το μέλλον, η υγεία και η ευημέρια του παιδιού τους θεωρούνται επισφαλή, με αποτέλεσμα να αδρανοποιούνται, πράγμα που τελικά μειώνει την ικανότητα τους να ανταποκριθούν στο γονεϊκό τους ρόλο. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αδυναμία των γονέων – ιδιαίτερα της μητέρας – να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις που έχει η φροντίδα του χρόνιου αρρώστου παιδιού τους, γιατί οι συνέπειες ίσως είναι ολέθριες για το ίδιο καθώς και την υπόλοιπη οικογένεια. ( Λουμάκου 1997, Τσούγια και Κανλή 1999, Τσάκα, 2003)

Υπάρχει το ενδεχόμενο οι γονείς να μην είναι ειλικρινείς απέναντι στο παιδί τους, υιοθετώντας παράλληλα υπερπροστατευτική στάση και θέλοντας να το διαφυλάξουν από τη «νέα πραγματικότητα», με αποτέλεσμα να οδηγούν το παιδί τους στην απομόνωση, μακριά από κάθε δίοδο επικοινωνίας.

Σε αυτή την περίπτωση, κρίνεται αναγκαία η συμπαράσταση και στήριξη των γονιών με κάθε δυνατό τρόπο, χωρίς όμως να

κατακερματίζεται η προσωπικότητα του παιδιού. Κρίνεται επίσης απαραίτητο να κινητοποιηθεί το παιδί, να βρεθούν πηγές όπου θα διοχετεύσει την ενέργειά του, να ενθαρρυνθεί να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις αγωνίες, τους φόβους, τις ανησυχίες και τα άγχη του. Το παιδί γενικότερα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν παθητικός δέκτης πληροφόρησης. Επίσης, δεν πρέπει να αγνοείται η στάση και συμπεριφορά των γονιών απέναντι στα αδέρφια του παιδιού που νοσεί από νεφρική ανεπάρκεια, τα οποία ίσως νιώσουν παραμελημένα, ή και το αντίθετο. (Τσούγια – Κανλή 1999, Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1995, Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης 1999, Τσάκα 2003)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ - ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

### **1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ**

Σύμφωνα με την υπ' αριθμόν 7/οικ.319/1-4-1992, απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνικά μέσα που είναι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση, καθώς και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, δεν καταβάλουν συμμετοχή για όλα ανεξαιρέτως τα φάρμακα που τους χορηγούνται. Όπως ερυθροποιητίνη, αντιφλεγμονώδη, αντιρρομβωτικά, αντιπηκτικά, αγγειοδιασταλτικά, σιδηρούχα και άλλα ενέσιμα σκευάσματα κλπ.

Για το λόγο αυτό στο συγκεκριμένο κεφάλαιο δε θα ασχοληθούμε με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, αφού αυτή είναι πλήρης, αλλά θα προσπαθήσουμε να συντάξουμε έναν «οδηγό» κρατικών παροχών κοινωνικής προστασίας των νεφροπαθών που και εμείς οφείλουμε να γνωρίζουμε ως κοινωνικοί λειτουργοί γιατί αφορά το άμεσο αντικείμενό μας και ίσως χρειαστεί κάποια στιγμή να εργαστούμε με τέτοιους ανθρώπους, άρα θα πρέπει να τους πληροφορήσουμε και για τα εκτός ιατρικά θέματα, αλλά θα αποτελέσει και ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι δεν είναι εύκολο να γνωρίζουν κάθε λεπτομέρεια νόμου που τους αφορά.

## 1.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΝΕΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Με την κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, του Δεκεμβρίου του 2003 για τα προγράμματα επιδότησης νέων θέσεων εργασίας και νέων ελευθέρων επαγγελματιών για την ένταξη στην αγορά εργασίας άνεργων ατόμων με αναπηρίες. Οι νεφροπαθείς θεωρούνται Α.Μ.Ε.Α. καθώς υπολογίζεται ότι είναι 67% και άνω ανάπηροι. Το πρόγραμμα αφορά επιχορήγηση ιδιωτικών επιχειρήσεων, επιχειρήσεων τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικών επιχειρήσεων που προσλαμβάνουν άτομα με ειδικές ανάγκες καθώς επίσης Συνεταιρισμών, επαγγελματικών σωματείων, Αστικών εταιριών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή κοινοπραξιών και γενικά Εργοδοτών για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για την απασχόληση ατόμων ευπαθών κοινωνικά ομάδων όπως είναι τα Α.Μ.Ε.Α.

Σύμφωνα με τη διάρθρωση του προγράμματος πλήρους απασχόλησης οι νέες θέσεις που αφορούν τα Α.Μ.Ε.Α. ανέρχονται στις 1.200 με διάρκεια 36 μηνών και υποχρέωση του εργοδότη να συνεχίσει για άλλους 12 μήνες να απασχολεί το άτομο χωρίς επιχορήγηση. Όσον αφορά το πρόγραμμα μερικής απασχόλησης οι θέσεις είναι 100 και η διάρκεια επιχορήγησης η ίδια με την ανωτέρω. Δυνατή είναι και η μετατροπή του προγράμματος από μερικής σε πλήρους απασχόλησης. Τέλος η σύμβαση ορισμένου χρόνου αφορά επιχειρήσεις τοπικής αυτοδιοίκησης, Ξενοδοχειακές – Τουριστικές και άλλες Εποχιακές επιχειρήσεις και οι θέσεις για τα Α.Μ.Ε.Α. ανέρχονται στις 200.

Η μόνη προϋπόθεση όσον αφορά τα Α.Μ.Ε.Α. για την υπαγωγή επιχειρήσεων στο πρόγραμμα είναι να μην έχουν απολύσει άλλο

- A.M.E.A. τρεις μήνες πριν την υποβολή της αίτησης για την επιχορήγηση ή αν το έχουν κάνει να το έχουν αντικαταστήσει με άλλο. Σε περίπτωση πάλι απόλυσης πριν από τη λήξη του προγράμματος η επιχείρηση είναι υποχρεωμένη να το αντικαταστήσει με άλλο A.M.E.A.
- εκτός βέβαια και ο εργαζόμενος αποχωρίσει οικειοθελώς, στρατευθεί ή συνταξιοδοτηθεί. Οι επιχειρήσεις που δεν απασχολούν καθόλου προσωπικό μπορούν να προσλάβουν ως 3 άτομα αυτής της κατηγορίας ενώ η σχετική αναλογία σε ό,τι αφορά τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς καθορίζεται σε 30% για τους κοινούς εργαζόμενους και 70% για Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες, για τις υπόλοιπες η αναλογία είναι 50% - 50%.

---

Το ποσό της επιχορήγησης για τα προγράμματα ανέρχεται στα 22 ευρώ ημερησίως για το πρόγραμμα πλήρους απασχόλησης, στα 12 ευρώ για το μερικής απασχόλησης και στα 22 ευρώ για την ορισμένου χρόνου σύμβαση πλήρους απασχόλησης. Ο Ο.Α.Ε.Δ. συμμετέχει σε ποσοστό 90% επί του συνολικού κόστους της απαιτούμενης δαπάνης και μέχρι του ποσού των 2.400 ευρώ.

Η επιχορήγηση για το πρόγραμμα Νέων Ελευθέρων Επαγγελματιών του οποίου η διάρκεια ορίζεται στους 48 μήνες, καθορίζεται στις 16.000 ευρώ και προσαυξάνεται κατά 1.500 ευρώ εάν το άτομο είναι γυναίκα, έχει ποσοστό αναπηρίας 60% και άνω, είναι άνω των 45 ετών ή είναι επιδοτούμενος άνεργος. Ο Ν.Ε.Ε μπορεί να αναπτύξει επιχειρηματική δραστηριότητα σε χώρο της κατοικίας του εφόσον, όπως οι νεφροπαθείς έχει σοβαρά προβλήματα μετακίνησης.

Οι προϋποθέσεις για τους νέους επιχειρηματίες είναι να έχουν όλα τα νόμιμα πιστοποιητικά για την άσκηση του επαγγέλματός τους και οι άρρενες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.

Επισημαίνεται ότι στο πλαίσιο της εξατομικευμένης παρέμβασης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων κρίνεται αναγκαία η συνεργασία

μεταξύ του ενδιαφερόμενου και του Εργασιακού Σύμβουλου ή άλλου αρμόδιου υπαλλήλου του Ο.Α.Ε.Δ. συνήθως κοινωνικού λειτουργού, το οποίο παρέχει συμβουλευτική, ενδυνάμωση και εμπύχωση προς τους Νέους Επαγγελματίες με στόχο την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Η εξατομικευμένη αυτή παρέμβαση όπως εφαρμόζεται ήδη κατά την τελευταία τετραετία αποτελεί αναγκαία συνθήκη για τη στήριξη και την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των νέων αυτών επιχειρηματιών, οι οποίοι λαμβάνουν μια σειρά από συνοδευτικές – υποστηρικτικές υπηρεσίες που στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη προώθηση των προγραμμάτων, στην επιβοήθηση των ατόμων να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, να προσαρμοσθούν στον εργασιακό χώρο και να διατηρήσουν τη θέση εργασίας μετά τη λήξη του προγράμματος. Ειδικότερα το εξειδικευμένο προσωπικό του Ο.Α.Ε.Δ. αναπτύσσει ένα πλέγμα συνεργασίας με κάθε άνεργο ώστε να γίνεται η διάγνωση των αναγκών του ως προς την κοινωνική και ψυχολογική του υποστήριξη, την κατάρτιση με βάση το επίπεδο των γνώσεών του και την προηγούμενη επαγγελματική του εμπειρία και το βαθμό της ετοιμότητας που διαθέτει ώστε να οδηγηθεί σε συγκεκριμένη θέση εργασίας.

Οι σύμβουλοι εκτός από την παροχή συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης, ευαισθητοποιούν και ενημερώνουν τους εργοδότες, συνεργάζονται με τους κοινωνικούς εταίρους, τους εργοδότες και τα απασχολούμενα άτομα, ενημερώνουν τα άτομα που θέλουν να δημιουργήσουν δική τους επιχείρηση και βοηθούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό ενώ ταυτόχρονα ενεργοποιούν και ενδυναμώνουν τα άτομα για την ένταξη και την παραμονή τους στην αγορά εργασίας.

Πέρα από τα ποσοτικά – στατιστικά στοιχεία τα οποία δείχνουν την αύξηση των Α.Μ.Ε.Α. σε νέες θέσεις εργασίας εξίσου σημαντικά

είναι και τα ποιοτικά στοιχεία όπως η παραμονή των ατόμων στη θέση εργασίας μετά τη λήξη των προγραμμάτων δεδομένου ότι η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων των ευπαθών ομάδων είναι θεμελιώδης γιατί συμβάλει στην κοινωνικό-οικονομική αυτονόμηση του ατόμου, στη βελτίωση της αυτοεικόνας του, στη στοχοθέτηση του μέλλοντος τους και στην ενίσχυση της Κοινωνικής Συνοχής με την παροχή ίσων ευκαιριών για όλους.

Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής υπολογίζεται ότι για τα προγράμματα Ν.Θ.Ε, Ν.Ε.Ε. και εργονομικής διευθέτησης για τα Α.Μ.Ε.Α. θα προκληθεί δαπάνη ύψους σαράντα τριών εκατομμυρίων επτακοσίων σαράντα χιλιάδων (43.740.000) ευρώ.

---



## 1.2 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

Το Σεπτέμβριο του 1998 εκδόθηκε και ο νόμος υπ' αριθμόν 2643 για τα προστατευόμενα πρόσωπα, που ισχύει μέχρι και σήμερα. Στις διατάξεις του νόμου αυτού υπάγονται και τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον, που έχουν περιορισμένες δυνατότητες για επαγγελματική απασχόληση εξαιτίας χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ψυχικής πάθησης – βλάβης εφόσον βέβαια είναι γραμμένα στα μητρώα ανέργων αναπήρων του Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.). επίσης προστατεύονται όσοι έχουν τέκνο, αδερφό ή σύζυγο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, εξαιτίας βαριών ψυχικών και σωματικών προβλημάτων.

Σύμφωνα με το νόμο αυτό οι φορείς του δημόσιου τομέα όπως α) δημόσιες επιχειρήσεις και δημοτικοί οργανισμοί, β) νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που ανήκουν στο κράτος ή επιχορηγούνται τακτικώς, γ) νομικά πρόσωπα τα οποία ανήκουν στην προηγούμενη κατηγορία (β) ή στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ή στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, ή στις τοπικές ενώσεις Δήμων- Κοινοτήτων είτε επιχορηγούνται από τους φορείς αυτούς, υποχρεούνται να προσλαμβάνουν ως δικηγόρους προστατευόμενα πρόσωπα σε ποσοστό 8% επί του συνολικού αριθμού των δικηγόρων που απασχολούνται στη νομική τους υπηρεσία. Για τους προστατευόμενους του άρθρου αυτού κατώτατο όριο για τη τοποθέτηση ή πρόσληψη ορίζεται το 21<sup>ο</sup> έτος και ως ανώτατο το 45<sup>ο</sup> έτος.

Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης υποχρεούνται να διορίζουν ή να προσλαμβάνουν προστατευόμενα πρόσωπα χωρίς διαγωνισμό ή επιλογή με σειρά προτεραιότητας και σε θέσεις που αντιστοιχούν στο 5% των

θέσεων που προκηρύσσονται κάθε φορά. Με απόφαση του υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης καθορίζονται κατά νομαρχιακή αυτοδιοίκηση και φορέα ο αριθμός των θέσεων που αντιστοιχούν στο παραπάνω ποσοστό και πληρούνται από προστατευόμενα άτομα. Η απόφαση εκδίδεται ταυτόχρονα με την προκήρυξη πλήρωσης των θέσεων και δημοσιεύεται ακολούθως στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Μετά την κοινοποίηση της απόφασης οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν σχετική αίτηση. Η αίτηση αυτή έχει τη μορφή υπεύθυνης δήλωσης στην οποία δηλώνουν κατά σειρά προτίμησης τις θέσεις της πρόσκλησης στις οποίες επιθυμούν να διοριστούν ή να προσληφθούν. Μέσα σε 30 μέρες η αρμόδια επιτροπή καταρτίζει πίνακες υποψηφίων με βάση το σύνολο των μορίων που συγκεντρώνει ο ενδιαφερόμενος. Η κατανομή των υποψηφίων για την πλήρωση των θέσεων γίνεται με τη σειρά εγγραφής τους στον παραπάνω πίνακα.

Η τοποθέτηση των προστατευόμενων προσώπων στους οποίους περιλαμβάνονται και οι δικηγόροι γίνεται από την Επιτροπή και είναι υποχρεωτική για τον εργοδότη. Η τοποθέτηση αυτή γίνεται με την ιδιότητα του δικηγόρου, υπαλλήλου ή εργατοτεχνίτη ανάλογα με τα προσόντα του προστατευόμενου και τη σύνθεση του προσωπικού που απασχολείται στην επιχείρηση. Οι τοποθετούμενοι εξομοιώνονται πλήρως με το υπόλοιπο προσωπικό ως προς τους όρους εργασίας, την αμοιβή, τις προαγωγές και γενικά τις συνθήκες εργασίας. Οι προστατευόμενοι για να τοποθετηθούν σε εργασίες υποχρεούνται με την αίτηση τους να προσκομίζουν συν τοις άλλοις (πχ απόσπασμα ποινικού μητρώου, πιστοποιητικό σπουδών κλπ.) και βεβαίωση της Επιτροπής του Γενικού επιτελείου εθνικής Άμυνας ότι ανήκουν σε μία από τις προστατευόμενες κατηγορίες ατόμων του νόμου αυτού.

### 1.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (Α.Μ.Ε.Α.)

Συνεχίζουμε με το νόμο υπ' αριθμόν 2817 (14 Μαρτίου 2000) για την εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά την έννοια του νόμου θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται και όσοι έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και οι νεφροπαθείς. Οι ειδικές περιπτώσεις διαπιστώνονται από τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) και στα συγκεκριμένα άτομα παρέχεται ειδική εκπαίδευση η οποία στο πλαίσιο των σκοπών της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης επιδιώκει ιδιαίτερα : α) την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, β) τη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, γ) την επαγγελματική τους κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων λαμβάνονται μέτρα και παρέχονται υπηρεσίες στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ηλικίας έως 22 ετών. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται ιδίως η κατάρτιση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας, η χρησιμοποίηση διδακτικού υλικού και η χορήγηση οργάνων και λοιπού ειδικού εξοπλισμού και γενικά κάθε είδους διευκολύνσεις και εργονομικές διευθετήσεις. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται η ψυχολογική υποστήριξη, η κοινωνική και συμβουλευτική εργασία και κάθε άλλο μέτρο ή υπηρεσία που υποστηρίζουν την ισότιμη μεταχείριση

των Α.Μ.Ε.Α. η εκπαίδευση των ατόμων αυτών παρέχεται δωρεάν από το κράτος σε δημόσια σχολεία. Η μορφή των σχολείων αυτών προσδιορίζεται από το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών. Όσον αφορά τους μαθητές σε θεραπεία αποκατάστασης νεφρικής ανεπάρκειας η εκπαίδευσή τους παρέχεται στη συνήθη σχολική τάξη, αν όμως η φοίτησή τους στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού συστήματος καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του βαθμού του προβλήματός τους η εκπαίδευση αυτών μπορεί να παρέχεται : α) σε νοσοκομεία, β) σε κέντρα αποκατάστασης, γ) στο σπίτι, σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρησιμοποιείται και το σύστημα τηλεεκπαίδευσης. Τέλος για τους αποφοίτους των Τ.Ε.Ε. ειδικής αγωγής των δύο βαθμίδων καθορίζονται επαγγελματικά δικαιώματα κατά τη διαδικασία του άρθρου 6 παρ. 3 του 2009/1992 ισότιμα με των υπολοίπων μαθητών.

## 1.4 ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα τώρα με την πρόνοια και τον αριθμό Π3α/Φ.18/Γ.Π οικ.93365 (1<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2003) εγκρίθηκε η αύξηση των Προνοιακών Επιδομάτων που χορηγούνται σε Άτομα με Αναπηρίες για το έτος 2003. τα ποσά των Προνοιακών Επιδομάτων που καταβάλλονται στις διάφορες κατηγορίες Ατόμων με Αναπηρίες σύμφωνα με κοινές Υπουργικές Αποφάσεις έχουν τροποποιηθεί και συμπληρωθεί και ίσχυαν μέχρι σήμερα, αυξάνονται κατά 5% με στρογγυλοποίηση του τελικού ποσού για το έτος 2003 και διαμορφώνονται ως ακολούθως : για τα ανασφάλιστα και έμμεσα ασφαλισμένα άτομα με βαριές αναπηρίες με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, όπως οι νεφροπαθείς, το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος πριν την αύξηση ανερχόταν στα 181 ευρώ ενώ μετά την αύξηση στα 190 ευρώ. Όσο για τη στεγαστική συνδρομή, δηλαδή το επίδομα ενοικίου που χορηγείται σε ανασφάλιστα μοναχικά άτομα άνω των 65 ετών ή σε ανασφάλιστα ζεύγη από τα 154 ευρώ ανέβηκε στα 162 ευρώ.

## 1.5 ΑΥΞΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Στη συνέχεια παραθέτουμε την υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου ΥΙ/οικ.Γ.Π.105380/29-10-03 κοινή Υπουργική Απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών που αφορά στην αύξηση 5% του διατροφικού επιδόματος των νεφροπαθών για το χρονικό διάστημα 1/1/2003 έως 31/12/2003 από 154,07 ευρώ σε 161,77 ευρώ μηνιαίως ανά άτομο.

Από τις διατάξεις αυτής της κοινής Υπουργικής απόφασης, ~~πρόκαλείται δαπάνη για αντιμετώπιση της αύξησης κατά 5% του~~ διατροφικού επιδόματος νεφροπαθών, ύψους 874.659 ευρώ για το έτος 2003 και η οποία θα καλυφθεί από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Για το έτος 2004 και εφεξής η εν λόγω δαπάνη αύξησης διατροφικού επιδόματος θα αντιμετωπισθεί από πιστώσεις που εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των περιφερειών της χώρας.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη χορήγηση διατροφικού επιδόματος νεφροπαθών είναι :

- Γνωμάτευση γιατρού κρατικού νοσοκομείου ή νοσοκομείου Ι.Κ.Α. που θα βεβαιώνει ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
- Βεβαίωση κλινικής όπου κάνει αιμοκάθαρση.
- Υπεύθυνη δήλωση που θα αναφέρει ότι ο ασθενής δε λαμβάνει κάποιο άλλο επίδομα, το φορέα του, αν είναι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένος, ποια είναι η μόνιμη κατοικία του και ποιος ο αντιπρόσωπός του.

- Φωτοτυπία βιβλιαρίου Αγροτικής Τράπεζας στο όνομα του δικαιούχου.

Για τους μεταμοσχευμένους το μόνο που αλλάζει είναι η βεβαίωση του κρατικού νοσοκομείου υπογεγραμμένη από το νεφρολόγο που θα λέει ότι ο ασθενής είναι μεταμοσχευμένος, ποια η ημερομηνία μεταμόσχευσης και που παρακολουθείται ο ασθενής.

## 1.6 ΜΕΤΡΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΟΧΗΜΑΤΩΝ

Συνεχίζοντας περνάμε σε ένα εντελώς διαφορετικό θέμα, σύμφωνα με τον Αριθ.ΔΜΕΟ/στ/οικ.1889/Φ911 για τα μέτρα κυκλοφορίας οχημάτων στο κέντρο της Αθήνας. Εξαιρούνται της απόφασης αυτής αυτοκίνητα που μεταφέρουν ασθενείς που χρειάζονται συχνή θεραπεία (πχ. Νεφροπαθείς) εφ' όσον μεταφέρουν τα άτομα αυτά με την προϋπόθεση οι ασθενείς να έχουν εφοδιαστεί με σχετική βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα αναφέρει τη διάρκεια, τη συχνότητα της απαιτούμενης θεραπείας και τον αριθμό κυκλοφορίας του αυτοκινήτου. Βεβαιώσεις θα χορηγούνται κατά την κρίση του Υπουργείου Υγείας μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις.



## 1.7 ΤΕΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Το Υπουργείο Οικονομικών τον Αύγουστο του 2001 κοινοποίησε τη με αρ.486/18-7-01 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους που έγινε αποδεκτή από τον Υφυπουργό Οικονομικών και η οποία αφορά στην καταβολή μειωμένου τέλους ταξινόμησης για τους αναπήρους που παραλαμβάνουν επιβατικό αυτοκίνητο μεγαλύτερο των 1650 ή 2000 κυβικών εκατοστών κατά περίπτωση, με καταβολή μειωμένου τέλους ταξινόμησης 30% ή 58% του αναλογούντος ακέραιου συντελεστή. Δεν απαλλάσσονται όμως από τα τέλη κυκλοφορίας οριστικά, με εξαίρεση τους αναπήρους πολέμου, τους παραπληγικούς ή τους 100% αναπήρους.

## 1.8 ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ Ο.Τ.Ε.

Μια τελευταία διάταξη που δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 12 Ιουλίου 2002 αφορά στην παροχή της Καθολικής Υπηρεσίας η οποία περιλαμβάνει τη σύνδεση στο σταθερό δημόσιο τηλεφωνικό δίκτυο και γενικά όλες τις υπηρεσίες του Ο.Τ.Ε. Ειδικά λοιπόν για άτομα με αναπηρία άνω του 67% όπως αυτό προσδιορίζεται από τις Αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές προβλέπεται έκπτωση αξίας 16 ευρώ επί της συνολικής μηνιαίας χρονοχρέωσης για χρήση υπηρεσιών μετάδοσης δεδομένων. Ο Παροχός Καθολικής Υπηρεσίας θα μεριμνά ώστε τα άτομα με ειδικές ανάγκες καθώς και κατηγορίες ατόμων που είναι ευάλωτες σε περίπτωση απώλειας δυνατότητας τηλεφωνικής επικοινωνίας (όπως νεφροπαθείς, ηλικιωμένοι κλπ.) να έχουν προτεραιότητα σε περιπτώσεις τόσο σύνδεσης, όσο και αποκατάστασης βλαβών στην τηλεφωνική τους σύνδεση. Ο Παροχός Καθολικής Υπηρεσίας παρέχει σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου δωρεάν χρόνο τηλεφωνικών συνδιαλέξεων αξίας ίσης με την αξία (1000) χιλίων λεπτών αστικής χρέωσης μηνιαίως στον καθένα για μία μόνο τηλεφωνική σύνδεση.

Τέλος σε ειδική εγκύκλιο του Ο.Τ.Ε. με την 22823/Φ.500/3-12-2002 σχετική ερμηνευτική οδηγία προβλέπεται δικαίωμα χρήσης της τηλεφωνικής έκπτωσης νεφροπαθούς και στην τηλεφωνική σύνδεση ατόμων που έχουν ορισθεί από το νόμο ως «ασκούντες» την ευρύτερη εποπτεία των υπ' όψιν ατόμων. Δικαιούχοι της ως άνω έκπτωσης είναι άμεσα ή έμμεσα οι εξής : Άμεσα οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ή κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού. Έμμεσα οι

έχοντες την επιμέλεια του νεφροπαθούς ως «Γονική Μέριμνα», ή ως «Επιτροπεία», ή «Δικαστή Αντίληψη».

Η έκπτωση των 1000 μονάδων παρέχεται :

1. Σε μία τηλεφωνική σύνδεση ανά δικαιούχο.
2. Αθροιστικά στον άμεσο δικαιούχο εφ' όσον αυτός χρησιμοποιεί έκπτωση τηλεφωνικών τελών λόγω της ιδιότητάς του ως υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. (δηλ. μείων 1000 μονάδες ως νεφροπαθής, μείων 600 μονάδες ως υπάλληλος – Ο.Τ.Ε., – σύνολο – μείων – 1600 μονάδες)
3. Σε τηλεφωνική σύνδεση που είναι εγκατεστημένη σε χώρο όπου κατά δήλωση του δικαιούχου εξυπηρετούνται οι τηλεφωνικές ανάγκες του νεφροπαθούς. (πχ. Γραφείο, εξοχική κατοικία)
4. Σε περισσότερους άμεσους δικαιούχους που διαμένουν στο ίδιο σπίτι (πχ. Πατέρας, γιος) ξεχωριστά από 1000 μονάδες έκπτωση στον καθένα εφόσον χρησιμοποιούν δική τους ξεχωριστή σύνδεση.

Τα δικαιολογητικά που χρειάζονται είναι η συμπληρωμένη αίτηση παροχής έκπτωσης και το ατομικό Δελτίο Ασθενή, ενώ για τους έμμεσα δικαιούχους χρειάζεται και το προβλεπόμενο έγγραφο που δηλώνει ότι όντως έχουν την επιμέλεια, καθώς και ένα πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

Η παροχή έκπτωσης τηλεφωνικών τελών σε Α.Μ.Ε.Α. δεν λειτουργεί συμψηφιστικά. Δηλαδή εάν ο αιτών είναι παραπληγικός – τετραπληγικός και νεφροπαθής τελικού σταδίου έχει δικαίωμα σε μία μόνο έκπτωση αναπηρίας ήτοι σε αυτή του τετραπληγικού ή σε αυτή του νεφροπαθούς.

Εάν ο αιτών είναι υπάλληλος ή συνταξιούχος του Ο.Τ.Ε. έχει δικαίωμα να χρησιμοποιεί αθροιστικά μόνο δύο απ' τις παρεχόμενες εκπτώσεις. Δηλαδή ή εκείνη του υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. και την έκπτωση νεφροπαθούς τελικού σταδίου ή εκείνη του υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. και την έκπτωση κινητικά αναπήρου.

---

## 1.9 ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στις διατάξεις μεταμόσχευσης που ισχύουν σε Ελλάδα και εξωτερικό, καθώς μια από τις βασικές θεραπευτικές μεθόδους της νεφρικής ανεπάρκειας είναι και η μεταμόσχευση νεφρού. Ο νόμος που ισχύει στην Ελλάδα και δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 1999 είναι ο υπ' αριθμ.2737 για τις μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων. Κατά το πρώτο άρθρο του νόμου αυτού η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο ζώντα ή νεκρό με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλο άνθρωπο γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψηφίου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Οι προϋποθέσεις για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη είναι οι εξής : πρώτον η μεταμόσχευση να διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και να μη συνεπάγεται προφανή και σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή και την υγεία του δότη. Δεύτερον η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι το 2<sup>ο</sup> βαθμό εξ αίματος. (εξαίρεση αποτελεί η δωρεά μυελού των οστών). Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο με τη συναίνεσή του. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη καταβάλλεται αποζημίωση. Η αφαίρεση οργάνων από νεκρό δότη γίνεται κι αυτή μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

## 2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΑΜΕΙΟ

Ο σκοπός εδώ είναι να συγκεντρώσουμε κατά ταμείο ξεχωριστά κάθε νόμο και υπουργική απόφαση που αφορά την κοινωνική πολιτική του κράτους προς τα Α.Μ.Ε.Α. και κατ' επέκταση τους νεφροπαθείς ή ειδικά και μόνο τους τελευταίους.

### 2.1 ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.) 49,30% των νεφροπαθών.

Προσωρινή διαμονή νεφροπαθών σε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης : Σύμφωνα με την υπ' αριθμ.123/24-2-84 απόφαση σχετικά με τα πρόσωπα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η Διοικητική Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων για την Κοινωνική Ασφάλιση των μετακινούμενων εργαζόμενων έκανε δεκτό ότι «Η αιμοκάθαρση νεφρών που εφαρμόζεται σε άλλο κράτος – μέλος, σε μισθωτό ή μη μισθωτό ή σε μέλος της οικογένειάς του, λογίζεται ότι έχει χαρακτήρα άμεσης ανάγκης μόνο εάν καταγράφεται στο πλαίσιο μιας προϋπάρχουσας και συνεχιζόμενης αιμοκάθαρσης έχοντας βέβαια ο ασθενής την υποχρέωση πριν τη μετάβαση του στο κράτος μέλος της Ε.Ε. να τακτοποιήσει τη χορήγηση της για το διάστημα της προσωρινής διαμονής του στη χώρα. Συνέπεια της απόφασης αυτής είναι η χορήγηση στα ανωτέρω πρόσωπα έντυπο δικαιώματος (το E111) για παροχές ασθένειας σε είδος, έτσι ώστε να μπορέσουν να συνεχίσουν τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης κατά το διάστημα της παραμονής τους σε άλλη χώρα – μέλος της Ε.Ε. Επισημαίνεται βέβαια στους ασθενείς ότι πριν αποχωρήσουν από την Ελλάδα θα πρέπει να έχουν έρθει σε σχετική συνεννόηση με το κέντρο

που θα τους δεχτεί. Με την ίδια διαδικασία (έντυπο E111) θα τύχουν περίθαλψη στην Ελλάδα νεφροπαθείς ασφαλισμένοι φορέων των κρατών μελών της Ε.Ε. που επισκέπτονται τη χώρα μας προσωρινά.

Επισημαίνουμε τέλος και πάλι ότι κατά τη χορήγηση εντύπων E111 σε ασφαλισμένους νεφροπαθείς θα πρέπει να τονίζεται ότι το έντυπο αυτό τους καλύπτει αποκλειστικά και μόνο στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης και ότι θα πρέπει πριν την αναχώρησή τους να έχουν οι ίδιοι φροντίσει προκειμένου να εξασφαλίσουν τη συγκεκριμένη θεραπεία στα αντίστοιχα θεραπευτικά κέντρα στα κράτη της προσωρινής διαμονής τους (επιλογή θεραπευτικού κέντρου, συνεννόηση με αυτό κλπ.)

---

Εξόφληση λογαριασμών μεταμοσχεύσεων στο εξωτερικό : Η συγκεκριμένη εγκύκλιος του Ι.Κ.Α. απευθύνεται και σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία όπως αυτά του Ο.Γ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε., της Δ.Ε.Η. κα. Είναι η εγκύκλιος 172/79 , Γ.Ε.Ι63495/Γ022/79 σύμφωνα με την οποία καθορίζεται η διαδικασία για την εξόφληση λογαριασμών μεταμοσχεύσεων στο εξωτερικό. Σχετικά σημειώνουμε ότι η προκαταβολή που στέλνεται μέσω του οικείου προξενείου θα είναι ανάλογη με τον προϋπολογισμό των σχετικών δαπανών, αλλά και τις τυχόν απαιτήσεις του θεραπευτηρίου για την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Αυτό θα προκύπτει από τη βεβαίωση του θεραπευτηρίου που θα προσκομίζει ο ασφαλισμένος και η οποία θα αναφέρει όχι μόνο ότι ο ενδιαφερόμενος έχει ενταχθεί στο πρόγραμμα μεταμόσχευσης, αλλά και σε ποιο ποσό περίπου προϋπολογίζεται η δαπάνη νοσηλίων. Η πιο πάνω αντιμετώπιση αφορά μόνο στους νεφροπαθείς.

Έχει παρατηρηθεί όμως ότι σε πολλά νοσοκομεία του εξωτερικού παραμένουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα άτοκα, σημαντικά χρηματικά ποσά που είχαν σταλεί προκαταβολικά για μεταμόσχευση

νεφροπαθών. Γι' αυτό αποφασίστηκε για λόγους προστασίας του Δημοσίου Χρήματος να τηρηθεί η πιο κάτω διαδικασία απ' όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. 1) Αμέσως μετά την ένταξη του ασθενή σε κατάλογο μεταμόσχευσης να γίνεται κατάθεση απ' όλα τα ταμεία εγγυητικής επιστολής προς το νοσοκομείο του εξωτερικού μέσω των Προξενικών Αρχών. 2) Να στέλνεται προκαταβολή μέρος της δαπάνης της μεταμόσχευσης αμέσως μετά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο και 3) Η τελική εξόφληση να γίνεται με την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.

---

Χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας στους δικαιούχους των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων : (Αύγουστος 2001, Σεπτέμβριος 2002) Εγκρίθηκε από τους Υπουργούς Οικονομικών – Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η χορήγηση από το Ι.Κ.Α. και τους λοιπούς ασφαλιστικούς οργανισμούς της αρμοδιότητας των συγκεκριμένων Υπουργείων για τη θερινή περίοδο επίδομα αεροθεραπείας 200 ευρώ εφάπαξ στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους λόγω γήρατος και αναπηρίας που μεταξύ των άλλων πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Απαραίτητη προϋπόθεση να έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 33%. Σε περίπτωση που από τις καταστατικές διατάξεις κάποιου ασφαλιστικού οργανισμού προβλέπεται η χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας ποσού μεγαλύτερου από αυτό που ορίζεται, μπορεί να καταβάλλεται και μέχρι το διπλάσιο από το πιο πάνω οριζόμενο ποσό εφόσον η οικονομική κατάσταση του οργανισμού το επιτρέπει.

Δεν δικαιούνται το επίδομα αεροθεραπείας α) όσοι παίρνουν το επίδομα αυτό από οποιαδήποτε πηγή. β) όσοι νοσηλεύονται και οι



δαπάνες νοσηλείας δίνονται από το Ι.Κ.Α. ή άλλο Ασφαλιστικό Οργανισμό ή παρέχονται σ' αυτούς έξοδα ενοικίων ή γενικά έξοδα θερινής διαμονής.

Τα πρόσωπα που συνταξιοδοτούνται συγχρόνως απ' το Δημόσιο και οποιοδήποτε Ασφαλιστικό Οργανισμό του Υπουργείου Εργασίας δικαιούνται του επιδόματος μόνο απ' τον Ασφαλιστικό Οργανισμό.

Συνταξιοδοτικά : Στο Φ.Ε.Κ. 160<sup>Α</sup>/11.7.2002 δημοσιεύτηκε ο ν.3029/2002 «Μεταρρύθμιση συστήματος κοινωνικής ασφάλισης» που αφορά τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α., αλλά και των Ειδικών Ταμείων Κυρίας Ασφάλισης Μισθωτών, (πχ. ΤΑΠΟΤΕ, Δ.Ε.Η. κλπ.). Συγκεκριμένα καθιερώνεται νέος τρόπος υπολογισμού της σύνταξης των ασφαλισμένων. Αυξάνεται σημαντικά το ποσό σύνταξης λόγω γήρατος και αναπηρίας που χορηγείται στους νεοασφαλιζόμενους από 1/1/93 και εφεξής. Συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό για κάθε χρόνο ασφάλισης ανέρχεται πλέον σε 2% αντί του μέχρι τότε ισχύοντος 1,714%. Σημειώνουμε στο σημείο αυτό ότι δεν επέρχεται διαφοροποίηση ως προς το ανώτατο όριο ποσού μηνιαίας σύνταξης, εξακολουθεί να ισχύει το 4πλάσιο του μέσου μηνιαίου Α.Ε.Π. (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν) αναπροσαρμοσμένου στο εκάστοτε ποσοστό αύξησης.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού αυξάνονται σημαντικά τα ποσοστά των κατωτάτων ορίων γήρατος – αναπηρίας και εξομοιώνονται σχεδόν με τα ποσά που χορηγούνται στους μέχρι 31/12/92 ασφαλισμένους. Συγκεκριμένα ως κατώτατο όριο σύνταξης γήρατος – αναπηρίας ορίζεται το 70% του κατώτατου μισθού έγγαμου με πλήρη απασχόληση που είναι τα 548,75 ευρώ. Τα παραπάνω κατώτατα όρια μειώνονται σαφώς στην περίπτωση που υπάρξει μειωμένη σύνταξη. Επίσης επανακαθορίζονται τα ποσοστά των προσαυξήσεων λόγω παιδιών

που χορηγούνται στους δικαιούχους κατωτάτων ορίων γήρατος και αναπηρίας χωρίς να διαφοροποιούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησής τους. Τα νέα ποσοστά προσαυξήσεων θα χορηγούνται και σε περιπτώσεις ατόμων που ήδη συνταξιοδοτούνται, οι συντάξεις των οποίων θα αναπροσαρμοστούν.

Σύμφωνα όμως με το νέο νόμο 3232/04 παρ.3 άρθρο 5Ν. οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των ασφαλισμένων που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τροποποιούνται ως εξής : Προβλέπεται η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού. Η χορηγούμενη σύνταξη καθίσταται οριστική μετά το πέρας εξαετίας εφόσον στο διάστημα αυτό ο ασθενής έχει υποβληθεί σε τουλάχιστον δύο εξετάσεις από τις αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές.

Με τη νέα αυτή διάταξη δίνεται η δυνατότητα συνταξιοδότησης από την ημερομηνία υποβολής της σχετικής αίτησης (για συνταξιοδότηση) και εφ' όρου ζωής στις περιπτώσεις που ο συνολικός χρόνος ασφάλισης που απαιτείται για τη θεμελίωση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος (4.050 μέρες) έχει διανυθεί κατά το χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχει μεταμοσχευτεί.

Σύνταξη γήρατος – αναπηρίας – θανάτου : Νόμος 1902 (Οκτώβριος 1990), ισχύει μόνο για το Ι.Κ.Α. Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές αν ο ασφαλισμένος λαμβάνει σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας από άλλο ασφαλιστικό φορέα κυρίας ασφάλισης (πλην Ο.Γ.Α.) ή το Δημόσιο,

δικαιούται από το Ι.Κ.Α. πλήρη σύνταξη γήρατος εφ' όσον έχει συμπληρώσει το οριζόμενο από το νόμο όριο ηλικίας και έχει τουλάχιστον 5.100 ημέρες εργασίας. Αν οι μέρες είναι στις 4.500 τότε η σύνταξη μειώνεται κατά 50%. Η συγκεκριμένη μείωση επέρχεται και στην περίπτωση που το Ι.Κ.Α. απονέμει σύνταξη αναπηρίας, εκτός αν ο ασφαλισμένος έχει 3.000 ημέρες εργασίας εκ των οποίων οι 600 την τελευταία πενταετία.

Ο ασφαλισμένος θεωρείται βαριά ανάπηρος αν λόγω παθήσεως ή βλάβης ή εξουθένωσης σωματικής ή πνευματικής, μεταγενέστερης της υπαγωγής του στην ασφάλιση, ετήσιας διάρκειας τουλάχιστον από ιατρική άποψη, δε μπορεί να κερδίζει από εργασία που ανταποκρίνεται στις δυνάμεις, τις δεξιότητες και τη μόρφωσή του περισσότερο από το 1/5 του ποσού που συνήθως κερδίζει σωματικά και πνευματικά υγιής άνθρωπος της ίδιας μόρφωσης. (κατά τον ίδιο περίπου τρόπο και ο ανάπηρος και ο μερικά ανάπηρος, αλλά δεν αφορά την περίπτωσή μας). Για την αναπηρία του ασφαλισμένου γνωμοδοτούν οι αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές οι οποίες διαπιστώνουν την έκταση και τη διάρκεια της παθήσεως και την ικανότητα για άσκηση επαγγέλματος.

Σε περίπτωση θανάτου συνταξιούχου λόγω γήρατος ή αναπηρίας οποιασδήποτε βαθμίδας έχουν δικαίωμα σύνταξης η σύζυγος και τα ανήλικα παιδιά του.

Συμπλήρωση της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας : Νόμος 3075, δικαίωμα σύνταξης έχουν και οι ελληνικής υπηκοότητας ή Έλληνες το γένος λογοτέχνες και καλλιτέχνες γενικά που έχουν προσφέρει υπηρεσίες στην ανάπτυξη των γραμμάτων και τεχνών. Για τους καλλιτέχνες λοιπόν που έχουν συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ή το 50<sup>ο</sup> εφ' όσον έχουν καταστεί ανίκανοι για την άσκηση οποιουδήποτε βιοποριστικού

επαγγέλματος κατά ποσοστό ανικανότητας 67% και άνω ισχύει σύνταξη μηνιαία που απονέμεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Πολιτισμού. Οι ενδιαφερόμενοι λογοτέχνες και καλλιτέχνες με τη συμπλήρωση του 65<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους ή του 50<sup>ου</sup> κατά περίπτωση υποβάλλουν στο Υπουργείο Πολιτισμού αίτηση για απονομή σύνταξης ώστε να αξιολογηθούν για την προσφορά των υπηρεσιών τους. Οι δικαιούχοι της σύνταξης αυτής δικαιούνται : 1) υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου και 2) δώρα εορτών Χριστουγέννων και Πάσχα καθώς και την πρόσθετη μισή σύνταξη. Μετά το θάνατο του δικαιούχου στην οικογένεια καταβάλλονται έξοδα κηδείας σύμφωνα με όσα ισχύουν για τους πολιτικούς συνταξιούχους του Δημοσίου.

**Δεκαπενταετία :** Νόμος 3075. για τους υπαλλήλους οι οποίοι υποβάλλονται σε μετάγγιση ή από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού, εφ' όσον για τις περιπτώσεις αυτές συντρέχει ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, αρκεί δεκαπενταετής πλήρης πραγματική συντάξιμη υπηρεσία. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και στους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η σύνταξη καθίσταται οριστική μετά 6 έτη από τη συνταξιοδότηση του δικαιούχου και εφ' όσον στο διάστημα της εξαετίας αυτής έχει εξεταστεί τουλάχιστον δύο φορές από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές.

**Ε.Κ.Α.Σ. :** Προϋπόθεση για τη χορήγηση του Ε.Κ.Α.Σ. στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α. είναι να έχει συμπληρωθεί το όριο ηλικίας των 60 ετών, το συνολικό εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 6.340,89 ευρώ, το

συνολικό φορολογητέο εισόδημα ατομικό τα 7.397,72 ευρώ και το οικογενειακό τα 11.511,75 ευρώ. Από την πρώτη προϋπόθεση εξαιρούνται οι συνταξιούχοι αναπηρίας που είναι ανεξαρτήτου ηλικίας.

## 2.2 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.)

28,80% των νεφροπαθών.

Δαπάνες μετακίνησης ασθενών : Ο Ο.Γ.Α. έχει μέριμνα για τη μετακίνηση των νεφροπαθών, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση 34/1047/20.12.95. Στους νεφροπαθείς λοιπόν που κινούνται περιοδικά για τη διενέργεια αιμοκαθάρσεων ο Ο.Γ.Α. αποδίδει για κάθε μήνα μετακίνησης και ανεξάρτητα από τον αριθμό των μετακινήσεων συνολικά ποσό ίσο : α) με το τριπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον Ο.Γ.Α. αν η μετακίνηση γίνεται μέσα στα όρια του νομού του τόπου κατοικίας του ασθενή. β) με το τετραπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης εάν η μετακίνηση γίνεται εκτός του νομού του τόπου διαμονής ή γίνεται χρήση θαλάσσιου μέσου μεταφοράς.

Τα ποσά αυτά αποδίδονται από τον Ο.Γ.Α. και για τη αντιμετώπιση δαπανών μετακίνησης του τυχόν αναγκαίου συνοδού του νεφροπαθή. Η εκκαθάριση και η απόδοση των δαπανών γίνεται από την Υπηρεσία μηχανογραφικά βάσει των αναλυτικών καταστάσεων των νεφροπαθών με άμεση επιδίωξη να πληρώνονται όλοι οι νεφροπαθείς που έχουν αυξημένες οικονομικές ανάγκες κάθε μήνα και σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο.

Σε περίπτωση μετακίνησης ασθενών με ιδιωτικό μεταφορικό μέσο, αποδίδεται για κάθε μετακίνηση του ασθενή και του τυχόν συνοδού του ποσό ανάλογο με τη χιλιομετρική απόσταση μετ' επιστροφής.

Στους νεφροπαθείς για τη μεταφορά των μη αναλώσιμων υλικών όπως λαβίδες, ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα κλπ. Αποδίδεται η αξία αγοράς τους εφάπαξ. Για τα αναλώσιμα υλικά και για την τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος της αιμοκάθαρσης η δαπάνη που αποδίδεται δε μπορεί να είναι ανώτερη για κάθε μήνα από 141 ευρώ. Το

ποσό αυτό αναπροσαρμόζεται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. (2002)

Έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμας : Οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια και νοσηλεύονται σε κρατικά νοσοκομεία και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. μπορούν να χρησιμοποιούν με δαπάνες του Ο.Γ.Α. αποκλειστική νοσοκόμα κατά τις νυχτερινές ώρες. Η χρησιμοποίηση της αποκλειστικής νοσοκόμας όμως δε μπορεί να υπερβαίνει τις 8 νύχτες για κάθε νοσηλεία.

---

Για την έγκριση από τον Ο.Γ.Α. χρησιμοποίησης αποκλειστικής νοσοκόμας, απαιτούνται : α) βεβαίωση του ιατρού – Διευθυντή της κλινικής ότι ο ασθενής πάσχει από σοβαρή ασθένεια και έτσι επιβάλλεται η χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας. β) βεβαίωση από τον ίδιο ιατρό ότι το νοσοκομείο δε μπορεί να καλύψει την ανάγκη αυτή. γ) τέλος απαιτείται έγκριση από τον αρμόδιο ελεγκτή του Ο.Γ.Α.

Για τη χρησιμοποίηση της νοσοκόμας καταβάλλεται στον ενδιαφερόμενο ως αμοιβή αυτή που καθορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2002)

## 2.3 ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ (6,26% των νεφροπαθών).

Στον κλάδο υπάγονται οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθενείας του Τ.Ε.Β.Ε., οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθενείας του Ταμείου Εμπόρων (ΤΑ.Ε.) και οι ξενοδόχοι οι οποίοι ασφαλίστηκαν προαιρετικά στον Ο.Α.Ε.Ε.

Παρακλινικές εξετάσεις : Στους δικαιούχους παρέχονται ειδικές θεραπείες και παρακλινικές εξετάσεις εκτελούμενες από οποιοδήποτε συμβεβλημένο με τον Ο.Α.Ε.Ε. εργαστήριο κατ' επιλογή του δικαιούχου.

---

Παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες που διενεργούνται προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο, παρέχονται στους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή αυτών. Αν οι εξετάσεις γίνουν από μη συμβεβλημένα εργαστήρια, τη στιγμή που συντρέχει ειδικός λόγος πχ. Απουσία εργαστηρίων στον τόπο διαμονής του ασφαλισμένου ο Ο.Α.Ε.Ε. καταβάλλει το 75% της αξίας της εξέτασης.

Φαρμακευτική περίθαλψη : Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει στους ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα για την αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από τη νοσηρή κατάστασή τους φάρμακα και τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες.

Νοσοκομειακή περίθαλψη : Η παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα σε κρατικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια καθώς και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια συμβεβλημένα με το ταμείο. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνονται οι αναγκαίες ιατρικές φροντίδες, εξετάσεις, φάρμακα



κλπ. Που χορηγούνται στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του χωρίς καμιά συμμετοχή του στις σχετικές δαπάνες.

Νοσηλεία στο εξωτερικό : Οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό. Οι αποδιδόμενες δαπάνες είναι οι εξής: α) το σύνολο της δαπάνης νοσηλείας σε κρατικά θεραπευτήρια του εξωτερικού. Προκειμένου για μεταμόσχευση, καταβάλλεται επιπλέον η δαπάνη για τυχόν νοσηλεία του δότη. Στην έννοια της νοσηλείας περιλαμβάνονται το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, τα φάρμακα, οι εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες, κάθε πρόσθετο είδος που είναι απαραίτητο για τη χειρουργική επέμβαση. Δεν καταβάλλονται δαπάνες νοσηλείας σε ιδιωτικά θεραπευτήρια παρά μόνο σε παιδιά ηλικίας έως 14 ετών. β) οι δαπάνες μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς με το συνοδό του και το δότη. γ) τα έξοδα διατροφής και διαμονής του ασθενούς με τον τυχόν συνοδό του και του δότη για όλο το αναγκαίο διάστημα παραμονής τους στο εξωτερικό.

Για την απόδοση της δαπάνης νοσηλίων στο εξωτερικό πρέπει να προσκομίζονται τα εξής δικαιολογητικά : 1) βεβαίωση του θεραπευτηρίου για το ύψος νοσηλείας 2) τιμολόγια και αποδείξεις θεωρημένα από την προξενική αρχή 3) εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής.

Πρόσθετη περίθαλψη : Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς όλα τα αναγκαία μέσα και αναλώσιμα υλικά στους νεφροπαθείς ασφαλισμένους που υποβάλλονται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης.

**2.4 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (Ο.Π.Α.Δ.)  
(10% των νεφροπαθών).**

Ειδική αγωγή : Ο οργανισμός καλύπτει δαπάνες ειδικής αγωγής για παιδιά ασφαλισμένων σε ειδικά θεραπευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης για άτομα με βαριά νοητική ή σωματική αναπηρία. Η δαπάνη καταβάλλεται ύστερα από σχετική γνωμάτευση ειδικού ιατρού, έγκριση του αρμοδίου ιατρού του Οργανισμού και έγκριση της σχετικής απόφασης εισαγωγής.

---

Νοσηλεία στο εξωτερικό : οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. δικαιούνται νοσηλεία στο εξωτερικό η οποία περιλαμβάνει τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής, τα έξοδα διαμονής του ασθενή και του τυχόν συνόδου του σε ξενοδοχείο, ενώ ειδικά για την περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού χορηγούνται έξοδα διατροφής για το διάστημα που ο ασθενής και ο δότης βρίσκονται εκτός νοσοκομείου και για το συνοδό όλο το εγκεκριμένο διάστημα ύψους 10 ευρώ ημερησίως. Πληρώνονται επίσης τα φάρμακα, τα νοσήλια και οι εξετάσεις, ακόμα και στο δότη αν κριθεί αναγκαίο να νοσηλευτεί.

Οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό στις παρακάτω περιπτώσεις:

- 1) Αν η διάγνωση ή η θεραπεία της νόσου δε μπορεί να γίνει στην Ελλάδα λόγω έλλειψης των κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή ιατρών που διαθέτουν την απαιτούμενη ειδίκευση.

- 2) Όταν υπηρετούν ή βρίσκονται σε εκπαιδευτική άδεια στο εξωτερικό.
- 3) Εφ' όσον διαμένουν μόνιμα στο εξωτερικό.
- 4) Σε περίπτωση που βρίσκονται προσωρινά στο εξωτερικό και προσφερθούν σ' αυτούς υγειονομικές υπηρεσίες λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπόφευκτου συμβάντος. Η γενόμενη νοσηλεία αναγνωρίζεται εκ των υστέρων από επιτροπή στην οποία αιτιολογείται απαραίτητα η αναγκαιότητα της άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας.

~~Δαπάνες-νοσηλείας-στο-εξωτερικό-θεωρούνται :~~ 1) τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής του ασθενή και του τυχόν συνοδού του, της οικονομικότερης θέσης του μεταφορικού μέσου. 2) τα έξοδα διαμονής σε ξενοδοχείο Γ κατηγορίας. 3) το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, οι εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες κλπ. 4) προκειμένου για μεταμόσχευση καταβάλλεται επιπλέον η δαπάνη των εξόδων για στέγη και τυχόν νοσηλεία του δότη.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις δικαιολογείται και η δαπάνη χρήσης αμαξιδίου εντός του αεροσκάφους, η δαπάνη φορείου εντός αεροσκάφους, η μεταφορά του ασθενή με ασθενοφόρο, η μεταφορά με ειδικό αεροσκάφος στο εξωτερικό.

Δικαιολογητικά : α) πλήρες ιστορικό νοσηλείας στο νοσοκομείο, β) τα κατά περίπτωση στοιχεία και οι εξοφλητικές αποδείξεις.

Δαπάνες μετακίνησης ασθενών : Οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. που υποβάλλονται περιοδικά σε αιμοκάθαρση κάθε μορφής δικαιούνται εξόδων μετακίνησης κατά μήνα. Το ποσό αυτό ανέρχεται στα 160 ευρώ για το νομό Αττικής και στα 150 ευρώ για το νομό Θεσσαλονίκης. Για τις

πόλεις των υπολοίπων νομών το ποσό είναι στα 100 ευρώ μηνιαίως. Αντί των εξόδων μετακίνησης είναι δυνατή η καταβολή της δαπάνης μετακίνησης με δημοσίας χρήσεως επιβατικά αυτοκίνητα (ταξί) νεφροπαθών προκειμένου να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση, σε περίπτωση που λόγω της κατάστασής τους η μετακίνησή τους με τα συνήθη συγκοινωνιακά μέσα είναι αδύνατη. Η απόδοση των εξόδων μετάβασης και επιστροφής ενεργείται στο τέλος κάθε μήνα με την υποβολή των σχετικών δικαιολογητικών.

Ασθενείς που εισήχθησαν ή αντιμετωπίστηκαν με τη διαδικασία της ημερησίας ή της βραχείας νοσηλείας σε νοσηλευτική μονάδα εκτός του τόπου κατοικίας τους, δικαιούνται την αξία των εισιτηρίων μετάβασής και επιστροφής με τα συγκοινωνιακά μέσα μαζικής μεταφοράς (πλοία - τρένα- λεωφορεία - αεροπλάνα) στις οικονομικότερες θέσεις, στην περίπτωση βέβαια που η πάθησή τους δεν αντιμετωπίζεται στο περιφερειακό νοσοκομείο του τόπου κατοικίας του. Για την καταβολή της δαπάνης αυτής απαιτείται βεβαίωση του νοσοκομείου του τόπου διαμονής του ασθενή για την αδυναμία αντιμετώπισης της πάθησής του, απόδειξη καταβολής του αντιτίμου των εισιτηρίων και βεβαίωση της νοσηλευτικής μονάδας για τη νοσηλεία του ασθενή.

## 2.5 ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΑΘΗΝΑΣ

(Τ.Π.Δ.Α.) 0.26% των νεφροπαθών.

Νοσοκομειακή περίθαλψη : αποδίδεται το σύνολο της δαπάνης για τη μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων και ιστών εφ' όσον γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία και μέχρι του ποσού των 13.200 ευρώ.

Για υλικά μίας χρήσης που χρησιμοποιούνται σε ειδικές επεμβάσεις οι δαπάνες καταβάλλονται στο σύνολό τους, όχι όμως πέρα των 1.175 ευρώ.

---

Το ταμείο συμμετέχει στη δαπάνη νοσηλείας των ασφαλισμένων στο εξωτερικό με ποσοστό 70%. Πάντως η συμμετοχή του ταμείου δε μπορεί να ξεπερνά το ποσό των 13.200 ευρώ συμπεριλαμβανομένων και των μεταμοσχεύσεων. Σε περίπτωση επανειλημμένων μεταβάσεων του ασφαλισμένου στο εξωτερικό για την ίδια αιτία, το συνολικό ποσό φτάνει μέχρι και τα 26.400 ευρώ.

Παρόμοιες διατάξεις ισχύουν και στα μικρότερα ταμεία με κάποιες αποκλίσεις, αλλά έχουμε ήδη αναφέρει για 94,7% των ασθενών και θεωρούμε ότι το θέμα καλύφθηκε.

### 3. ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Παρά τα όσα αναφέραμε στο κεφάλαιο αυτό για τις γενικές διατάξεις που νομοθετικά ισχύουν για τους νεφροπαθείς, ο Σύλλογος Νεφροπαθών Ελλάδας υποστηρίζει ότι η υπάρχουσα νομοθεσία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες της ασθένειας.

Τα λόγια αυτά τα στηρίζουν σε κάποια παραδείγματα όπως ότι οι νεφροπαθείς, αιμοκαθαιρούμενοι, ή μεταμοσχευμένοι είναι τα μόνα Α.Μ.Ε.Α. που δεν λαμβάνουν προνοιακό επίδομα, παρά μόνο ένα ~~πενιχρό διατροφικό ποσό που σκοπό έχει τη συμπλήρωση των θρεπτικών συστατικών που ο ασθενής χάνει από την αιμοκάθαρση.~~

Η άνιση επίσης αντιμετώπιση των νεφροπαθών στηρίζεται και στο ότι είναι αναγκασμένοι κάθε δύο χρόνια να πιστοποιούν την αναπηρία τους. (πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Εν κατακλείδι ο Καστρινάκης (1999), στο επιστημονικό περιοδικό «Επιθεώρηση», κρίνει αναγκαία την αντικατάσταση μηχανημάτων Τεχνητού Νεφρού παλαιάς τεχνολογίας σε πολλά κέντρα, ενώ ζητά και την προσαύξηση των κέντρων αιμοκάθαρσης σε όλους τους νομούς της χώρας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

## 1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το σύνολο των υπό θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (Θ.Υ.Ν.Α.) ασθενών στη χώρα μας σήμερα υπερβαίνει τον αριθμό των 9.095 ασθενών οι οποίοι είναι κατανεμημένοι στις τρεις ομάδες θεραπείας ως εξής. Σε αιμοκάθαρση το 74,4%, σε περιτοναϊκή κάθαρση το 7,9% και μεταμοσχευμένοι το 17,7%. Το ποσοστό της ετήσιας αύξησης των ασθενών σε Θ.Υ.Ν.Α. κατά την τελευταία πενταετία κυμαίνεται περί το 7%, ενώ η αύξηση του αριθμού των ασθενών συνεχίζεται. Είναι λογικό να αναμένεται μη αύξηση ή και μείωση του ποσοστού αύξησης των ασθενών, αφού έχει αυξηθεί το ποσοστό των ασθενών με μικρότερη επιβίωση πχ. ασθενείς με μεγάλη ηλικία έναρξης θεραπείας ή ασθενείς με αιτία ανεπάρκειας τον σακχαρώδη διαβήτη. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Οι ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας αντιμετωπίζονται ή παρακολουθούνται σήμερα σε 121 μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης και 4 μεταμοσχευτικά κέντρα της χώρας. Οι 121 μονάδες είναι κατανεμημένες ως ακολούθως. Στον κρατικό τομέα 83 (Αθήνα 21, άλλοι νομοί 62) και στον ιδιωτικό τομέα 38 (Αθήνα 27, άλλοι νομοί 12). Από τις 121 μονάδες οι τελευταίες 21 άρχισαν να λειτουργούν

μετά την 1/1/2000. Από τις 83 που λειτουργούν στον κρατικό τομέα οι 3 βρίσκονται σε θεραπευτήρια του Ι.Κ.Α., οι 5 σε στρατιωτικά νοσοκομεία, ενώ 7 λειτουργούν σε πανεπιστημιακές μονάδες και 37 μέσα σε νεφρολογικά τμήματα. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Η εκατοστιαία κατανομή των ασθενών των μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης στο τέλος του 2000 ήταν, στις μονάδες του κρατικού τομέα 61,5% (Αθήνα 12,2%, άλλοι νομοί 49,3%) και στις μονάδες του ιδιωτικού τομέα 38,5% (Αθήνα 31%, άλλοι νομοί 7,5%). (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002).

Στις 31/12/1986 λειτουργούσαν 58 μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης, το δε σύνολο των υπό Θ.Υ.Ν.Λ. ασθενών ανερχόταν στους 2.677, αριθμός που αυξήθηκε σταθερά κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαπενταετίας. Ο αριθμός των ασθενών που άρχισαν θεραπεία κατά τη διάρκεια του έτους 1986 ήταν 559, ενώ στη διάρκεια του έτους 2000 1.650. Κατά το 2000 καταγράφηκαν συνολικά 989 θάνατοι με αποτέλεσμα η αύξηση του αριθμού των ασθενών για το έτος 2000 να είναι 661 ασθενείς. Η μέση ηλικία των νέων ασθενών για το 1986 ήταν 54 και για το 2000 64,5 έτη αντίστοιχα. Ως πρώτη αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στους νέους ασθενείς τα τελευταία 4 χρόνια (1997-2000) καταγράφεται ο σακχαρώδης διαβήτης. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Η ύπαρξη και λειτουργία αρχείων καταγραφής ασθενών αποτελεί μια από τις βάσεις της σύγχρονης προόδου στην ιατρική επιστήμη, τόσο για τη μελέτη της φυσικής ιστορίας των νόσων, όσο και για την αποτίμηση των νέων θεραπευτικών μεθόδων. Κρίνεται επομένως αναγκαία η συλλογή και ανάλυση δεδομένων από το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό νοσηλευτικών μονάδων. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών παροχής υγείας στηρίζεται στη μακροχρόνια



παρακολούθηση μεγάλων ομάδων ασθενών, ούτως ώστε να υπάρχουν πολλά διαθέσιμα στοιχεία για αυτούς. Ειδικότερα στη νεφρολογία η ύπαρξη παγκοσμίως πολυάριθμων αρχείων καταγραφής, έχει καταστήσει το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας μια καλώς μελετημένη χρόνια νόσο και παρουσιάζεται ως πρότυπο για άλλα ειδικά επιστημονικά αρχεία νοσημάτων τα οποία δε διαθέτουν τόσες πληροφορίες στηριζόμενες σε πληθυσμιακά δεδομένα και σχετιζόμενες με αναλύσεις επίπτωσης, επιπολασμού, θεραπείας και έκβασης. Τα αρχεία αποτελούν την κύρια πηγή πληροφόρησης για την ανάπτυξη και εξέλιξη των θεραπευτικών μεθόδων, την αποτελεσματικότητά τους, τις επιπλοκές και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Στη χώρα μας με τη φροντίδα της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρίας έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες καταγραφής των δεδομένων των ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και έχει διατυπωθεί η ανάγκη ύπαρξης και λειτουργίας ενός Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών με στόχους, την καταγραφή ολόκληρου του πληθυσμού των νεφροπαθών και την κατανομή τους στις διάφορες μεθόδους θεραπείας, την παρακολούθηση της συχνότητας, ντου επιπολασμού και της θνητότητας. Η πρώτη ανακοίνωση καταγραφής έγινε το 1973 ενώ το 1985 άρχισε η λειτουργία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Το 1995 άρχισε η συνεργασία της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρίας με την Υπηρεσία Συντονισμού για τη δημιουργία ενός Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών με στόχο να συγκεντρώνονται και να επεξεργάζονται τα επί μέρους στοιχεία των μονάδων της χώρας και να ενημερώνει το Ευρωπαϊκό Αρχείο Καταγραφής. Το 2000 ξεκίνησε μια διαδικασία εκκαθάρισης,

A.M.E.A. τρεις μήνες πριν την υποβολή της αίτησης για την επιχορήγηση ή αν το έχουν κάνει να το έχουν αντικαταστήσει με άλλο. Σε περίπτωση πάλι απόλυσης πριν από τη λήξη του προγράμματος η επιχείρηση είναι υποχρεωμένη να το αντικαταστήσει με άλλο A.M.E.A. εκτός βέβαια και ο εργαζόμενος αποχωρήσει οικειοθελώς, στρατευθεί ή συνταξιοδοτηθεί. Οι επιχειρήσεις που δεν απασχολούν καθόλου προσωπικό μπορούν να προσλάβουν ως 3 άτομα αυτής της κατηγορίας ενώ η σχετική αναλογία σε ό,τι αφορά τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς καθορίζεται σε 30% για τους κοινούς εργαζόμενους και 70% για Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες, για τις υπόλοιπες η αναλογία είναι 50% - 50%.

Το ποσό της επιχορήγησης για τα προγράμματα ανέρχεται στα 22 ευρώ ημερησίως για το πρόγραμμα πλήρους απασχόλησης, στα 12 ευρώ για το μερικής απασχόλησης και στα 22 ευρώ για την ορισμένου χρόνου σύμβαση πλήρους απασχόλησης. Ο Ο.Α.Ε.Δ. συμμετέχει σε ποσοστό 90% επί του συνολικού κόστους της απαιτούμενης δαπάνης και μέχρι του ποσού των 2.400 ευρώ.

Η επιχορήγηση για το πρόγραμμα Νέων Ελευθέρων Επαγγελματιών του οποίου η διάρκεια ορίζεται στους 48 μήνες, καθορίζεται στις 16.000 ευρώ και προσαυξάνεται κατά 1.500 ευρώ εάν το άτομο είναι γυναίκα, έχει ποσοστό αναπηρίας 60% και άνω, είναι άνω των 45 ετών ή είναι επιδοτούμενος άνεργος. Ο Ν.Ε.Ε μπορεί να αναπτύξει επιχειρηματική δραστηριότητα σε χώρο της κατοικίας του εφόσον, όπως οι νεφροπαθείς έχει σοβαρά προβλήματα μετακίνησης.

Οι προϋποθέσεις για τους νέους επιχειρηματίες είναι να έχουν όλα τα νόμιμα πιστοποιητικά για την άσκηση του επαγγέλματός τους και οι άρρενες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.

Επισημαίνεται ότι στο πλαίσιο της εξατομικευμένης παρέμβασης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων κρίνεται αναγκαία η συνεργασία

μεταξύ του ενδιαφερόμενου και του Εργασιακού Σύμβουλου ή άλλου αρμόδιου υπαλλήλου του Ο.Α.Ε.Δ. συνήθως κοινωνικού λειτουργού, το οποίο παρέχει συμβουλευτική, ενδυνάμωση και εμπύχωση προς τους Νέους Επαγγελματίες με στόχο την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Η εξατομικευμένη αυτή παρέμβαση όπως εφαρμόζεται ήδη κατά την τελευταία τετραετία αποτελεί αναγκαία συνθήκη για τη στήριξη και την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των νέων αυτών επιχειρηματιών, οι οποίοι λαμβάνουν μια σειρά από συνοδευτικές – υποστηρικτικές υπηρεσίες που στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη προώθηση των προγραμμάτων, στην επιβοήθηση των ατόμων να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, να προσαρμοσθούν στον εργασιακό χώρο και να διατηρήσουν τη θέση εργασίας μετά τη λήξη του προγράμματος. Ειδικότερα το εξειδικευμένο προσωπικό του Ο.Α.Ε.Δ. αναπτύσσει ένα πλέγμα συνεργασίας με κάθε άνεργο ώστε να γίνεται η διάγνωση των αναγκών του ως προς την κοινωνική και ψυχολογική του υποστήριξη, την κατάρτιση με βάση το επίπεδο των γνώσεών του και την προηγούμενη επαγγελματική του εμπειρία και το βαθμό της ετοιμότητας που διαθέτει ώστε να οδηγηθεί σε συγκεκριμένη θέση εργασίας.

Οι σύμβουλοι εκτός από την παροχή συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης, ευαισθητοποιούν και ενημερώνουν τους εργοδότες, συνεργάζονται με τους κοινωνικούς εταίρους, τους εργοδότες και τα απασχολούμενα άτομα, ενημερώνουν τα άτομα που θέλουν να δημιουργήσουν δική τους επιχείρηση και βοηθούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό ενώ ταυτόχρονα ενεργοποιούν και ενδυναμώνουν τα άτομα για την ένταξη και την παραμονή τους στην αγορά εργασίας.

Πέρα από τα ποσοτικά – στατιστικά στοιχεία τα οποία δείχνουν την αύξηση των Α.Μ.Ε.Α. σε νέες θέσεις εργασίας εξίσου σημαντικά

είναι και τα ποιοτικά στοιχεία όπως η παραμονή των ατόμων στη θέση εργασίας μετά τη λήξη των προγραμμάτων δεδομένου ότι η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων των ευπαθών ομάδων είναι θεμελιώδης γιατί συμβάλει στην κοινωνικό-οικονομική αυτονόμηση του ατόμου, στη βελτίωση της αυτοεικόνας του, στη στοχοθέτηση του μέλλοντος τους και στην ενίσχυση της Κοινωνικής Συνοχής με την παροχή ίσων ευκαιριών για όλους.

Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής υπολογίζεται ότι για τα προγράμματα Ν.Θ.Ε, Ν.Ε.Ε. και εργονομικής διευθέτησης για τα Α.Μ.Ε.Α. θα προκληθεί δαπάνη ύψους σαράντα τριών εκατομμυρίων επτακοσίων σαράντα χιλιάδων (43.740.000) ευρώ.

## 1.2 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

Το Σεπτέμβριο του 1998 εκδόθηκε και ο νόμος υπ' αριθμόν 2643 για τα προστατευόμενα πρόσωπα, που ισχύει μέχρι και σήμερα. Στις διατάξεις του νόμου αυτού υπάγονται και τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον, που έχουν περιορισμένες δυνατότητες για επαγγελματική απασχόληση εξαιτίας χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ψυχικής πάθησης – βλάβης εφόσον βέβαια είναι γραμμένα στα μητρώα ανέργων αναπήρων του Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.). επίσης προστατεύονται όσοι έχουν τέκνο, αδερφό ή σύζυγο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, εξαιτίας βαριών ψυχικών και σωματικών προβλημάτων.

Σύμφωνα με το νόμο αυτό οι φορείς του δημόσιου τομέα όπως α) δημόσιες επιχειρήσεις και δημοτικοί οργανισμοί, β) νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που ανήκουν στο κράτος ή επιχορηγούνται τακτικώς, γ) νομικά πρόσωπα τα οποία ανήκουν στην προηγούμενη κατηγορία (β) ή στα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ή στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, ή στις τοπικές ενώσεις Δήμων- Κοινοτήτων είτε επιχορηγούνται από τους φορείς αυτούς, υποχρεούνται να προσλαμβάνουν ως δικηγόρους προστατευόμενα πρόσωπα σε ποσοστό 8% επί του συνολικού αριθμού των δικηγόρων που απασχολούνται στη νομική τους υπηρεσία. Για τους προστατευόμενους του άρθρου αυτού κατώτατο όριο για τη τοποθέτηση ή πρόσληψη ορίζεται το 21<sup>ο</sup> έτος και ως ανώτατο το 45<sup>ο</sup> έτος.

Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης υποχρεούνται να διορίζουν ή να προσλαμβάνουν προστατευόμενα πρόσωπα χωρίς διαγωνισμό ή επιλογή με σειρά προτεραιότητας και σε θέσεις που αντιστοιχούν στο 5% των

θέσεων που προκηρύσσονται κάθε φορά. Με απόφαση του υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης καθορίζονται κατά νομαρχιακή αυτοδιοίκηση και φορέα ο αριθμός των θέσεων που αντιστοιχούν στο παραπάνω ποσοστό και πληρούνται από προστατευόμενα άτομα. Η απόφαση εκδίδεται ταυτόχρονα με την προκήρυξη πλήρωσης των θέσεων και δημοσιεύεται ακολούθως στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Μετά την κοινοποίηση της απόφασης οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν σχετική αίτηση. Η αίτηση αυτή έχει τη μορφή υπεύθυνης δήλωσης στην οποία δηλώνουν κατά σειρά προτίμησης τις θέσεις της πρόσκλησης στις οποίες επιθυμούν να διοριστούν ή να προσληφθούν. Μέσα σε 30 μέρες η αρμόδια επιτροπή καταρτίζει πίνακες υποψηφίων με βάση το σύνολο των μορίων που συγκεντρώνει ο ενδιαφερόμενος. Η κατανομή των υποψηφίων για την πλήρωση των θέσεων γίνεται με τη σειρά εγγραφής τους στον παραπάνω πίνακα.

Η τοποθέτηση των προστατευόμενων προσώπων στους οποίους περιλαμβάνονται και οι δικηγόροι γίνεται από την Επιτροπή και είναι υποχρεωτική για τον εργοδότη. Η τοποθέτηση αυτή γίνεται με την ιδιότητα του δικηγόρου, υπαλλήλου ή εργατοτεχνίτη ανάλογα με τα προσόντα του προστατευόμενου και τη σύνθεση του προσωπικού που απασχολείται στην επιχείρηση. Οι τοποθετούμενοι εξομοιώνονται πλήρως με το υπόλοιπο προσωπικό ως προς τους όρους εργασίας, την αμοιβή, τις προαγωγές και γενικά τις συνθήκες εργασίας. Οι προστατευόμενοι για να τοποθετηθούν σε εργασίες υποχρεούνται με την αίτηση τους να προσκομίζουν συν τοις άλλοις (πχ απόσπασμα ποινικού μητρώου, πιστοποιητικό σπουδών κλπ.) και βεβαίωση της Επιτροπής του Γενικού επιτελείου εθνικής Άμυνας ότι ανήκουν σε μία από τις προστατευόμενες κατηγορίες ατόμων του νόμου αυτού.

### 1.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

(Α.Μ.Ε.Α.)

Συνεχίζουμε με το νόμο υπ' αριθμόν 2817 (14 Μαρτίου 2000) για την εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά την έννοια του νόμου θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται και όσοι έχουν σοβαρό πρόβλημα υγείας. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και οι νεφροπαθείς. Οι ειδικές περιπτώσεις διαπιστώνονται από τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) και στα συγκεκριμένα άτομα παρέχεται ειδική εκπαίδευση η οποία στο πλαίσιο των σκοπών της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης επιδιώκει ιδιαίτερα : α) την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, β) τη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, γ) την επαγγελματική τους κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων λαμβάνονται μέτρα και παρέχονται υπηρεσίες στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ηλικίας έως 22 ετών. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται ιδίως η κατάρτιση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας, η χρησιμοποίηση διδακτικού υλικού και η χορήγηση οργάνων και λοιπού ειδικού εξοπλισμού και γενικά κάθε είδους διευκολύνσεις και εργονομικές διευθετήσεις. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται η ψυχολογική υποστήριξη, η κοινωνική και συμβουλευτική εργασία και κάθε άλλο μέτρο ή υπηρεσία που υποστηρίζουν την ισότιμη μεταχείριση

των Α.Μ.Ε.Α. η εκπαίδευση των ατόμων αυτών παρέχεται δωρεάν από το κράτος σε δημόσια σχολεία. Η μορφή των σχολείων αυτών προσδιορίζεται από το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών. Όσον αφορά τους μαθητές σε θεραπεία αποκατάστασης νεφρικής ανεπάρκειας η εκπαίδευσή τους παρέχεται στη συνήθη σχολική τάξη, αν όμως η φοίτησή τους στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού συστήματος καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του βαθμού του προβλήματός τους η εκπαίδευση αυτών μπορεί να παρέχεται : α) σε νοσοκομεία, β) σε κέντρα αποκατάστασης, γ) στο σπίτι, σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρησιμοποιείται και το σύστημα τηλεεκπαίδευσης. Τέλος για τους αποφοίτους των Τ.Ε.Ε. ειδικής αγωγής των δύο βαθμίδων καθορίζονται επαγγελματικά δικαιώματα κατά τη διαδικασία του άρθρου 6 παρ. 3 του 2009/1992 ισότιμα με των υπολοίπων μαθητών.



## 1.4 ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα τώρα με την πρόνοια και τον αριθμό Π3α/Φ.18/Γ.Π οικ.93365 (1<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2003) εγκρίθηκε η αύξηση των Προνοιακών Επιδομάτων που χορηγούνται σε Άτομα με Αναπηρίες για το έτος 2003. τα ποσά των Προνοιακών Επιδομάτων που καταβάλλονται στις διάφορες κατηγορίες Ατόμων με Αναπηρίες σύμφωνα με κοινές Υπουργικές Αποφάσεις έχουν τροποποιηθεί και συμπληρωθεί και ίσχυαν μέχρι σήμερα, αυξάνονται κατά 5% με στρογγυλοποίηση του τελικού ποσού για το έτος 2003 και διαμορφώνονται ως ακολούθως : για τα ανασφάλιστα και έμμεσα ασφαλισμένα άτομα με βαριές αναπηρίες με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, όπως οι νεφροπαθείς, το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος πριν την αύξηση ανερχόταν στα 181 ευρώ ενώ μετά την αύξηση στα 190 ευρώ. Όσο για τη στεγαστική συνδρομή, δηλαδή το επίδομα ενοικίου που χορηγείται σε ανασφάλιστα μοναχικά άτομα άνω των 65 ετών ή σε ανασφάλιστα ζεύγη από τα 154 ευρώ ανέβηκε στα 162 ευρώ.

## 1.5 ΑΥΞΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Στη συνέχεια παραθέτουμε την υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου ΥΙ/οικ.Γ.Π.105380/29-10-03 κοινή Υπουργική Απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών που αφορά στην αύξηση 5% του διατροφικού επιδόματος των νεφροπαθών για το χρονικό διάστημα 1/1/2003 έως 31/12/2003 από 154,07 ευρώ σε 161,77 ευρώ μηνιαίως ανά άτομο.

Από τις διατάξεις αυτής της κοινής Υπουργικής απόφασης, προκαλείται δαπάνη για αντιμετώπιση της αύξησης κατά 5% του διατροφικού επιδόματος νεφροπαθών, ύψους 874.659 ευρώ για το έτος 2003 και η οποία θα καλυφθεί από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Για το έτος 2004 και εφεξής η εν λόγω δαπάνη αύξησης διατροφικού επιδόματος θα αντιμετωπισθεί από πιστώσεις που εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των περιφερειών της χώρας.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη χορήγηση διατροφικού επιδόματος νεφροπαθών είναι :

- Γνωμάτευση γιατρού κρατικού νοσοκομείου ή νοσοκομείου Ι.Κ.Α. που θα βεβαιώνει ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
- Βεβαίωση κλινικής όπου κάνει αιμοκάθαρση.
- Υπεύθυνη δήλωση που θα αναφέρει ότι ο ασθενής δε λαμβάνει κάποιο άλλο επίδομα, το φορέα του, αν είναι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένος, ποια είναι η μόνιμη κατοικία του και ποιος ο αντιπρόσωπός του.

- Φωτοτυπία βιβλιαρίου Αγροτικής Τράπεζας στο όνομα του δικαιούχου.

Για τους μεταμοσχευμένους το μόνο που αλλάζει είναι η βεβαίωση του κρατικού νοσοκομείου υπογεγραμμένη από το νεφρολόγο που θα λέει ότι ο ασθενής είναι μεταμοσχευμένος, ποια η ημερομηνία μεταμόσχευσης και που παρακολουθείται ο ασθενής.

## 1.6 ΜΕΤΡΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΟΧΗΜΑΤΩΝ

Συνεχίζοντας περνάμε σε ένα εντελώς διαφορετικό θέμα, σύμφωνα με τον Αριθ.ΔΜΕΟ/στ/οικ.1889/Φ911 για τα μέτρα κυκλοφορίας οχημάτων στο κέντρο της Αθήνας. Εξαιρούνται της απόφασης αυτής αυτοκίνητα που μεταφέρουν ασθενείς που χρειάζονται συχνή θεραπεία (πχ. Νεφροπαθείς) εφ' όσον μεταφέρουν τα άτομα αυτά με την προϋπόθεση οι ασθενείς να έχουν εφοδιαστεί με σχετική βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα αναφέρει τη διάρκεια, τη συχνότητα της απαιτούμενης θεραπείας και τον αριθμό κυκλοφορίας του αυτοκινήτου. Βεβαιώσεις θα χορηγούνται κατά την κρίση του Υπουργείου Υγείας μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις.

## 1.7 ΤΕΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Το Υπουργείο Οικονομικών τον Αύγουστο του 2001 κοινοποίησε τη με αρ.486/18-7-01 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους που έγινε αποδεκτή από τον Υφυπουργό Οικονομικών και η οποία αφορά στην καταβολή μειωμένου τέλους ταξινόμησης για τους αναπήρους που παραλαμβάνουν επιβατικό αυτοκίνητο μεγαλύτερο των 1650 ή 2000 κυβικών εκατοστών κατά περίπτωση, με καταβολή μειωμένου τέλους ταξινόμησης 30% ή 58% του αναλογούντος ακέραιου συντελεστή. Δεν απαλλάσσονται όμως από τα τέλη κυκλοφορίας οριστικά, με εξαίρεση τους αναπήρους πολέμου, τους παραπληγικούς ή τους 100% αναπήρους.

## 1.8 ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ Ο.Τ.Ε.

Μια τελευταία διάταξη που δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 12 Ιουλίου 2002 αφορά στην παροχή της Καθολικής Υπηρεσίας η οποία περιλαμβάνει τη σύνδεση στο σταθερό δημόσιο τηλεφωνικό δίκτυο και γενικά όλες τις υπηρεσίες του Ο.Τ.Ε. Ειδικά λοιπόν για άτομα με αναπηρία άνω του 67% όπως αυτό προσδιορίζεται από τις Αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές προβλέπεται έκπτωση αξίας 16 ευρώ επί της συνολικής μηνιαίας χρονοχρέωσης για χρήση υπηρεσιών μετάδοσης δεδομένων. Ο Παροχός Καθολικής Υπηρεσίας θα μεριμνά ώστε τα άτομα με ειδικές ανάγκες καθώς και κατηγορίες ατόμων που είναι ευάλωτες σε περίπτωση απώλειας δυνατότητας τηλεφωνικής επικοινωνίας (όπως νεφροπαθείς, ηλικιωμένοι κλπ.) να έχουν προτεραιότητα σε περιπτώσεις τόσο σύνδεσης, όσο και αποκατάστασης βλαβών στην τηλεφωνική τους σύνδεση. Ο Παροχός Καθολικής Υπηρεσίας παρέχει σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου δωρεάν χρόνο τηλεφωνικών συνδιαλέξεων αξίας ίσης με την αξία (1000) χιλίων λεπτών αστικής χρέωσης μηνιαίως στον καθένα για μία μόνο τηλεφωνική σύνδεση.

Τέλος σε ειδική εγκύκλιο του Ο.Τ.Ε. με την 22823/Φ.500/3-12-2002 σχετική ερμηνευτική οδηγία προβλέπεται δικαίωμα χρήσης της τηλεφωνικής έκπτωσης νεφροπαθούς και στην τηλεφωνική σύνδεση ατόμων που έχουν ορισθεί από το νόμο ως «ασκούντες» την ευρύτερη εποπτεία των υπ' όψιν ατόμων. Δικαιούχοι της ως άνω έκπτωσης είναι άμεσα ή έμμεσα οι εξής : Άμεσα οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ή κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού. Έμμεσα οι

έχοντες την επιμέλεια του νεφροπαθούς ως «Γονική Μέριμνα», ή ως «Επιτροπεία», ή «Δικαστή Αντίληψη».

Η έκπτωση των 1000 μονάδων παρέχεται :

1. Σε μία τηλεφωνική σύνδεση ανά δικαιούχο.
2. Αθροιστικά στον άμεσο δικαιούχο εφ' όσον αυτός χρησιμοποιεί έκπτωση τηλεφωνικών τελών λόγω της ιδιότητάς του ως υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. (δηλ. μείων 1000 μονάδες ως νεφροπαθής, μείων 600 μονάδες ως υπάλληλος Ο.Τ.Ε., σύνολο μείων 1600 μονάδες)
3. Σε τηλεφωνική σύνδεση που είναι εγκατεστημένη σε χώρο όπου κατά δήλωση του δικαιούχου εξυπηρετούνται οι τηλεφωνικές ανάγκες του νεφροπαθούς. (πχ. Γραφείο, εξοχική κατοικία)
4. Σε περισσότερους άμεσους δικαιούχους που διαμένουν στο ίδιο σπίτι (πχ. Πατέρας, γιος) ξεχωριστά από 1000 μονάδες έκπτωση στον καθένα εφόσον χρησιμοποιούν δική τους ξεχωριστή σύνδεση.

Τα δικαιολογητικά που χρειάζονται είναι η συμπληρωμένη αίτηση παροχής έκπτωσης και το ατομικό Δελτίο Ασθενή, ενώ για τους έμμεσα δικαιούχους χρειάζεται και το προβλεπόμενο έγγραφο που δηλώνει ότι όντως έχουν την επιμέλεια, καθώς και ένα πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

Η παροχή έκπτωσης τηλεφωνικών τελών σε Α.Μ.Ε.Α. δεν λειτουργεί συμψηφιστικά. Δηλαδή εάν ο αιτών είναι παραπληγικός – τετραπληγικός και νεφροπαθής τελικού σταδίου έχει δικαίωμα σε μία μόνο έκπτωση αναπηρίας ήτοι σε αυτή του τετραπληγικού ή σε αυτή του νεφροπαθούς.

Εάν ο αιτών είναι υπάλληλος ή συνταξιούχος του Ο.Τ.Ε. έχει δικαίωμα να χρησιμοποιεί αθροιστικά μόνο δύο απ' τις παρεχόμενες εκπτώσεις. Δηλαδή ή εκείνη του υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. και την έκπτωση νεφροπαθούς τελικού σταδίου ή εκείνη του υπαλλήλου – συνταξιούχου Ο.Τ.Ε. και την έκπτωση κινητικά αναπήρου.



## 1.9 ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στις διατάξεις μεταμόσχευσης που ισχύουν σε Ελλάδα και εξωτερικό, καθώς μια από τις βασικές θεραπευτικές μεθόδους της νεφρικής ανεπάρκειας είναι και η μεταμόσχευση νεφρού. Ο νόμος που ισχύει στην Ελλάδα και δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 1999 είναι ο υπ' αριθμ.2737 για τις μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων. Κατά το πρώτο άρθρο του νόμου αυτού η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο ζώντα ή νεκρό με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλο άνθρωπο γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψηφίου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Οι προϋποθέσεις για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη είναι οι εξής : πρώτον η μεταμόσχευση να διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και να μη συνεπάγεται προφανή και σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή και την υγεία του δότη. Δεύτερον η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι το 2<sup>ο</sup> βαθμό εξ αίματος. (εξαιρέση αποτελεί η δωρεά μυελού των οστών). Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο με τη συναίνεσή του. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη καταβάλλεται αποζημίωση. Η αφαίρεση οργάνων από νεκρό δότη γίνεται κι αυτή μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

## 2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΑΜΕΙΟ

Ο σκοπός εδώ είναι να συγκεντρώσουμε κατά ταμείο ξεχωριστά κάθε νόμο και υπουργική απόφαση που αφορά την κοινωνική πολιτική του κράτους προς τα Α.Μ.Ε.Α. και κατ' επέκταση τους νεφροπαθείς ή ειδικά και μόνο τους τελευταίους.

### 2.1 ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.) 49,30% των νεφροπαθών.

Προσωρινή διαμονή νεφροπαθών σε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης : Σύμφωνα με την υπ' αριθμ.123/24-2-84 απόφαση σχετικά με τα πρόσωπα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η Διοικητική Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων για την Κοινωνική Ασφάλιση των μετακινούμενων εργαζόμενων έκανε δεκτό ότι «Η αιμοκάθαρση νεφρών που εφαρμόζεται σε άλλο κράτος – μέλος, σε μισθωτό ή μη μισθωτό ή σε μέλος της οικογένειάς του, λογίζεται ότι έχει χαρακτήρα άμεσης ανάγκης μόνο εάν καταγράφεται στο πλαίσιο μιας προϋπάρχουσας και συνεχιζόμενης αιμοκάθαρσης έχοντας βέβαια ο ασθενής την υποχρέωση πριν τη μετάβαση του στο κράτος μέλος της Ε.Ε. να τακτοποιήσει τη χορήγηση της για το διάστημα της προσωρινής διαμονής του στη χώρα. Συνέπεια της απόφασης αυτής είναι η χορήγηση στα ανωτέρω πρόσωπα έντυπο δικαιώματος (το E111) για παροχές ασθένειας σε είδος, έτσι ώστε να μπορέσουν να συνεχίσουν τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης κατά το διάστημα της παραμονής τους σε άλλη χώρα – μέλος της Ε.Ε. Επισημαίνεται βέβαια στους ασθενείς ότι πριν αποχωρήσουν από την Ελλάδα θα πρέπει να έχουν έρθει σε σχετική συνεννόηση με το κέντρο

που θα τους δεχτεί. Με την ίδια διαδικασία (έντυπο E111) θα τύχουν περίθαλψη στην Ελλάδα νεφροπαθείς ασφαλισμένοι φορέων των κρατών μελών της Ε.Ε. που επισκέπτονται τη χώρα μας προσωρινά.

Επισημαίνουμε τέλος και πάλι ότι κατά τη χορήγηση εντύπων E111 σε ασφαλισμένους νεφροπαθείς θα πρέπει να τονίζεται ότι το έντυπο αυτό τους καλύπτει αποκλειστικά και μόνο στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης και ότι θα πρέπει πριν την αναχώρησή τους να έχουν οι ίδιοι φροντίσει προκειμένου να εξασφαλίσουν τη συγκεκριμένη θεραπεία στα αντίστοιχα θεραπευτικά κέντρα στα κράτη της προσωρινής διαμονής τους (επιλογή θεραπευτικού κέντρου, συνεννόηση με αυτό κλπ.)

Εξόφληση λογαριασμών μεταμοσχεύσεων στο εξωτερικό : Η συγκεκριμένη εγκύκλιος του Ι.Κ.Α. απευθύνεται και σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία όπως αυτά του Ο.Γ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε., της Δ.Ε.Η. κα. Είναι η εγκύκλιος 172/79 , Γ.Ε.Ι63495/Γ022/79 σύμφωνα με την οποία καθορίζεται η διαδικασία για την εξόφληση λογαριασμών μεταμοσχεύσεων στο εξωτερικό. Σχετικά σημειώνουμε ότι η προκαταβολή που στέλνεται μέσω του οικείου προξενείου θα είναι ανάλογη με τον προϋπολογισμό των σχετικών δαπανών, αλλά και τις τυχόν απαιτήσεις του θεραπευτηρίου για την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Αυτό θα προκύπτει από τη βεβαίωση του θεραπευτηρίου που θα προσκομίζει ο ασφαλισμένος και η οποία θα αναφέρει όχι μόνο ότι ο ενδιαφερόμενος έχει ενταχθεί στο πρόγραμμα μεταμόσχευσης, αλλά και σε ποιο ποσό περίπου προϋπολογίζεται η δαπάνη νοσηλίων. Η πιο πάνω αντιμετώπιση αφορά μόνο στους νεφροπαθείς.

Έχει παρατηρηθεί όμως ότι σε πολλά νοσοκομεία του εξωτερικού παραμένουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα άτοκα, σημαντικά χρηματικά ποσά που είχαν σταλεί προκαταβολικά για μεταμόσχευση

νεφροπαθών. Γι' αυτό αποφασίστηκε για λόγους προστασίας του Δημοσίου Χρήματος να τηρηθεί η πιο κάτω διαδικασία απ' όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. 1) Αμέσως μετά την ένταξη του ασθενή σε κατάλογο μεταμόσχευσης να γίνεται κατάθεση απ' όλα τα ταμεία εγγυητικής επιστολής προς το νοσοκομείο του εξωτερικού μέσω των Προξενικών Αρχών. 2) Να στέλνεται προκαταβολή μέρος της δαπάνης της μεταμόσχευσης αμέσως μετά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο και 3) Η τελική εξόφληση να γίνεται με την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.

Χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας στους δικαιούχους των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων : (Αύγουστος 2001, Σεπτέμβριος 2002) Εγκρίθηκε από τους Υπουργούς Οικονομικών – Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η χορήγηση από το Ι.Κ.Α. και τους λοιπούς ασφαλιστικούς οργανισμούς της αρμοδιότητας των συγκεκριμένων Υπουργείων για τη θερινή περίοδο επίδομα αεροθεραπείας 200 ευρώ εφάπαξ στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους λόγω γήρατος και αναπηρίας που μεταξύ των άλλων πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Απαραίτητη προϋπόθεση να έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 33%. Σε περίπτωση που από τις καταστατικές διατάξεις κάποιου ασφαλιστικού οργανισμού προβλέπεται η χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας ποσού μεγαλύτερου από αυτό που ορίζεται, μπορεί να καταβάλλεται και μέχρι το διπλάσιο από το πιο πάνω οριζόμενο ποσό εφόσον η οικονομική κατάσταση του οργανισμού το επιτρέπει.

Δεν δικαιούνται το επίδομα αεροθεραπείας α) όσοι παίρνουν το επίδομα αυτό από οποιαδήποτε πηγή. β) όσοι νοσηλεύονται και οι

δαπάνες νοσηλείας δίνονται από το Ι.Κ.Α. ή άλλο Ασφαλιστικό Οργανισμό ή παρέχονται σ' αυτούς έξοδα ενοικίων ή γενικά έξοδα θερινής διαμονής.

Τα πρόσωπα που συνταξιοδοτούνται συγχρόνως απ' το Δημόσιο και οποιοδήποτε Ασφαλιστικό Οργανισμό του Υπουργείου Εργασίας δικαιούνται του επιδόματος μόνο απ' τον Ασφαλιστικό Οργανισμό.

Συνταξιοδοτικά : Στο Φ.Ε.Κ. 160<sup>Α</sup>/11.7.2002 δημοσιεύτηκε ο ν.3029/2002 «Μεταρρύθμιση συστήματος κοινωνικής ασφάλισης» που αφορά τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α., αλλά και των Ειδικών Ταμείων Κυρίας Ασφάλισης Μισθωτών, (πχ. ΤΑΠΟΤΕ, Δ.Ε.Η. κλπ.). Συγκεκριμένα καθιερώνεται νέος τρόπος υπολογισμού της σύνταξης των ασφαλισμένων. Αυξάνεται σημαντικά το ποσό σύνταξης λόγω γήρατος και αναπηρίας που χορηγείται στους νεοασφαλιζόμενους από 1/1/93 και εφεξής. Συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό για κάθε χρόνο ασφάλισης ανέρχεται πλέον σε 2% αντί του μέχρι τότε ισχύοντος 1,714%. Σημειώνουμε στο σημείο αυτό ότι δεν επέρχεται διαφοροποίηση ως προς το ανώτατο όριο ποσού μηνιαίας σύνταξης, εξακολουθεί να ισχύει το 4πλάσιο του μέσου μηνιαίου Α.Ε.Π. (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν) αναπροσαρμοσμένου στο εκάστοτε ποσοστό αύξησης.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού αυξάνονται σημαντικά τα ποσοστά των κατωτάτων ορίων γήρατος – αναπηρίας και εξομοιώνονται σχεδόν με τα ποσά που χορηγούνται στους μέχρι 31/12/92 ασφαλισμένους. Συγκεκριμένα ως κατώτατο όριο σύνταξης γήρατος – αναπηρίας ορίζεται το 70% του κατώτατου μισθού έγγαμου με πλήρη απασχόληση που είναι τα 548,75 ευρώ. Τα παραπάνω κατώτατα όρια μειώνονται σαφώς στην περίπτωση που υπάρξει μειωμένη σύνταξη. Επίσης επανακαθορίζονται τα ποσοστά των προσαυξήσεων λόγω παιδιών

που χορηγούνται στους δικαιούχους κατωτάτων ορίων γήρατος και αναπηρίας χωρίς να διαφοροποιούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησής τους. Τα νέα ποσοστά προσαυξήσεων θα χορηγούνται και σε περιπτώσεις ατόμων που ήδη συνταξιοδοτούνται, οι συντάξεις των οποίων θα αναπροσαρμοστούν.

Σύμφωνα όμως με το νέο νόμο 3232/04 παρ.3 άρθρο 5Ν. οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των ασφαλισμένων που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τροποποιούνται ως εξής : Προβλέπεται η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού. Η χορηγούμενη σύνταξη καθίσταται οριστική μετά το πέρας εξαετίας εφόσον στο διάστημα αυτό ο ασθενής έχει υποβληθεί σε τουλάχιστον δύο εξετάσεις από τις αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές.

Με τη νέα αυτή διάταξη δίνεται η δυνατότητα συνταξιοδότησης από την ημερομηνία υποβολής της σχετικής αίτησης (για συνταξιοδότηση) και εφ' όρου ζωής στις περιπτώσεις που ο συνολικός χρόνος ασφάλισης που απαιτείται για τη θεμελίωση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος (4.050 μέρες) έχει διανυθεί κατά το χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχει μεταμοσχευτεί.

Σύνταξη γήρατος - αναπηρίας - θανάτου : Νόμος 1902 (Οκτώβριος 1990), ισχύει μόνο για το Ι.Κ.Α. Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές αν ο ασφαλισμένος λαμβάνει σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας από άλλο ασφαλιστικό φορέα κυρίας ασφάλισης (πλην Ο.Γ.Α.) ή το Δημόσιο,

δικαιούται από το Ι.Κ.Α. πλήρη σύνταξη γήρατος εφ' όσον έχει συμπληρώσει το οριζόμενο από το νόμο όριο ηλικίας και έχει τουλάχιστον 5.100 ημέρες εργασίας. Αν οι μέρες είναι στις 4.500 τότε η σύνταξη μειώνεται κατά 50%. ή συγκεκριμένη μείωση επέρχεται και στην περίπτωση που το Ι.Κ.Α. απονέμει σύνταξη αναπηρίας, εκτός αν ο ασφαλισμένος έχει 3.000 ημέρες εργασίας εκ των οποίων οι 600 την τελευταία πενταετία.

Ο ασφαλισμένος θεωρείται βαριά ανάπηρος αν λόγω παθήσεως ή βλάβης ή εξουθένωσης σωματικής ή πνευματικής, μεταγενέστερης της υπαγωγής του στην ασφάλιση, ετήσιας διάρκειας τουλάχιστον από ιατρική άποψη, δε μπορεί να κερδίζει από εργασία που ανταποκρίνεται στις δυνάμεις, τις δεξιότητες και τη μόρφωσή του περισσότερο από το  $\frac{1}{5}$  του ποσού που συνήθως κερδίζει σωματικά και πνευματικά υγιής άνθρωπος της ίδιας μόρφωσης. (κατά τον ίδιο περίπου τρόπο και ο ανάπηρος και ο μερικά ανάπηρος, αλλά δεν αφορά την περίπτωσή μας). Για την αναπηρία του ασφαλισμένου γνωμοδοτούν οι αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές οι οποίες διαπιστώνουν την έκταση και τη διάρκεια της παθήσεως και την ικανότητα για άσκηση επαγγέλματος.

Σε περίπτωση θανάτου συνταξιούχου λόγω γήρατος ή αναπηρίας οποιασδήποτε βαθμίδας έχουν δικαίωμα σύνταξης η σύζυγος και τα ανήλικα παιδιά του.

Συμπλήρωση της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας : Νόμος 3075, δικαίωμα σύνταξης έχουν και οι ελληνικής υπηκοότητας ή Έλληνες το γένος λογοτέχνες και καλλιτέχνες γενικά που έχουν προσφέρει υπηρεσίες στην ανάπτυξη των γραμμάτων και τεχνών. Για τους καλλιτέχνες λοιπόν που έχουν συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ή το 50<sup>ο</sup> εφ' όσον έχουν καταστεί ανίκανοι για την άσκηση οποιουδήποτε βιοποριστικού

επαγγέλματος κατά ποσοστό ανικανότητας 67% και άνω ισχύει σύνταξη μηνιαία που απονέμεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Πολιτισμού. Οι ενδιαφερόμενοι λογοτέχνες και καλλιτέχνες με τη συμπλήρωση του 65<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους ή του 50<sup>ου</sup> κατά περίπτωση υποβάλλουν στο Υπουργείο Πολιτισμού αίτηση για απονομή σύνταξης ώστε να αξιολογηθούν για την προσφορά των υπηρεσιών τους. Οι δικαιούχοι της σύνταξης αυτής δικαιούνται : 1) υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου και 2) δώρα εορτών Χριστουγέννων και Πάσχα καθώς και την πρόσθετη μισή σύνταξη. Μετά το θάνατο του δικαιούχου στην οικογένεια καταβάλλονται έξοδα κηδείας σύμφωνα με όσα ισχύουν για τους πολιτικούς συνταξιούχους του Δημοσίου.

**Δεκαπενταετία :** Νόμος 3075. για τους υπαλλήλους οι οποίοι υποβάλλονται σε μετάγγιση ή από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού, εφ' όσον για τις περιπτώσεις αυτές συντρέχει ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, αρκεί δεκαπενταετής πλήρης πραγματική συντάξιμη υπηρεσία. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και στους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η σύνταξη καθίσταται οριστική μετά 6 έτη από τη συνταξιοδότηση του δικαιούχου και εφ' όσον στο διάστημα της εξαετίας αυτής έχει εξεταστεί τουλάχιστον δύο φορές από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές.

**Ε.Κ.Α.Σ. :** Προϋπόθεση για τη χορήγηση του Ε.Κ.Α.Σ. στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α. είναι να έχει συμπληρωθεί το όριο ηλικίας των 60 ετών, το συνολικό εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 6.340,89 ευρώ, το



συνολικό φορολογητέο εισόδημα ατομικό τα 7.397,72 ευρώ και το οικογενειακό τα 11.511,75 ευρώ. Από την πρώτη προϋπόθεση εξαιρούνται οι συνταξιούχοι αναπηρίας που είναι ανεξαρτήτου ηλικίας.

## 2.2 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.)

28,80% των νεφροπαθών.

Δαπάνες μετακίνησης ασθενών : Ο Ο.Γ.Α. έχει μέριμνα για τη μετακίνηση των νεφροπαθών, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση 34/1047/20.12.95. Στους νεφροπαθείς λοιπόν που κινούνται περιοδικά για τη διενέργεια αιμοκαθάρσεων ο Ο.Γ.Α. αποδίδει για κάθε μήνα μετακίνησης και ανεξάρτητα από τον αριθμό των μετακινήσεων συνολικά ποσό ίσο : α) με το τριπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον Ο.Γ.Α. αν η μετακίνηση γίνεται μέσα στα όρια του νομού του τόπου κατοικίας του ασθενή. β) με το τετραπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης εάν η μετακίνηση γίνεται εκτός του νομού του τόπου διαμονής ή γίνεται χρήση θαλάσσιου μέσου μεταφοράς.

Τα ποσά αυτά αποδίδονται από τον Ο.Γ.Α. και για τη αντιμετώπιση δαπανών μετακίνησης του τυχόν αναγκαίου συνοδού του νεφροπαθή. Η εκκαθάριση και η απόδοση των δαπανών γίνεται από την Υπηρεσία μηχανογραφικά βάσει των αναλυτικών καταστάσεων των νεφροπαθών με άμεση επιδίωξη να πληρώνονται όλοι οι νεφροπαθείς που έχουν αυξημένες οικονομικές ανάγκες κάθε μήνα και σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο.

Σε περίπτωση μετακίνησης ασθενών με ιδιωτικό μεταφορικό μέσο, αποδίδεται για κάθε μετακίνηση του ασθενή και του τυχόν συνοδού του ποσό ανάλογο με τη χιλιομετρική απόσταση μετ' επιστροφής.

Στους νεφροπαθείς για τη μεταφορά των μη αναλώσιμων υλικών όπως λαβίδες, ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα κλπ. Αποδίδεται η αξία αγοράς τους εφάπαξ. Για τα αναλώσιμα υλικά και για την τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος της αιμοκάθαρσης η δαπάνη που αποδίδεται δε μπορεί να είναι ανώτερη για κάθε μήνα από 141 ευρώ. Το

ποσό αυτό αναπροσαρμόζεται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. (2002)

Έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμας : Οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια και νοσηλεύονται σε κρατικά νοσοκομεία και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. μπορούν να χρησιμοποιούν με δαπάνες του Ο.Γ.Α. αποκλειστική νοσοκόμα κατά τις νυχτερινές ώρες. Η χρησιμοποίηση της αποκλειστικής νοσοκόμας όμως δε μπορεί να υπερβαίνει τις 8 νύχτες για κάθε νοσηλεία.

Για την έγκριση από τον Ο.Γ.Α. χρησιμοποίησης αποκλειστικής νοσοκόμας, απαιτούνται : α) βεβαίωση του ιατρού – Διευθυντή της κλινικής ότι ο ασθενής πάσχει από σοβαρή ασθένεια και έτσι επιβάλλεται η χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας. β) βεβαίωση από τον ίδιο ιατρό ότι το νοσοκομείο δε μπορεί να καλύψει την ανάγκη αυτή. γ) τέλος απαιτείται έγκριση από τον αρμόδιο ελεγκτή του Ο.Γ.Α.

Για τη χρησιμοποίηση της νοσοκόμας καταβάλλεται στον ενδιαφερόμενο ως αμοιβή αυτή που καθορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2002)

## 2.3 ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ (6,26% των νεφροπαθών).

Στον κλάδο υπάγονται οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθενείας του Τ.Ε.Β.Ε., οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθενείας του Ταμείου Εμπόρων (ΤΑ.Ε.) και οι ξενοδόχοι οι οποίοι ασφαλίστηκαν προαιρετικά στον Ο.Α.Ε.Ε.

Παρακλινικές εξετάσεις : Στους δικαιούχους παρέχονται ειδικές θεραπείες και παρακλινικές εξετάσεις εκτελούμενες από οποιοδήποτε συμβεβλημένο με τον Ο.Α.Ε.Ε. εργαστήριο κατ' επιλογή του δικαιούχου. Παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες που διενεργούνται προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο, παρέχονται στους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή αυτών. Αν οι εξετάσεις γίνουν από μη συμβεβλημένα εργαστήρια, τη στιγμή που συντρέχει ειδικός λόγος πχ. Απουσία εργαστηρίων στον τόπο διαμονής του ασφαλισμένου ο Ο.Α.Ε.Ε. καταβάλλει το 75% της αξίας της εξέτασης.

Φαρμακευτική περίθαλψη : Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει στους ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα για την αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από τη νοσηρή κατάστασή τους φάρμακα και τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες.

Νοσοκομειακή περίθαλψη : Η παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα σε κρατικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια καθώς και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια συμβεβλημένα με το ταμείο. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνονται οι αναγκαίες ιατρικές φροντίδες, εξετάσεις, φάρμακα

κλπ. Που χορηγούνται στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του χωρίς καμιά συμμετοχή του στις σχετικές δαπάνες.

Νοσηλεία στο εξωτερικό : Οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό. Οι αποδιδόμενες δαπάνες είναι οι εξής: α) το σύνολο της δαπάνης νοσηλείας σε κρατικά θεραπευτήρια του εξωτερικού. Προκειμένου για μεταμόσχευση, καταβάλλεται επιπλέον η δαπάνη για τυχόν νοσηλεία του δότη. Στην έννοια της νοσηλείας περιλαμβάνονται το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, τα φάρμακα, οι εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες, κάθε πρόσθετο είδος που είναι απαραίτητο για τη χειρουργική επέμβαση. Δεν καταβάλλονται δαπάνες νοσηλείας σε ιδιωτικά θεραπευτήρια παρά μόνο σε παιδιά ηλικίας έως 14 ετών. β) οι δαπάνες μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς με το συνοδό του και το δότη. γ) τα έξοδα διατροφής και διαμονής του ασθενούς με τον τυχόν συνοδό του και του δότη για όλο το αναγκαίο διάστημα παραμονής τους στο εξωτερικό.

Για την απόδοση της δαπάνης νοσηλίων στο εξωτερικό πρέπει να προσκομίζονται τα εξής δικαιολογητικά : 1) βεβαίωση του θεραπευτηρίου για το ύψος νοσηλείας 2) τιμολόγια και αποδείξεις θεωρημένα από την προξενική αρχή 3) εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής.

Πρόσθετη περίθαλψη : Ο Ο.Α.Ε.Ε. παρέχει χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς όλα τα αναγκαία μέσα και αναλώσιμα υλικά στους νεφροπαθείς ασφαλισμένους που υποβάλλονται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης.

**2.4 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (Ο.Π.Α.Δ.)  
(10% των νεφροπαθών).**

Ειδική αγωγή : Ο οργανισμός καλύπτει δαπάνες ειδικής αγωγής για παιδιά ασφαλισμένων σε ειδικά θεραπευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης για άτομα με βαριά νοητική ή σωματική αναπηρία. Η δαπάνη καταβάλλεται ύστερα από σχετική γνωμάτευση ειδικού ιατρού, έγκριση του αρμοδίου ιατρού του Οργανισμού και έγκριση της σχετικής απόφασης εισαγωγής.

Νοσηλεία στο εξωτερικό : οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. δικαιούνται νοσηλεία στο εξωτερικό η οποία περιλαμβάνει τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής, τα έξοδα διαμονής του ασθενή και του τυχόν συνοδού του σε ξενοδοχείο, ενώ ειδικά για την περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού χορηγούνται έξοδα διατροφής για το διάστημα που ο ασθενής και ο δότης βρίσκονται εκτός νοσοκομείου και για το συνοδό όλο το εγκεκριμένο διάστημα ύψους 10 ευρώ ημερησίως. Πληρώνονται επίσης τα φάρμακα, τα νοσήλια και οι εξετάσεις, ακόμα και στο δότη αν κριθεί αναγκαίο να νοσηλευτεί.

Οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό στις παρακάτω περιπτώσεις:

- 1) Αν η διάγνωση ή η θεραπεία της νόσου δε μπορεί να γίνει στην Ελλάδα λόγω έλλειψης των κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή ιατρών που διαθέτουν την απαιτούμενη ειδικευση.

- 2) Όταν υπηρετούν ή βρίσκονται σε εκπαιδευτική άδεια στο εξωτερικό.
- 3) Εφ' όσον διαμένουν μόνιμα στο εξωτερικό.
- 4) Σε περίπτωση που βρίσκονται προσωρινά στο εξωτερικό και προσφερθούν σ' αυτούς υγειονομικές υπηρεσίες λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπόφευκτου συμβάντος. Η γενόμενη νοσηλεία αναγνωρίζεται εκ των υστέρων από επιτροπή στην οποία αιτιολογείται απαραίτητα η αναγκαιότητα της άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας.

Δαπάνες νοσηλείας στο εξωτερικό θεωρούνται : 1) τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής του ασθενή και του τυχόν συνοδού του, της οικονομικότερης θέσης του μεταφορικού μέσου. 2) τα έξοδα διαμονής σε ξενοδοχείο Γ κατηγορίας. 3) το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, οι εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες κλπ. 4) προκειμένου για μεταμόσχευση καταβάλλεται επιπλέον η δαπάνη των εξόδων για στέγη και τυχόν νοσηλεία του δότη.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις δικαιολογείται και η δαπάνη χρήσης αμαξιδίου εντός του αεροσκάφους, η δαπάνη φορείου εντός αεροσκάφους, η μεταφορά του ασθενή με ασθενοφόρο, η μεταφορά με ειδικό αεροσκάφος στο εξωτερικό.

Δικαιολογητικά : α) πλήρες ιστορικό νοσηλείας στο νοσοκομείο, β) τα κατά περίπτωση στοιχεία και οι εξοφλητικές αποδείξεις.

Δαπάνες μετακίνησης ασθενών : Οι ασφαλισμένοι του Ο.Π.Α.Δ. που υποβάλλονται περιοδικά σε αιμοκάθαρση κάθε μορφής δικαιούνται εξόδων μετακίνησης κατά μήνα. Το ποσό αυτό ανέρχεται στα 160 ευρώ για το νομό Αττικής και στα 150 ευρώ για το νομό Θεσσαλονίκης. Για τις

πόλεις των υπολοίπων νομών το ποσό είναι στα 100 ευρώ μηνιαίως. Αντί των εξόδων μετακίνησης είναι δυνατή η καταβολή της δαπάνης μετακίνησης με δημοσίας χρήσεως επιβατικά αυτοκίνητα (ταξί) νεφροπαθών προκειμένου να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση, σε περίπτωση που λόγω της κατάστασής τους η μετακίνησή τους με τα συνήθη συγκοινωνιακά μέσα είναι αδύνατη. Η απόδοση των εξόδων μετάβασης και επιστροφής ενεργείται στο τέλος κάθε μήνα με την υποβολή των σχετικών δικαιολογητικών.

Ασθενείς που εισήχθησαν ή αντιμετωπίστηκαν με τη διαδικασία της ημερησίας ή της βραχείας νοσηλείας σε νοσηλευτική μονάδα εκτός του τόπου κατοικίας τους, δικαιούνται την αξία των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής με τα συγκοινωνιακά μέσα μαζικής μεταφοράς (πλοία – τρένα- λεωφορεία – αεροπλάνα) στις οικονομικότερες θέσεις, στην περίπτωση βέβαια που η πάθησή τους δεν αντιμετωπίζεται στο περιφερειακό νοσοκομείο του τόπου κατοικίας του. Για την καταβολή της δαπάνης αυτής απαιτείται βεβαίωση του νοσοκομείου του τόπου διαμονής του ασθενή για την αδυναμία αντιμετώπισης της πάθησής του, απόδειξη καταβολής του αντιτίμου των εισιτηρίων και βεβαίωση της νοσηλευτικής μονάδας για τη νοσηλεία του ασθενή.



## 2.5 ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΑΘΗΝΑΣ

(Τ.Π.Δ.Α.) 0.26% των νεφροπαθών.

Νοσοκομειακή περίθαλψη : αποδίδεται το σύνολο της δαπάνης για τη μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων και ιστών εφ' όσον γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία και μέχρι του ποσού των 13.200 ευρώ.

Για υλικά μίας χρήσης που χρησιμοποιούνται σε ειδικές επεμβάσεις οι δαπάνες καταβάλλονται στο σύνολό τους, όχι όμως πέρα των 1.175 ευρώ.

Το ταμείο συμμετέχει στη δαπάνη νοσηλείας των ασφαλισμένων στο εξωτερικό με ποσοστό 70%. Πάντως η συμμετοχή του ταμείου δε μπορεί να ξεπερνά το ποσό των 13.200 ευρώ συμπεριλαμβανομένων και των μεταμοσχεύσεων. Σε περίπτωση επανειλημμένων μεταβάσεων του ασφαλισμένου στο εξωτερικό για την ίδια αιτία, το συνολικό ποσό φτάνει μέχρι και τα 26.400 ευρώ.

Παρόμοιες διατάξεις ισχύουν και στα μικρότερα ταμεία με κάποιες αποκλίσεις, αλλά έχουμε ήδη αναφέρει για 94,7% των ασθενών και θεωρούμε ότι το θέμα καλύφθηκε.

### 3. ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Παρά τα όσα αναφέραμε στο κεφάλαιο αυτό για τις γενικές διατάξεις που νομοθετικά ισχύουν για τους νεφροπαθείς, ο Σύλλογος Νεφροπαθών Ελλάδας υποστηρίζει ότι η υπάρχουσα νομοθεσία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες της ασθένειας.

Τα λόγια αυτά τα στηρίζουν σε κάποια παραδείγματα όπως ότι οι νεφροπαθείς, αιμοκαθαιρούμενοι, ή μεταμοσχευμένοι είναι τα μόνα Α.Μ.Ε.Α. που δεν λαμβάνουν προνοιακό επίδομα, παρά μόνο ένα πενιχρό διατροφικό ποσό που σκοπό έχει τη συμπλήρωση των θρεπτικών συστατικών που ο ασθενής χάνει από την αιμοκάθαρση.

Η άνιση επίσης αντιμετώπιση των νεφροπαθών στηρίζεται και στο ότι είναι αναγκασμένοι κάθε δύο χρόνια να πιστοποιούν την αναπηρία τους. (πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000)

Εν κατακλείδι ο Καστρινάκης (1999), στο επιστημονικό περιοδικό «Επιθεώρηση», κρίνει αναγκαία την αντικατάσταση μηχανημάτων Τεχνητού Νεφρού παλαιάς τεχνολογίας σε πολλά κέντρα, ενώ ζητά και την προσαύξηση των κέντρων αιμοκάθαρσης σε όλους τους νομούς της χώρας.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

## **1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Το σύνολο των υπό θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (Θ.Υ.Ν.Λ..) ασθενών στη χώρα μας σήμερα υπερβαίνει τον αριθμό των 9.095 ασθενών οι οποίοι είναι κατανεμημένοι στις τρεις ομάδες θεραπείας ως εξής. Σε αιμοκάθαρση το 74,4%, σε περιτοναϊκή κάθαρση το 7,9% και μεταμοσχευμένοι το 17,7%. Το ποσοστό της ετήσιας αύξησης των ασθενών σε Θ.Υ.Ν.Λ. κατά την τελευταία πενταετία κυμαίνεται περί το 7%, ενώ η αύξηση του αριθμού των ασθενών συνεχίζεται. Είναι λογικό να αναμένεται μη αύξηση ή και μείωση του ποσοστού αύξησης των ασθενών, αφού έχει αυξηθεί το ποσοστό των ασθενών με μικρότερη επιβίωση πχ. ασθενείς με μεγάλη ηλικία έναρξης θεραπείας ή ασθενείς με αιτία ανεπάρκειας τον σακχαρώδη διαβήτη. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Οι ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας αντιμετωπίζονται ή παρακολουθούνται σήμερα σε 121 μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης και 4 μεταμοσχευτικά κέντρα της χώρας. Οι 121 μονάδες είναι κατανεμημένες ως ακολούθως. Στον κρατικό τομέα 83 (Αθήνα 21, άλλοι νομοί 62) και στον ιδιωτικό τομέα 38 (Αθήνα 27, άλλοι νομοί 12). Από τις 121 μονάδες οι τελευταίες 21 άρχισαν να λειτουργούν

μετά την 1/1/2000. Από τις 83 που λειτουργούν στον κρατικό τομέα οι 3 βρίσκονται σε θεραπευτήρια του Ι.Κ.Α., οι 5 σε στρατιωτικά νοσοκομεία, ενώ 7 λειτουργούν σε πανεπιστημιακές μονάδες και 37 μέσα σε νεφρολογικά τμήματα. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Η εκατοστιαία κατανομή των ασθενών των μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης στο τέλος του 2000 ήταν, στις μονάδες του κρατικού τομέα 61,5% (Αθήνα 12,2%, άλλοι νομοί 49,3%) και στις μονάδες του ιδιωτικού τομέα 38,5% (Αθήνα 31%, άλλοι νομοί 7,5%). (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002).

Στις 31/12/1986 λειτουργούσαν 58 μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης, το δε σύνολο των υπό Θ.Υ.Ν.Α. ασθενών ανερχόταν στους 2.677, αριθμός που αυξήθηκε σταθερά κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαπενταετίας. Ο αριθμός των ασθενών που άρχισαν θεραπεία κατά τη διάρκεια του έτους 1986 ήταν 559, ενώ στη διάρκεια του έτους 2000 1.650. Κατά το 2000 καταγράφηκαν συνολικά 989 θάνατοι με αποτέλεσμα η αύξηση του αριθμού των ασθενών για το έτος 2000 να είναι 661 ασθενείς. Η μέση ηλικία των νέων ασθενών για το 1986 ήταν 54 και για το 2000 64,5 έτη αντίστοιχα. Ως πρώτη αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στους νέους ασθενείς τα τελευταία 4 χρόνια (1997-2000) καταγράφεται ο σακχαρώδης διαβήτης. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Η ύπαρξη και λειτουργία αρχείων καταγραφής ασθενών αποτελεί μια από τις βάσεις της σύγχρονης προόδου στην ιατρική επιστήμη, τόσο για τη μελέτη της φυσικής ιστορίας των νόσων, όσο και για την αποτίμηση των νέων θεραπευτικών μεθόδων. Κρίνεται επομένως αναγκαία η συλλογή και ανάλυση δεδομένων από το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό νοσηλευτικών μονάδων. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών παροχής υγείας στηρίζεται στη μακροχρόνια

παρακολούθηση μεγάλων ομάδων ασθενών, ούτως ώστε να υπάρχουν πολλά διαθέσιμα στοιχεία για αυτούς. Ειδικότερα στη νεφρολογία η ύπαρξη παγκοσμίως πολυάριθμων αρχείων καταγραφής, έχει καταστήσει το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας μια καλώς μελετημένη χρόνια νόσο και παρουσιάζεται ως πρότυπο για άλλα ειδικά επιστημονικά αρχεία νοσημάτων τα οποία δε διαθέτουν τόσες πληροφορίες στηριζόμενες σε πληθυσμιακά δεδομένα και σχετιζόμενες με αναλύσεις επίπτωσης, επιπολασμού, θεραπείας και έκβασης. Τα αρχεία αποτελούν την κύρια πηγή πληροφόρησης για την ανάπτυξη και εξέλιξη των θεραπευτικών μεθόδων, την αποτελεσματικότητά τους, τις επιπλοκές και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Στη χώρα μας με τη φροντίδα της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρίας έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες καταγραφής των δεδομένων των ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και έχει διατυπωθεί η ανάγκη ύπαρξης και λειτουργίας ενός Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών με στόχους, την καταγραφή ολόκληρου του πληθυσμού των νεφροπαθών και την κατανομή τους στις διάφορες μεθόδους θεραπείας, την παρακολούθηση της συχνότητας, ντου επιπολασμού και της θνητότητας. Η πρώτη ανακοίνωση καταγραφής έγινε το 1973 ενώ το 1985 άρχισε η λειτουργία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Το 1995 άρχισε η συνεργασία της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρίας με την Υπηρεσία Συντονισμού για τη δημιουργία ενός Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών με στόχο να συγκεντρώνονται και να επεξεργάζονται τα επί μέρους στοιχεία των μονάδων της χώρας και να ενημερώνει το Ευρωπαϊκό Αρχείο Καταγραφής. Το 2000 ξεκίνησε μια διαδικασία εκκαθάρισης,

συμπλήρωσης και διόρθωσης των αρχείων, πραγματοποιώντας άνω των 20.000 καταγραφών στο πληροφοριακό της σύστημα. Τα στατιστικά και επιδημιολογικά αυτά δεδομένα παρουσιάστηκαν στη χώρα μας στην 63<sup>η</sup> Επιστημονική Συνάντηση της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρίας το Μάρτιο του 2000. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Κατά τη διάρκεια του έτους 2000 εντάχθηκαν 1.650 νέοι ασθενείς σε πρόγραμμα Θ.Υ.Ν.Λ. από τους οποίους 1.422 σε αιμοκάθαρση, 223 σε περιτοναϊκή κάθαρση και 5 μεταμοσχεύτηκαν. Το σύνολο των ζώντων ασθενών στις 31/12/2000 ανήλθε σε 8.431. Κατά τη διάρκεια του 2000 από τους 6.226 ασθενείς 44 μεταφέρθηκαν από αιμοκάθαρση σε περιτοναϊκή κάθαρση και 109 μεταμοσχεύτηκαν. Ενώ από τους 733 που ήταν σε περιτοναϊκή κάθαρση 39 εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση και 12 μεταμοσχεύτηκαν. Από τους 1.472 μεταμοσχευμένους 42 είχαν απώλεια μοσχεύματος. Ο συνολικών αριθμός των θανόντων ανήλθε στους 989. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Κατά τη διάρκεια του έτους 1986 άρχισαν θεραπεία υποκατάστασης 559 ασθενείς, έκτοτε ο αριθμός των νέων ασθενών κατ' έτος σημειώνει διαρκή άνοδο και το έτος 2000 ήταν 1.650. Η μέση ηλικία των νέων ασθενών εμφανίζει κι αυτή σταθερή άνοδο και είναι σήμερα όπως προείπαμε τα 64,5 έτη. Η μεγαλύτερη ομάδα ασθενών που άρχισαν θεραπεία το 2000 ήταν της ηλικιακής ομάδας των 70-74 ετών ενώ το 1986 των 55-59. η κατανομή των νέων κατ' έτος ασθενών ανά φύλο κυμαίνεται σε όλη την δεκαεπταετία στα ίδια περίπου ποσοστά, περί το 60% για τους άντρες και 40% για τις γυναίκες. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

Ο αριθμός του συνόλου των ζώντων ασθενών σε Θ.Υ.Ν.Λ. στο τέλος του έτους 1986 ήταν 2.677, στο έτος του 2000 ανήλθε σε 8.431. Η μέση ηλικία του συνόλου των ζώντων ασθενών εμφανίζει μια συνεχή

αύξηση από τα 51,9 έτη το 1986 στα 61 έτη το 2000. Από την κατανομή του συνόλου των ζώντων ασθενών ανά μέθοδο θεραπείας, καθώς και την κατανομή των μεθόδων θεραπείας ανά ηλικιακή ομάδα προκύπτει ότι η μεταμόσχευση αποτελούσε την πρώτη σε συχνότητα μορφή θεραπείας στην ηλικιακή ομάδα των 0-19 ετών. στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες συχνότερη μορφή θεραπείας ήταν η αιμοκάθαρση. Κατά το έτος 2000 μεταμοσχεύτηκαν 126 ασθενείς και καταγράφηκαν 42 απώλειες μοσχεύματος. Το 1986 επίσης ο αριθμός των θανόντων ασθενών ανερχόταν στους 179, ενώ το 2000 ο αριθμός ανήλθε στους 989. πρώτη αιτία θανάτου ήταν τα καρδιαγγειακά αίτια κατά 46% και ακολουθούσαν οι λοιμώξεις κατά 10%.Τη μεγαλύτερη ομάδα των θανόντων ασθενών αποτελούσαν οι ασθενείς άνω των 65 ετών με καρδιαγγειακά αίτια θανάτου. (Γ. Ιωαννίδης, Ο. Παπαδάκη, Δ. Τσακίρης, 2002)

## 1.1 ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τις παθήσεις των νεφρών προέρχονται κυρίως από τα μεγάλα διεθνή και εθνικά αρχεία καταγραφής ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Για πολλά χρόνια η μοναδική παγκοσμίως πηγή πληροφοριών για επιδημιολογικά δεδομένα υπήρξε το αρχείο της ERA - EDTA που ιδρύθηκε και λειτουργεί από το 1964. τα αντίστοιχα των Η.Π.Α. και άλλων περιοχών της γης λειτούργησαν πολύ αργότερα. Οι αναλύσεις των στοιχείων του Ευρωπαϊκού αυτού αρχείου, για την επιβίωση των ασθενών ανά πρωτοπαθή νόσο, ηλικία, θεραπευτική μέθοδο κα., αποτέλεσαν διεθνώς το μέτρο αναφοράς και σύγκρισης, υπήρξαν δε επί έτη κύρια πηγή πληροφόρησης για την ανάπτυξη και την εξέλιξη των θεραπευτικών μεθόδων, την αποτελεσματικότητά τους, τις συχνότερες επιπλοκές και τους τρόπους αντιμετώπισής τους, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την επισήμανση του προβλήματος της εγκεφαλοπάθειας της αιμοκάθαρσης και την εκρίζωσή του, και της ηπατίτιδας Β και της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού έναντι αυτής.

Στα αρχεία καταγραφής ασθενών και θεραπευτικών μεθόδων των νεφροπαθών δεν περιλαμβάνονται οι ασθενείς με νεφρικές νόσους πριν τη νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και οι ασθενείς που πεθαίνουν χωρίς να είναι ενταγμένοι σε πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Η ύπαρξη πάντως και λειτουργία σήμερα πολυάριθμων αρχείων ανά τον κόσμο, έχει καταστήσει τη νεφρική ανεπάρκεια μια καλώς μελετώμενη χρόνια νόσο, ιδιαίτερα από απόψεως επιδημιολογίας και κλινικής έκβασης, αξιοζήλευτη σε πλείστους ιατρικούς χώρους, που μπορεί ήδη να παρουσιάζεται ως πρότυπο για άλλα ειδικά επιστημονικά



αρχεία, αφού στις άλλες ειδικότητες, πιθανόν με την εξαίρεση της μελέτης διαφόρων μορφών καρκίνου, δεν υπάρχουν τόσες πολλές πληροφορίες στηριζόμενες σε πληθυσμιακά δεδομένα και σχετιζόμενες με αναλύσεις επίπτωσης, επιπολασμού, θεραπείας και έκβασης.

Από την ανάλυση των μέχρι σήμερα δεδομένων όλων των διεθνών και εθνικών αρχείων καταδεικνύεται προοδευτική αύξηση του αριθμού των νέων ασθενών κατ' έτος που εντάσσονται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής ανεπάρκειας και παράλληλα, η ύπαρξη σημαντικών διαφορών του αριθμού αυτού ανά εκατομμύριο πληθυσμού από χώρα σε χώρα. Ο υψηλότερος αριθμός κατ' έτος συνεχίζει να εμφανίζεται στις Η.Π.Α.

Αύξηση παρατηρείται επίσης στο σύνολο των υπό θεραπεία ασθενών κατ' έτος, επειδή όπως είναι γνωστό σε όλες τις χώρες ο αριθμός των νεφροπαθών κατ' έτος υπερέχει σημαντικά του αριθμού των θανάτων, καθώς και διακύμανση αυτού του αριθμού, από χώρα σε χώρα. Η Ιαπωνία και οι Η.Π.Α. εμφανίζουν και στον αριθμό αυτό τις υψηλότερες τιμές, με την Ιαπωνία να προηγείται σημαντικά απ' όλες τις χώρες, περιλαμβανομένων των Η.Π.Α.

Τα διαθέσιμα δεδομένα εμφανίζουν επίσης μεγάλη ποικιλία μεταξύ των χωρών και ως προς τις εφαρμοζόμενες μορφές θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής ανεπάρκειας. Η αιμοκάθαρση συνεχίζει να αποτελεί την κυρίαρχη μορφή θεραπείας. Η εφαρμογή της κατ' οίκον αιμοκάθαρσης εμφανίζει παγκοσμίως μείωση. Η περιτοναϊκή κάθαρση, παρά το ότι το ποσοστό της τα τελευταία χρόνια, παγκοσμίως δεν αυξάνεται ή και μειώνεται, χρησιμοποιείται για περισσότερο του 50% των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση στη Ν. Ζηλανδία και περίπου για το 1/3 στην Αυστραλία και τον Καναδά. Κυρίως όμως είναι ακόμα ευρέως διαδεδομένη, ως πρώτη μορφή θεραπείας στη Βόρεια Ευρώπη

και στις Σκανδιναβικές χώρες. Η αύξηση του ποσοστού της περιτοναϊκής κάθαρσης επισυμβαίνει παράλληλα με τη μείωση της κατ' οίκον αιμοκάθαρσης. Η επιβίωση της τεχνικής της περιτοναϊκής κάθαρσης υπολείπεται της επιβίωσης της τεχνικής της αιμοκάθαρσης, παρά την αύξηση της διαθέσιμης πείρας και τη μείωση των ποσοστών περιτονίτιδας.

Ακόμη σημαντική διακύμανση εμφανίζουν και τα ποσοστά που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ως κριτήριο τον αριθμό των μεταμοσχευμένων ασθενών ως ποσοστό της δεξαμενής των ασθενών, προηγούνται οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης και ιδίως οι Σκανδιναβικές, λαμβάνοντας όμως υπ' όψιν ως κριτήριο το ποσοστό των μεταμοσχευμένων ασθενών Α.Ε.Π. υψηλά ποσοστά εμφανίζουν εκτός από τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και οι Η.Π.Α. και η Ισπανία, η οποία κατά τα τελευταία έτη εμφανίζει υψηλούς αριθμούς μεταμοσχεύσεων ετησίως, ενώ στην Ιαπωνία οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σχεδόν αποκλειστικά με εξωνεφρική κάθαρση.

## 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Το συνολικό κόστος αιμοκάθαρσης περιλαμβάνει : α) σταθερό κόστος, που είναι οι μισθοί ιατρών, νοσηλευτών, προσωπικού, οι αποσβέσεις μηχανημάτων και λοιπού εξοπλισμού και το κόστος υποστηρικτικών υπηρεσιών. β) μεταβλητό κόστος που είναι τα υλικά συνεδρίας αιμοκάθαρσης όπως τα φίλτρα, οι βελόνες, το διάλυμα, οι σύριγγες κλπ. Και τα φάρμακα, η ερυθροποιητίνη κυρίως που αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης του συνολικού πραγματικού κόστους, ο σίδηρος και άλλα φάρμακα. Άλλες παράμετροι μεταβλητού κόστους είναι το αναλώσιμο υλικό αποθήκης, η συντήρηση των μηχανημάτων, το νερό, το ηλεκτρικό ρεύμα, η θέρμανση, οι δαπάνες καθαριότητας, οι εργαστηριακές εξετάσεις. Πρέπει να σημειωθεί ότι το κόστος των φίλτρων αιμοκάθαρσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κόστους που υπερβαίνει το 1/3 του συνολικού πραγματικού κόστους, των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων.

Έχουν πραγματοποιηθεί και ανακοινωθεί τρεις πρόσφατες μελέτες του πραγματικού συνολικού κόστους της αιμοκάθαρσης στη χώρα μας (Γ. Μπριστόγιαννης, Β. Καλοκάθη, Α. Πουλόπουλος, Δ. Γεωργακοπούλου «μελέτη λειτουργικού κόστους νοσοκομειακής μονάδας τεχνητού νεφρού» Θεσ/νίκη 2002, Δ. Κεϊτελίδου, Ε. Σακκά, Π. Βαμβακάρη, Σ. Τριγώνης, Π. Ζηρογιάννης, Λ. Λιαρόπουλος «η οικονομική αποτίμηση της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα» Θεσ/νίκη 2002, «μελέτη καταγραφής νεφροπαθών και κόστους παροχών του Ι.Κ.Α.» εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ 18/8/2002) Το συνολικό κόστος ανά συνεδρία αιμοκάθαρσης σύμφωνα με τις τρεις αυτές μελέτες, κυμαίνεται από 160 ευρώ έως 203 ευρώ.

Η πρώτη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μονάδα τεχνητού νεφρού νοσοκομείου με 18 θέσεις αιμοκάθαρσης, 3 γιατρούς, 22 νοσηλευτές, 1 βοηθό θαλάμου, 1 τραυματιοφορέα, που εξυπηρετεί 80 περίπου νεφροπαθείς σε τρία ημερήσια προγράμματα. Το συνολικό κόστος ανά συνεδρία σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης αυτής ανέρχεται στα 160 ευρώ. Για τη μελέτη του κόστους ελήφθη υπ' όψιν το σταθερό κόστος και το μεταβλητό. Τα φίλτρα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το 96% του κόστους. Στις άλλες δύο μελέτες προκύπτει συνολικό κόστος ανά συνεδρία μεγαλύτερο της πρώτης. Στη δεύτερη που έγινε με βάση τη μικροοικονομική αποτίμηση όλων των παραγόντων κόστους, περιλαμβανομένου του κόστους των υποστηρικτικών υπηρεσιών, το συνολικό κόστος υπολογίστηκε στα 183 ευρώ, ενώ στη τρίτη στα 203,9 ευρώ. Οι μελέτες αυτές πραγματοποιήθηκαν σε μονάδες που λειτουργούν μέσα σε νεφρολογικά τμήματα νοσοκομείων και όχι σε αμιγείς μονάδες τεχνητού νεφρού, παράγοντας που τροποποιεί αυξητικά τον υπολογισμό του συνολικού κόστους ανά συνεδρία. Υπενθυμίζεται ότι και οι τρεις ανωτέρω τιμές αφορούν το πραγματικό, συνολικό κόστος αιμοκάθαρσης και όχι τις δαπάνες που περιλαμβάνονται στην «τιμή αιμοκάθαρσης» ή το «τιμολόγιο αιμοκάθαρσης νοσοκομείων».

Το ισχύον νομικό πλαίσιο σχετικά με την «τιμή αιμοκάθαρσης», το «τιμολόγιο εξωνεφρικής κάθαρσης για τα νοσοκομεία» και τις προδιαγραφές λειτουργίας Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης προσδιορίζεται με τα : α) ΠΔ 984/7.9.81 (ΦΕΚ 246 τ.Α/10.9.81), β) Υπ. Απόφ. Α3α/10219/3.10.91 (ΦΕΚ 877 τ.Β/29.10.91) και γ) ΠΔ 114/29.3.2000 (ΦΕΚ 107 τ.Α/6.4.2000). Η «τιμή αιμοκάθαρσης» προσδιορίζεται στις 14.711 δρχ. στην τιμή αυτή δεν περιλαμβάνεται η αξία του φίλτρου, των αγωγών και βελόνων καθώς και των διττανθρακικών διαλυμάτων. Ακόμα με την Υ4α/οικ.1320/3.2.98 (ΦΕΚ

99τ. Β/10.2.98) «τιμολόγιο εξωνεφρικής κάθαρσης» ορίζεται για τα νοσοκομείο η τιμή των 50.000δρχ.

Υπολογισμός του κόστους του «τιμολογίου αιμοκάθαρσης» βάσει των δεδομένων των μελετών μπορεί να γίνει με την αφαίρεση του κόστους των φαρμάκων που χρησιμοποιούν οι αιμοκαθαιρούμενοι ασθενείς από το συνολικό κόστος. Σύμφωνα με τα δεδομένα των δύο πρώτων μελετών, το τιμολόγιο των 50.000δρχ. καλύπτει περίπου το ανωτέρω κόστος από το οποίο δεν έχει αφαιρεθεί και το κόστος μισθοδοσίας.

Υπολογισμός της «τιμής αιμοκάθαρσης» βάσει των δεδομένων των μελετών κόστους και κυρίως της πρώτης μελέτης, τα δεδομένα της οποίας αποτελούν δεδομένα αμιγούς Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, μπορεί να γίνει με την αφαίρεση της καταβαλλόμενης χωριστά στους προμηθευτές, αξίας των φίλτρων, αγωγών, βελόνων, διαλύματος, καθώς και των φαρμάκων από το συνολικό κόστος. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα η «τιμή αιμοκάθαρσης» αντιστοιχεί σε 74 ευρώ περίπου.

Πρέπει να αναφερθεί ότι το τελικό κόστος στους διάφορους τύπους Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της μονάδας. Έτσι στον κρατικό τομέα οι αμιγείς Μονάδες Εξωνεφρικής Κάθαρσης μπορεί να έχουν κόστος συνεδρίας μικρότερο από αυτές που λειτουργούν μέσα στα πλαίσια νεφρολογικού τμήματος, αφού οι δεύτερες επιβαρύνονται με κόστος που αφορά τις λειτουργίες του τμήματος. Ακόμη η πλήρης αξιοποίηση των υπαρχουσών δομών μιας Μονάδας Εξωνεφρικής Κάθαρσης (πχ. αριθμός μηχανημάτων, βάρδιες κλπ.) είναι παράγων που μειώνει το τελικό κόστος συνεδρίας. Επιπλέον μπορεί να υφίστανται διαφορές στο κόστος μεταξύ κρατικών και ιδιωτικών μονάδων που μπορεί να οφείλονται στο διαφορετικό κόστος μισθοδοσίας για παράδειγμα του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, που

αποτελεί σημαντικό τμήμα διαμόρφωσης του τελικού κόστους. Στον ιδιωτικό τομέα μπορεί να υφίστανται διαφορές στο τελικό κόστος συνεδρίας μεταξύ των μονάδων που λειτουργούν μέσα σε κλινικές και αυτών που λειτουργούν εκτός κλινικών. Είναι λογικό να αναμένεται στις δεύτερες μεγαλύτερο κόστος απόσβεσης καθώς και λειτουργικό κόστος, κυρίως των υποστηρικτικών υπηρεσιών ανά συνεδρία, αφού αυτές κατανέμονται σε μικρότερο τελικά αριθμό ασθενών. Τέλος οι προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών είναι ορθώς απαιτητικότερες από αυτές των ιδιωτικών κλινικών ως προς τη στελέχωση με ιατρικό προσωπικό.

Είναι προφανές ότι όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία κόστους ισχύουν υπό την προϋπόθεση της τήρησης όλων των υφισταμένων, τουλάχιστον, προδιαγραφών λειτουργίας, αφού τα στοιχεία των προαναφερθεισών μελετών συνολικού κόστους αιμοκάθαρσης αντλήθηκαν από μονάδες που η λειτουργία τους τις υπερκαλύπτει.

Τον Απρίλιο του 2001 το Ι.Κ.Α. με εντολή της υποδιοικητού σε θέματα υγείας κυρίας Εύης Χατζηανδρέου διενήργησε μελέτη έπειτα από τη διαπίστωση ότι η διοίκηση του Ι.Κ.Α. δεν είχε στη διάθεσή της επαρκή στοιχεία για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση των προβλημάτων και των αιτημάτων των νεφροπαθών. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη που γίνεται για την καταγραφή του αριθμού των νεφροπαθών ανά γεωργική περιφέρεια, καθώς και του κόστους των παροχών. Αποτελεί δε τη πυξίδα για μια σειρά αντίστοιχων μελετών για τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες ασθενών.

Σύμφωνα με τη μελέτη οι νεφροπαθείς είναι μια πολυπληθής ομάδα και το Ι.Κ.Α. δαπανά ετησίως 134.996.331,6 ευρώ κατ' ελάχιστον, για το σύνολο των νεφροπαθών, πλην των μεταμοσχευμένων, ενώ η μέση ετήσια δαπάνη ανά νεφροπαθή ανέρχεται σε περίπου 32.281,7 ευρώ.

Περίπου το 50% των νεφροπαθών αντιμετωπίζονται σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού νοσοκομείων της Αττικής, άλλοι σε Μονάδες νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, ενώ μικρότερος αριθμός σε Μονάδες νοσοκομείων της περιφέρειας Ιονίων Νήσων. Βέβαια οι περισσότερες Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (50 από τις 117 που υπάρχουν σε όλη τη χώρα) λειτουργούν στην Αττική, στη Θεσσαλονίκη υπάρχουν 17 ενώ στα Ιόνια Νησιά λειτουργούν μόλις 3.

Δυσανάλογα μεγάλη συσσώρευση παρατηρείται στις ιδιωτικές Μονάδες Τεχνητού Νεφρού έναντι των κρατικών. Σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη παρατηρείται σχεδόν διπλάσια ανά νεφροπαθή που αιμοκαθαίρεται σε ιδιωτική μονάδα έναντι αυτών του Ι.Κ.Α.

Το μεγαλύτερο κόστος συνεδρίας αιμοκάθαρσης παρουσιάζεται στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού του Ι.Κ.Α. (203,9 ευρώ) χωρίς να περιλαμβάνεται κόστος απόσβεση μηχανημάτων και λειτουργικά έξοδα, έπονται οι συμβεβλημένες κλινικές (117,7 ευρώ) και τέλος τα κρατικά νοσοκομεία (146,7 ευρώ).

Εκτός από το κόστος των αιμοκαθάρσεων και των φαρμάκων που χορηγούνται στους νεφροπαθείς εξίσου μεγάλο είναι κι αυτό των μετακινήσεων. Ελλείπει μονάδων στην περιφέρεια οι περισσότεροι νεφροπαθείς αναγκάζονται να μεταβαίνουν τρεις φορές την εβδομάδα στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη ή σε άλλη μεγάλη πόλη για να κάνουν αιμοκάθαρση, μάλιστα ορισμένοι έχουν ήδη εγκατασταθεί στην Αθήνα για λιγότερη ταλαιπωρία. Σύμφωνα με τη μελέτη το κόστος μετακίνησης ανά ασθενή σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού για αιμοκάθαρση στην επαρχία είναι σχεδόν διπλάσιο έναντι αυτών της περιοχής της Αττικής. Το γεγονός αυτό οφείλεται προφανώς στη συγκέντρωση των περισσότερων Μονάδων Τεχνητού Νεφρού στην Αττική και σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα στα οποία μεταφέρονται οι ασθενείς. Η κυρία

Χατζηανδρέου αναφέρει: «σκεφτείτε ότι πληρώνουμε νεφροπαθείς που έρχονται από την Κρήτη στην Αθήνα για να κάνουν αιμοκάθαρση, τα ποσά είναι τεράστια...Το 2000 χρησιμοποίησαν ταξί για μετακινήσεις εντός του λεκανοπεδίου 308 νεφροπαθείς και 1.293 για μετακινήσεις εκτός Αττικής...Στην περιφέρεια 1.315 νεφροπαθείς χρησιμοποίησαν ταξί για να μεταβούν σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού εντός της πόλης που διαμένουν και 634 για να αλλάξουν πόλη ή νομό.» δεν είναι λίγοι όμως και εκείνοι που ενώ έχουν δικό τους μέσο μεταφοράς ή διαμένουν σε συγγενή τους στην Αθήνα εμφανίζουν προς τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. αποδείξεις για μετακινήσεις τις οποίες ουδέποτε είχαν κάνει. Τα ποσά που εισπράττουν μοιράζονται με... τον οδηγό του ταξί. Χαρακτηριστικές είναι οι δύο ακόλουθες περιπτώσεις: 1) Νεφροπαθής που διέθετε αναπηρικό αυτοκίνητο έκοβε αποδείξεις 1.467 ευρώ μηνιαίως για να μεταβεί στην Αθήνα από το Κρανίδι. 2) Άλλος νεφροπαθής πληρωνόταν κάθε μήνα από το Ι.Κ.Α. για να μεταβαίνει στην Αθήνα από τη Λάρισα, ενώ όπως αποδείχτηκε, διέμενε μόνιμα στο σπίτι της κόρης του στη Νίκαια. (Ελενα Φυντανίδου, ΤΟ ΒΗΜΑ, 18/08/2002)

Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναφέρουμε ως παράδειγμα τη μελέτη του εργαστηρίου οργάνωσης και αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, νεφρολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς, για την οικονομική αποτίμηση της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα. Από τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια είναι η αύξηση των δαπανών συνέπεια δημογραφικών χαρακτηριστικών (π.χ. γήρανση πληθυσμού) αλλά και λόγω της ταχύτητας ανάπτυξης και διάχυσης των νέων τεχνολογιών υγείας. Προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η κατανομή των πόρων πρέπει να γίνεται με οικονομικά αποδοτικό τρόπο και με στόχο τη



μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους. Στη χώρα μας οι προσπάθειες εντοπισμού και αξιολόγησης των οικονομικών συνεπειών είναι ελάχιστες. Η μελέτη έχει ως στόχο την οικονομική αποτίμηση του κόστους, με το οποίο επιβαρύνεται ο υγειονομικός τομέας λόγω της ενδονοσοκομειακής αιμοκάθαρσης. Υπολογίσαμε το συνολικό κόστος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης, καθώς και το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας και καταγράφηκε και η χρήση όλων των υλικών, φαρμάκων, εξετάσεων κλπ. Κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Τα αποτελέσματα ήταν : 1) το συνολικό κόστος μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης υπερβαίνει τα 180 ευρώ, με βασικό διαμορφωτή το κόστος των υγειονομικών υλικών. 2) το συνολικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στο Νεφρολογικό τμήμα υπολογίστηκε περίπου στα 229 ευρώ. Από το σύνολο των ασθενών της Μ.Τ.Ν. νοσηλεύτηκε το 46,1% και η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 8,5 ημέρες. 3) το συνολικό κόστος της συγκεκριμένης θεραπείας για την Ελλάδα ανερχόταν το 1999 περίπου σε 171,8 εκατομμύρια ευρώ, αποτελώντας περίπου το 2% των συνολικών δαπανών υγείας της χώρας. (Δ. Χ. Καϊτελίδου, Ε. Σακκά, Π. Βαμβακάρη, Σ. Τριγώνης, Π. Ν.Ζηρογιάννης, Λ. Λ. Λιαρόπουλος, 2002)

Πέρα από τα παραπάνω η νεφρική ανεπάρκεια έχει και ένα έμμεσο κόστος που αφορά το οικονομικό και το κοινωνικό επίπεδο του ίδιου του ασθενή. Δηλαδή τις επιπτώσεις της ασθένειας στην παραγωγικότητά του και στις υπηρεσίες του στο κοινωνικό σύνολο. Ο νεφροπαθής απουσιάζει συχνά από το χώρο εργασίας του και τρεις φορές την εβδομάδα υποχρεούται να υποβάλλεται σε τεχνητό νεφρό, γεγονότα που προκαλούν απώλειες κερδών τόσο στον ασθενή όσο και στον εργοδότη του. Έτσι είτε αναγκάζεται να υποαπασχολείται, είτε να μη μπορεί να εργαστεί. (Σιγάλας, 1996).

Ας λάβουμε τέλος υπ' όψιν και το μη προσδιοριζόμενο ψυχικό κόστος για τον ασθενή που είναι ο πόνος, η φόρτιση, οι τεταμένες σχέσεις στην οικογένεια και η κοινωνική απομόνωση πολλές φορές. Για αυτή την τελευταία η ηθική στήριξη και συμπαράσταση παίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχολογία του ασθενή και τον βοηθά να ενταχθεί ξανά χωρίς απώλειες στην κοινωνία (πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, 2000).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

## 1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ίδια η λέξη «κρίση» εκπέμπει μηνύματα απειλής ή κατεπείγουσας ανάγκης για δράση. Η λέξη «κρίση» χρησιμοποιείται και όταν αντιμετωπίζουμε μια επείγουσα, αγχωτική κατάσταση που καταβάλλει άτομο και οικογένεια. Είναι ένα σημαντικό γεγονός που απαιτεί από τα άτομα ή τις οικογένειες να αναδομήσουν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους, τον κόσμο και τη ζωή τους. (Patty, 1996)

Η παρέμβαση στην κρίση ορίζεται ως η διαδικασία επιρροής με ενεργό τρόπο της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των ατόμων κατά τη διάρκεια μιας περιόδου αστάθειας και έλλειψης ισορροπίας του συστήματός του και των λειτουργιών του. (Αλεξοπούλου, 2000)

Οπότε η παρέμβαση στην κρίση προϋποθέτει την αναγνώριση κάποιου συγκεκριμένου γεγονότος σαν κρίση, κι αυτό απαιτεί την ύπαρξη κοινωνικών χαρακτηριστικών που προσδίδουν την έννοια της κρίσης. Αυτά τα χαρακτηριστικά της κρίσης είναι:

- 1) Ένα γεγονός που πυροδοτεί το άγχος ή το μακροχρόνιο άγχος.
- 2) Το άτομο νιώθει βαθιά μελαγχολία.
- 3) Υπάρχει απώλεια, κίνδυνος ή ταπείνωση.
- 4) Υπάρχει η αίσθηση του ανεξέλεγκτου.

- 5) Τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα.
- 6) Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής.
- 7) Υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον.
- 8) Η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα. (Patty, 1996)

Όταν γίνεται η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, αναπηρίας ή υποτροπής, που εμφανίζονται με την επιδείνωση της υγείας του ατόμου, είναι πιθανόν να οδηγήσουν τον ασθενή σε κατάσταση κρίσης, ενώ από άλλους μπορεί να χαρακτηρισθούν ως στρεσογόνα προβλήματα που χρειάζονται επίλυση.

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπισθεί η κρίση, θα καθορίσει τη προσαρμογή του ασθενή στις νέες συνθήκες που προκύπτουν εξαιτίας της ασθένειας του. Εδώ καλείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να παρέμβει άμεσα εστιάζοντας τη δράση του στο εδώ και τώρα.

Σύμφωνα με Carlan, τον οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν τη μείωση του άγχους και την ενεργοποίηση του ατόμου ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας, καθώς και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Όπως αναφέρουν οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου στο βιβλίο τους «ψυχολογία στο χώρο της υγείας» (Αθήνα, 1995) ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να εστιάσει τη δράση του στα παρακάτω στάδια ώστε η παρέμβασή του να είναι αποτελεσματική:

- 1) Εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρεμβαίνει εκτιμώντας κάποια δεδομένα που αφορούν την ψυχική κατάσταση του ατόμου, τα ψυχικά

και κοινωνικά του αποθέματα και τα γεγονότα που συνέβαλαν στην κρίση.

## 2) Παρέμβαση στην κρίση.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός επικεντρώνεται στην παροχή πληροφοριών και στην ενημέρωση του ασθενούς, που θα τον βοηθήσει να βάλει σε τάξη το χάος που βιώνει από τις αλλαγές στη ζωή του που προκλήθηκαν εξαιτίας της κρίσης.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρέχει και συναισθηματική υποστήριξη, κάτι που συμβάλει στη μείωση της μοναξιάς και του άγχους που νιώθει ο ασθενής. Για κάποιους η αποδοχή υποστήριξης ισοδυναμεί με αδυναμία, εξάρτηση και απόδειξη της ανεπάρκειας τους και αν και την αποφεύγουν τη χρειάζονται.

Στο στάδιο αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να θέσει και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της κρίσης καθώς και βραχυπρόθεσμους στόχους δράσης, οι οποίοι βέβαια θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

## 3) Αξιολόγηση επιπτώσεων της κρίσης και προγραμματισμός για το μέλλον.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός αξιολογεί τις στρατηγικές που ενεργοποίησε το άτομο και το ενθαρρύνει για την αντιμετώπιση πιθανών μελλοντικών κρίσεων.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού που παρεμβαίνει στην κρίση είναι ενεργός και υποστηρικτικός και θα πρέπει να καθοδηγεί τον ασθενή χωρίς να του επιβάλλεται. Η παρέμβασή του πρέπει να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες και προσδοκίες του ασθενή και να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές του αντιδράσεις στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφρασή τους.

Η παρέμβαση στην κρίση ενέχει δύο βασικούς κινδύνους για τον Κοινωνικό Λειτουργό. Οι κίνδυνοι αυτοί αφορούν υπερεπένδυση και ταύτιση με τον ασθενή ή την αποξένωση και αποστασιοποίηση από αυτόν. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην προσπάθεια του να βοηθήσει το άτομο μπορεί να πιστέψει πως υποχρεούται να μοιραστεί τον πόνο της κατάστασης ή αντίθετα να απομακρυνθεί από τον ασθενή ελαχιστοποιώντας τη σοβαρότητα της κατάστασης προκειμένου να προστατέψει τον εαυτό του.

Επομένως, κατανοούμε πως είναι σημαντικό ο Κοινωνικός Λειτουργός να μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματα και τις ανάγκες του, να θέτει προσωπικούς και επαγγελματικούς στόχους και όρια και να τηρεί την επαγγελματική του ακεραιότητα, έτσι ώστε η παρέμβαση να έχει για τον ασθενή θετικά αποτελέσματα.

## 2. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) «υγεία είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η «υγεία» σαν τομέας επιστημονικής δραστηριότητας και σαν κοινωνικό αγαθό ενδιαφέρει ιδιαίτερα την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας.

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή οι πρώτοι Κοινωνικοί Λειτουργοί εμφανίζονται για εργασία στα νοσοκομεία τη δεκαετία του '50. (Καλπίνη – Παπαδοπούλου, 1998)

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού συνίσταται αφενός στη διεύρυνση των κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών, ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, τόσο προς τον ασθενή, όσο και προς την οικογένειά του. Στόχος αυτού είναι η επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου καθώς και η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό του περιβάλλον. (Τσάκα, 2003).

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού, εκπροσώπου της Κοινωνικής Υπηρεσίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο, είναι προληπτικό, υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό και ερευνητικό. Συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες – καθήκοντα του Κοινωνικού Λειτουργού συνίστανται στα παρακάτω:

- Εντοπίζει, διερευνά και αξιολογεί τα ειδικά προβλήματα του ασθενή που απευθύνεται στην Κοινωνική Υπηρεσία του

νοσοκομείου ή γίνεται παραπομπή του από άλλους (γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό).

- Προετοιμάζει τον ασθενή και τους οικείους του για την παραδοχή της ασθένειας και την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αγωγής.
- Βοηθά τον ασθενή για την προσαρμογή του στις συνθήκες διαβίωσης στο χώρο του νοσοκομείου.
- Επιδιώκει τη μείωση του άγχους που δημιουργείται στον ασθενή λόγω της απειλής της υγείας του, αλλά και λόγω της απομάκρυνσής του από το οικογενειακό του περιβάλλον.
- Βοηθάει τους ασθενείς σε θέματα πρακτικής φύσεως εφόσον αδυνατεί ο ίδιος ο ασθενής ή στερείται συγγενικών προσώπων για την αποκατάστασή του.
- Φροντίζει για την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και για την ομαλή επανασύνδεσή του με την οικογένειά του. Κι όπου αυτό δεν είναι δυνατό φροντίζει για την αποκατάστασή του σε νέο περιβάλλον.
- Εναπόκειται στην κρίση του Κοινωνικού Λειτουργού η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενή ή η παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία.
- Συμμετέχει στη διεπιστημονική – θεραπευτική ομάδα του νοσοκομείου για σφαιρική γνώση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.
- Βοηθάει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών μέσω της λήψης στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενή, το κοινωνικό του περιβάλλον,



τις συνθήκες διαβίωσής του και τις ενδοοικογενειακές του σχέσεις για την πιο εξατομικευμένη θεραπεία του ασθενή.

- Δημιουργεί ομάδες ασθενών για συμβουλευτική παρέμβαση με σκοπό να προσαρμοστούν στην κατάσταση υγείας τους και να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους.
- Ενημερώνει τον ασθενή για μια πιθανή χειρουργική επέμβαση, όπως για παράδειγμα μια μεταμόσχευση.
- Ενημερώνει τους ασθενείς για την αναγκαιότητα της δωρεάς οργάνων και ιστών. (Καλπίνη – Παπαδοπούλου, 1998)

Γενικότερα η Κοινωνική Εργασία είναι η επιστήμη με την οποία επιδιώκονται η συνειδητοποίηση από το άτομο του συγκεκριμένου προβλήματός του και της ικανότητας που διαθέτει για την επίλυσή του. Καθώς και η κινητοποίησή του και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του περιβάλλοντος με σκοπό την αρμονική ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Η Κοινωνική Εργασία πρέπει να πειθαρχεί σε ένα σύστημα αρχών που θεωρούνται σημεία στήριξης και αφετηρίας. Οι αρχές αυτές αναλύθηκαν στην αρχή του κεφαλαίου.

Η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στις Νεφρολογικές Κλινικές ειδικότερα πρέπει να προσανατολίζεται σε δύο κυρίως κατευθύνσεις:

A) Την επαγρύπνησή του για τα κοινωνικά προβλήματα των ασθενών και

B) Την ανάπτυξη μεθόδων που θα τον κάνουν ικανό να επιλαμβάνεται έγκαιρα των προβλημάτων και των αναγκών των ατόμων και να παρεμβαίνει κατάλληλα.

Για να είναι ουσιαστική και αποτελεσματική η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού πρέπει να συμβάλλουν και δύο σημαντικοί παράγοντες. Πρώτον πρέπει να αποστασιοποιείται ο ίδιος από την τραγικότητα της ασθένειας. Δεύτερον, θα πρέπει να έχει άμεση, τακτική και σωστή συνεργασία με κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, έτσι ώστε να υπάρχει κοινή αντιμετώπιση με βάση το ιστορικό, την προσωπικότητα και τις αντιδράσεις του ασθενή και του στενού του περιβάλλοντος. Έτσι, αποφεύγονται τυχόν λανθασμένες ενέργειες που επιβραδύνουν περισσότερο την ήδη φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. (Τσάκα, 2003)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην εργασία του στο νοσοκομειακό πλαίσιο θα πρέπει να βρίσκεται στο πλευρό του ασθενή σε όλες τις φάσεις της ασθένειάς του και να τον αντιμετωπίζει ως ξεχωριστή προσωπικότητα, μοναδική οντότητα. Σε κάθε ενέργειά του θα πρέπει να σέβεται αυτόν, καθώς και τα δικαιώματά του.

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1995) τα δικαιώματα του ασθενή είναι τα εξής:

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή οντότητα με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
- Το δικαίωμα να δέχεται εξειδικευμένη φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές του ανάγκες.
- Το δικαίωμα να εκφράζεται ελεύθερα για τα συναισθήματά του, χωρίς να επιδέχεται κριτική γι' αυτά.
- Το δικαίωμα να ανακουφίζεται από πιθανούς οργανικούς πόνους.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του.

- Το δικαίωμα να ικανοποιούνται οι ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.
- Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος του.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως την τελευταία του στιγμή ως άτομο με σκέψεις, ανάγκες, συναισθήματα και επιθυμίες.

### **3. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1989), η χρόνια ασθένεια αποτελεί ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας τις πεποιθήσεις και τις προτεραιότητές του. Αισθάνεται παγιδευμένο σε μια κατάσταση που φαίνεται «αδιέξοδη» και αδυνατεί να θέσει στόχους και να επεξεργαστεί εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημά του.

Σχετικά με την ψυχολογική φροντίδα του νεφροπαθούς, ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται αφενός να αντιμετωπίσει, και αφετέρου να ανταποκριθεί στα αισθήματα θυμού, άγχους, κατάθλιψης, τα οποία είναι απολύτως φυσιολογικά και αποτελούν μέρος της ψυχικής διεργασίας θρήνου του ατόμου. Ο νεφροπαθής πρέπει αφού αναγνωρίσει, να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματά του για να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει. Ο Κοινωνικός Λειτουργός τον βοηθά να εκφράσει αυτά τα συναισθήματά του, τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του, χωρίς να κρίνει και να επιβάλλει τις απόψεις του. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Ο ασθενής διακατέχεται από στρες, για την υγεία που έχει χαθεί και για τη φυσική δύναμη που μειώνεται συνεχώς. Έτσι είναι φυσικό επακόλουθο συχνά να χάνει την υπομονή του, την αυτοπεποίθηση και τη σιγουριά του. Επίσης ο ασθενής αισθάνεται αδύναμος να ελέγξει τις σοβαρές αλλαγές που συμβαίνουν στον τρόπο ζωής του. Η ανασφάλεια που αισθάνεται ο νεφροπαθής ή και η υπερπροστασία που δέχεται από τους συγγενείς επιδρούν αρνητικά στην ανεξαρτητοποίησή του. Πρώτο μέλημα εδώ είναι η ανεξαρτητοποίηση, η αυτοδυναμία, η

δραστηριοποίηση και η ένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό περιβάλλον χωρίς περιορισμούς. (Τσάκα, 2003).

Σε πνευματικό επίπεδο, ο νεφροπαθής βιώνοντας τη νεφρική ανεπάρκεια και τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, οδηγείται σε υπαρξιακή κρίση κι έρχεται αντιμέτωπος με αναπάντητα ερωτήματα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθάει παραμένοντας ακροατής στον καταγισμό ερωτημάτων του ασθενή («γιατί εγώ;», «γιατί να υποφέρω;», «γιατί να γεννηθώ;») και παράλληλα λειτουργώντας υποστηρικτικά στο να αντιμετωπίσει ο ασθενής με αισιοδοξία και με ελπίδα το μέλλον. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995).

Η νεφρική ανεπάρκεια, όπως ήδη έχουμε δει, επιβάλλει κάποιους περιορισμούς στον ασθενή. εξαιτίας αυτών, ο ασθενής απομακρύνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον. Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει εναλλακτικούς τρόπους κάλυψης των αναγκών του και να έρθει σε επαφή με άτομα που ίσως θέλουν να τον φροντίσουν. Δηλαδή, ο Κοινωνικός Λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενή και του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995).

Τα προβλήματα πρακτικής φύσεως, τα προβλήματα απασχόλησης και τα οικονομικά προβλήματα γίνονται ακόμα πιο έντονα σε μοναχικά άτομα, λόγω έλλειψης ή άρνησης του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος, επομένως όλο το βάρος της αντιμετώπισης το επωμίζεται ο ίδιος ο ασθενής.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσω της λήψης του κοινωνικού ιστορικού και μέσω της γνωριμίας με το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον επιδιώκει να γνωρίσει: α) το χαρακτήρα του αρρώστου, β) την οικογενειακή και οικονομική του κατάσταση, γ) το κοινωνικό του

υπόβαθρο και τις αντιδράσεις που ίσως έχει, δ) τις επιδράσεις που ήδη έχει δεχτεί από το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό του περιβάλλον. Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει ως κύριο μέλημά του να παρακολουθεί τον ασθενή και την οικογένειά του στη προσπάθεια συμβιβασμού τους με το χρόνιο πρόβλημά του. Επίσης ως μέλημά του είναι η συνεχής επικοινωνία μαζί του προκειμένου να προετοιμαστεί ψυχολογικά για να δεχτεί με τον πιο κατάλληλο τρόπο τη νοσηλεία του και να δημιουργήσει μια σωστή σχέση με όλο το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό κλπ.), ώστε η παραμονή του να είναι ομαλή και όχι προβληματική ή δύσκολη.

Αν από τα στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού προκύψει έλλειψη ή απόρριψη από το οικογενειακό περιβάλλον, τότε το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός που όπως είδαμε και πιο πάνω, θα ευαισθητοποιήσει και μετά θα κινητοποιήσει την οικογένεια για να στηρίξει τον άρρωστο. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να βρίσκεται και σε επαγρύπνηση, η οποία εστιάζεται στον κίνδυνο που υπάρχει ο ασθενής να εξελιχθεί σε εξαρτώμενο άτομο με την πάροδο του χρόνου, λόγω της χρονιότητας του προβλήματός του.

Σ' αυτό το σημείο ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο στο να κατευθύνει σωστά τις δυνατότητες του ίδιου του ασθενή για αυτοβοήθεια, να τον κινητοποιήσει ώστε να απαιτήσει μεγαλύτερη αυτονομία και υπευθυνότητα συνεχίζοντας όπως πριν τις δραστηριότητές του που είχε αναπτύξει μέσα στην κοινότητα. Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού εδώ είναι καθοριστική ώστε να επανασυνδέσει τους δεσμούς που έχουν κοπεί με τις κοινωνικοπολιτιστικές ομάδες και οργανώσεις που δρουν στο χώρο. (Τσάκα, 2003).

Από τα παραπάνω καταλήγουμε στο ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολυδιάστατος, πολυμορφικός και απαιτεί ευελιξία.

Επίσης, δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι η φροντίδα του ασθενή για να είναι αποτελεσματική απαιτείται συνεργασία όλων των ειδικοτήτων της διεπιστημονικής μονάδας, (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί κλπ.).

#### **4. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ**

Η απόρριψη του μοσχεύματος, η εξασθένωση του οργανισμού από τη χρόνια υποβολή σε αιμοκάθαρση ή η διαρκώς φθίνουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς, που δε μπορεί να αντιστραφεί πλέον από κανένα θεραπευτικό μέσον, σηματοδοτεί την έναρξη της τελικής φάσης της ζωής του ασθενή.

Πολλοί πιστεύουν ότι είναι απαραίτητο να ενημερώνεται ο ασθενής για τη διάγνωση και πρόγνωση του θανάτου του, ενώ ορισμένοι θεωρούν αναγκαία τη συνειδητοποίηση και αποδοχή της θανατηφόρου έκβασης της ασθένειας από το ίδιο το άτομο. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να συμπαραστέκεται στον ασθενή, τονίζοντας τις ανάγκες του, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές, και διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπεια της προσωπικότητάς του ως το τέλος της ζωής του.

Όταν ο ασθενής προχωρά στη τελική φάση της ζωής του είναι μεγάλη ανακούφιση γι' αυτόν να ξέρει ότι κάποιος είναι μαζί του και του συμπαραστέκεται. Ο Κοινωνικός Λειτουργός δε βοηθάει το άτομο να πεθάνει, αλλά να ζήσει μέχρι να πεθάνει, δε δουλεύει με το πρόβλημα, αλλά με το άτομο που έχει το πρόβλημα. Δεν του κρύβει τα γεγονότα, αλλά ούτε του επιβάλλει την πληροφόρηση, που αφορά την κατάσταση του. Σέβεται τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαλέγει να αντιμετωπίσει το θάνατό του.

Στην τελική φάση ο Κοινωνικός Λειτουργός αφήνει το άτομο να τον καθοδηγήσει και είναι έτοιμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του,



παρέχοντας ενδιαφέρον, κατανόηση και συναισθηματική στήριξη. Δίνει έμφαση στο παρόν και στις δυνατότητες που μπορεί να χρησιμοποιήσει σήμερα το άτομο. Κυρίως προσπαθεί να συμφιλιώσει τον ασθενή με την ιδέα του θανάτου, του συμπαραστέκεται κι έχοντας διακριτικότητα τον βοηθάει να ζήσει όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα την παραμονή του στο νοσοκομείο μέχρι τη στιγμή που θα έρθει ο θάνατος. (Λαγού – Παπαδοπούλου, 1991)

Σύμφωνα με την Elisabeth Kubler – Ross, ο ασθενής διέρχεται από τα εξής στάδια:

#### 1) Στάδιο της άρνησης.

Στο άκουσμα του θανάτου η άρνηση λειτουργεί ως ασπίδα προστασίας για το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Άλλες φορές ο ασθενής αρνείται τη διάγνωση και την θεραπευτική αγωγή και άλλες αρνείται τη πιθανότητα του θανάτου. Ο μηχανισμός της άρνησης μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του αρρώστου, ειδικά όταν δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές και περιφέρεται σε διάφορους γιατρούς ελπίζοντας ότι θα ακούσει κάτι διαφορετικό για τη πορεία της υγείας του. Ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να γνωρίζει ότι ο μηχανισμός της άρνησης χρησιμοποιείται σχεδόν από όλους τους ασθενείς όχι μόνο στα πρώτα στάδια της ασθένειας τους, αλλά ως και την τελική φάση της ζωής τους.

#### 2) Στάδιο του θυμού.

Το στάδιο της άρνησης αντικαθίσταται από συναισθήματα θυμού, ζήλιας και οργής. Τα συναισθήματα αυτά οφείλονται στην έλλειψη ελέγχου και το αίσθημα αδικίας. Σε αντίθεση με το στάδιο της άρνησης, το στάδιο του θυμού είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπισθεί εκ μέρους

του Κοινωνικού Λειτουργού, γιατί ο ασθενής μεταθέτει το θυμό του προς όλες τις κατευθύνσεις (οικογένεια, φίλους, ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό). Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να χρησιμοποιήσει το θυμό του εποικοδομητικά, έτσι ώστε να διεκδικήσει πληροφόρηση, καλύτερη φροντίδα ή ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του.

### 3) Στάδιο της διαπραγμάτευσης (ή του παζαρέματος).

Το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος όπως λέγεται είναι το λιγότερο γνωστό, αλλά είναι εξίσου βοηθητικό για τον ασθενή μιας και του προσφέρει την ψευδαίσθηση ότι μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειάς του. Οι διαπραγματεύσεις γίνονται με άτομα κύρους και συνήθως με το Θεό και αφορούν μια αναβολή, μια παράταση ζωής.

### 4) Στάδιο της κατάθλιψης.

Όταν ο ασθενής δε μπορεί να αρνηθεί πια την πραγματικότητα, όταν αυξάνονται τα συμπτώματά του και γίνεται πιο αδύναμος δε μπορεί να ξεγελά πια τον εαυτό του και τα συναισθήματά οργής και θυμού σύντομα θα αντικατασταθούν από μια αίσθηση μεγάλης απώλειας. Ο ασθενής πλέον αρχίζει να δέχεται ότι θα πεθάνει και θρηνεί. Η κατάθλιψη διακρίνεται σε «αντιδραστική» και σε «προπαρασκευαστική». Η «αντιδραστική κατάθλιψη» οφείλεται σε απώλειες που αντιμετωπίζει ο ασθενής στο παρόν και η «προπαρασκευαστική κατάθλιψη» οφείλεται στον αναλογισμό των επικείμενων απωλειών εν όψει του επερχόμενου θανάτου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του για να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει, να τα αποδεχτεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται.

### 5) Στάδιο της αποδοχής.

Ο ασθενής περνώντας όλα τα προηγούμενα στάδια, θα φτάσει σε ένα στάδιο κατά το οποίο δε θα νιώθει ούτε θυμό, ούτε κατάθλιψη για την μοίρα του. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από ένα «κενό» συναισθημάτων και μια φαινομενικά εσωτερική ηρεμία. Ο ασθενής έχει πάψει να αγωνίζεται για να σωθεί και αρχίζει να συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, επιδιώκοντας ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Η επικοινωνία του ασθενή με το περιβάλλον περιορίζεται στο να είναι περισσότερο μη λεκτική παρά λεκτική, το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν αποδοχή της κατάστασής του. Σε αυτό το στάδιο η οικογένεια του ασθενή χρειάζεται τη μεγαλύτερη υποστήριξη και κατανόηση απ' ό,τι ο ίδιος ο ασθενής. Ο Κοινωνικός Λειτουργός με την παρουσία του μπορεί να επιβεβαιώσει τον ασθενή ότι θα βρίσκεται κοντά του μέχρι το τέλος της ζωής του κι ότι δεν είναι απαραίτητη η λεκτική επικοινωνία. Μια ματιά, ένα χέρι, ένα φτιάξιμο στα μαξιλάρια και στα σεντόνια μπορεί να σημαίνουν πολύ περισσότερα από χίλιες λέξεις. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1995, Αλεξοπούλου 2000)

Τα στάδια της άρνησης, του θυμού, της διαπραγμάτευσης, της κατάθλιψης και της αποδοχής δε διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της ασθένειας. Η τελική φάση της ζωής ενός ασθενούς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν οριοθετείται εύκολα και μάλιστα πολλές φορές δεν υφίσταται καν γιατί η ζωή του νεφροπαθούς μπορεί να κοπεί από ένα ξαφνικό και αναπάντεχο γεγονός.

## 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Στην πραγματικότητα που λέγεται «ασθένεια» η οικογένεια της οποίας ένα μέλος νοσεί, διαδραματίζει το δικό της σημαντικό ρόλο. Επομένως ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά στον ασθενή, αλλά να αναφέρεται σε ολόκληρο το σύστημα της οικογένειας.

Σε αυτή τη περίπτωση ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιεί λιγότερο παρεμβατικές τεχνικές και δεν είναι ιδιαίτερα καθοδηγητικός. Η παρέμβασή του απευθύνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, τόσο για να βοηθήσει κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά να επεξεργαστεί συναισθήματα και εμπειρίες, όσο και να ενθαρρύνει όλα τα μέλη να εκφράσουν προβληματισμούς και σκέψεις. Επομένως πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να δρουν ευέλικτα και να έχουν πλήρη ελευθερία έκφρασης συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών. Αυτά συμβάλλουν και στην ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας ώστε να συμμετέχουν ενεργά στην εκείνων των συνθηκών που προκύπτουν απ' την αρρώστια και τη θεραπεία. (Ζαφείρης, Ζαφείρη και Μουζακίτης, 1999)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει καταλυτικό ρόλο για την οικογένεια. Βρίσκεται δίπλα στην οικογένεια του ασθενή από την αρχική φάση της ασθένειας και τη βοηθά όχι μόνο να υιοθετήσει μεθόδους αντιμετώπισης της νέας πραγματικότητας, αλλά και να τις επιλέξει η ίδια, καθώς επίσης και να θέσει στόχους, βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους για την ομαλή πορεία της.

Οι κύριοι στόχοι που πρέπει να έχει ο Κοινωνικός Λειτουργός στο σχέδιο παρέμβασής του στην οικογένεια του ασθενή είναι:

- Κατανόηση της ασθένειας και των συνεπειών που έχει στον ασθενή και στην οικογένειά του.
- Επίτευξη ειλικρινούς επικοινωνίας μεταξύ των μελών για την ασθένεια, τη πορεία της, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.
- Συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.
- Απόκτηση ευελιξίας από τα μέλη για την ομαλή προσαρμογή τους στις αλλαγές που προκύπτουν εξαιτίας της ασθένειας.
- Χρήση δεξιοτήτων στην επίλυση προβλημάτων με στόχο τη συνοχή της οικογένειας.
- Ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της οικογένειας από το περιβάλλον της.
- Οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια.
- Αναγνώριση της μοναδικότητας του κάθε μέλους της οικογένειας. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου. 1995)

## 6. ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που βασίζεται στα ανθρωπιστικά ιδεώδη και στη δημοκρατική φιλοσοφία. Αναγνωρίζει ότι κάθε κοινωνία οφείλει να λειτουργεί έτσι ώστε να παρέχει τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη στα μέλη της και στο ότι κάθε άνθρωπος έχει τα δικαιώματα και τις ευθύνες του, καθώς και το δικαίωμα να επιλέγει μόνος του τον τρόπο ζωής του στο βαθμό βέβαια που δεν προσκρούει στο ίδιο δικαίωμα που έχουν οι άλλοι. Η Κοινωνική Εργασία αποσκοπεί στην κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν απ' τις προσωπικές ή κοινωνικές σχέσεις και από τις ελλείψεις ή τα μειονεκτήματα των κοινωνικών συστημάτων. (Μουζακίτης, 1998)

Σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας για τον επαγγελματία Κοινωνικό Λειτουργό (1976) οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να δεσμεύονται απ' τις εξής αρχές:

- 1) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να σέβεται τη προσωπικότητα του εξυπηρετούμενου και να διαφυλάσσει την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά του.
- 2) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να αναγνωρίζει και να σέβεται την ατομικότητα και τις δυνατότητες του εξυπηρετούμενου και να ενθαρρύνει την αυτενέργειά του για την πραγματοποίηση των σκοπών του.
- 3) Ο Κοινωνικός Λειτουργός υποχρεούται να οριοθετεί την επαγγελματική σχέση σε ρεαλιστική βάση χωρίς να δίνει υποσχέσεις στον εξυπηρετούμενο που δεν μπορεί να εκπληρώσει.

- 4) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να δημιουργεί με τον εξυπηρετούμενο επαγγελματική σχέση που να βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια εκ μέρους του κοινωνικού λειτουργού.
- 5) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να τηρεί το «απόρρητον» και να μη δίνει πληροφορίες χωρίς τη συγκατάθεση του εξυπηρετούμενου. Αυτό δεν ισχύει αν ο εξυπηρετούμενος δε μπορεί να είναι υπεύθυνος ή αν ενδέχεται να κινδυνεύουν άλλοι.
- 6) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να προσφέρει αντικειμενικές υπηρεσίες και να μην επιδιώκει το προσωπικό του συμφέρον σε βάρος των συμφερόντων του εξυπηρετούμενου.

Πρωταρχική σπουδαιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να είναι το συμφέρον του εξυπηρετούμενου, και να ασκεί το επάγγελμά του με αφοσίωση, αποφασιστικότητα και με τη μέγιστη εφαρμογή επαγγελματικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων του. (Μουζακίτης 1998)

## 7. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURN OUT) ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

### 7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ BURN OUT

Το φαινόμενο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αποδίδεται το burn out στα ελληνικά, απασχόλησε και απασχολεί έντονα τον χώρο της έρευνας τα τελευταία χρόνια, δεδομένης της όλο και μεγαλύτερης εμφάνισης του στους επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, αλλά και στους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας.

Το 1974 ο ψυχαναλυτής Freudenberger επεσήμανε τον όρο του burn out πρώτος και αναφέρθηκε στη συναισθηματική και ψυχική εξουθένωση που προέρχεται από τις εργασιακές συνθήκες. Ο ίδιος αναφέρει πως υπάρχουν και προσωπικότητες που είναι πιο επιρρεπείς στο σύνδρομο αυτό, όπως για παράδειγμα η πολύ καλή αφοσιωμένη Κ.Α. που αναλαμβάνει πολύ δουλειά με υπερβολική ένταση. Ένας από τους πιο διαδεδομένους αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι του Maslach(1982) που τον διατυπώνει ως εξής:

«Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και μείωσης των προσωπικών επιτευγμάτων που συμβαίνει στα άτομα που ασχολούνται “με τα ανθρώπινα επαγγέλματα” όλων των ειδών.

Είναι η απόκριση σε μια χρόνια συναισθηματική εξουθένωση από τη διαρκή εργασία με άλλα άτομα και ειδικότερα άτομα με προβλήματα.» (Αλεξοπούλου,2002)



Σύμφωνα με το γλωσσάριο της ΑΨΕ το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης πρόκειται για μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο που εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις. (Μαδιανός, 2000)

Επίσης, ο Karger, υποστηρίζει ότι το επαγγελματικό burn out είναι παρόμοιο με τον όρο αλλοτρίωση/αποξένωση που δίνει ο Marx, σύμφωνα με τον οποίο η συναισθηματική εξουθένωση και η έλλειψη ικανοποίησης είναι συνέπειες του καπιταλιστικού συστήματος, στο οποίο οι εργάτες αποξενώνονται από το αντικείμενο της εργασίας τους, λόγω ανταγωνισμού, διάσπασης και έλλειψης αυτονομίας.

( Αλεξοπούλου, 2002)

## 7.2 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ BURN OUT

Οι συνθήκες που ευνοούν την ανάπτυξη του συνδρόμου αναφέρονται κυρίως στα χαρακτηριστικά του εργασιακού ρόλου(επαφές με πελάτες, σύγκρουση ή ασάφεια ρόλων κ.λ.π.), στα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας (οργανωτική δομή, αμοιβές κ.λ.π.) και σε χαρακτηριστικά του ατόμου ( φύλο, κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π.)

Το burn out του κοινωνικού λειτουργού δεν εμφανίζεται ξαφνικά και δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός, αντίθετα αποτελεί μια σταδιακή διαδικασία που χαρακτηρίζεται από χρόνια και συσσωρευμένο στρες. Αυτό έχει αντίκτυπο όχι μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και στους πελάτες και στις υπηρεσίες.

Για τον κοινωνικό λειτουργό τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Το σύνδρομο δημιουργεί τουλάχιστον τρία αρνητικά αποτελέσματα:

- Συναισθηματική εξουθένωση και αδυναμία χρήσης και επένδυσης συναισθηματικής ενέργειας σε άλλα άτομα.
- Από-προσωποποίηση και ανταπόκριση σε άλλα άτομα με σκληρό, αδιάφορο, αποστασιοποιημένο και χωρίς ευαισθησία τρόπο.
- Μειωμένη αίσθηση προσωπικών ικανοτήτων και επιτευγμάτων και μια αίσθηση ανεπάρκειας.(Αλεξοπούλου, 2002 )

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο αναφέρονται κυρίως στην επιδείνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, στη διαμόρφωση των προθέσεων από πλευράς του ατόμου για εγκατάλειψη του χώρου εργασίας κ.λ.π. ο εργαζόμενος Δε νιώθει ικανός επαγγελματίας, νιώθει ότι χάνει τις δυνάμεις του, προβληματίζεται για το

πώς θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα και δυσκολεύεται να αφοσιωθεί στους πελάτες του. Συχνά νομίζει ότι δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ή σε αυτές του επαγγελματικού του περιβάλλοντος. Σε ψυχοσωματικό επίπεδο οι πιο σημαντικές διαταραχές έχουν να κάνουν κυρίως με διαταραχές του ύπνου καθώς και ψυχοσωματικού τύπου διαταραχές. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται κατάθλιψη, γενική αδιαθεσία, συναισθήματα απόγνωσης, έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, πονοκέφαλοι, ευαλωσιμότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών- οιοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά. Για τους πελάτες αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη παροχή απρόσωπων και χωρίς φροντίδα υπηρεσιών, ενώ για τις υπηρεσίες να απασχολούν αναποτελεσματικούς κοινωνικούς λειτουργούς με άμεση ανάγκη απομάκρυνσης τους από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα της ψυχικής εξουθένωσης.( Αλεξοπούλου 2000,Μαδιανός 2000, Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1999, Τσάκα 2003)

### 7.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ BURN OUT

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προλάβει ή να αντιμετωπίσει το burn out και κάτι τέτοιο τίθεται απαραίτητο όχι μόνο για τον εαυτό του, αλλά και για τη φροντίδα των ασθενών του.

Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του burn out αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα και όχι στις αιτίες. Μερικές στρατηγικές πρόληψης που θεωρούνται αποτελεσματικές είναι οι εξής:

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί δημιουργούν μια θετική σχέση με την εργασία τους μόνο όταν έχουν τη βεβαιότητα ότι αυτό που κάνουν είναι σημαντικό και ότι είναι σε θέση να φέρουν αλλαγή στη ζωή των πελατών τους. Επομένως χρειάζονται βοήθεια για να αναπτύξουν τις ικανότητες τους και να χρησιμοποιούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά.
- Ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού να δημιουργήσει και να επεκτείνει ένα θεωρητικό υπόβαθρο.
- Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να θέτει ρεαλιστικούς στόχους και κάτι τέτοιο είναι μια σημαντική στρατηγική, μιας και έτσι θα είναι σε θέση να μετρήσει τη πρόοδο του Πελάτη και να αποκτήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης και κυριαρχίας στο περιβάλλον του.
- Εάν ο κοινωνικός λειτουργός συγκεντρωθεί στα δυνατά σημεία, στις ικανότητες και στους πόρους του πελάτη, μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης του burn out.
- Με την ανάπτυξη της αυτογνωσίας του κοινωνικού λειτουργού μειώνεται ο κίνδυνος του συνδρόμου. Η αυτογνωσία τον βοηθά να κατανοήσει τις προσωπικές του ανάγκες και τον βαθμό στον οποίο εμπλέκεται στη δουλειά του με τους πελάτες. Γνωρίζοντας καλά

τον εαυτό του και τις υποκειμενικές του αντιδράσεις σε σχέση με τους πελάτες οι οποίες καμιά φορά παρεμποδίζουν την αποτελεσματική έκβαση, θα είναι σε θέση να τις αναγνωρίσει και να τις διαπραγματευτεί.

- Είναι πολύ χρήσιμη η εποικοδομητική κριτική και το feed – back από τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους. Πρέπει επίσης να καλλιεργείται η διαρκής αξιολόγηση των στόχων.
- Η δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος στήριξης στους χώρους εργασίας είναι σημαντική και μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου.
- Η πλούσια και ενδιαφέρουσα προσωπική ζωή συντελεί στη θετική στάση απέναντι στην εργασία.
- Ένα πρώτο βήμα για την δημιουργία καλής προσωπικής ζωής είναι το «όρια» που πρέπει να θέτει ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του.
- Η οργάνωση ευθύνεται για την δημιουργία τέτοιων εργασιακών συνθηκών που να μειώνεται η ευπάθεια των κοινωνικών λειτουργών προς αυτό το σύνδρομο. (Αλεξοπούλου, 2000).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII : ΕΡΕΥΝΑ

## 1. Εισαγωγή

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια για την εξαγωγή συμπερασμάτων για τα άτομα που έχουν νεφρική ανεπάρκεια. Τα ερεθίσματα για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας ήταν πολλά. Τα πιο σημαντικά ήταν τα ακόλουθα:

- Η παρουσία των ειδικών και πιο συγκεκριμένα των κοινωνικών λειτουργών κι η χρησιμότητα τους.
- Η οικονομική κατάσταση των οικογενειών τους και πως το κράτος συνεισφέρει ή απέχει από αυτήν τη δυσκολία τους.
- Ο χώρος του νοσοκομείου και πόσο φιλόξενος ή όχι είναι, όταν αυτά τα άτομα είναι αναγκασμένα να το επισκέπτονται 3 φορές την εβδομάδα κι έχουν αναπτύξει μια σχέση πλήρους εξάρτησης με αυτό.

## 2. Υλικό και μέθοδος

Για την πραγματοποίηση της έρευνας η ομάδα κατασκεύασε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 32 ερωτήσεις, προκειμένου να διερευνήσει τις ακόλουθες παραμέτρους:

- Κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια.
- Συναισθήματα όταν πληροφορήθηκαν το γεγονός και τωρινά συναισθήματα.
- Συμπεριφορά προσωπικού και ανάγκη για συνομιλία με τυχόν άλλους ειδικούς.
- Η ζωή τους σήμερα και πόσο επηρεάστηκε
- Παρατηρήσεις των ίδιων

Για την αντιμετώπιση ορισμένων μεθοδολογικών προβλημάτων και αστοχιών, η ομάδα αποφάσισε την ακόλουθη διαδικασία για την υλοποίηση της έρευνας:

- Πηγή πληροφόρησης και ομάδα στόχου της έρευνας είναι οι ασθενείς που έχουν νεφρική ανεπάρκεια, αλλά σε περίπτωση

αδυναμίας ( π.χ. λόγω κατάστασης της υγείας, αδυναμίας συνεννόησης λόγω ηλικίας κλπ.), οι πληροφορίες που καταγράφονται στο ερωτηματολόγιο είναι δυνατό να συγκεντρωθούν και από το συνοδό του ασθενή, εάν υπάρχει.

- Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται μόνο από τα άτομα της ομάδας.
- Οι συνεντευκτές έχουν την ευελιξία να επαναδιατυπώνουν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κατά τέτοιο τρόπο, ώστε αυτές να γίνονται κατανοητές, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του κάθε ερωτώμενου.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται μόνο εφ' όσον πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Ο ασθενής έχει καταγραφεί στο Μητρώο της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.
- Ο ασθενής συναινεί για τη συμπλήρωσή του.
- Ώρες και ημέρες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, είναι αυτές κατά τις οποίες οι ασθενείς προσέρχονται για αιμοκάθαρση.

Τέλος, οφείλουμε να διευκρινίσουμε ότι η παραπάνω μεθοδολογία κρίθηκε ως η πιο ρεαλιστική, μολονότι παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, ιδιαίτερα στο σκέλος της αντικειμενικότητας των απαντήσεων ( π.χ. όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου αισθάνεται ότι οι απαντήσεις του, αν εμπεριέχουν αρνητικά σχόλια για το νοσοκομείο και το προσωπικό του, ίσως δεν είναι και τόσο ανώνυμες και πως ίσως την επόμενη φορά που θα έλθουν δεν εξυπηρετηθούν όπως πρέπει), καθώς δεν υπήρχαν κι οι οικονομικοί πόροι που θα εξασφάλιζαν έναν αντικειμενικότερο τρόπο καταγραφής των απόψεων των ερωτώμενων.

## 2.1 Χρονοδιάγραμμα της έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο κατασκευάστηκε τον Οκτώβριο του 2004. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 1<sup>η</sup> την Δεκεμβρίου έως την 31<sup>η</sup> Μαρτίου. Το μήνα Απρίλιο έγινε η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, καθώς, επίσης και η στατιστική ανάλυση μέσω του προγράμματος SPSS 8,0. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2004.

## 2.2 Πληθυσμός – Δείγμα της Έρευνας

Ως πληθυσμό της έρευνας θεωρήσαμε το σύνολο των ατόμων που κάνουν αιμοκάθαρση στην Αχαΐα και ο οποίος ανέρχεται σε, περίπου 230 άτομα. Το δείγμα που τελικά συγκεντρώσαμε ήταν 70 άτομα από τα δύο μεγάλα νοσοκομεία της Αχαΐας, το γενικό νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου.

## 2.3 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιελάμβανε 32 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1-10 αφορούν κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αστική ή μη προέλευση, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, ασφάλιση. Οι ερωτήσεις 11,12 ασχολούνται με τις κρατικές παροχές. Οι ερωτήσεις 13 και 14 αφορούν το πρόγραμμα που ακολουθεί ο κάθε πάσχων και τα χρόνια που υποβάλλεται στο πρόγραμμα. Οι ερωτήσεις 15-18 εξετάζουν τα συναισθήματα λόγω αιμοκάθαρσης και την επιρροή που είχε στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος. Οι ερωτήσεις 19-21 εξετάζουν την ύπαρξη συνοδείας κατά την αιμοκάθαρση καθώς και τη βοήθεια (ψυχολογική) που πιθανόν να χρειάζεται ο πάσχων. Οι ερωτήσεις 22 και 23 αφορούν το χώρο και το προσωπικό της μονάδας Τεχνητού Νεφρού. Από την 24-30 ασχολούμαστε με την εργασία τώρα για τον πάσχοντα. Η 31 αφορά την αυτοεκτίμηση του νεφροπαθή και τέλος, η 32 είναι μια γενική ερώτηση και μπορεί ο καθένας να συμπληρώσει ότι αυτός επιθυμεί και πιθανώς να διέφυγε από τις προηγούμενες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

## 2.4 Ερωτηματολόγιο

1) Φύλο : Άρρεν  Θήλυ

2) Ηλικία : .....

3) Οικογενειακή κατάσταση :

α) Άγαμος-η

β) Έγγαμος-η

γ) Χήρος-α

δ) Διαζευγμένος-η /σε διάσταση

ε) Σταθερή σχέση



4) Πόσα παιδιά έχετε;.....

5) Πού κατοικείτε τα τελευταία 5 χρόνια;

- α) Σε χωριό κάτω των 2000 κατοίκων.....
  - β) Σε πόλη από 2000- 10000 κατοίκους.....
  - γ) Σε πόλη από 10000- 50000 κατοίκους.....
  - δ) Σε πόλη πάνω από 50000 κατοίκους εκτός.....
  - ε) Πάτρα.....
  - στ) Αθήνα ..... Πειραιά..... Θεσ/νίκη.....
- Σε ποιο νομό;.....

6) Μορφωτικό επίπεδο :

- α) Απόφοιτος δημοτικού
- β) Απόφοιτος γυμνασίου
- γ) Απόφοιτος λυκείου
- δ) Ανώτερη- Ανώτατη εκπαίδευση
- ε) Άλλη σχολή αποφοίτησης:.....

7) Επάγγελμα :.....

8) Οικονομική κατάσταση :

- α) Καλή ( 1500 EURO και άνω)
- β) Μέτρια ( 800-1500 EURO)
- γ) Κακή ( < 800 EURO)

9) Είστε ενημερωμένος/η για τις κρατικές παροχές που δικαιούστε;

- α) Ναι
- β) Όχι

10) Σε ποιο ταμείο είστε εγγεγραμμένος/η;

- α) ΗΚΑ
- β) ΤΕΒΕ
- γ) Δημόσιο
- δ) ΟΓΑ
- ε) Δημόσιο
- στ) Άλλο

11) Είστε ευχαριστημένος/η από τις απολαβές αυτές;

- α) Καθόλου
- β) Λίγο
- γ) Αρκετά
- δ) Πολύ
- ε) Πάρα πολύ

12) Σε ποιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης υποβάλλεστε;

- α) Περιτοναϊκή στο σπίτι
- β) Περιτοναϊκή σε κλινική
- γ) Αιμοκάθαρση σε κλινική

13) Ηλικία έναρξης προγράμματος (Πότε αρχίσατε αιμοκάθαρση;)

.....

14) Πριν την υποβολή σας σε αιμοκάθαρση, γνωρίζατε τι είναι νεφρική ανεπάρκεια;

- α) Ναι
- β) Όχι

15) Ποια ήταν τα συναισθήματά που νιώσατε όταν πληροφορηθήκατε για την υποβολή σας στην αιμοκάθαρση;

- α) Άγχος
- β) Αγωνία
- γ) Ανησυχία
- δ) Απογοήτευση
- ε) Άρνηση
- στ) Περιέργεια
- ζ) Φόβο για το μέλλον
- η) Επιθετικότητα
- θ) Άλλο.....

16) Συναισθήματα στην τωρινή φάση της αιμοκάθαρσης.

- α) Άγχος
- β) Αγωνία
- γ) Ανησυχία
- δ) Απογοήτευση
- ε) Άρνηση
- στ) Περιέργεια

- ζ) Φόβο για το μέλλον   
η) Επιθετικότητα   
θ) Άλλο.....

17) Πόσο επηρέασε η αιμοκάθαρση την καθημερινή σας ζωή;

- α) Καθόλου   
β) Λίγο   
γ) Άρκετά   
δ) Πολύ   
ε) Πάρα πολύ

18) Με ποια πρόσωπα μοιράζεστε τις ανησυχίες σας;

- α) Σύντροφος / σύζυγος   
β) Γονείς   
γ) Παιδιά   
δ) Φίλος/η   
ε) Κάποιον άλλο.....

19) Τις ημέρες της αιμοκάθαρσης συνοδεύεστε από κάποιον/α άλλον/η;

- α) Ναι  β) Όχι

Εάν ναι, ποιος είναι αυτός/η;

- α) Σύντροφος   
β) Παιδιά   
γ) Συγγενής   
δ) Φίλος/η   
ε) Κάποιος άλλος.....

Εάν όχι, θα θέλατε κάποιον για βοήθεια και ποιόν;

- α) Επισκέπτης Νοσηλεύτης   
β) Κοινωνικός λειτουργός   
γ) Συγγενής   
δ) Φίλος   
ε) Κάποιον άλλον.....  
στ) Κανέναν

20) Έχετε συμβουλευτική υποστήριξη κατά την αιμοκάθαρση;  
α) Ναι  β) Όχι

Αν ναι, από ποιον;

- α) Ψυχολόγο
- β) Κοινωνικό λειτουργό
- γ) Ειδικευμένο νοσηλεύτη
- δ) Ψυχίατρο
- ε) Ειδικευμένο ιατρό
- στ) Κανέναν

21) Ο χώρος της αιμοκάθαρσης είναι:

- α) Φίλικός ( Ανθρώπινος)
- β) Ψυχρός
- γ) Αποκρουστικός
- δ) Εχθρικός

22) Το προσωπικό ( ιατρικό και νοσηλευτικό) είναι:

- α) Φίλικό
- β) Ψυχρό
- γ) Αποκρουστικό
- δ) Εχθρικό

23) Πριν την υποβολή σας στην αιμοκάθαρση εργαζόσασταν;

- α) Ναι  β) Όχι

Τι εργασία κάνατε;.....

24) Τώρα εργάζεστε;

- α) Ναι  β) Όχι

(Αν όχι, συνεχίστε στην ερώτηση 29)

25) Πιστεύετε ότι η απόδοση στην εργασία σας είναι ίδια μετά την υποβολή σας σε αιμοκάθαρση;

- α) Ίδια
- β) Καλύτερη
- γ) Μέτρια
- δ) Χειρότερη

26) Οι σχέσεις σας με τους συναδέλφους σας έχουν αλλάξει;

- α) Καθόλου
- β) Λίγο
- γ) Αρκετά
- δ) Πολύ
- ε) Πάρα πολύ

27) Οι τυχόν αλλαγές στην συμπεριφορά των συναδέλφων σας, πιστεύετε ότι οφείλονται στην ασθένειά σας;

- α) Ναι
- β) Όχι

28) Σας έχει επηρεάσει το γεγονός ότι δεν εργάζεστε;

- α) Καθόλου
- β) Λίγο
- γ) Αρκετά
- δ) Πολύ
- ε) Πάρα πολύ

29) Θεωρείτε ότι η ασθένεια σας έκανε να χάσετε την αυτοεκτίμησή σας;

- α) Ναι
- β) Όχι

30) Θέλετε να συμπληρώσετε κάτι άλλο;

.....  
.....  
.....

### 3. Αποτελέσματα της έρευνας

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο.

ΦΥΛΟ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΝΔΡΑΣ	51	72,9
ΓΥΝΑΙΚΑ	19	27,1
Σύνολο	70	100,0

Οι 51 ερωτηθέντες είναι άνδρες και οι 19 γυναίκες.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
21-30	1	1,4
31-40	1	1,4
41-50	8	11,4
51-60	23	32,9
61-70	23	32,9
71-80	14	20,0
Σύνολο	70	100,0

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 60 και μικρότερης των 80 ετών.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΓΑΜΟΣ/Η	5	7,1
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	52	74,3
ΧΗΡΟΣ/Α	8	11,4
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ /Η, ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	5	7,1
Σύνολο	70	100,0

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα παιδιά.

ΠΑΙΔΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Valid Percent	Cumulative Percent
0	9	12,9	13,0	13,0
1	11	15,7	14,5	27,5
2	22	31,4	31,9	59,4
3	19	27,1	27,5	87,0
4	8	11,4	11,6	98,6
5	1	1,4	1,4	100,0
Σύνολο	70	100	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν από ένα έως τρία παιδιά.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την κατοικία τους.

ΚΑΤΟΙΚΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΕΩΣ 2000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	2	2,9
2000-10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	8	11,4
10000-50000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	10	14,3
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 50000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	11	15,7
ΠΑΤΡΑ	39	55,7
Σύνολο	70	100,0

Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες διαμένουν στην Πάτρα, ενώ οι υπόλοιποι στην ευρύτερη περιοχή της Αχαΐας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την εκπαίδευση.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	22	31,4
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	19	27,1
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	8	11,4
ΑΝΩΤΕΡΗ-ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	7	10,0
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ /Η	13	18,6
ΑΛΛΟ	1	1,4
Σύνολο	70	100,0



Το 1/3 των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι δημοτικού.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ	4	5,7
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΙ	5	7,1
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	12	17,1
ΠΩΛΗΤΕΣ	3	4,3
ΓΕΩΡΓΟΙ,ΚΤΗΝΟ- ΤΡΟΦΟΙ	14	20,0
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	11	15,7
ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ	4	5,7
ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ	14	20,0
ΟΙΚΙΑΚΑ	3	4,3
Σύνολο	70	100,0

Τα 2/5 των ερωτηθέντων είναι γεωργοί-κτηνοτρόφοι και ανειδίκευτοι εργάτες.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΚΑΛΗ (1500€ ΚΑΙ ΑΝΩ)	3	4,3
ΜΕΤΡΙΑ (800- 1500€)	26	37,1
ΚΑΚΗ (<800€)	40	57,1
Σύνολο	70	100,0

Το 57,1% των ερωτηθέντων έχουν εισόδημα μικρότερο των 800 ευρώ το μήνα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τις παροχές που δικαιούνται.

ΠΑΡΟΧΕΣ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	66	94,3
ΟΧΙ	3	4,3
ΕΤΣΙ ΚΙ ΕΤΣΙ	1	1,4
Σύνολο	70	100,0

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι ενήμερη για τις παροχές που δικαιούται.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το ταμείο ασφάλισης.

ΤΑΜΕΙΟ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΑΝΑΣΦΑΛΙ ΣΤΟΣ	1	1,4
ΔΗΜΟΣΙΟ	9	12,9
ΙΚΑ	30	42,9
ΤΕΒΕ	9	12,9
ΝΑΤ	1	1,4
ΟΓΑ	15	21,4
ΠΡΟΝΟΙΑ	1	1,4
ΤΑΚΕ	1	1,4
ΤΑΠΟΤΕ	2	2,9
ΤΣΑΥ	1	1,4
Σύνολο	70	100,0

Το 42,9% των ερωτηθέντων είναι ασφαλισμένο στο ΙΚΑ.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την ικανοποίησή τους απ' τις κρατικές παροχές.

ΑΠΟΛΑΒΕΣ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	11,4
ΛΙΓΟ	26	37,1
ΑΡΚΕΤΑ	29	41,4
ΠΟΛΥ	6	8,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	1,4
Σύνολο	70	100,0

Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες είναι από καθόλου έως λίγο ικανοποιημένοι από τις κρατικές παροχές.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τις βελτιώσεις που θα ήθελαν οι ερωτηθέντες στις κρατικές παροχές.

ΑΥΞΗΣΕΙΣ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΣΥΝΤΑΞΗ	16	22,9
ΣΕ ΟΛΑ	18	25,7
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	8	11,4
ΕΠΙΔΟΜΑ ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΟ	18	25,7
ΟΧΙ	10	14,3
Σύνολο	70	100,0

Το 1/4 των ερωτηθέντων ζητούν βελτιώσεις σε όλες τις παροχές.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το πρόγραμμα που ακολουθούν οι πάσχοντες.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	3	4,3
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ	2	2,9
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ	65	92,9
Σύνολο	70	100,0

Η συντριπτική πλειοψηφία των πασχόντων κάνει αιμοκάθαρση σε κλινική.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα χρόνια της αιμοκάθαρσης.

ΕΝΑΡΞΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
1,00	5	7,1
2,00	14	20,0
3,00	13	18,6
4,00	7	10,0
5,00	6	8,6
6,00	4	5,7
7,00	2	2,9
8,00	2	2,9
9,00	6	8,6
10,00	2	2,9
11,00	3	4,3
12,00	3	4,3
13,00	1	1,4
14,00	1	1,4
15,00	1	1,4
Σύνολο	70	100,0

Οι μισοί απ' τους ερωτηθέντες κάνουν αιμοκάθαρση από 2-4 χρόνια.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τη γνώση τους ή μη για τη νεφρική ανεπάρκεια πριν γίνουν οι ίδιοι πάσχοντες.

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	19	27,1
ΟΧΙ	51	72,9
Σύνολο	70	100,0

Σχεδόν τα 3/4 των ερωτώμενων δεν ήξεραν τι είναι νεφρική ανεπάρκεια.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα συναισθήματα των ερωτώμενων πριν την ξεκινήσουν την αιμοκάθαρση.

ΠΡΙΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΑΓΧΟΣ	11	15,7
ΑΓΩΝΙΑ	15	21,4
ΑΝΗΣΥΧΙΑ	14	20,0
ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	9	12,9
ΑΡΝΗΣΗ	9	12,9
ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	6	8,6
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	3	4,3
ΤΡΕΛΑ	3	4,3
Σύνολο	70	100,0

Τα κυρίαρχα συναισθήματα ήταν άγχος, αγωνία και ανησυχία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα συναισθήματα των ερωτώμενων τώρα.

ΜΕΤΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΑΓΧΟΣ	3	4,3
ΑΓΩΝΙΑ	2	2,9
ΑΝΗΣΥΧΙΑ	3	4,3
ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	17	24,3
ΑΡΝΗΣΗ	3	4,3
ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	1	1,4
ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	10	14,3
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	2	2,9
ΤΡΕΛΑ	5	7,1
ΟΚ	24	34,3
Σύνολο	70	100,0

Το 1/3 των ερωτώμενων είναι εντάξει, ενώ απογοητευμένο δηλώνει το 1/4 των ερωτηθέντων.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την αλλαγή που προκάλεσε η ασθένεια στη ζωή τους.

ΖΩΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,4
ΛΙΓΟ	3	4,3
ΑΡΚΕΤΑ	19	27,1
ΠΟΛΥ	28	40,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	27,1
Σύνολο	70	100,0

Τα 2/3 και πλέον δήλωσαν ότι η ζωή τους άλλαξε από πολύ έως πάρα πολύ.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα πρόσωπα που οι πάσχοντες μοιράζονται τις ανησυχίες τους.

ΠΡΟΣΩΠΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ/ ΣΥΖΥΓΟΣ	37	52,9
ΓΟΝΕΙΣ	2	2,9
ΠΑΙΔΙΑ	17	24,3
ΦΙΛΟΣ/Η	10	14,3
ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ	4	5,7
Σύνολο	70	100,0

Οι μισοί και πλέον ερωτώμενοι ανέφεραν τους συντρόφους ως τα πρόσωπα που μοιράζονται τις ανησυχίες τους για την ασθένειά τους.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 20

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν συνοδεύονται ή όχι οι ερωτώμενοι κατά την ημέρα της αιμοκάθαρσης.

ΣΥΝΟΔΕΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	25	35,7
ΟΧΙ	45	64,3
Σύνολο	70	100,0

Τα 2/3 δεν συνοδεύονται από κάποιον κατά την ημέρα της αιμοκάθαρσης.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 21

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το άτομο που συνοδεύει τον πάσχοντα κατά την ημέρα της αιμοκάθαρσης.

ΠΟΙΟΣ ΝΑΙ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	14	20,0
ΠΑΙΔΙΑ	6	8,6
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	4	5,7
ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ	1	1,4
Σύνολο	25	35,7
Δεν απάντησαν	45	64,3
Σύνολο	70	100,0

Απ' τους 25 ερωτώμενους που συνοδεύονται, στους 14 έρχονται οι σύζυγοι.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 22

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το ποιον θα ήθελαν για συνοδεία όσοι δεν έχουν.

ΠΟΙΟΣ ΟΧΙ.	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	2	2,9
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	1,4
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	11	15,8
ΦΙΛΟΣ	9	12,9
ΚΑΝΕΝΑΝ	22	31,4
Σύνολο	47	67,1
Δεν απάντησαν	25	35,7
Σύνολο	70	100,0



Σχεδόν οι μισοί απάντησαν πως δεν θα ήθελαν κανέναν.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν έχουν συμβουλευτική υποστήριξη.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	50	71,4
ΟΧΙ	20	28,6
Σύνολο	70	100,0

Το 71,4% δηλώνει πως έχει συμβουλευτική υποστήριξη.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 24

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με αυτούς που έχουν συμβουλευτική υποστήριξη.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΑΙ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	5	7,1
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	32	45,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	9	12,9
ΙΑΤΡΟΣ	4	5,7
Σύνολο	51	72,9
Δεν απάντησαν	20	28,5
Σύνολο	70	100,0

Το 45,7% των ερωτηθέντων απάντησε πως η συμβουλευτική υποστήριξη γίνεται από τον Κοινωνικό Λειτουργό.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 25

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το χώρο της αιμοκάθαρσης.

ΧΩΡΟΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΦΙΛΙΚΟΣ	52	74,3
ΨΥΧΡΟΣ	10	14,3
ΑΠΟΚΡΟΥΣΤΙΚΟΣ	8	11,4
Σύνολο	70	100,0

Τα 3/4 των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ο χώρος της αιμοκάθαρσης είναι φιλικός.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το προσωπικό της μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΦΙΛΙΚΟ	69	98,6
ΨΥΧΡΟ	1	1,4
Σύνολο	70	100,0

Η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε πως το προσωπικό είναι φιλικό.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 27

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν δούλευαν οι ερωτώμενοι πριν την αιμοκάθαρση.

ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΙΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	55	78,6
ΟΧΙ	15	21,4
Σύνολο	70	100,0

Τα 3/4 δούλευαν πριν την αιμοκάθαρση.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν δουλεύουν τώρα οι ερωτώμενοι.

ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΡΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	13	18,6
ΟΧΙ	42	60,4
Σύνολο	55	79,0
Δεν απάντησαν	15	21,0
Σύνολο	70	100,0

Το 60% των ερωτηθέντων που δούλευαν πριν την αιμοκάθαρση τώρα δεν δουλεύουν.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 29

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την απόδοση στην εργασία.

ΑΠΟΔΟΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΙΔΙΑ	3	4,3
ΚΑΛΥΤΕΡΗ	1	1,4
ΜΕΤΡΙΑ	5	7,1
ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ	4	5,7
Σύνολο	13	18,6
Δεν απάντησαν	57	81,4
Σύνολο	70	100,0

Τα 3/4 των ερωτηθέντων που δουλεύουν έχουν απόδοση μέτρια έως χειρότερη.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Κατανομή των απαντήσεων όσον αφορά τις σχέσεις με τους συναδέλφους.

ΣΧΕΣΕΙΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	11,4
ΛΙΓΟ	5	7,1
Σύνολο	13	18,5
Δεν απάντησαν	58	81,5
Σύνολο	70	100,0

Όλοι απάντησαν πως οι σχέσεις με τους συναδέλφους άλλαξαν από λίγο έως καθόλου.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν άλλαξε η συμπεριφορά λόγω της ασθένειας.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	4	5,7
Δεν απάντησαν	66	94,3
Σύνολο	70	100,0

Και οι 4 απάντησαν πως οι συμπεριφορά των συναδέλφων άλλαξε λόγω της ασθένειάς τους.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το αν επηρεάστηκαν οι ερωτηθέντες από οι γεγονός πως δεν δουλεύουν.

ΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	8,6
ΛΙΓΟ	8	11,4
ΑΡΚΕΤΑ	21	30,0
ΠΟΛΥ	19	27,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	4,3
Σύνολο	57	81,4
Δεν απάντησαν	13	18,6
Σύνολο	70	100,0

Οι 40 από τους 57 ερωτηθέντες που δεν εργάζονται έχουν επηρεαστεί από αρκετά έως πάρα πολύ.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 33

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την αυτοεκτίμηση των ερωτώμενων.

ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΝΑΙ	21	30,0
ΟΧΙ	27	38,6
ΕΤΣΙ ΚΙ ΕΤΣΙ	22	31,4
Σύνολο	70	100,0

Το 38,6% των ερωτηθέντων απάντησε πως δεν έχει χάσει την αυτοεκτίμησή του.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 34

Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με κάτι άλλο που θα ήθελαν να προσθέσουν.

ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	Συχνότητα	Ποσοστό
ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	17	24,3
ΜΕΙΩΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠ'ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	11	15,7
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	16	22,9
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ	12	17,1
Σύνολο	56	80,0
Δεν απάντησαν	14	20,0
Σύνολο	70	100,0

Οι 17 από τους 56 που απάντησαν, ζήτησαν ψυχαγωγία.

## 4. Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την έρευνα και μελετώντας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν θα γίνει προσπάθεια να αναλυθούν τα αποτελέσματα.

Ξεκινώντας με την καταγραφή των στοιχείων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες, επισημαίνονται τα παρακάτω σημεία:

- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν άντρες.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 60 και μικρότερης των 80 ετών.
- Όλοι οι ερωτηθέντες ήταν κάτοικοι του νομού Αχαΐας.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι κι είχαν από ένα έως τρία παιδιά.
- Οι μισοί απ' τους ερωτηθέντες είχαν κακή οικονομική κατάσταση.
- Οι μισοί απ' τους ερωτηθέντες δεν είναι ευχαριστημένοι απ' τις κρατικές παροχές και οι περισσότεροι ζητούν αυξήσεις ή και νέες παροχές.
- Το 73% των ερωτηθέντων δεν ήξεραν τι είναι νεφρική ανεπάρκεια.
- Τα κυρίαρχα συναισθήματα των ερωτηθέντων όταν ενημερώθηκαν πως θα υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ήταν άγχος, αγωνία και ανησυχία.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν πως επηρεάστηκε αρκετά η ζωή τους από την αιμοκάθαρση.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν πως έχουν συμβουλευτική υποστήριξη κατά την αιμοκάθαρση και πως αυτή γίνεται από κοινωνικό λειτουργό.

- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δούλευαν πριν την αιμοκάθαρση, ενώ τώρα ελάχιστοι δουλεύουν.

Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο θεωρητικό, αλλά και στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, στην προσωπική επαφή με τους νεφροπαθείς και με το εξειδικευμένο προσωπικό των κλινικών, μας δίδεται η ευκαιρία για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Εξ' αρχής διαπιστώνεται πως η νεφρική ανεπάρκεια προκαλεί μεταβολές στη ζωή του πάσχοντα σε ατομικό, οικογενειακό και προσωπικό επίπεδο.

Πρώτη επίδραση της ασθένειας είναι πως το άτομο χάνει την ζωντάνια του, αποδυναμώνεται. Αυτή η φυσική αδυναμία σε συνδυασμό με το άγχος και την αγωνία για την εξέλιξη της ασθένειας, οδηγεί τον πάσχοντα σε πλήρη εξάρτηση από το νοσοκομείο, το γιατρό, το προσωπικό της κλινικής και από το ίδιο το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης.

Στον εργασιακό τομέα, ο πάσχων αναγκάζεται να διακόψει την εργασία του ή να την προσαρμόσει στις απαιτήσεις της ασθένειάς του. Αυτό συνεπάγεται απώλειες κερδών και τη δημιουργία οικονομικών δυσχερειών.

Οι αλλαγές στη ζωή του νεφροπαθούς επηρεάζουν και ολόκληρη την οικογένεια. Ο βαθμός που επηρεάζεται η κάθε οικογένεια εξαρτάται από τη σημασία που δίνει η ίδια στην ασθένεια. Μπορεί να γίνει είτε υπερπροστατευτική είτε αδιάφορη.

Ευθύνη απέναντι στους νεφροπαθείς έχει και η πολιτεία. Έτσι, σύμφωνα και με τα λεγόμενα των ασθενών, πρέπει να αυξήσει το επίδομα για τις μετακινήσεις, τις συντάξεις τους αλλά και επιπροσθέτως να δώσει κι επίδομα για συνοδό για κάθε νεφροπαθή. Ακόμα, καλό θα



ήταν να κάνει τους χώρους της αιμοκάθαρσης πιο ευχάριστους αφού αρκετοί ερωτηθέντες ζήτησαν να υπάρχει ψυχαγωγία τις ώρες αυτές οι οποίες δεν είναι και λίγες.

Συμπερασματικά, η νεφρική ανεπάρκεια είναι μία πολύ σοβαρή ασθένεια, η οποία δεν αφήνει τον πάσχοντα να ζήσει όπως θα ήθελε, ενώ υποχρεώνει τα άτομα να κάνουν μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους.

## 5. Προτάσεις

Φτάνοντας στο τέλος της έρευνας για τη νεφρική ανεπάρκεια, θα ήταν σκόπιμο να κατατεθούν ορισμένες προτάσεις που πιθανόν να συμβάλλουν θετικά, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των νεφροπαθών.

- Πρωταρχική ανάγκη αποτελεί η δημιουργία και η λειτουργία μονάδων Τεχνητού Νεφρού σε όσο το δυνατόν περισσότερες περιοχές, ώστε να διευκολύνονται όσο το δυνατόν περισσότερο οι νεφροπαθείς και να αποφευχθεί το πρόβλημα της μετακίνησης.
- Απαραίτητη είναι η οικονομική ενίσχυση και η γενικότερη κρατική μέριμνα για τους νεφροπαθείς ( αύξηση επιδόματος μετακίνησης, επίδομα για συνοδό, αύξηση των συντάξεων κ.τ.λ.).
- Επίσης, ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να υπάρχει για τη διασφάλιση της προσωπικότητας του νεφροπαθούς. Ειδική επιστημονική ομάδα θα ασχολείται αποκλειστικά με τους νεφροπαθείς και τις οικογένειές τους ( κοινωνικοί λειτουργοί, γιατροί, ψυχολόγοι κ.α.).
- Βελτίωση των συνθηκών στα νοσοκομεία και προσθήκη στους θαλάμους των αιμοκαθαρόμενων ψυχαγωγικών μέσων.
- Σημαντικός παράγοντας για τη νεφρική ανεπάρκεια είναι η διαμόρφωση θετικής στάσης της κοινωνίας απέναντι στην ασθένεια και η προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Η γνώση του κόσμου για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις είναι ελλιπέστατη και βασίζεται περισσότερο σε μύθους παρά σε πραγματικά γεγονότα. Χρειάζεται ενημέρωση του κοινού γύρω από βασικά ζητήματα της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## ΠΙΝΑΚΕΣ

---

## ΠΙΝΑΚΑΣ : ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

1. ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
2. ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓ.Λ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
3. ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΝ ΝΟΣ. ΑΘΗΝΑΣ
4. Π.Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ε.Ε.Σ.
6. Π.Γ.Ν.Α. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
7. Π.Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
8. Π.Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
9. Π.Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
10. Ν.Ι.Μ.Ι.Τ.Σ.
11. 401 Γ.Σ.Ν.Α.
12. 7<sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Ι.Κ.Α.
13. Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ

---

14. ΤΖΑΝΕΙΟ Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ
15. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ
16. ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ
17. ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΘΗΝΑΣ
18. Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ
19. 251 Γ.Ν. ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
20. Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ
21. 6<sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Ι.Κ.Α.
22. Γ.Ν. ΘΕΣ. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
23. Γ.Ν. ΘΕΣ. «ΑΧΕΠΑ»
24. ΠΕΡ. ΠΑΝ/ΚΟ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
25. ΎΒ Ι.Κ.Α. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
26. Γ.Ν. ΘΕΣ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
27. Γ.Ν. ΘΕΣ. «ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»
28. ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
29. Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ
30. Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ
31. Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ
32. Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
33. Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ
34. Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ

35. Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»
36. Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
37. Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ
38. Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
39. Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ
40. Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ
41. Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ
42. Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ
43. Γ.Ν. ΠΑΤΡΑΣ «ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ»
44. Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ
45. Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ
46. Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ
47. Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ
48. Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ
49. Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ
50. Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

---

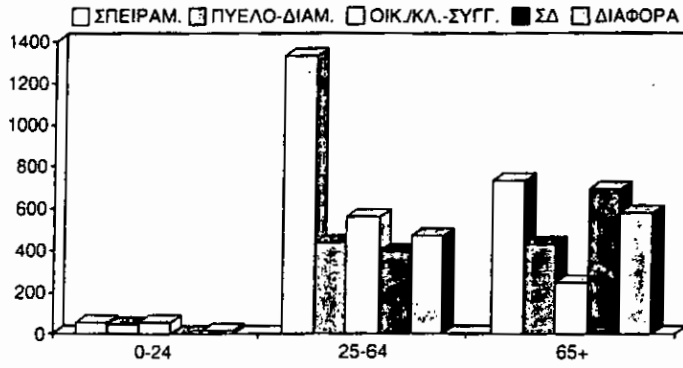
51. Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
52. Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ
53. Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ
54. Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
55. Γ.Ν. ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ
56. Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ
57. Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
58. Γ.Ν. ΑΓ ΝΙΚΟΛΑΟΥ
59. Π.Π.Γ.Ν. ΡΙΟ
60. Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ
61. Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ
62. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΘΗΝΑ»
63. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΘΗΝΑΪΚΗ»
64. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΓ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ»
65. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΘΕΡΑΠ.»
66. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΓΕΝ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ»
67. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»
68. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»
69. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΔΡΑΓΙΝΗ»
70. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΠΑΝΤΟΚΡΑΤΩΡ»
71. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΥΓΕΙΑ»

72. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΤΤΙΚΟ»
73. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΙΑΣΙΣ»
74. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΘΗΝΑΙΟΝ»
75. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΝ»
76. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» ΑΘΗΝΑ
77. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»
78. ΚΛΙΝ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΚΥΨΕΛΗΣ
79. ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ
80. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΕΛΕΥΘΩ»
81. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΓΑΛΗΝΟΣ» ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
82. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΠΑΤΣΙΔΗ» ΛΑΡΙΣΑΣ
83. ΚΛ. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΠΑΤΡΑΣ
84. Ν. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
85. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ»
86. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

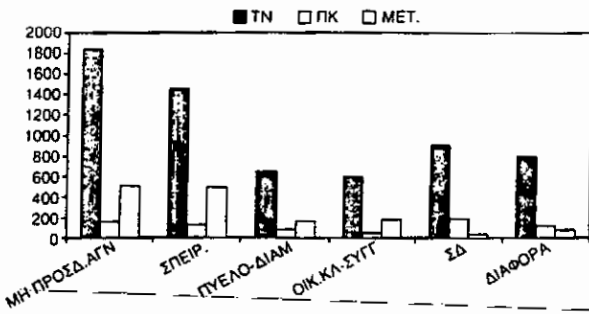
---

87. Γ.Ν. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ
88. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ»
89. Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ
90. Γ.Ν. ΧΙΟΥ
91. Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
92. Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ
93. Γ.Ν. ΚΩ
94. Γ.Ν. ΒΟΥΛΑΣ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ»
95. Γ.Ν. ΚΙΑΚΙΣ
96. Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ
97. Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ
98. Γ.Ν. ΛΗΜΝΟΥ
99. Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ
100. 424 Γ.Σ.Ν ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
101. Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
102. Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ
103. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΤΑΞΙΑΡΧΕΣ»
104. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΑΓ. ΕΙΡΗΝΗ»
105. ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ
106. ΚΛΙΝ. «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ» ΡΕΘΥΜΝΟ
107. Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ
108. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ» ΗΡΑΚΛΕΙΟ

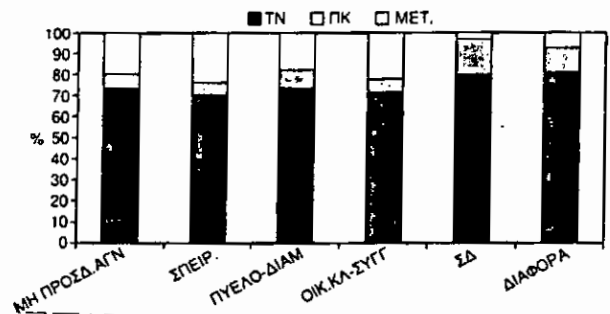
109. ΠΑΙΔΟΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΠΠ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
110. ΚΛΙΝΙΚΗ «ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΕΙΟ»
111. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
112. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΥΜΝΟΥ
113. Μ.Μ. Π.Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
114. Μ.Μ. Π.Γ.Ν.Θ. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
115. Μ.Μ. Π.Γ.Ν.Α. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
116. Μ.Μ. Π.Π.Γ.Ν. ΡΙΟ



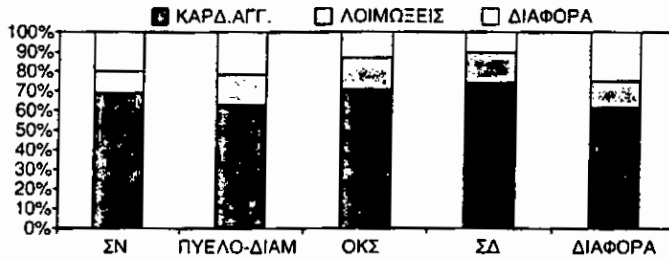
Εικ. 1. Σύνολο υπό θεραπεία ασθενών έτους 2000. Κατανομή ομάδες ηλικιών και ομάδες αιτιών ΧΝΑ.



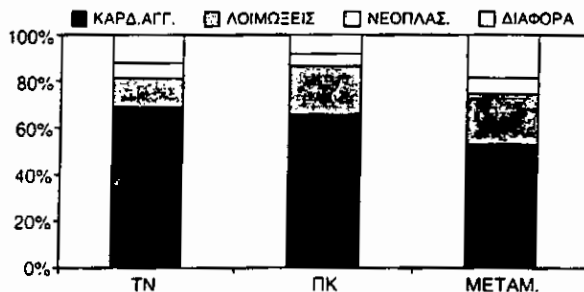
Εικ. 2. Σύνολο υπό θεραπεία ασθενών έτους 2000. Κατανομή ασθενών ανά μέθοδο θεραπείας και ομάδες αιτιών ΧΝΑ.



Εικ. 3. Σύνολο υπό θεραπεία ασθενών έτους 2000. Κατανομή των μεθόδων θεραπείας ανά ομάδα αιτιών ΧΝΑ.

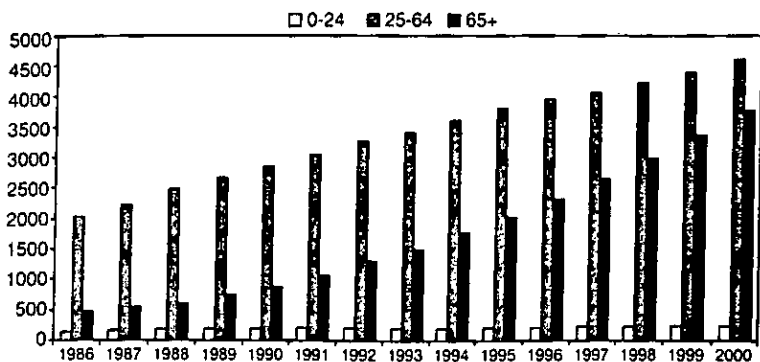


Εικ. 4. Σύνολο θανάτων ασθενών 1986-2000. Κατανομή ομάδων αιτιών θανάτου ανά ομάδα αιτιών ΧΝΑ. (ΟΚΣ= Οικογενή, Κληρονομικά, Συγγενή).

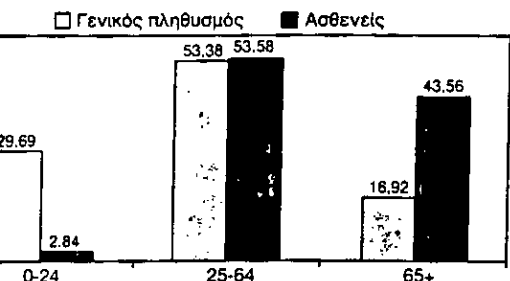


Εικ. 5. Σύνολο θανάτων ασθενών 1986-2000. Κατανομή ομάδων αιτιών θανάτου ανά μέθοδο θεραπείας.

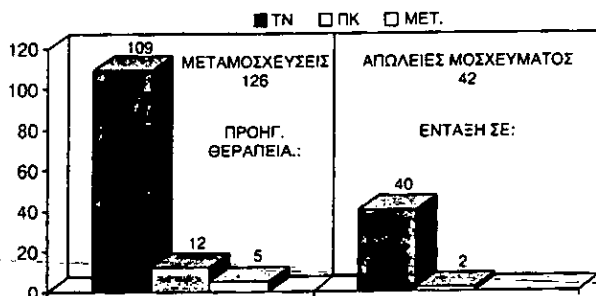




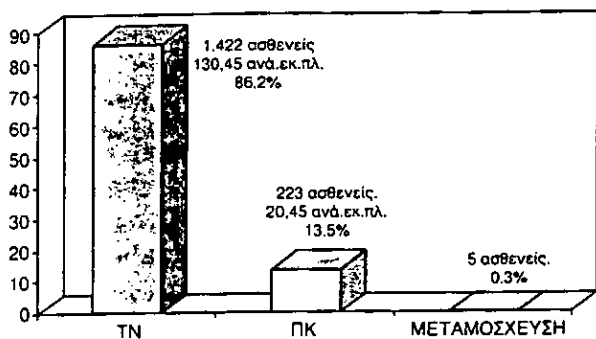
Εικ. . Σύνολο υπό θεραπεία ασθενών κατ' έτος (1986-2000). Κατανομή ανά ομάδες ηλικιών.



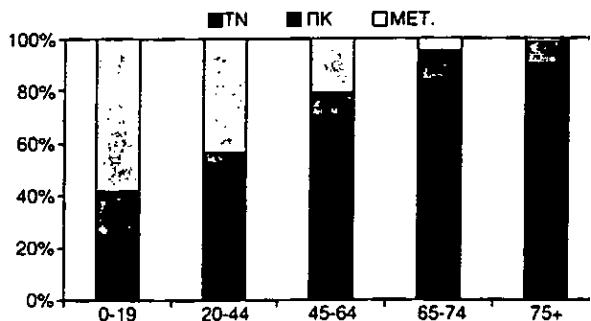
Κατανομή (%) συνόλου υπό θεραπεία ασθενών και γενικού πληθυσμού, ανά ομάδες ηλικιών 2000.



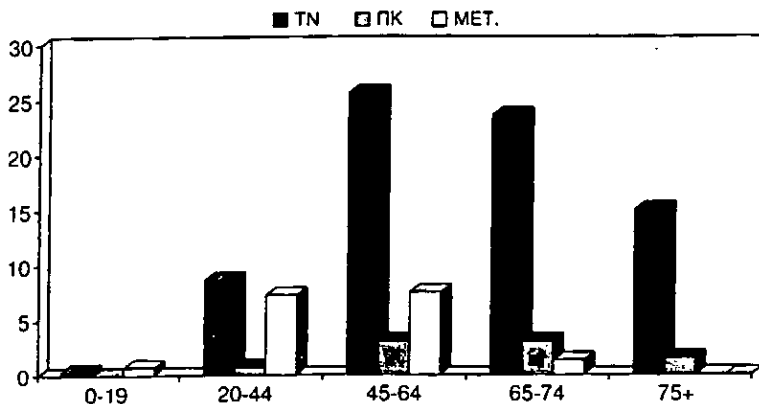
Εικ. Μεταμοσχεύσεις - απώλειες μοσχεύματος, έτος 2000.

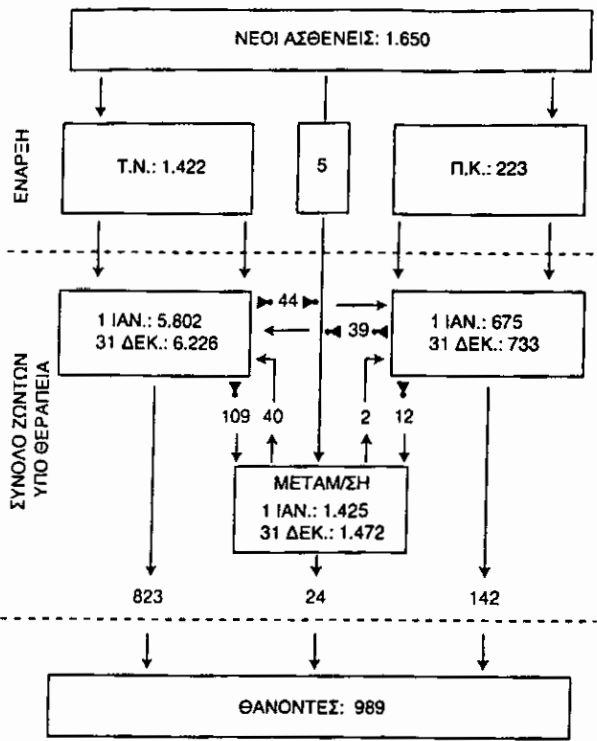


Εικ. . Νέοι ασθενείς έτους 2000, ανά μέθοδο θεραπείας.

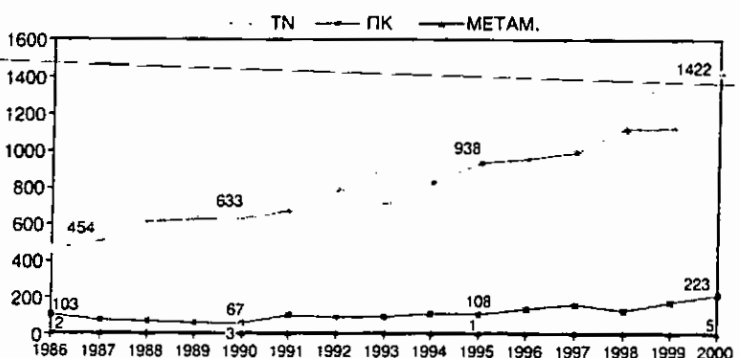


Εικ. . Σύνολο υπό θεραπεία ασθενών έτους 2000. Κατανομή μεθόδων θεραπείας ανά ομάδα ηλικιών.

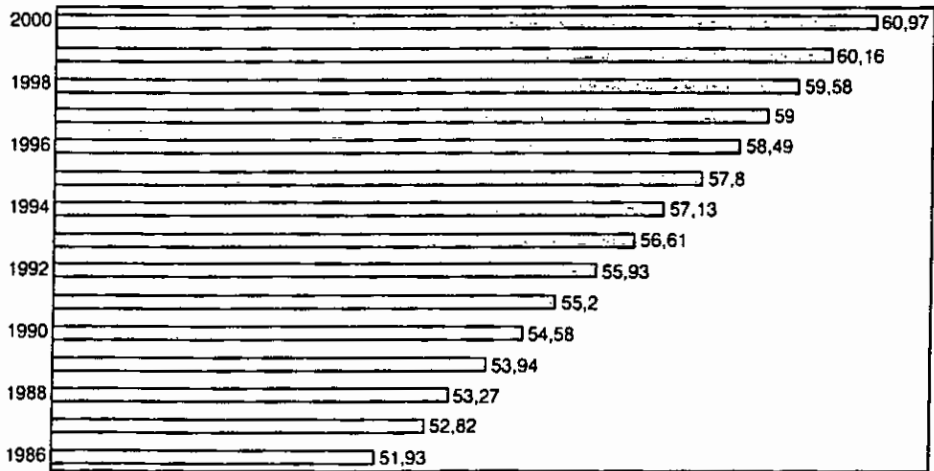




Εικ. ... Διάγραμμα κίνησης ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (Νέοι, σύνολο και θανόντες ασθενείς ανά μέθοδο θεραπείας και μεταβολές μεθόδων), έτους 2000.



Εικ.. . Εξέλιξη αριθμού νέων κατ' έτος ασθενών, ανά μέθοδο θεραπείας.



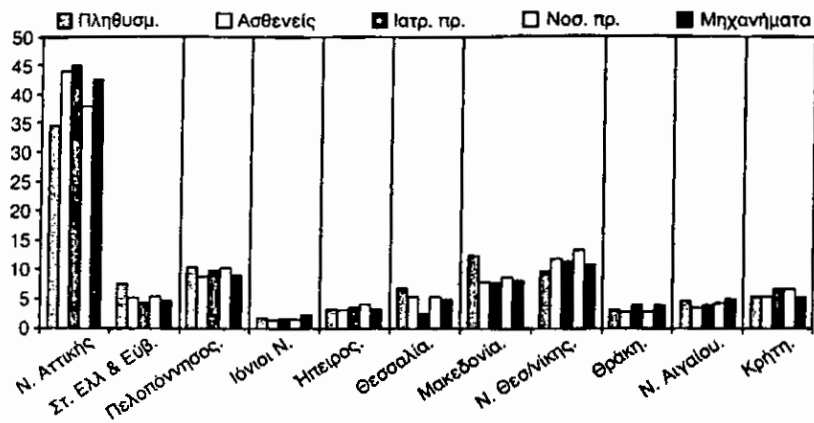
Εικ. . . Μέση ηλικία συνόλου υπό θεραπεία ασθενών κατ' έτος, 1986-2000.

Πίνακας : Αριθμός μεταμοσχεύσεων νεφρού έτους 1999  
σε Ε.ΕΝΩΣΗ, ΚΑΝΑΔΑ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ, ΗΠΑ (αεπ)

ΧΩΡΑ	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ (αεπ)		
	Πτωμ.	Ζώσεις	Σύνολο
Αυστρία	47,6	4,9	52,5
Βέλγιο / Λουξεμβ.	41,3	2,5	43,8
Γαλλία	29,4	1,3	30,7
Γερμανία	23,7	4,8	28,5
Δανία	23,5	7,8	31,3
Ελλάδα	6,9	8,5	15,4
Ην.Βασ. / Ιρλανδία	22,8	4,3	27,1
Ισπανία	50,6	0,4	51,0
Ιταλία	22,1	1,4	23,5
Ολλανδία	21,6	8,4	30,0
Πορτογαλία	35,9	0,9	36,8
Σουηδία	22,0	11,8	33,8
Φιλλανδία	30,8	0,8	31,6
ΚΑΝΑΔΑΣ	21,0	12,4	33,4
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	15,1	8,8	23,9
ΗΠΑ	30,2	16,5	46,7

Πίνακας : Κατανομή ασθενών έτους 1999 σε Ευρωπαϊκές χώρες, ανά μέθοδο θεραπείας

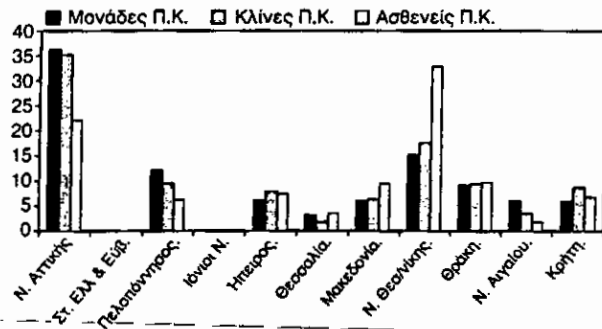
ΧΩΡΑ	ΝΕΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ					
	Σε Αιμοκάθαρση		Σε Περιτοναϊκή		Μεταμοσχευμένοι	
	αεπ	%	αεπ	%	αεπ	%
Αυστρία	101,8	87	11,9	10	3,4	3
Βέλγιο Βαλ.	121,3	84	14,2	10	8,6	6
Βέλγιο Φλαμ.	117,1	89	14,5	11	0,3	0
Δανία	71,6	67	34,6	32	0,4	0
Ελλάδα	102,9	85	17,5	14	0,6	0
Ισλανδία	28,7	73	3,6	9	3,6	9
Ισπανία (Καταλ.)	130,2	91	10,3	7	3,1	2
Νορβηγία	58,0	71	13,2	16	10,5	13
Ολλανδία	52,9	61	30,4	35	3,6	4
Σκωτία	59,2	64	32,0	34	2,0	2
Σουηδία	69,1	66	35,6	34	0,0	0
Φιλλανδία	57,5	68	25,7	30	1,4	2
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ						
Αυστρία	333,4	48	30,6	4	326,0	47
Βέλγιο Βαλ.	465,4	57	39,7	5	310,0	38
Βέλγιο Φλαμ.	400,4	52	35,6	5	335,3	43
Δανία	259,1	42	105,1	17	252,5	41
Ελλάδα	556,6	74	65,9	9	132,6	18
Ισλανδία	82,4	24	43,0	13	211,4	63
Ισπανία (Καταλ.)	529,0	55	26,3	3	408,6	42
Νορβηγία	109,4	20	21,7	4	417,8	76
Ολλανδία	212,3	35	92,7	15	299,1	49
Σκωτία	225,4	38	88,9	15	285,2	48
Σουηδία	242,3	35	82,9	12	372,2	53
Φιλλανδία	160,5	29	53,4	10	331,8	61



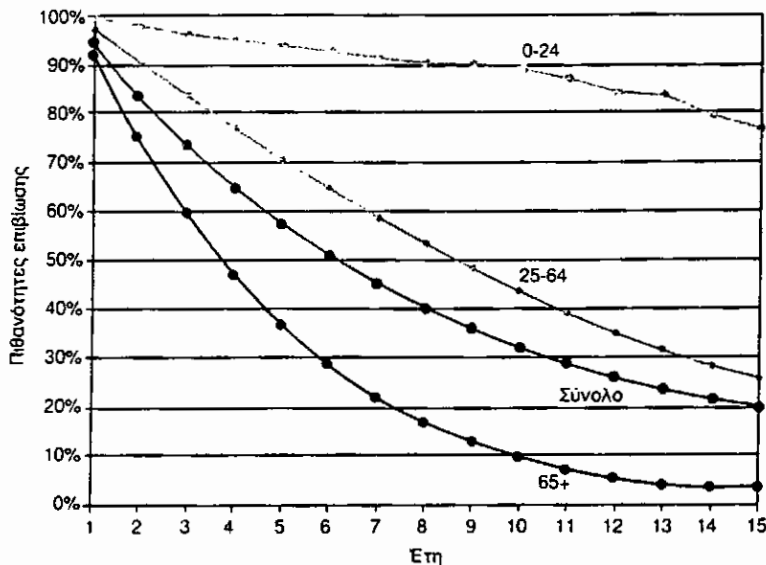
Εικ.. . Γεωγραφική κατανομή (%) γεν.πληθυσμού, ασθενών, ιατρών, νοσηλευτών, μηχανημάτων έτους 2000.

Πίνακας Γεωγραφική κατανομή μονάδων και κλινών περιτοναϊκής κάθαρσης. έτους 2000

Γεωγραφική περιοχή	Μονάδες Π.Κ.	Κλίνες Π.Κ.
Ν. Αττικής	12	40
Στ. Ελλάδα & Εύβοια		
Πελοπόννησος	4	11
Ιόνιοι Νήσοι		
Ήπειρος	2	9
Θεσσαλία	1	2
Μακεδονία (πλην Θεσσαλονίκης)	2	7
Ν. Θεσσαλονίκης	5	20
Θράκη	3	11
Νήσοι Αιγαίου	2	4
Κρήτη	2	10
Σύνολο χώρας	33	114



Εικ. Γεωγραφική κατανομή Μονάδων Π.Κ. και ασθενών (%).



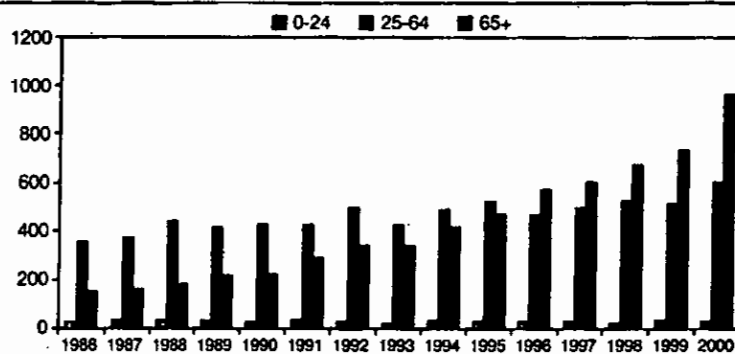
Εικ. Καμπύλες επιβίωσης ηλικιακών ομάδων, συγκριτικά.

Πίνακας 1. Γεωγραφική κατανομή ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού, μηχανημάτων TN και ασθενών, έτος 2000

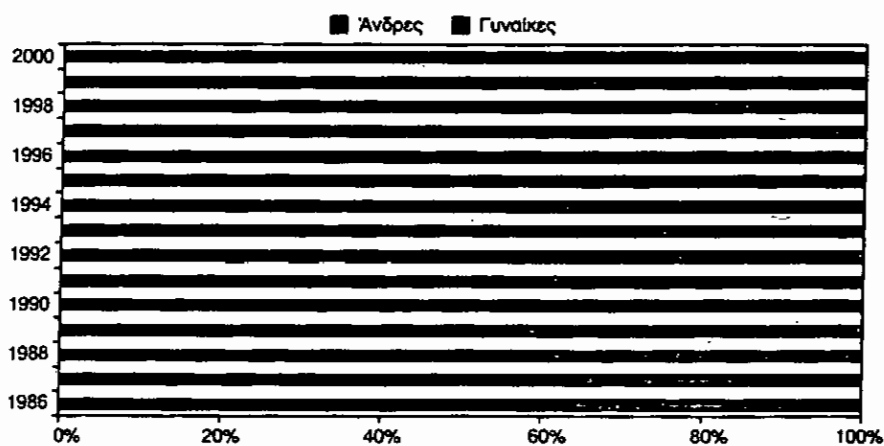
Γεωγραφική περιοχή	Ιατρικό Προσωπικό (%)	Νοσηλευτικό Προσωπικό (%)	Μηχάνημα TN %	Ασθενείς %
Ν. Αττικής	44,67	37,75	42,57	43,88
Στ. Ελλάδα & Εύβοια	4,30	5,37	4,70	5,21
Πελοπόννησος	9,75	10,28	9,08	8,87
Ιόνιοι Νήσοι	1,58	1,65	2,18	1,47
Ήπειρος	3,62	3,98	3,18	3,29
Θεσσαλία	2,49	5,37	4,84	5,44
Μακεδονία (πλην Θεσσαλονίκης)	7,93	8,62	8,09	7,93
Ν. Θεσσαλονίκης	11,33	13,33	10,87	11,97
Θράκη	3,85	2,85	3,91	2,85
Νήσοι Αιγαίου	3,85	4,11	5,10	3,61
Κρήτη	6,57	6,63	5,43	5,43

Πίνακας 2. Κατανομή των μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης 1986-2000

Έτος	Κρατικές				Ιδιωτικές				Γενικό σύνολο
	Αθήνα	Θεσ/κη	Άλλοι νομοί	Σύνολο	Αθήνα	Θεσ/κη	Άλλοι νομοί	Σύνολο	
1986	14	5	23	42	11	2	3	16	58
1987	15	5	23	43	11	2	2	15	58
1988	15	5	26	46	11	2	2	15	61
1989	16	5	27	48	11	2	2	15	63
1990	17	5	33	55	11	2	2	15	70
1991	17	5	34	56	11	2	2	15	71
1992	17	5	35	57	12	2	2	16	73
1993	17	5	38	60	12	3	2	17	77
1994	19	5	38	62	13	3	2	18	80
1995	19	5	41	65	14	3	2	19	84
1996	20	5	42	67	15	3	2	20	87
1997	20	5	44	69	17	3	2	22	91
1998	20	6	47	73	21	3	2	26	99
1999	20	7	47	74	22	3	2	27	101
2000	21	7	48	76	23	4	3	30	106



Εικ. 1. Νέοι ασθενείς κατ' έτος (1986-2000), ανά ομάδες ηλικιών.



Εικ. 2. Νέοι ασθενείς κατ' έτος (1986-2000). Κατανομή ανά φύλο.

# ΔΩΡΕΑ οργάνων - ΔΩΡΕΑ ζωής

Η ιδέα της δωρεάς οργάνων μετά το τέλος της ζωής αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος που λέγεται μεταμόσχευση ιστών και οργάνων. Εκαστομύτρια άνθρωποι στον κόσμο ζουν με ένα μόσχευμα καρδιάς, πνευμόνων, νεφρών, ήπατος, παγκρέατος και ακόμη μυελού των οστών.

Στην παρίδα μας η ιδέα της δωρεάς οργάνων μέχρι στιγμής δεν έχει υιοθετηθεί πλήρως με αποτέλεσμα ασθενείς να πεθαίνουν ή να αναζητούν απεγνωσμένα λύσεις για το πρόβλημά τους σε άλλες χώρες με αμφίβολα αποτελέσματα.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
ΟΝΟΜΑ.....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....  
ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜΟΣ.....  
ΠΟΛΗ..... ΤΑΧ.ΚΩΔ.....  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....  
..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

Επιθυμώ να βοηθήσω ασθενείς συνανθρώπους μου  ΝΑΙ   
προσφέροντας μετά το θάνατό μου τα όργανά μου  ΟΧΙ

Μια δέσμευση ότι αποδέχεστε την ιδέα της δωρεάς οργάνων θα δώσει ώθηση στην προσπάθεια της πολιτείας για την ανάπτυξη του εθνικού προγράμματος μεταμόσχευσης. Άλλωστε για όλους υπάρχει η πιθανότητα να χρειαστούμε κάποια στιγμή της ζωής μας μεταμόσχευση. Σύμφωνα με το Ν. 2737/1999 κατά τη διάρκεια της τακτικής απογραφής πληθυσμού κάθε ενήλικος απογραφόμενος καλείται να δηλώσει στομικά εάν επιθυμεί να γίνει δωρητής οργάνων ή όχι. Η δήλωση αποστέλλεται στη διεύθυνση του Ε.Ο.Μ.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΝΗΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΟΝΟ  
ΤΗΡΕΙΤΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΤΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 - 10675 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ: 1147, 7249371

FAX: 7248527, e-mail: eon@otenet.gr

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

## **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

---



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737**

---

**«Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων  
και άλλες διατάξεις»**

**Φ.Ε.Κ. τ. Α', φ. 174, 27 Αυγούστου 1999**



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 174

27 Αυγούστου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737

Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων  
και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Πεδίο εφαρμογής.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, κατά τους όρους και τη διαδικασία του νόμου αυτού.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται:

- α) στις αυτομεταμοσχεύσεις,
- β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών,
- γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος,
- δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος,
- ε) στην ενδομήτρια εμφύτευση εμβρύων.

Άρθρο 2

Απαγόρευση ανταλλάγματος.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο.

2. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών, που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3

Δαπάνες.

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δα-

πάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

- α. Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.
- β. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ. Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύνανται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

Άρθρο 4

Μονάδες Μεταμόσχευσης

1.α. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3) έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επάρκεια της μονάδας και η δυνατότητα συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την πάροδο τριών

ών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής της δραστηριότητας.

Για τις ήδη νομίμως λειτουργούσες Μονάδες Μεταμόσχευσης χορηγείται, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, νέα άδεια, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην περίπτωση α' της παρούσας παραγράφου.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., ανακαλείται η προσωρινή ή οριστική άδεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι η ομάδα μεταμόσχευσης δεν πληροί τους όρους που καθορίζονται στην υπουργική απόφαση, η οποία αναφέρεται στην παράγραφο 4.

Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας υποβάλλουν στον Ε.Ο.Μ. ετήσια έκθεση για τη δραστηριότητά τους, εντός του Α' διμήνου του επόμενου έτους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 5

##### Συντονιστές Μεταμόσχευσης

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσία για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποστηρίζουν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα αρμόδια όργανά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και οι μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι. - Ε.Π.Ι.) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονισμού μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1997 (ΦΕΚ 40/Α). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται τα προσόντα των Καθηκόντων των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 6

Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.

Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) συστήνονται και διαθέτουν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση.

Τ.Ι.Μ. ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Λειτουργούν σε εθνικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών «ΜΟΚΡΙΤΟΣ», που εποπτεύονται, κατά περίπτωση, από την Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας ή Ανάπτυξης.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και

λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, ο έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Ο Ε.Ο.Μ. καταρτίζει «Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών», το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

#### Άρθρο 7

##### Υποψήφιοι λήπτες.

1. Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.

2. Υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαινεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.

3. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικό ιστορικό, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και κάθε άλλο κριτήριο καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

#### Άρθρο 8

##### Μητρώο και Αρχείο.

Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται μητρώα δωρητών, κατά όργανο και ιστοί, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

#### Άρθρο 9

##### Ευαίσθητα δεδομένα.

Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50/Α).

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

##### ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

#### Άρθρο 10

##### Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν

παι άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανά- αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προ- σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη γίνεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευ- ο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύ- λαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο ρισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των ο-

αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαί- επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε ό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους μβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή ιπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός , ο οποίος να έχει τη δικαιοπρακτική ικανότητα να χει έγκυρα τη συναίνεσή του στη μεταμόσχευση, ναίνουν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ς έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν ςουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γο- έριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, α από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανή- που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλι- ου, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναινε- αρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στην ραφο 5 του άρθρου αυτού.

αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με η μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δό- εν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαρά- η, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελευ- την προς τούτο συναίνεσή του, α φύση προηγουμέ- ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους όμμενους κινδύνους της επέμβασης.

συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρό-

ε συμβολαιογραφικό έγγραφο,

ε έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνο- ρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη,

ε προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται ίρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο. συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, σ στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της σης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

α τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβι- αι στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό

#### Άρθρο 11

##### Αποζημίωση.

ε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή φίου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τικές προκαταρτικές εξετάσεις καταβάλλεται ίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχών των στικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους ρής από αυτόν.

ε αποζημίωση καταβάλλεται από τις ειδικές πιστώ- ο Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και ςας, που προβλέπονται στο άρθρο 3 του νόμου αυ-

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

### Άρθρο 12

#### Προϋποθέσεις και διαδικασία.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτι- κούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέ- λευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση απο- κλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά τα- μεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δη- λώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανα- κλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαρά- σταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υπο- χρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμο- σχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συ- νεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγε- νείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γί- νεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προη- γείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χα- ρακτήρα.

8. Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατό τους, καταχωρούνται σε κα- τάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

### Άρθρο 13

#### Τήρηση ανωνυμίας.

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του.

αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην εντολή του νεκρού δότη.

Άρθρο 14

Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο.

Δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Η επιλογή του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων γίνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη προτεραιότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Άρθρο 15

Επωνυμία - Έδρα - Σκοπός.

Κοινοποιείται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων» και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

Το αντικείμενο της εκπλήρωσης του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ

αποκαλύπτεται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδρομή των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας στη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Ο Ε.Ο.Μ. συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διεθνές επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία λαμβάνεται ο μισθός των οστών.

Ο Ε.Ο.Μ. αγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς και υποψήφιους λήπτες οργάνων.

Ο Ε.Ο.Μ. απευθύνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορηγία για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Ο Ε.Ο.Μ. συμβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του λειτουργία και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Ο Ε.Ο.Μ. συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεμονωμένα κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια οστών μεταμοσχευμάτων.

Ο Ε.Ο.Μ. συμβαίνει για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των λήπτων ιστών και των συγγενών των δοτών.

Ο Ε.Ο.Μ. συμβαίνει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την παροχή κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης των δοτών, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων δότην ιστών προς μεταμόσχευση οργάνων.

Άρθρο 16

Διοίκηση.

Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές (11) διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση, β. Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού Σπονδυλίου, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο

γ. Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοση-

λευτικού Ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

δ. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

ε. ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις,

στ. έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή Νομικού Τμήματος Α.Ε.Ι.,

ζ. έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.),

η. έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

θ. έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος,

ι. ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες,

ια. έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος, τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ., καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ. είναι τριετής.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

Άρθρο 17

Πόροι.

Οι πόροι του Ε.Ο.Μ. είναι:

α) Πάγια ετήσια επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και κάθε είδους χορηγίες από τρίτους.

Άρθρο 18

Προσωπικό.

1. Συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διάρκειας πέντε (5) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται. Η πλήρωση των θέσεων αυτών γίνεται κατά τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α') και μέχρι την πλήρωση μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες με διάθεση ή απόσπαση ειδικών επιστημόνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή των Οργανισμών που εποπτεύει. Τα ειδικότερα καθήκοντα του προσωπικού αυτού καθορίζονται στον Κανονισμό του Οργανισμού.

2. Συνιστώνται δεκαπέντε (15) θέσεις Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, γραμματειακής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης του Οργανισμού, τις οποίες καλύπτει προσωπικό με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α'). Μέχρι τη συμπλήρωση αυτών των θέσεων, οι ανάγκες του Οργανισμού μπορούν να καλύπτονται από το στελεχιακό δυναμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Για την πρόσληψη προσωπικού στις θέσεις των προηγούμενων παραγράφων προσόντα διορισμού ορίζονται:

α. για τις θέσεις της παρ. 1, τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50/Α'),

β. για τις θέσεις της παρ. 2 τα κατά περίπτωση κλάδου

ή ειδικότητας προβλεπόμενα από το π.δ 194/1998, όπως αυτό ισχύει.

Η Αμοιβή του προσωπικού αυτού γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

#### Άρθρο 19-

#### Οργανισμός - Εσωτερικός Κανονισμός.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται ο Κανονισμός λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., ο οποίος ρυθμίζει την οργάνωση και τη διάρθρωση των υπηρεσιών του, την κατανομή των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, τον ορισμό επιτροπής δεοντολογίας ή άλλων επιστημονικών επιτροπών, τον έλεγχο διαχείρισης, την υπηρεσιακή κατάσταση και τον πειθαρχικό έλεγχο του προσωπικού, καθώς και κάθε άλλη σχετική επιμέλεια.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 20

1. Όποιος με πρόθεση παραβαίνει τις διατάξεις των άρθρων 10 και 12 του νόμου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

2. Όποιος δίνει από το σώμα του μοσχεύματα τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα για αυτόν το σκοπό, με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

3. Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και με χρηματική ποινή.

4. Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για να μεσολαβήσει σε αφαίρεση ιστών και οργάνων άλλου για μεταμόσχευση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

5. Όποιος λαμβάνει ή προσφέρεται να λάβει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς και όργανα ανθρώπινης προέλευσης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και χρηματική ποινή εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών.

6. Όποιος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση λήπτη άλλον από τα οριζόμενα στο άρθρο 10 πρό-πα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

7. Όποιος καθ' οιονδήποτε τρόπο παρακωλύει παράνομα την αφαίρεση μοσχεύματος, τη φύλαξη, μεταφορά, διατήρηση και τελική εμφύτευση με αποτέλεσμα τη αξιοποίησή του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται στον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διά-η. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παρα-

γράφους 1, 2, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρ-ξη.

9. Τα ανωτέρω ποσά χρηματικών ποινών αποτελούν έσοδα του Δημοσίου και εισπράττονται σύμφωνα με τις διατάξεις περί δημοσίων εσόδων.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 21

Ρυθμίσεις διαφόρων θεμάτων προσωπικού των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

1. Στο άρθρο 21 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 23/Α), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, προστίθεται παράγραφος 21 ως εξής:

«21. Η πρόσληψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας και προσωπικού στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς, για την αναπλήρωση μητέρας υπαλλήλου στην οποία χορηγείται η κατά το άρθρο 52 παρ. 1 του Ν. 2683/1999 άδεια μητρότητας ή και η κατά το άρθρο 53 παρ. 1 του ίδιου νόμου, άδεια για ανατροφή παιδιού, γίνεται σύμφωνα με τη διαδικασία και τα κριτήρια του παρόντος άρθρου, διαρκεί όσο χρόνο απουσιάζει η υπάλληλος που αναπληρώνεται και δεν μπορεί να υπερβαίνει τους δώδεκα (12) μήνες. Παράταση της σύμβασης πέραν του προηγούμενου ορίου ή μετατροπή της σε σύμβαση αορίστου χρόνου είναι αυτοδικαίως άκυρες».

2. Συνιστώνται εκατόν πενήντα (150) θέσεις διαφόρων κλάδων Πανεπιστημιακής (ΠΕ), Τεχνολογικής (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και Υποχρεωτικής (ΥΕ) Εκπαίδευσης για την κάλυψη των αναγκών της Κεντρικής και των Αποκεντρωμένων Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονται οι θέσεις σε κλάδους και ειδικότητες και καθορίζονται τα προσόντα διορισμού στις θέσεις αυτές. Οι συνιστώμενες θέσεις προστίθενται στις προβλεπόμενες θέσεις του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στο άρθρο 29 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) προστίθεται εδάφιο ε' που έχει ως εξής:

«Σε όσους υπαλλήλους δεν μεταταγούν μπορεί, εφόσον υπάρχουν ανάγκες, να τους ανατίθεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η δυνατότητα να εξακολουθήσουν να ασκούν τα καθήκοντά τους με τις ίδιες αρμοδιότητες, υποχρεώσεις και δικαιώματα του κλάδου ΠΕ Επιθεωρητών, κατά τα άρθρα 37, 38, 39 και 40 του Π.Δ. 138/1992 και το άρθρο 14 παρ. 1Α περ. γ' του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).»

4. Επιτρέπεται να διορίζονται σε κενές και κενούμενες θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και γιατροί που έχουν ιθαγένεια Κράτους - Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία και τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής γλώσσας, καθώς και ο αναγκαίος κατά ιατρική ειδικότητα ή θέση, βαθμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Οι ανωτέρω τοποθετούνται με σύμβαση ενός (1) έτους



αι ως προς τις αποδοχές και τον τρόπο αμοιβής τους αρμόζονται οι ισχύουσες για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

5. Το εδάφιο γ' της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορούν να αρμόζονται ανάλογα και για μόνιμους αγροτικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Οι εντασσόμενοι τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας εντός ή εκτός των ορίων του νομού, που έχουν την οργανική τους θέση, ανάλογα με τις ανάγκες. Στην περίπτωση που δεν αποδέχονται την τοποθέτησή τους στη μονάδα που τοποθετούνται, παραμένουν στην οργανική θέση που κατέχουν ως μόνιμοι αγροτικοί γιατροί.»

6. Οι διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 3/Α) καταργούνται από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

7. Το άρθρο 39 του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 39

Το άρθρο 43 του Ν. 1759/1988 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 4, που έχει ως εξής:

«Γιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα που συλήρωσαν τέσσερα (4) συνολικά έτη πραγματικής υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό σε νοσοκομεία-άγονων Α' περιχώρων, μπορούν ύστερα από αίτησή τους να μετατίθενται σε ομοίοβαθη θέση, σε νοσοκομεία εκτός των ορίων Αττικής και Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ο γιατρός που μετατάσσεται καταλαμβάνει είτε κενή θέση ή θέση προς τούτο δημιουργούμενη, με υπουργική απόφαση. Προϋπόθεση της μετάθεσης είναι η εντοπιότητα και η συνυπηρέτηση εγγάμων.»

Διορισμοί γιατρών που έγιναν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) και της παρ. 1 του άρθρου 28 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) σε κενές θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου χωρίς προηγούμενη έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου είναι νόμιμοι και καταβάλλονται όλες οι αποδοχές.

Προσωπικό της κατηγορίας ΥΕ, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με απόφαση της Επιτροπής Υγείας και Πρόνοιας, η έση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ή έση εργασίας δημοσίου δικαίου κατατάσσεται με απόφαση της Επιτροπής Υγείας και Πρόνοιας σε κενές θέσεις που υπάρχουν σε κλάδους με αντίστοιχη κατάταξη και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν. Για τα ανωτέρω κατάταξη θα πρέπει να συντρέχουν προϋποθέσεις: α) απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου στην οποία να έχουν ανατεθεί καθήκοντα που αφορούν ασφαλείας στον εντασσόμενο, β) ανάλογη υπηρεσία στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Αστυνομίας να έχουν ασκήσει τα καθήκοντα του προσωπικού για τρία (3) τουλάχιστον χρόνια.

Προσωπικό που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου στα Κέντρα Υγείας σε θέσεις των κλάδων ΥΕ

Οδηγών Αυτοκινήτων- Ασθενοφόρων και ΥΕ Τραυματιοφορέων κατατάσσεται σε υφιστάμενες κενές θέσεις κλάδου ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων και αν δεν υπάρχουν σε συνιστώμενες με την πράξη κατάταξης προσωπικά θέσεις του ίδιου κλάδου, οι οποίες καταργούνται αυτοδίκαια με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν, εφόσον έχουν: α) επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου τουλάχιστον Γ κατηγορίας, β) τριετή εμπειρία οδηγού αυτοκινήτου, που διανύθηκε με άδεια οδήγησης τουλάχιστον Γ κατηγορίας.

11. Ουδείς υποβάλλει υποψηφιότητα για θέση κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομείο, αν δεν έχει εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου που ορίζει το Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α) ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή. Εξαιρούνται οι υποψήφιοι σε Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Ιατρεία. Κάθε άλλη αντίθετη διάταξη προς αυτήν καταργείται.

#### Άρθρο 22

Ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε. - ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. - ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. - Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ.

1. Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, που ιδρύθηκε με το άρθρο 7 παρ. 1 του Ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146/Α) και λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του ίδιου νόμου, μετατρέπεται σε ανώνυμη εταιρεία, με την επωνυμία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» και έδρα την Παλλήνη Αττικής, η οποία διέπεται από τις διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 και της παρ. 3 του άρθρου 7 του Ν. 1965/1991. Το καταστατικό θα συνταχθεί με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. Η μεταβολή της νομικής μορφής, κατά τα ανωτέρω, συντελείται με τη δημοσίευση του καταστατικού της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.», σύμφωνα με τις διατάξεις περί ανωνύμων εταιριών.

Η ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. συγχωνεύεται με τη μετατραπέζια σε ανώνυμη εταιρεία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.». Το μετοχικό κεφάλαιο της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» αποτελείται από μία ονομαστική μετοχή, η οποία ανήκει στον Ε.Ο.Φ., το Δ.Σ. του οποίου ασκεί τις αρμοδιότητες της Γενικής Συνέλευσης. Η μετατροπή και η συγχώνευση έχουν πλήρη απαλλαγή από φόρους, τέλη και κρατήσεις υπέρ οποιουδήποτε τρίτου. Τα δικαιώματα των συμβολαιογράφων και υποθηκοφυλάκων περιορίζονται στο 1/4 των νομίμων.

Η σχέση εργασίας που συνδέει το υπάρχον προσωπικό διατηρείται και μεταξύ αυτού και της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» υπό το ισχύον σήμερα καθεστώς και τους ίδιους όρους.

2. Στο άρθρο 17 του Ν. 2303/1995 (ΦΕΚ 80/Α) προστίθεται παρ. 9 ως εξής:

«9. Με την καταχώρηση στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών της απόφασης της Γ.Σ. των μετόχων της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. περί λύσεως της εταιρείας, ο Ε.Ο.Φ. καθίσταται αυτοδίκαια και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα γενικώς τα ενοχικά και εμπράγματα δικαιώματα και υποχρεώσεις της λυθείσας εταιρείας ως καθολικός διάδοχος της. Οι εκκρεμείς δίκες της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. συνεχίζονται στο όνομα του Ε.Ο.Φ., ο οποίος νομιμοποιείται ενεργητικά και παθητικά προς τούτο.»

3. Στην έννοια των έργων της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 54 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) περιλαμβάνεται και η ανάθεση μελετών εξοπλισμού, καθώς και η

ανάθεση εκτέλεσης προμήθειας ειδών πάσης φύσεως εξοπλισμού. Η Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. ορίζεται φορέας εκτέλεσης προμήθειας εξοπλισμού και εξαιρείται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2286/1995 (ΦΕΚ 19/Α).

#### Άρθρο 23

Κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

1. Το άρθρο 20 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15/Α'), όπως ισχύει σήμερα, αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 20

1. Καθιερώνεται κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, καθώς και όλους τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού». Ο κατάλογος εγκρίνεται και αναθεωρείται ανά διετία από της ισχύος του με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας, ύστερα από εισήγηση Ειδικής Επιτροπής που συστήνεται με απόφαση των ίδιων Υπουργών στον Ε.Ο.Φ.

Κατ' εξαίρεση μέχρι τη συμπλήρωση διετίας από την εφαρμογή του καταλόγου, όπως συμπληρωμένος ισχύει σήμερα, μπορούν να εκδίδονται, με την ίδια διαδικασία αξιολόγησης και ύστερα από απόφαση των ίδιων Υπουργών, συμπληρωματικοί κατάλογοι που θα περιλαμβάνουν ιδιοσκευάσματα από νέα δελτία τιμών και διορθώσεις.

2. Η Ειδική Επιτροπή είναι επταμελής και συγκροτείται από δύο καθηγητές ή αναπληρωτές των σχολών επιστημών υγείας των Α.Ε.Ι., ένα γιατρό με βαθμό διευθυντή του Ε.Σ.Υ. και ένα φαρμακοποιό, με προϋπηρεσία άνω των πέντε (5) ετών στο Ε.Σ.Υ., καθώς και ένα γιατρό ή φαρμακοποιό του Ε.Ο.Φ., του Ι.Κ.Α. και του Ο.Γ.Α. που ορίζονται από τις διοικήσεις τους. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής. Πρόεδρος ορίζεται ένας εκ των δύο καθηγητών.

Έργο της Ειδικής Επιτροπής είναι η κατάρτιση νέου ή η αναθεώρηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και το Δημόσιο, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους, η ανεκτικότητα και ασφάλεια, το μέσο κόστος ημερήσιας θεραπείας, η χορήγησή τους από τις κοινωνικές ασφαλίσεις άλλων χωρών και κάθε άλλο κριτήριο κατά τη γνώμη της Επιτροπής.

3. Μετά την ολοκλήρωση της κατάρτισης του καταλόγου από την Ειδική Επιτροπή ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι παρασκευαστές ή ανηπρόσωποι, προκειμένου να υποβάλλουν εντός δεκαπέντε (15) ημερών τις παρατηρήσεις τους, ώστε να ληφθούν υπόψη για την οριστικοποίησή του καταλόγου και την έκδοση της σχετικής απόφασης. Μετά την έκδοση της απόφασης αυτής και τη δημοσίευσή της οι παρασκευαστές ή ανηπρόσωποι των οποίων ιδιοσκευάσματα δεν έχουν περιληφθεί στον κατάλογο, μπορούν να ζητήσουν την επανάκρισή τους από την ίδια Ειδική Επιτροπή προσκομίζοντας κάθε στοιχείο, κατά την κρίση τους αναγκαίο, για την υπεράσπιση των απόψεών τους με το δικαίωμα να αναπτύξουν αυτές και προφορικά ενώπιον της Επιτροπής. Για τα ιδιοσκευάσματα, τα οποία θα γίνουν δεκτά μετά από την επανάκρισή τους,

από την Ειδική Επιτροπή, εκδίδεται, μετά από εισήγησή της, συμπληρωματικός κατάλογος με νέα κοινή υπουργική απόφαση.

4. Σε όλα τα μέλη και τους γραμματείς της Επιτροπής της π.άρ. 2 καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, η οποία δεν υπόκειται στους περιορισμούς των άρθρων 3 του Ν. 1256/1982 και 18 του Ν. 1505/1984, βαρύνει το Λογαριασμό Βελτίωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Β.Κ.Α.) και τον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Φ.. Το ύψος της αποζημίωσης και η αναλογία της δαπάνης, που θα βαρύνει το Λ.Β.Κ.Α. και τον Ε.Ο.Φ., θα καθορισθεί με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Οι όροι λειτουργίας της Ειδικής Επιτροπής, η διαδικασία εγκρίσεως ή απορρίψεως των ιδιοσκευασμάτων, η γραμματειακή της εξυπηρέτηση και κάθε άλλη λεπτομέρεια ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

6. Το Δημόσιο και οι φορείς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου δεν θα εξοφλούν συνταγές με ιδιοσκευάσματα που δεν συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο, εκτός εάν συνοδεύονται από ειδικά αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού για την αναγκαιότητα της χορήγησής τους, ως αναντικατάστατων. Επίσης δεν θα εξοφλούν συνταγές, οι οποίες περιέχουν ιδιοσκευάσματα κατά τη συνταγογράφηση των οποίων δεν έχουν τηρηθεί οι σχετικές αποφάσεις του Ε.Ο.Φ., όσον αφορά τις ενδείξεις τους. Συνταγή που περιέχει ιδιοσκευάσματα εκτός καταλόγου θεωρείται από τον ελεγκτή ιατρό του Δημοσίου ή του ασφαλιστικού οργανισμού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη νομοθεσία του κάθε φορέα για τη θεώρηση των συνταγών.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, καθιερώνεται ενιαίος τύπος συνταγής χορήγησης φαρμάκων για το Δημόσιο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού», θεσπίζονται όργανα και διαδικασίες ελέγχου της φαρμακευτικής περίθαλψης και καθορίζονται οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών φορέων, φαρμακοποιών και των θεραπόντων ιατρών και ελεγκτών, καθώς και οι κυρώσεις σε περίπτωση μη τήρησής τους.»

#### Άρθρο 24

Ρύθμιση καταβολής δαπάνων νοσηλείας ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Δαπάνες νοσηλείας ασφαλισμένων Ι.Κ.Α. που αφορούν, υλικά και σε τιμές όχι υψηλότερες από αυτές που έχουν καθοριστεί από το Ίδρυμα, ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα που δεν συμπεριλαμβάνονται στο νοσήλιο, αλλά έχουν βεβαιωθεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.δ. 2592/1953, βάσει αποφάσεων του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνωμοδότηση του ΚΕ.Σ.Υ. και αμφισβητείται η καταβολή τους, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ίσχυε μέχρι την υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 1320/3.2.98 (ΦΕΚ 99Α) κοινή υπουργική απόφαση, θεωρούνται νόμιμες και καταβάλλονται από το Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία εντός τριμήνου από την έναρξη ισχύος του παρόντος.



## Άρθρο 25

Χωροθέτηση του Κέντρου Υποστήριξης  
Απιστικών Ατόμων Ν. Αττικής.

Το υπ' αριθ. 3062 τεμάχιο, επιφανείας 14.150 τ.μ. περί του κτήματος που βρίσκεται στη θέση «ΟΛΥΜΠΟΣ» Δήμου Καλυβίων Θορικού και έχει παραχωρηθεί στο ουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την υπ' αριθ. 6521/1.1997 πράξη του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας πκής, επιτρέπεται η ανέγερση «Κέντρου Υποστήριξης πιστικών Ατόμων Νομού Αττικής».

Οι όροι δόμησης για την ανέγερση εγκαταστάσεων του τρου καθορίζονται ως εξής:

Ισοοστό κάλυψης: είκοσι τοις εκατό (20%).

Μντελεστής δόμησης: τρία δέκατα (0,3).

Μέγιστο ύψος του κτιρίου: επτά μέτρα και μισό (7,5), το οίο προσαυξάνεται κατά ένα μέτρο και είκοσι εκατοστά (20) για την περίπτωση κατασκευής στέγης.

Μάχιστη απόσταση των κτιρίων από τα όρια του γη- ου: πέντε (5) μέτρα.

## Άρθρο 26

## Ανάπτυξη νοσοκομείων.

Το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα τά, μετά από αίτησή τους. Τα Τμήματα και οι Μονάδες άσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και οτελούν Τμήματά του. Η εγκατάσταση γίνεται με οφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδί- νται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος, τά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου ο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού μβουλίου του νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η νάδα ή το προσωπικό, καθώς και του Συντονιστικού μβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Το ιατρι- και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά ακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο νοσοκομείο ο οποίο υπάγεται οργανικά, θεωρείται δε ότι βρίσκεται οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και άγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχι- έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονά- ς και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση ο τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να οβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που ρηρεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την οση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση ήν το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός οσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί οσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο νοσοκο- ο αυτό, τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκρο- ατος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο νοσοκομείο της περιοχής. Κενά θέσεων που θα προκύ- ουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του ρετούντος προσωπικού των μεταφερόμενων τμημά- η ή μονάδων, εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμη- των, μονάδων ή διευθύνσεων, θα καλύπτονται από το

Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυ- ψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προ- βλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου, γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προ- σωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο νο- σοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές του ανωτέρω προσωπικού βαρύ- ουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό και καταβάλλονται δια του φορέα από τον οποίο προέρχεται, σύμφωνα με τη δια- δικασία της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του Ν. 2592/ 1998. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπά- νω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων η- μερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή επο- χιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2703/ 1999, 2606/1998, 2470/ 1997 και 2592/1998 κατά περίπτωση, βαρύνουν τον προ- ύπολογισμό του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και καταβάλλο- νται από αυτό.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πει- θαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συ- γκροτήματος Θεσσαλονίκης, ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργα- νικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙ- ΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επι- τροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κά- θε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πει- θαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντιά- τρους, εάν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων του ίδιου ή ανώτερου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρω- ματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

## Άρθρο 27

Κύρωση Τροποποιητικής Σύμβασης του Ελληνικού Δημοσίου με το «Ίδρυμα Παπαγεωργίου».

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμου η τροποποιητική σύμβαση που υπεγράφη την 8η Ιουλίου 1999 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και έχει ως εξής:

## ΣΥΜΒΑΣΗ

Στην Αθήνα σήμερα την 8η Ιουλίου του 1999 έτους μεταξύ αφ' ενός του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ που εκπροσωπείται νόμιμα από τους: 1) Γιάννο Παπαντωνίου κάτοχο του με αριθμ Σ.205012 Δ.Τ. του Αστυνομικού Τμήματος Αθηνών ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Οικονομικών, και 2) Λάμπρο Παπαδήμα κάτοχο του με αριθμ. Σ.986171 Δ.Τ. του Τ.Α. Λαμίας ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αφ' ετέρου του στην πόλη της Θεσ/κης (οδός Αριστοτέλους αριθ. 5) εδρεύοντος Κοινωφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 35685/29.8.1990 πράξη της Συμβ/φου Θεσ/κης Ιωάννας Μπιλίση - Χρυσουλά, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. 36090/12.10.1990 πράξη της ίδιας Συμβ/φου Θεσ/κης, του οργανισμού διοίκησης και διαχείρισης του Ιδρύματος τούτου κυρωθέντος με το από 8.11.1990 Προεδρικό Διάταγμα, που δημοσιεύθηκε νόμιμα στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος Β' αριθμ. φύλλου 766/5.12.1990) και το οποίο εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον πρόεδρο αυτού Βασίλειο Χ. Παπά, δυνάμει και της υπ' αριθμ. 280/29.8.1997 αποφάσεως του Διοικητικού του Συμβουλίου συνεφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαίως αποδεκτές οι κάτωθι τροποποιήσεις και προσθήκες στην από 24.5.1991 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν.1964/1991, όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την από 3.11.97 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 2618/18.6.98:

Στο άρθρο 2 προστίθεται παράγραφος 6 ως εξής:

6. Με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου δύναται να τροποποιείται και να καθορίζεται η συνολική δυναμικότητα των κλινών.

Στο άρθρο 14 προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

5. Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους.

Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσ/κης.

Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και αποτελούν Τμήματά του.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο Νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό θεωρείται ότι βρίσκεται

σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο Νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχέςμισθοδοσίας του ανωτέρω προσωπικού εξακολουθούν να καταβάλλονται από το Νοσοκομείο από το οποίο προέρχεται. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση, προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται με την ίδια διαδικασία που ακολουθείται και για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και καταβάλλεται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτή το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο Νοσοκομείο αυτό τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο Νοσοκομείο της περιοχής.

Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερομένων τμημάτων ή μονάδων εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων θα καλύπτονται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρό-

από της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντόπατρους εάν πρόκειται για κρίση οδοντόπατρων του ίδιου ή ανωτέρου βαθμού με κριτήριο κρινομένου, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συμμορφωτικού Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το Ε.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαταγή και αναπληρωματικό μέλος.

Ο λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

Η περίπτωση δ' της παρ. 3 του άρθρου 16 αντικαθίσταται ως εξής:

Ο Γενικός Διευθυντής προσλαμβάνεται μετά από σύμβαση σύμβασης από το Δ.Σ. του νοσοκομείου με σύμβαση σύμβασης διάρκειας. Σε περίπτωση που η λήξη της θητείας του Γεν. Δ/ντή συμπίπτει με εκείνη του Δ.Σ. τότε παραμένει αυτοδίκαια για ένα ακόμη εξάμηνο. Τα κριτήρια για την αξιολόγηση είναι τα οριζόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 και στην προβλεπόμενη από την παράγραφο αυτή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Ο προσλαμβανόμενος πρέπει να είναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι. με εξειδίκευση διοικητική εμπειρία στο Δημόσιο ή Οργανισμό ή Επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Στη θέση αυτή δύναται να προσληφθεί και άλλος εκ των υπηρετούντων στο νοσοκομείο, ο οποίος διαθέτει τα προβλεπόμενα τυπικά και ουσιαστικά κριτήρια, μετά δε τη λήξη της θητείας του ή της καθ' ύλην αρμοσύνην, με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου με την απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Διατάξεις του εσωτερικού κανονισμού υπηρεσίας αντίθετες προς την ανωτέρω διάταξη καταργούνται.

Η περίπτωση των πιο πάνω συντάσσεται η παρούσα σε ό,τι αφορά τα συμβαλλόμενα μέρη αντίτυπα, η οποία αφού ελεγχθεί και βεβαιώθηκε από τους συμβαλλόμενους καταρτίζεται ως ακολούθως:

ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ

ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Β. ΠΑΠΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 28

Λειτουργία λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων Ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών.

Μεταμοσχευτικές Μονάδες Ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση που λειτουργούν

κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου υποχρεούνται να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας τους, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευσή του, μετά τη χορήγηση της οποίας λειτουργούν υπό τους όρους των άρθρων 4 και 6.

2. Έως την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. τα όργανα και οι υπηρεσίες, των οποίων το αντικείμενο καταργείται με το άρθρο 30, διατηρούν τις αρμοδιότητές τους.

Άρθρο 29

Ειδικευση στη Χειρουργική Θώρακα και στην Αγγειοχειρουργική.

Ιατροί ειδικότητας Γενικής Χειρουργικής, με μεταγενέστερη έμμισθη υπηρεσία, μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τουλάχιστον δύο (2) ετών σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Καρδιάς και Πνευμόνων ή Μεταμόσχευσης Νεφρού, που λειτουργούν νομίμως, μπορούν να αναγνωρίσουν την υπηρεσία αυτή ως χρόνο πλήρους ειδικεύσεως στη Χειρουργική Θώρακα ή στην Αγγειοχειρουργική και να αποκτήσουν ύστερα από εξετάσεις την ειδικότητα της Χειρουργικής Θώρακα ή της Αγγειοχειρουργικής.

Άρθρο 30

Καταργούμενες διατάξεις.

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α).

2. Ο Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».

3. Τα άρθρα 130 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α) και 8 του Ν. 2193/1994 (ΦΕΚ 34/Α) «Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων».

4. Η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων», όπως έχει τροποποιηθεί, μόνο σε ό,τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

5. Οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) εξακολουθούν να ισχύουν μέχρις ότου εκδοθούν οι προβλεπόμενες από το νόμο αυτόν σχετικές αποφάσεις, εφόσον δεν αντικαθίστανται στο περιεχόμενό του.

Άρθρο 31

Οριστικά παραχωρητήρια, με τα οποία το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης παραχώρησε σε δικαιούχους πρόσφυγες οικοπέδα στην περιοχή Περάματος Αττικής και τα οποία δεν έχουν ανακληθεί μέχρι σήμερα, εφόσον έχουν απωλεσθεί, αναπληρώνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία επέχει θέση νόμιμου τίτλου.

Άρθρο 32

Η περίπτωση 2 της παραγράφου 1 του άρθρου 26 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

«2. Ως πρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπο που έχει γνώση οργάνωσης και διοίκησης και είναι κάτοχος πτυχίου Α.Ε.Ι. Οι αμοιβές προέδρου και αντιπροέδρου καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας».

## Άρθρο 33

1. Η επιλογή των οδοντιάτρων για ειδίκευση στην Ορθοδοντική γίνεται με διαγωνισμό. Οι επιλεγόμενοι οδοντίατροι τοποθετούνται για ειδίκευση βάσει της σειράς επιτυχίας τους, στα τμήματα Ορθοδοντικής των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σε κενές ή κενούμενες οργανικές θέσεις ειδικευομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για την υπηρεσιακή κατάσταση, τις αποδοχές, υποχρεώσεις και δικαιώματα των κατά τα ανωτέρω τοποθετούμενων οδοντιάτρων, εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους ειδικευόμενους γιατρούς διατάξεις.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο χρόνος έναρξης, ο τρόπος, η διαδικασία διεξαγωγής του διαγωνισμού, η εξεταστέα ύλη, οι προϋποθέσεις συμμετοχής των ενδιαφερομένων στο διαγωνισμό και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης.

2. Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από 23.5.1988 ή παρακολουθούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης σύμφωνα με το Π.Δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100/Α'/23.5.1988), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

3. Οι οδοντίατροι του Ι.Κ.Α. που εμπíπτουν στις μεταβατικές διατάξεις των προεδρικών διαταγμάτων 235/1988 και 388/1991, μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις, εφόσον έχουν παρακολουθήσει το διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ι.Κ.Α.

## Άρθρο 34

## Έναρξη ισχύος.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ  
Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ  
Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
Γ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
Μ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ  
Σ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.*

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



02018142909990012



23629

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1814

29 Σεπτεμβρίου 1999

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. 35/1385

Έγκριση του Κανονισμού του Κλάδου Υγείας του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.).

#### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρ. 10 του Ν. 2676/1999 (Α 1).
2. Την αρ. οικ. 1749/4-11-98 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φοίβο Ιωαννίδη» (Β 1171).
3. Την αρ. 398/1/44/28-7-99 απόφαση του Δ.Σ. του ΟΑ.Ε.Ε.
4. Τη γνώμη του Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφάλισης που διατυπώθηκε στην αρ. 10η/99 συνεδρίαση.
5. Το ύψος της δαπάνης που προκαλείται με τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν μπορεί να προσδιορισθεί, αλλά θα αντισταθμιστεί από τις εισφορές που θεσπίζονται με την ίδια απόφαση, αποφασίζουμε:  
Την έγκριση του Κανονισμού του Κλάδου Υγείας του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.).

#### Άρθρο 1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός του Κλάδου Υγείας του ΟΑΕΕ, είναι η ασφαλιστική κάλυψη για τον κίνδυνο ασθενείας και μητρότητας των προσώπων που ορίζονται στο άρθρο 2 του παρόντος Κανονισμού.

Ο κλάδος παρέχει:

- A. Παροχές σε είδος
- α. Ιατρική περίθαλψη-παρακλινικές εξετάσεις- ειδικές θεραπείες
  - β. Οδοντιατρική περίθαλψη
  - γ. Φαρμακευτική περίθαλψη
  - δ. Νοσοκομειακή περίθαλψη
  - ε. Πρόσθετη περίθαλψη
  - στ. Μαιευτική περίθαλψη-επίδομα τοκετού
- B. Παροχές σε χρήμα
- α. Έξοδα κηδείας

- β. Επίδομα εργατικού ατυχήματος
- γ. Έξοδα μετακίνησης ασθενών ασφαλισμένων

#### Άρθρο 2

- Υπαγόμενα πρόσωπα

A. Στον Κλάδο Υγείας του ΟΑΕΕ, υπάγονται υποχρεωτικά:

1. Οι ασφαλιζόμενοι στον Κλάδο Ασθενείας του ΤΕΒΕ.
2. Οι ασφαλιζόμενοι στον Κλάδο Ασθενείας-του-ΤΑΕ.
3. Οι Ξενοδόχοι των οποίων η επιχειρηματική δραστηριότητα άρχισε μετά την έναρξη ισχύος του Ν. 2676/1999 (1,Α) και οι Ξενοδόχοι των οποίων η επιχειρηματική δραστηριότητα άρχισε πριν την 1.3.1999 και οι οποίοι ασφαλίστηκαν προαιρετικά στον Ο.Α.Ε.Ε.

B. Στον κλάδο Υγείας υπάγονται προαιρετικά τα πρόσωπα που αναφέρονται στις παρ. 1, 2 και 3 του παρόντος με τις ίδιες προϋποθέσεις που ισχύουν για την προαιρετική ασφάλιση στον κλάδο σύνταξης.

Γ. Τα μέλη οικογενείας όλων των ανωτέρω προσώπων. Ως μέλη οικογενείας θεωρούνται:

- α) Ο/η σύζυγος εφόσον δεν εργάζεται και δεν είναι ασφαλισμένος/η σε άλλο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο. β) Τα άγαμα τέκνα (νόμιμα ή τέκνα που έχουν νομιμοποιηθεί, αναγνωρισθεί ή υιοθετηθεί, οι προγονοί και τα φυσικά τέκνα ασφαλισμένης) μέχρι τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους και εάν δεν είναι άνεργα μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους, εάν δε σπουδάζουν σε αναγνωρισμένες από το κράτος ανώτατες ή ανώτερες σχολές στην Ελλάδα ή στην αλλοδαπή σε όλη τη διάρκεια των σπουδών τους όχι όμως πέρα από τη συμπλήρωση του 26ου έτους της ηλικίας τους και με την προϋπόθεση ότι είναι άνεργα και δεν έχουν δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Τα ανάπηρα και ανάκανα για κάθε βιοποριστική εργασία παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν συνταξιοδοτούνται και δεν έχουν δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Η κατά τ' ανωτέρω ανικανότητα κρίνεται κατά τις περί συνταξιοδοτήσεως λόγω αναπηρίας διατάξεις της νομοθεσίας του Ο.Α.Ε.Ε.

Για τη συμπλήρωση των παραπάνω ορίων ηλικίας ως ημέρα γεννήσεως θεωρείται η 31η Δεκεμβρίου του έτους γεννήσεως.

γ) Η μητέρα και ο πατέρας καθώς και οι θετοί γονείς



το επόμενο ημερολογιακό έτος με τις προϋποθέσεις της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου.

4.- Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος διακόψει την άσκηση του επαγγέλματός του δικαιούται παροχές του Κλάδου Υγείας για ένα (1) έτος από τη διακοπή της ασφάλισης, υπό την προϋπόθεση εξόφλησης όλων των οφειλομένων εισφορών.

5.- Ασφαλισμένος που διέκοψε την άσκηση του επαγγέλματός του και υποβάλλει αίτηση για συνταξιοδότηση εντός έτους από της διακοπής, δικαιούται παροχές κλάδου υγείας από τον Οργανισμό μέχρι την έκδοση της συνταξιοδοτικής απόφασης και εφόσον δεν υφίστανται οφειλές που να υπερβαίνουν το ποσό που ορίζεται από τη κείμενη νομοθεσία.

6.- Πρόσωπα που τελούν σε προαιρετική ασφάλιση και που καθυστερούν την εισφορά τους πέραν των έξι μηνών δε δικαιούνται παροχές του κλάδου υγείας, παρά μόνο μετά την πάροδο τριών (3) μηνών από την επανάληψη καταβολής εισφορών.

#### Άρθρο 7

##### Ιατρική περίθαλψη

1. Η ιατρική περίθαλψη συνίσταται στην παροχή των καταλλήλων ιατρικών φροντίδων για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων, από γιατρούς ειδικότητας όπως αυτές αναφέρονται στην παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου, καθώς και τη διενέργεια των απαραίτητων παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών.

2. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς των παρακάτω ειδικοτήτων:

2.1. Παθολόγο ή γιατρό γενικής Ιατρικής. Κατ' εξαίρεση και μόνο σε περιοχές που δεν υπάρχουν γιατροί ειδικότητας από γιατρό άνευ ειδικότητας

2.2. Παιδίατρο

2.3. Καρδιολόγο

2.4. Οφθαλμίατρο

2.5. Γυναικολόγο

2.6. Ωτορινολαρυγγολόγο

2.7. Δερματολόγο

2.8. Ορθοπαιδικό

2.9. Πνευμονολόγο

2.10. Ουρολόγο

2.11. Γαστρεντερολόγο

2.12. Ρευματολόγο

2.13. Νευρολόγο

2.14. Ψυχίατρο

συμβαλλομένων μετά του Ο.Α.Ε.Ε. με σύμβαση μίσθωσης έργου.

Η αμοιβή αυτών καθορίζεται κάθε φορά με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του Δ. Σ. του Ο.Α.Ε.Ε.

Επίσης με αποφάσεις του Δ.Σ. του Ο.Α.Ε.Ε. καθορίζονται ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών, οι όροι παροχής των ιατρικών φροντίδων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

Η ανάθεση έργου πραγματοποιείται ύστερα από πρόσκληση και υποβολή αίτησης για εκδήλωση ενδιαφέροντος από γιατρούς που επιθυμούν τη συνεργασία με τον Οργανισμό, η οποία πρόσκληση δημοσιεύεται μέχρι την τελευταία ημέρα του 8ου μήνα του έτους, δυναμένης της

προθεσμίας αυτής να παραταθεί, όχι όμως πέραν της 20ης του επόμενου μήνα με αιτιολογημένη απόφαση του Δ.Σ., σε δύο τουλάχιστον εφημερίδες που εκδίδονται στην έδρα του Οργανισμού και με κοινοποίηση σε όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας. Από τους γιατρούς που εκδήλωσαν ενδιαφέρον, προτιμώνται εκείνοι που δεν κατέχουν έμμισθη θέση εκτός εάν δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον, οπότε είναι δυνατή η ανάθεση του έργου σε γιατρό που κατέχει έμμισθη θέση.

Σε περίπτωση λύσης της σύμβασης έργου για οποιοδήποτε λόγο πριν από τη λήξη αυτής, το έργο ανατίθεται για τον υπόλοιπο χρόνο σε άλλο γιατρό κατά σειρά αξιολόγησης, μη υπάρχοντος δε τούτου γίνεται απευθείας ανάθεση. Το ίδιο μπορεί να γίνει και στην περίπτωση που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από γιατρούς κατά τις ετήσιες προσκλήσεις.

3. Κιμάκια αριθμού περιθαλτομένων δικαιούχων περιθαλψής τα οποία λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό της αμοιβής των θεραπευτών γιατρών κατά ειδικότητα είναι τα εξής:

ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ		
A	300 - 600	ασφαλισμένοι
B	601 - 900	ασφαλισμένοι
Γ	901 - 1200	ασφαλισμένοι
Δ	1201 - 1500	ασφαλισμένοι
E	1501 - 1800	ασφαλισμένοι
ΣΤ	1801 - & άνω	ασφαλισμένοι

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ		
A	300 - 500	ασφαλισμένοι
B	501 - 700	ασφαλισμένοι
Γ	701 - 900	ασφαλισμένοι
Δ	901 - 1100	ασφαλισμένοι
E	1101 - 1300	ασφαλισμένοι
ΣΤ	1301 - & άνω	ασφαλισμένοι

##### ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ - ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΙ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ - ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ - ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ - ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΙ - ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ - ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ - ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ

A	400 - 1000	ασφαλισμένα
B	1001 - 2500	ασφαλισμένοι
Γ	2501 - 4500	ασφαλισμένοι
Δ	4501 - 6500	ασφαλισμένοι
E	6501 - 8500	ασφαλισμένοι
ΣΤ	8501 - & άνω	ασφαλισμένοι

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ		
A	500 - 5000	ασφαλισμένοι
B	5001 - 7000	ασφαλισμένοι
Γ	7001 - 9000	ασφαλισμένοι
Δ	9001 - & άνω	ασφαλισμένοι

Η μηνιαία αμοιβή των συμβαλλομένων με τον Ο.Α.Ε.Ε. με μίσθωση έργου, θεραπευτών γιατρών, κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος είναι αυτή η οποία έχει καθοριστεί με την κοινή υπουργική απόφαση Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τους θεραπευτές γιατρούς του ΤΕΒΕ.

Στην αμοιβή αυτή περιλαμβάνονται έξοδα κίνησης και ιατρείου σε ποσοστό 25%.

Οι θεραπευτές γιατροί υποχρεούνται, πέραν της εξέτασης του ασθενούς, να εκτελούν εφόσον κρίνεται αναγκαίο τις παρακάτω κατά ειδικότητα ιατρικές πράξεις, χωρίς επιβάρυνση του ασφαλισμένου ή του Οργανισμού.

γασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων μετά από πρόταση του Δ.Σ. του ΟΑΕΕ.

#### Άρθρο 11

##### Συμβάσεις εργαστηρίων και φυσικοθεραπευτηρίων

1.- Η εκτέλεση των παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών ενεργείται αποκλειστικά από τα συμβεβλημένα με τον Οργανισμό Ιατρικά εργαστήρια, φυσικοθεραπευτήρια κλπ.

2.- Η διάρκεια της σύμβασης με τα ιατρικά εργαστήρια και φυσικοθεραπευτήρια θα είναι ισχύος ενός έτους. Ο Ο.Α.Ε.Ε. δύναται να παρατείνει μονομερώς τη διάρκεια της σύμβασης για ένα χρόνο κάθε φορά. Τα εργαστήρια εφόσον δεν επιθυμούν την παράτασή της, μπορούν να ζητήσουν τούτο 30 ημέρες πριν από τη λήξη της.

3.- Οι συμβάσεις με τα ιατρικά εργαστήρια κλπ μπορεί να καταγγέλλονται οποτεδήποτε και αζημίως υπό του ΟΑΕΕ και πριν από τη λήξη τους σε περίπτωση παράβασης των όρων της σύμβασης.

4.- Όλοι οι όροι κανονισμών, αποφάσεων και οδηγιών των αρμοδίων οργάνων του ΟΑΕΕ για τον τρόπο παροχής των παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών, περιλαμβανόμενοι ή μη στη σύμβαση, θα θεωρούνται ως αναγραφόμενοι στη σύμβαση που έχει υπογραφεί.

5.- Επίσης δύναται να συνάπτει συμβάσεις ομοίου περιεχομένου με κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης για παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ, με δυνατότητα και ελεύθερης διαπραγμάτευσης των τιμών, και μόνο για όσες πράξεις ή υπηρεσίες δεν είναι κοστολογημένες, μετά από απόφαση του Δ.Σ. του ΟΑΕΕ και έγκριση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

6.- Ο ΟΑΕΕ μπορεί να συγκροτεί ανεξάρτητα μικροβιολογικά, ακτινολογικά και κάθε είδους ιατρικά εργαστήρια, φυσικοθεραπευτήρια κ.λ.π.

Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΔΣ του ΟΑΕΕ θα οριστούν τα προβλεπόμενα να λειτουργήσουν μερίμνη του Οργανισμού εργαστήρια, η σύστασή τους, η οργάνωσή τους, η διάρθρωση των θέσεων του επιστημονικού βοηθητικού και λοιπού εν γένει προσωπικού τα τυπικά προσόντα διορισμού, ως και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την καλή λειτουργία αυτών.

7. Οι αναγραφόμενες, στην πρώτη στήλη του κρατικού τιμολογίου που ισχύει κάθε φορά για αμοιβή παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών τιμές βαρύνουν κατά το 25% τους ασθενείς, οι οποίοι και καταβάλλουν το ποσό απευθείας στα ιατρικά εργαστήρια και θεραπευτήρια που έχουν την ευθύνη είσπραξής του, το δε υπόλοιπο 75% βαρύνει τον ΟΑΕΕ.

Τέλη χαρτοσήμου και λοιπές επιβαρύνσεις, βαρύνουν αποκλειστικά τα ιατρικά εργαστήρια κλπ.

Τα ιατρικά εργαστήρια και θεραπευτήρια απαγορεύεται να εισπράττουν πρόσθετη αμοιβή από τους ασθενείς.

##### Ειδικοί όροι συμβάσεων

1.- Τα συμβαλλόμενα με τον ΟΑΕΕ ιατρικά εργαστήρια, φυσικοθεραπευτήρια κλπ, δικαιούνται να εκτελούν εξετάσεις και θεραπείες εντός του κύκλου της νομίμως αναγνωρισμένης επαγγελματικής ειδικότητας των, διαφορετικά καμία δαπάνη δε θ' αναγνωρίζεται σε βάρος του ΟΑΕΕ.

2.- Η εκτέλεση των παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών

θεραπειών γίνεται κατόπιν παραπεμπτικών που εκδίδονται από θεραπευτές γιατρούς ή άλλα υγειονομικά όργανα του ΟΑΕΕ, χωρίς θεώρηση αυτών, εκτός των εξετάσεων εκείνων που με απόφαση του ΔΣ του ΟΑΕΕ ορίζεται ότι τα παραπεμπτικά εκτέλεσης θεωρούνται από την Υγειονομική Υπηρεσία.

3.- Ο εκπρόσωπος του εργαστηρίου, φυσικοθεραπευτηρίου κλπ υποχρεούται να αναγράφει στο βιβλιόριο ασθενείας την εκτέλεση των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, το δε παραπεμπτικό πρέπει απαραίτητα να φέρει την υπογραφή του υπευθύνου γιατρού, τη σφραγίδα του εργαστηρίου, την υπογραφή του ασθενούς και τον αριθμό της αστυνομικής ταυτότητάς του.

Η πληρωμή των παρακλινικών εξετάσεων και ειδικών θεραπειών που έχουν πραγματοποιηθεί γίνεται βάσει καταστάσεων που συντάσσονται από τον υπεύθυνο του εργαστηρίου ή φυσικοθεραπευτηρίου σε ειδικό έντυπο του ΟΑΕΕ ή σύμφωνα με τα στοιχεία του εντύπου αυτού και υποβάλλονται μέσα στον επόμενο μήνα από την εκτέλεσή τους, επισυνάπτοντας τα παραπεμπτικά των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν.

4.- Τα παραπεμπτικά παρακλινικών εξετάσεων κλπ είναι άκυρα εάν δεν εκτελεστούν μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την ημερομηνία έκδοσής τους, μη συμπεριλαμβανομένης της ημέρας έκδοσής τους.

5.- Τα ιατρικά εργαστήρια, φυσικοθεραπευτήρια κλπ, υποχρεούνται να θέτουν στη διάθεση των εντεταλμένων υγειονομικών ή διοικητικών οργάνων του ΟΑΕΕ, κάθε στοιχείο σχετικό με τις παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες που εκτελέστηκαν.

#### Άρθρο 12

##### Φαρμακευτική περιθαλψη

1.- Ο ΟΑΕΕ παρέχει στους ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα για την αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από τη νοσηρή κατάσταση τους φάρμακα και τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες.

2.- Η συμμετοχή του δικαιούχου στη δαπάνη των φαρμάκων είναι αυτή που καθορίζεται κάθε φορά από τις κείμενες διατάξεις, όπως αυτές ισχύουν.

3.- Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα παρέχονται μόνο εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα. Κατά εξαίρεση αναγνωρίζεται και καταβάλλεται η αξία ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, εφόσον αυτά έχουν οριστεί για τη συνέχιση θεραπείας ασφαλισμένου και με προσκόμιση:

α) Για τους νοσηλευθέντες ή μη στο εξωτερικό ιατρικής γνωμάτευσης ή βεβαίωσης γιατρού αντίστοιχης ειδικότητας με την πάθησή του.

β) Για τους νοσηλευθέντες ή μη στο εσωτερικό ιατρικής γνωμάτευσης ή βεβαίωσης καθηγητού ή Διευθυντού κλινικής αντίστοιχης προς την πάθησή του ειδικότητας κρατικού νοσοκομείου.

4.- Τα φάρμακα που ορίζονται στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου χορηγούνται από τα συμβεβλημένα με τον Οργανισμό φαρμακεία, για λογαριασμό του ΟΑΕΕ και μόνο βάσει συνταγών που εκδίδονται αποκλειστικά και μόνο από τον αρμόδιο για παροχή περιθαλψής θεραπευτή γιατρό.

5.- Στις περιπτώσεις που στην περιοχή δεν υπηρετεί θεραπευτής γιατρός του ΟΑΕΕ και ο ασφαλισμένος εξετάζεται από ιδιώτη γιατρό ειδικότητας, ο ιατρός συνταγογραφεί φάρμακα στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο που

με αιτιολογημένη γνωμάτευση του Διευθυντή της κλινικής που νοσηλεύεται ο ασθενής ότι πρόκειται για εξαιρετικά βαρύ περιστατικό, για το οποίο επιβάλλεται ιατρικά η παρουσία αποκλειστικής νοσοκόμας.

Δεν αποδίδονται δαπάνες για χρόνο προγενέστερο της χορήγησης της έγκρισης, σε περίπτωση που αυτή ζητηθεί και δοθεί μετά την πάροδο του παραπάνω τριημέρου.

Χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής νοσοκόμας δε δικαιολογείται για χρόνια περιστατικά και για περιστατικά νοσηλείας στο σπίτι.

9.- Ο ΟΑΕΕ καλύπτει, για τις ασφαλισμένες του (άμεσα και έμμεσα) δαπάνη για εξωσωματική γονιμοποίηση με τις εξής προϋποθέσεις:

α.- Η ασφαλισμένη δεν πρέπει να είναι ηλικίας άνω των 45 ετών.

β.- Η ασφαλισμένη που πρόκειται να υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση πρέπει να προσκομίζει για έγκριση στους ελεγκτές γιατρούς ιατρική γνωμάτευση Διευθυντή Ειδικού Κέντρου στειρότητας - γονιμότητας κρατικού νοσοκομείου ή θεραπευτή γιατρού γυναικολόγου του ΟΑΕΕ, που να αναφέρονται οι ενδείξεις και οι προϋποθέσεις που υπάρχουν για έναρξη της διαδικασίας εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η έγκριση παρέχει τη δυνατότητα στην ασφαλισμένη να υποβληθεί σε έως τρεις (3) το πολύ προσπάθειες με τη διευκρίνιση ότι η νέα προσπάθεια δεν μπορεί να γίνει πριν από την παρέλευση τεσσάρων (4) μηνών από την προηγούμενη.

Μετά την έγκριση η ασφαλισμένη μπορεί ν' απευθυνθεί σε όποιο κέντρο κρατικό ή ιδιωτικό επιθυμεί αφού προηγουμένως ενημερώσει το θεραπευτή γιατρό γυναικολόγο του ΟΑΕΕ για ν' αναγράψει στο βιβλιário ασθενείας τα σχετικά με την έναρξη της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

γ).- Μετά το δεύτερο μήνα από την έναρξη της διαδικασίας, προσκομίζονται στην αρμόδια υπηρεσία του ΟΑΕΕ ιατρική βεβαίωση σχετική με την πορεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, επιτυχούς ή όχι, οι αποδείξεις των εργαστηριακών εξετάσεων που έγιναν, και οι αποδείξεις παροχής υπηρεσιών του κέντρου.

Η δαπάνη που καταβάλλεται για την παραπάνω ιατρική πράξη ανέρχεται σε:

-Περίπτωση επιτυχούς προσπάθειας στο ποσό που καθορίζεται κάθε φορά από τις κείμενες διατάξεις.

-Σε περίπτωση ανεπιτυχούς προσπάθειας στο ήμισυ του παραπάνω ποσού.

-Επιπλέον καταβάλλεται η δαπάνη για τα φάρμακα με συμμετοχή του ασφαλισμένου κατά 25%.

#### Άρθρο 14

##### Συμβάσεις θεραπευτηρίων - Διαδικασία παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης

1.- Ο ΟΑΕΕ για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης δύναται να συνάψει συμβάσεις με κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικά θεραπευτήρια, με όρους και προϋποθέσεις, που θα συμφωνηθούν μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών, μέσα στις κείμενες κάθε φορά διατάξεις, για τα προβλεπόμενα όρια αμοιβών.

2.- Η εισαγωγή ασθενούς στο θεραπευτήριο γίνεται με εισιτήριο, που εκδίδεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΑΕΕ, του τόπου που θα νοσηλευθεί, μετά από ιατρική γνωμάτευση του νοσοκομείου που νοσηλεύεται με σύμφωνη γνώμη του υγειονομικού οργάνου.

3.- Για την έγκριση και εισαγωγή στο θεραπευτήριο (εισιτήριο εισόδου) σημειώνονται τα ασφαλιστικά στοιχεία του ασθενούς, η πιθανή διάγνωση της νόσου και το θεραπευτήριο, που πρόκειται να εισαχθεί.

Εισιτήριο, που δεν έχει χρησιμοποιηθεί μέσα σε (5) ημέρες από την ημέρα εκδόσεώς του, συμπεριλαμβανομένης και αυτής, καθίσταται άκυρο.

4.- Σε περίπτωση που έχει πραγματοποιηθεί εισαγωγή ασφαλισμένου σε κρατικό νοσοκομείο ή ιδιωτικό θεραπευτήριο, το εισιτήριο νοσηλείας μπορεί να χορηγηθεί και εκ των υστέρων, όχι όμως πέραν των πέντε (5) εργασιμίων ημερών, από την ημερομηνία εισαγωγής, ακόμη και εάν εντός της προθεσμίας αυτής ο ασθενής εξήλθε από το θεραπευτήριο. Σε περίπτωση εισαγωγής σε μη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική απαιτείται αναγγελία εντός 5 ημερών. Η έγκριση δίδεται με την προϋπόθεση ότι μέσα στην προθεσμία αυτή ο ασφαλισμένος ήταν ταμειακά ενήμερος και ειδικαιούτο βιβλιαρίου ασθενείας.

Σε περίπτωση που παρήλθε η παραπάνω προθεσμία των πέντε (5) ημερών, ο ασφαλισμένος καλύπτεται από τον ΟΑΕΕ, από την ημερομηνία αναγγελίας και μετά με την προϋπόθεση να είναι ταμειακά ενήμερος.

5.- Επί περιστατικών για τα οποία δεν ζητήθηκε η έκδοση εισιτηρίου μέσα στις παραπάνω προθεσμίες της παραγράφου 4 του παρόντος, αρμόδιος να δικαιολογήσει το έκπρόθεσμο εισαγωγής είναι ο προϊστάμενος της περιφερειακής Διεύθυνσης στην οποία υπάγεται ο ασφαλισμένος, μετά από γνώμη του οικείου υγειονομικού οργάνου, περί του παραδεκτού των γενομένων νοσηλίων. Στην περίπτωση αυτή τα νοσήλια καταβάλλονται από τον ΟΑΕΕ απ' ευθείας στο νοσοκομείο ή στο συμβεβλημένο θεραπευτήριο. Για νοσηλεία σε μη συμβεβλημένο ιδιωτικό θεραπευτήριο καταβάλλονται στον ασφαλισμένο τα προβλεπόμενα από τον κανονισμό νοσήλια, εφόσον το περιστατικό κριθεί ως έκτακτο από τον ελεγκτή γιατρό.

Σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις ο ασφαλισμένος πρέπει να είναι ταμειακά ενημερωμένος μέχρι τη λήξη των προθεσμιών τις οποίες παραβίασε.

#### Άρθρο 15

##### Νοσηλεία στο εξωτερικό

1. Οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό ύστερα από απόφαση του Διοικητή και έγκριση της Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής και εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις περί νοσηλείας στο εξωτερικό.

2. Οι αποδιδόμενες δαπάνες για νοσηλεία σε θεραπευτήρια του εξωτερικού είναι οι εξής:

α) Το σύνολο της δαπάνης νοσηλείας σε κρατικά θεραπευτήρια του εξωτερικού. Προκειμένου για μεταμόσχευση καταβάλλεται επι πλέον η δαπάνη για τυχόν νοσηλεία του δότη.

Στην έννοια της νοσηλείας περιλαμβάνονται:

Το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, όλες οι απαραίτητες ιατρικές πράξεις, τα φάρμακα, οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες, κάθε πρόσθετο είδος που είναι απαραίτητο για τη χειρουργική επέμβαση καθώς και οι δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν εκτός νοσοκομείου για τη διάγνωση της πάθησης ή την ολοκλήρωση της θεραπείας, εφόσον κρίθηκαν απαραίτητες μετά από σύσταση του θεραπευτηρίου.

Δεν καταβάλλονται δαπάνες νοσηλείας σε ιδιωτικά θε-



τιμολόγιο των ιδιωτικών κλινικών για τις επί πλέον ημέρες και για αμοιβή χειρουργού, αναισθησιολόγου και εξόδων χειρουργείου, αμοιβές που καθορίζονται από το ισχύον κρατικό τιμολόγιο αμοιβών-ιατρικών πράξεων.

γ. Επί επιπλοκών σε φυσιολογικό τοκετό που η νοσηλεία παρατείνεται πέραν των τεσσάρων (4) ημερών καταβάλλεται εκτός του επιδόματος και δαπάνη σύμφωνα με το ισχύον τιμολόγιο (Κρατικών Νοσοκομείων - Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων) για τις επί πλέον ημέρες.

3.- Για την απόδοση των παραπάνω δαπανών απαιτούνται κατά περίπτωση τα εξής δικαιολογητικά:

α. Για το επίδομα τοκετού

α.1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού.

α.2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86, ότι η ασφαλισμένη δεν δικαιούται έξοδα τοκετού από άλλο Ασφαλιστικό Οργανισμό ή το Δημόσιο.

β. Για τις επιπλέον δαπάνες για την περίπτωση καισαρικής τομής και επιπλοκών φυσιολογικού τοκετού απαιτείται επί πλέον εξοφλημένο τιμολόγιο του θεραπευτηρίου και αποδείξεις χειρουργού και αναισθησιολόγου.

#### Άρθρο 18 Έξοδα κηδείας

1.- Σε περίπτωση θανάτου άμεσα ασφαλισμένου του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), καταβάλλεται εφάπαξ ποσό για έξοδα κηδείας, που ορίζεται σε 300.000 δρχ.

Το καταβαλλόμενο ποσό είναι αυτό που ισχύει κατά το χρόνο θανάτου του ασφαλισμένου.

2.- Εάν η σορός μεταφερθεί για ταφή σε νεκροταφείο άλλης πόλης από τον τόπο που πέθανε ο ασφαλισμένος και η πόλη αυτή απέχει πάνω από εκατό 100 χιλιόμετρα, καταβάλλονται και έξοδα μεταφοράς της σορού και μέχρι ποσού των 50.000 δρχ. Εάν απέχει πάνω από 200 χιλιόμετρα καταβάλλονται μέχρι 100.000 δρχ.

Τα ποσά που αναφέρονται στις παραγράφους 1 και 2 του παρόντος άρθρου αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. που εγκρίνεται από τον Υπουργό Εργασίας και Κοιν. Ασφαλίσεων.

3.- Σε περίπτωση θανάτου στην αλλοδαπή ασφαλισμένου που είχε μεταβεί εκεί για νοσηλεία με προηγούμενη έγκριση του Οργανισμού, καταβάλλονται τα έξοδα κηδείας που ισχύουν για την Ελλάδα, καθώς και η πρόσθετη δαπάνη ταρίχλευσης, αγοράς φέρετρου, μεταφοράς στην ημεδαπή της σορού και η αξία εισιτηρίων μετακίνησης ενός συνοδού ή η δαπάνη ταφής στο εξωτερικό.

Τα ανωτέρω έξοδα δεν μπορεί να υπερβούν στο σύνολο τους, για όσους πεθαίνουν στις χώρες της Αμερικής και Αυστραλίας το δεκαπλάσιο και στις χώρες Ευρώπης, Αφρικής και Ασίας το επταπλάσιο των εξόδων κηδείας, που καταβάλλονται κάθε φορά σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου στην Ελλάδα.

4.- Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου του ΟΑΕΕ, που βρέθηκε στο εξωτερικό για οποιοδήποτε λόγο χωρίς όμως έγκριση του Οργανισμού καταβάλλονται τα έξοδα κηδείας και οι λοιπές δαπάνες της παραγράφου 3 του παρόντος μέχρι το ήμισυ του ποσού που καταβάλλεται σε περίπτωση, που ο ασφαλισμένος πήγε στο εξωτερικό για νοσηλεία με έγκριση του Οργανισμού.

5.- Τα έξοδα κηδείας καταβάλλονται ανεξάρτητα από την ασφαλιστική (ταμειακή) ενημερότητα του ασφαλισμένου, εάν:

α.- Ο θάνατος επήλθε μετά την εγγραφή στα Μητρώα του Οργανισμού.

β.- Ήταν ασφαλισμένος κατά το χρόνο του θανάτου του ή δεν είχε παρέλθει έτος από τη διακοπή άσκησης του επαγγέλματος.

6.- Τα έξοδα κηδείας και η τυχόν πρόσθετη δαπάνη καταβάλλονται σ' αυτόν που έχει επιμεληθεί τα της κηδείας.

7.- Δικαιολογητικά για την απόδοση των εξόδων κηδείας και λοιπών δαπανών που πρέπει να προσκομίζονται είναι:

α. Το βιβλιάριο ασθενείας του θανόντα.

β. Η ληξιαρχική πράξη θανάτου.

γ. Οι πρωτότυπες αποδείξεις για τις δαπάνες που έγιναν και προβλέπονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2, 3 και 4 του παρόντος άρθρου.

δ. Ειδικά για την επιπλέον δαπάνη μεταφοράς σορού πρωτότυπο εξοφλημένο τιμολόγιο ή σπόδειξη μεταφοράς.

Με απόφαση του ΔΣ του ΟΑΕΕ καθορίζονται τα τυχόν λοιπά δικαιολογητικά που απαιτούνται για την απόδοση των εξόδων κηδείας.

#### Άρθρο 19 Εργατικό ατύχημα

1.- Σε περίπτωση πρόσκαιρης ανικανότητας για την άσκηση του επαγγέλματος που οφείλεται σε βίαιο συμβάν που επήλθε μετά την εγγραφή του ασφαλισμένου στην ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε., κατά την άσκηση του επαγγέλματος ή εξ αφορμής αυτού (εργατικό ατύχημα), καταβάλλεται στον παθόντα χρηματικό επίδομα, ανεξάρτητα εάν η επιχείρηση του ασφαλισμένου εξακολουθεί να λειτουργεί.

2.- Για τη λήψη του επιδόματος, η διάρκεια της ανικανότητας, πρέπει να υπερβαίνει τις τριάντα (30) ημέρες, σύμφωνα με απόφαση της υγειονομικής επιτροπής.

3.- Για τη θεμελίωση του δικαιώματος επιδόματος εργατικού ατυχήματος θα πρέπει το ατύχημα ν' αναγγελθεί στην αρμόδια υπηρεσία του Ο.Α.Ε.Ε. μέσα σ' ένα μήνα (1) από την ημέρα που έλαβε χώρα.

Η αναγγελία γίνεται γραπτά και πρέπει να περιέχει όλα τα στοιχεία του ασφαλισμένου, το ασκούμενο επάγγελμα και τις ακριβείς συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε τούτο, τις πρώτες βοήθειες που παρεσχέθησαν, τον τόπο που μεταφέρθηκε ο παθών, το ονοματεπώνυμο και τη διεύθυνση του ιατρού που κλήθηκε, των μαρτύρων και κάθε άλλο κρίσιμο στοιχείο.

Αρμόδια υπηρεσία για την έρευνα και εξακρίβωση των συνθηκών που έγινε το ατύχημα και τη σύνταξη της σχετικής έκθεσης, είναι το Τμήμα ή Γραφείο στο οποίο υπάγεται ο ασφαλισμένος.

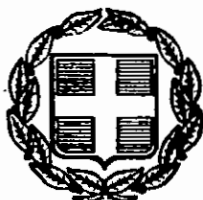
Σε περίπτωση που απαιτείται και επιτόπια έρευνα και το ατύχημα έλαβε χώρα σε πόλη αρμοδιότητας άλλου Τμήματος ή Γραφείου αυτή θα διενεργείται από όργανα της πόλης αυτής ύστερα από παραγγελία του αρμοδίου Τμήματος ή Γραφείου στο οποίο υπάγεται ο ασφαλισμένος.

4.- Το επίδομα εργατικού ατυχήματος καταβάλλεται για όσο χρόνο ο παθών κρίνεται ανίκανος από την υγειονομική επιτροπή να ασκήσει το επάγγελμά του και μέχρι τρισεπταετίας (4) μήνες κατ'ανώτατο όριο.

Το ποσό του μηνιαίου επιδόματος ανέρχεται στο τριπλάσιο της μηνιαίας εισφοράς του κλάδου ή των κλάδων στους οποίους είναι ασφαλισμένος αυτός που υπέστη το ατύχημα κατά την ημέρα του ατυχήματος.



01002570512020016



6009

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 297

5 Δεκεμβρίου 2002

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3075

Τροποποίηση και συμπλήρωση της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας του Δημοσίου και άλλες διατάξεις.

### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

#### Άρθρο 1

#### Συνταξιοδότηση λογοτεχνών - καλλιτεχνών

1. Δικαίωμα σύνταξης από το Δημόσιο Ταμείο αποκτούν και οι ελληνικής υπηκοότητας ή Έλληνες το γένος λογοτέχνες και καλλιτέχνες, γενικά, που έχουν προσφέρει διακεκριμένες υπηρεσίες στην ανάπτυξη των γραμμάτων ή των τεχνών. Η σύνταξη αυτή είναι μηνιαία, και απονέμεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Πολιτισμού.

2. Στην έννοια των λογοτεχνών και καλλιτεχνών της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

α. Λογοτέχνες, μεταφραστές λογοτεχνίας και θεατρικών έργων, θεατρικοί συγγραφείς, δοκμιογράφοι φιλοσοφικού και φιλολογικού δοκιμίου, ιστορικοί συγγραφείς - ιστοριογράφοι και σεναριογράφοι.

β. Εικαστικοί καλλιτέχνες, σκηνογράφοι, φωτογράφοι, σκηνογράφοι και γελοιογράφοι.

γ. Μουσουργοί, αρχιμουσικοί και ερμηνευτές.

δ. Συνθέτες, στιχουργοί, ερμηνευτές ελληνικής μουσικής.

ε. Σκηνοθέτες, ηθοποιοί και λυρικοί καλλιτέχνες.

στ. Χορογράφοι και χορευτές και

ζ. Λαϊκοί καλλιτέχνες, ιδίως караγκιοζοπαίχτες, ξυλογλύπτες και καλλιτέχνες του κουκλοθεάτρου, των μαριονετών και της παντομίμας.

3. Για την πρόσφορά ή όχι διακεκριμένων υπηρεσιών αποφαινεται, με πλήρως απολογημένη γνώμη, εννεαμελής Επιτροπή η οποία συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Πολιτισμού αποτελούμενη από έξι (6) προσωπικό της των γραμμάτων, των τεχνών και των επιστημών, τον καθ' ύλην αρμόδιο Διευθυντή του Υπουργείου Πολιτισμού ο οποίος μπορεί να αναπληρώνεται από τον Προϊστάμενο του οικείου Τμήματος και δύο (2) προσωπικότητες, αναλόγως των επτά κατηγοριών λογοτεχνών και καλλιτεχνών της προηγούμενης παραγράφου, μετά από πρόταση των συλλογικών τους φορέων, σε όσες περι-

πτώσεις υπάρχει συλλογική εκπροσώπηση. Καθήκοντα εισηγητή στην Επιτροπή ασκεί το οριζόμενο εκάστοτε από τον Πρόεδρο μέλος της Επιτροπής. Καθήκοντα Γραμματέων ασκούν υπάλληλοι του Υπουργείου Πολιτισμού ή εποπτευομένων από αυτό δημοσίων υπηρεσιών και νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

4. Για τη χορήγηση της σύνταξης της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά και οι εξής προϋποθέσεις:

α. Να έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους ή το 50ο έτος, εφόσον έχουν καταστεί ανίκανοι για την άσκηση οποιουδήποτε βιοποριστικού επαγγέλματος κατά ποσοστά ανικανότητας 67% και άνω. Η ανικανότητα στην περίπτωση αυτή κρίνεται με γνωμάτευση της Ανωτάτης του Στρατού Υγειονομικής Επιτροπής (Α.Σ.Υ.Ε.), στην οποία παραπέμπεται ο απών από την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Πολιτισμού.

β. Να μη λαμβάνουν άλλη σύνταξη μεγαλύτερη αυτής της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, από οποιονδήποτε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή από το Δημόσιο, με εξαίρεση όσους λαμβάνουν πολεμική σύνταξη. Σε περίπτωση που ο δικαιούχος λαμβάνει σύνταξη μικρότερη αυτής της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, δύναται με δήλωσή του που υποβάλλεται εφάπαξ και δεν ανακαλείται να επιλέξει την καταβολή της μίας από τις δύο συντάξεις.

γ. Ο μέσος όρος του εισοδήματος που έχει δηλωθεί συνολικά κατά τα τρία προηγούμενα οικονομικά έτη, εκείνου που υποβάλλεται η αίτηση για συνταξιοδότηση, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και αυτό που προκύπτει με βάση τα τεκμήρια, να μην υπερβαίνει το 12πλάσιο της μηνιαίας κύριας σύνταξης που αντιστοιχεί στην ίδια χρονική περίοδο σε πτυχιούχο δημόσιο υπάλληλο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με 35 έτη δημόσιας υπηρεσίας.

δ. Να προκύπτει ασφάλιση για κύρια σύνταξη ταυτόσημη με την ιδιότητα του λογοτέχνη ή καλλιτέχνη, για την οποία ζητά την απονομή τιμητικής σύνταξης, για ένα πλήρες έτος, καθώς και δηλωθέν εισόδημα στην αρμόδια Δ.Ο.Υ. από την ίδια δραστηριότητα κατά ένα οποιοδήποτε οικονομικό έτος πριν τη συμπλήρωση του εξηκοστού (60ού) έτους της ηλικίας ή του πενήτηκοστού (50ού) για όσους έχουν καταστεί ανίκανοι.

5. Η μηνιαία σύνταξη της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ανέρχεται στο 80% του βασικού μισθού του 1ου μι-

λογικού κλιμακίου του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α), ό-  
 ατός ισχύει κάθε φορά.

Οι ενδιαφερόμενοι λογοτέχνες και καλλιτέχνες με τη  
 πλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους ή του 50ού,  
 ή περίπτωση, υποβάλλουν στο Υπουργείο Πολιτισμού  
 για απονομή σύνταξης μαζί με τα στοιχεία εκείνα  
 θα αξιολογηθούν από την Επιτροπή της παραγράφου  
 5 άρθρου αυτού, αναφορικά με την προσφορά των  
 ρεσιών τους.

Για εκείνες από τις ανωτέρω αιτήσεις που θα κρι-  
 νονται θετικά από την Επιτροπή σχηματίζεται φάκελος,  
 ο οποίος περιλαμβάνεται η απολογημένη γνώμη της  
 Επιτροπής και γραπτή η εισήγηση του εισηγητή που έ-  
 ρρισε για την υπόθεση, ο οποίος συμπληρώνεται  
 με τους ενδιαφερόμενους με τα κατωτέρω δικαιολο-  
 γικά:

Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.  
 Εκκαθαριστικά σημειώματα του φόρου εισοδήματος  
 των προηγούμενων οικονομικών ετών εκείνου που  
 βάλλεται η αίτηση, καθώς και όμοιο παρελθόντος  
 από το οποίο να προκύπτει εισόδημα από τη δρα-  
 σιότητα που επικαλείται για απονομή τιμητικής σύ-  
 νταξης σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 4 του  
 άρθρου αυτού.

Υπεύθυνη δήλωσή του από την οποία να προκύπτει  
 ότι ασφαλιστεί σε ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλι-  
 σης. Η δήλωσή του αυτή θα συνοδεύεται και με βεβαίω-  
 ση του οικείου φορέα από την οποία θα προκύπτει η ιδιό-  
 τη με την οποία έχει ασφαλιστεί.

Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα κύριας  
 ασφάλισης για το ύψος της τυχόν δικαιούμενης σύνταξης  
 σύμφωνα αυτή είναι μικρότερη από τη σύνταξη της πα-  
 ράγραφου 1 του άρθρου αυτού, με τη δήλωση της προη-  
 γούμενης περίπτωσης θα δηλώνεται η επιλογή που προ-  
 ραίεται από τη διάταξη της περίπτωσης β' της παρα-  
 γράφου 4 του άρθρου αυτού.

Υπομάρτυση της Α.Σ.Υ.Ε., όπου απαιτείται.  
 Ο ανωτέρω φάκελος διαβιβάζεται στην αρμόδια δι-  
 καστική συντάξεων του Γενικού Λογιστηρίου του Κρά-  
 τος, για τη διαπίστωση της συνδρομής των προϋποθέ-  
 των. Η εν λόγω διεύθυνση συντάσσει σχέδιο κοινής  
 πράξης το οποίο αποστέλλεται για υπογραφή στους  
 αρμόδιους Υπουργούς. Σε περίπτωση που δεν συ-  
 κλίνουν μία ή περισσότερες από τις προϋποθέσεις που  
 κέπονται από τις διατάξεις του άρθρου αυτού, η  
 εν λόγω διεύθυνση, το αργότερο σε ένα εξάμηνο από  
 ημερομηνία που περιήλθαν τα σχετικά δικαιολογη-  
 τα Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, εκδίδει πράξη η  
 οποία κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο.

Η καταβολή της σύνταξης αρχίζει από την πρώτη του  
 μηνιαίου εκείνου που υποβάλλεται η αίτηση στο  
 Υπουργείο Πολιτισμού και υπόκειται σε κράτηση 4% για  
 νομική περίθαλψη και στις λοιπές κρατήσεις στις  
 υποβάλλονται οι συντάξεις του Δημοσίου.

α. Οι δικαιούχοι της σύνταξης του άρθρου αυτού δι-  
 νονται σύμφωνα με τα ισχύοντα για τους πολιτικούς  
 δικαιούχους του Δημοσίου, από την ημερομηνία συ-  
 μμετοχής τους: i) υγειονομική περίθαλψη του Δημο-  
 σίου ii) δώρα εορτών Χριστουγέννων και Πάσχα, κα-  
 ι την πρόσθετη μισή σύνταξη. Μετά το θάνατο του  
 δικαιούχου στην οικογένεια καταβάλλονται έξοδα κη-  
 λυμάτων σύμφωνα με όσα ισχύουν για τους πολιτικούς συ-  
 ντάξιους του Δημοσίου.

β. Στους δικαιούχους των συντάξεων αυτών δεν κατα-  
 βάλλεται η οικογενειακή παροχή, λόγω γάμου και τέκνων.

11. Όλες οι μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού  
 καταβαλλόμενες συντάξεις με βάση τις διατάξεις του  
 Ν.Δ. 214/1973 και του Ν. 2435/1996 συνεχίζουν να κατα-  
 βάλλονται σύμφωνα με όσα ορίζονται στις διατάξεις αι-  
 τές, κατά περίπτωση, σε συνδυασμό και με τις όμοιες της  
 παραγράφου 7 του άρθρου 4 του Ν. 2592/1998 (ΦΕΚ 57  
 Α).

12. α. Για τα θέματα που δε ρυθμίζονται από τις διατά-  
 ξεις του άρθρου αυτού, εφαρμόζονται οι οικείες διατά-  
 ξεις του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων,  
 (Π.Δ. 166/2000, ΦΕΚ 153 Α) όπως κάθε φορά ισχύουν, με  
 εξαίρεση τις διατάξεις του άρθρου 54 του Κώδικα αυτού.

β. Ειδικά για τη μεταβίβαση των συντάξεων του άρθρου  
 αυτού έχουν εφαρμογή οι διατάξεις των περιπτώσεων β'  
 και γ' της παραγράφου 4 του άρθρου αυτού και προκει-  
 μένου για τα τέκνα και οι διατάξεις του Κώδικα Πολιτικών  
 και Στρατιωτικών Συντάξεων, που ισχύουν για την ίδια αι-  
 τία, για τέκνα δημοσίων υπαλλήλων που έλκουν το δικαί-  
 ωμα από γονείς που διορίστηκαν στο Δημόσιο για πρώτη  
 φορά μετά την 1η Ιανουαρίου 1983.

13. α. Κάθε άλλη διάταξη, που προβλέπει τη χορήγηση  
 τιμητικών συντάξεων, από το Δημόσιο, καταργείται.

β. Αιτήσεις για χορήγηση τιμητικών συντάξεων που  
 έχουν υποβληθεί στο Υπουργείο Πολιτισμού μέχρι την  
 έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και εκκρεμούν σε οποιο-  
 δήποτε στάδιο, κρίνονται με βάση τις διατάξεις του νόμου  
 αυτού, με εξαίρεση αυτές για τις οποίες έχει γνωμοδοτή-  
 σει η αρμόδια Επιτροπή συνταξιοδότησης συγγραφέων  
 και καλλιτεχνών του Υπουργείου Πολιτισμού, οι οποίες  
 κρίνονται με βάση τις διατάξεις του Ν. 2435/1996, σε συν-  
 δυασμό με τις διατάξεις των περιπτώσεων β' και γ' της  
 παραγράφου 4 του άρθρου αυτού.

14. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και  
 Οικονομικών και Πολιτισμού ρυθμίζεται το θέμα της απο-  
 ζημίωσης των μελών, των εισηγητών και των γραμματέων  
 της Επιτροπής της παραγράφου 3 του άρθρου αυτού, η  
 οποία καταβάλλεται κατά παρέκκλιση των κειμένων δια-  
 τάξεων.

15. Η υποχρέωση υποβολής εκκαθαριστικού σημειώμα-  
 τος φόρου εισοδήματος κατά το νόμο αυτόν, συντρέχει  
 και στην περίπτωση που ο δικαιούχος διαμένει στην αλ-  
 λοδαπή. Στην περίπτωση αυτή, υποβάλλει το αντίστοιχο  
 έγγραφο της χώρας διαμονής του.

**Άρθρο 2**

**Τροποποίηση διατάξεων του Κώδικα Πολιτικών και  
 Στρατιωτικών Συντάξεων και άλλα θέματα**

1. Οι διατάξεις του προτελευταίου εδαφίου της περι-  
 πτώσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου 1 του Κώδικα  
 Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων (Π.Δ. 166/2000,  
 ΦΕΚ 153 Α) αντικαθίστανται ως εξής:

«Για τους υπαλλήλους, οι οποίοι είναι παντελώς τυφλοί,  
 παραπληγικοί ή τετραπληγικοί, καθώς και για όσους πά-  
 σχουν από υπερφωσφατασαιμία ή από Βήττα ομόζυγο με-  
 σογειακή ή δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική  
 αναιμία και υποβάλλονται σε μετάγγιση ή από χρόνια νε-  
 φρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αι-  
 μοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μετα-  
 μόσχευση νεφρού, εφόσον για τις περιπτώσεις αυτές συ-  
 ντρέχει ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, αρκεί  
 δεκαπενταετής πλήρης πραγματική συντάξιμη υπηρεσία.»

2. Οι διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 612/1977 (ΦΕΚ 164 Α') εφαρμόζονται και στους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, και έχουν δεκαπενταετή πλήρη πραγματική συντάξιμη υπηρεσία. Η σύνταξη του προηγούμενου εδαφίου καθίσταται οριστική μετά έξι (6) έτη από τη συνταξιοδότηση του δικαιούχου και εφόσον στο διάστημα της εξαετίας αυτής έχει εξετασθεί τουλάχιστον δύο (2) φορές από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές.

3. α. Στο τέλος του άρθρου 1 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 12 ως εξής:

«12. Το τακτικό προσωπικό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.), των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων υπηρεσιακών μονάδων των Πε.Σ.Υ., καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους αποκτούν δικαίωμα σύνταξης από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα αυτού.»

β. Οι διατάξεις των άρθρων 3 έως και 18 του Ν. 2084/1992 (ΦΕΚ 165 Α') έχουν εφαρμογή και για το προσωπικό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων υπηρεσιακών μονάδων των Πε.Σ.Υ., που διορίζεται από της Ιανουαρίου 1993 και μετά.

γ. Οι διατάξεις των προηγούμενων περιπτώσεων έχουν εφαρμογή και για το προσωπικό των Νοσοκομείων της παραγράφου 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α), καθώς και για το προσωπικό του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).

δ. Οι διατάξεις για τη συνταξιοδότηση του προσωπικού των προηγούμενων περιπτώσεων που ίσχυαν μέχρι την ισχύ του Ν. 2889/2001 εξακολουθούν να ισχύουν.

ε. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α) έχουν ανάλογη εφαρμογή και για τον Πρόεδρο και Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή των Πε.Σ.Υ., καθώς και για τον Διοικητή και τον Αναπληρωτή Διοικητή των Νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ.

στ. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν από την έναρξη ισχύος του Ν. 2889/2001.

ζ. Το προσωπικό της παραγράφου αυτής υπάγεται στην υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου.

4. α. Στο τέλος της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται περίπτωση ε' ως εξής:

«ε. Κατ' εξαίρεση, ο επίζων σύζυγος και τα παιδιά των προσώπων της παραγράφου 11 του άρθρου 1 του Κώδικα αυτού, εφόσον ο θάνατος επήλθε οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια της δεύτερης θητείας τους. Στην περίπτωση αυτή για τον υπολογισμό της σύνταξης λαμβάνονται υπόψη τα συνολικά έτη θητείας που πραγματικά είχε διανύσει ο θανών.»

β. Οι διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης έχουν ανάλογη εφαρμογή για τη θεμελίωση του δικαιώματος και τον υπολογισμό της χορηγίας των μελών των οικογενειών των δημάρχων και των προέδρων κοινοτήτων.

5. α. Στο τέλος του άρθρου 11 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 14 ως εξής:

«14. Ο τυχόν υπολειπόμενος χρόνος από τη λήξη της θητείας των Προέδρων του Συμβουλίου της Επικρατείας, του Αρείου Πάγου, του Ελεγκτικού Συνεδρίου και του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, καθώς και του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου και των Γενικών Επιτρόπων των Διοικητικών Δικαστηρίων και του Ελεγκτικού Συνεδρίου μέχρι τη συμπλήρωση του ορίου ηλικίας λογίζεται για κάθε συνέπεια ως πραγματική δημόσια υπηρεσία, με καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών του ασφαλισμένου από τους ίδιους.»

β. Οι διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης έχουν ανάλογη εφαρμογή και για την αναγνώριση του χρόνου αυτού ως χρόνου ασφάλισης από τα ταμεία επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας.

6. Η παράγραφος 11 του άρθρου 15 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων λαμβάνει αριθμό 11α και στο τέλος της προστίθεται περίπτωση β' ως εξής:

«β. Εφόσον τα πρόσωπα της παραγράφου αυτής έχουν και χρόνο υπηρεσίας που λογίζεται συντάξιμος κατά τις διατάξεις του Κώδικα αυτού, το ποσό της χορηγίας τους προσαυξάνεται με ένα εικοστό πέμπτο των μηνιαίων εξόδων παράστασης για κάθε τρία έτη συντάξιμης υπηρεσίας και σε περίπτωση που μετά την τριετία υπολείπεται χρόνος μικρότερος αυτής, κάθε πλήρες έτος παρέχει προσαύξηση ίση με τριάντα τρία τοις εκατό (33%) της προσαύξησης της πλήρους τριετίας. Οι διατάξεις της περίπτωσης αυτής εφαρμόζονται μετά από αίτηση των ενδιαφερομένων και την έκδοση αναγνωριστικής πράξης από την αρμόδια Διεύθυνση κανονισμού συντάξεων του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Ο χρόνος που λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό της χορηγίας σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής δεν αξιοποιείται συνταξιοδοτικά - ασφαλιστικά ούτε από το Δημόσιο ούτε από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης για τη λήψη δεύτερης σύνταξης.»

7. Στο τέλος του άρθρου 15 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 12 ως εξής:

«12. Οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και για το απτάμενο προσωπικό του Ε.Κ.Α.Β. που κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του απασχολείται στην αεροδιακομιδή ασθενών. Στη περίπτωση αυτή για τον υπολογισμό των προσαυξήσεων λαμβάνονται υπόψη οι ώρες πτήσεων με εναέρια μέσα κατ'αντιστοιχία με τις ώρες πτήσης που προβλέπονται από την παραπάνω παράγραφο, οι οποίες βεβαιώνονται από την Υπηρεσία τους. Για τη συμπλήρωση της δεκαπενταετίας λαμβάνεται υπόψη μόνο η υπηρεσία που παρασχεθήκε στο Ε.Κ.Α.Β.»

8. Οι διατάξεις των άρθρων 24 και 52 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Είναι απαράδεκτη η άσκηση ένστασης ή αίτησης αναθεώρησης στην Επιτροπή της παραγράφου 4 του άρθρου 14 του Κώδικα αυτού ή έφεσης, αν δεν συνοδεύεται από αποδεικτικό κατάθεσης υπέρ του Δημοσίου Ταμείου ποσού που ορίζεται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Οι διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης δεν έχουν εφαρμογή όταν πρόκειται για πολεμική σύνταξη ή βοήθημα. Σε περίπτωση που η ένσταση ή η αίτηση γίνονται δεκτές, το ανωτέρω παράβολο επιστρέφεται στον ενδιαφερόμενο.»



2. Στο τέλος της παραγράφου 5 του άρθρου 55 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται ως εξής:

«Οι διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων έχουν εφαρμογή και για τις χορηγίες των δημάρχων και προέδρων δήμων.»

Η διάταξη της παραγράφου αυτής ισχύει από 1ης Ιανουαρίου 2002.

Επί χορηγίας όσων διετέλεσαν πρόεδροι κοινοτήτων μαρχοί σε κοινότητες ή δήμους, αντίστοιχα, που συστήθηκαν εθελοντικά σε κοινότητες ή με κοινότητες ή σε δήμους ή με δήμους, με τις διατάξεις είτε του Ν. 1416/ (ΦΕΚ 18 Α) είτε του Ν. 1622/1986 (ΦΕΚ 92 Α) και οι οποίοι δεν αυξήθηκαν από την ημερομηνία της εθελοντικής ένωσης μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 1996, χορηγείται από 1ης Ιανουαρίου 2002, μετά από αίτησή τους, αύξηση ύψους ευρώ εκατό (100), η οποία υπολογίζεται στη χορηγία τους πριν την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων περιπτώσεων της παραγράφου αυτής. Η αύξηση χορηγείται και στις χορηγίες των οικογενειών, όσες από τα παραπάνω πρόσωπα έχουν πεθάνει, κατά ισόμορο με το ποσοστό χορηγίας που λαμβάνουν.

Στο τέλος του άρθρου 59 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 11 ως εξής:

«Οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως και 8 έχουν εφαρμογή και για τα πρόσωπα της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού.»

α. Το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 6 του άρθρου 1 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αθροίζεται ως εξής:

«Η απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Πράξεων Κανονιστικών Συντάξεων υπόκειται σε έφεση ενώπιον του οικείου Ελεγκτικού Συνεδρίου, η οποία ασκείται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών μέσα σε προθεσμία ενός (1) έτους από την έκδοσή της, καθώς και κάθε άλλον που έχει έννομο συμφέρον, σε προθεσμία ενός έτους από την κοινοποίησή της.»

β. Στο τέλος του άρθρου 68 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 11 ως εξής:

«Στις επιτροπές της παραγράφου 4 του άρθρου 14 της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού του Κώδικα υποεισπράττονται Προϊστάμενοι Τμημάτων του Γ.Λ.Κ., οι και υπάλληλοι του Γ.Λ.Κ., με τριετή τουλάχιστον εμπειρία σε μία από τις διευθύνσεις συντάξεων και ο οποίος τους, που καθορίζεται με απόφαση του Προέδρου των Επιτροπών, είναι ανάλογος με τις υποθέσεις που ζητούνται κάθε φορά.»

Η παράγραφος 6 του άρθρου 69 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων που προστέθηκε στο άρθρο αυτό με τις διατάξεις της παραγράφου 23 του άρθρου 2 του Ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α) αναριθμείται και λαμβάνει τον αριθμό 7.

Γα ποσά των περιπτώσεων α', β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 1 του Ν. 2592/1998 (ΦΕΚ 57 Α) αυξάνονται από 1ης Ιανουαρίου 2002 σε 81, 145 και 210 ευρώ, αντίστοιχα.

δ. Στο τέλος της περίπτωσης α' της παραγράφου 4 του άρθρου 1 του Ν. 2703/1999 προστίθεται εδάφιο ως εξής: «Επί την ημερομηνία αναπροσαρμογής της σύνταξης του πτωτέρω προσωπικού, κατά τις διατάξεις του άρθρου αυτού, παύει να καταβάλλεται το βοήθημα που προβλέ-

πεται από τις διατάξεις του άρθρου 71 του Ν. 5343/1932 (ΦΕΚ 86 Α).»

β. Ποσά που τυχόν έχουν καταβληθεί μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού σε εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 71 του Ν. 5343/1932 δεν αναζητούνται.

15. Τα μηνιαία ποσά του επιδόματος εξομάλυνσης, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 29 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α), αυξάνονται από 1ης Ιανουαρίου 2001 από 8,80, 14,67 και 23,48 ευρώ σε 15,24 και 41 ευρώ, αντίστοιχα.

16. α. Οι συντάξεις, οι χορηγίες, τα βοηθήματα και τα επιδόματα που χορηγεί το Δημόσιο στους συνταξιούχους, στους χορηγιούχους ή βοηθηματούχους του, γενικά, από 1ης Ιανουαρίου 2002 κανονίζονται και τα σχετικά ποσά καταβάλλονται σε ευρώ.

β. Τα ποσά της προηγούμενης περίπτωσης που έχουν κανονισθεί ή καταβάλλονται στους συνταξιούχους, στους χορηγιούχους ή βοηθηματούχους του Δημοσίου, γενικά, μέχρι και την 31η Δεκεμβρίου 2001 σε δραχμές, μετατρέπονται σε ευρώ με βάση την ισοτιμία δραχμής/ευρώ.

γ. Απατήσεις ή υποχρεώσεις του Δημοσίου που απορρέουν από την εφαρμογή των διατάξεων οι οποίες διέπουν τις συντάξεις, τα βοηθήματα ή τα επιδόματα που καταβάλλει το Δημόσιο και ανατρέχουν σε χρονικό διάστημα πριν την 1η Ιανουαρίου 2002, σε κάθε περίπτωση, μετατρέπονται σε ευρώ με βάση την ισοτιμία της προηγούμενης περίπτωσης.

δ. Τα ποσά των προηγούμενων περιπτώσεων θα στρογγυλοποιούνται στο πλησιέστερο εκατοστό του ευρώ. Σε περίπτωση που κατά τη μετατροπή προκύπτει ακριβώς το μισό μιας υποδιαίρεσης το ποσό θα στρογγυλοποιείται στο επόμενο εκατοστό του ευρώ.

ε. Οι διατάξεις των προηγούμενων περιπτώσεων έχουν εφαρμογή και για τη μετατροπή σε ευρώ και τη στρογγυλοποίηση κάθε άλλου δραχμικού ποσού που αναφέρεται στη συνταξιοδοτική νομοθεσία του Δημοσίου.

17. α. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 90 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων (Π.Δ. 168/2000 ΦΕΚ 155 Α), όπως ισχύουν, αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Η βασική μηνιαία πολεμική σύνταξη, που αναγνωρίζεται στις οικογένειες των έγγαμων οπλιτών που σκοτώθηκαν ή εξαφανίστηκαν ή πέθαναν από τραύματα ή νόσο απότοκο των κακουχιών του πολέμου, ορίζεται στο ποσό που αναλογεί σε ανάπηρο οπλίτη που φέρει ανικανότητα 35%, σύμφωνα με το άρθρο 88.»

β. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 91 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων, όπως ισχύουν, αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Η βασική μηνιαία πολεμική σύνταξη, που αναγνωρίζεται στις οικογένειες των άγαμων οπλιτών που σκοτώθηκαν ή εξαφανίστηκαν ή πέθαναν από τραύματα ή νόσο απότοκο των κακουχιών του πολέμου, ορίζεται στο ποσό που αναλογεί σε ανάπηρο οπλίτη που φέρει ανικανότητα 35%, σύμφωνα με το άρθρο 88.»

γ. Οι διατάξεις του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 2 του άρθρου 110 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«2. Το κατώτατο όριο πολεμικής σύνταξης ή βοηθήματος, που δεν καθορίζεται με βάση μισθό ενεργείας, ορίζεται ίσο με το ποσό της σύνταξης ανάπηρου πολέμου οπλίτη με ποσοστό ανικανότητας 35%, όπως ισχύει κάθε φορά.»

δ. Το κατώτατο όριο των συντάξεων ειρηνικής περιόδου των στρατιωτικών που έχουν υπαχθεί στις διατάξεις του άρθρου 4 του Ν. 1859/1989 ορίζεται ίσο με το ποσό σύνταξης ανάπηρου πολέμου σπλίτ με ποσοστό ανικανότητας 35%, όπως ισχύει κάθε φορά.

ε. Από την 1η Ιανουαρίου 2002 αναπροσαρμόζονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής οι συντάξεις των ανάπηρων πολέμου και ειρηνικής περιόδου καθώς και των οικογενειών τους που δεν καθορίζονται με βάση μισθό ενεργείας και που έχουν αναγνωρισθεί μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2001.

στ. Η διαφορά μεταξύ της σύνταξης που κανονίζεται ή αναπροσαρμόζεται με βάση τις διατάξεις της παραγράφου αυτής και της δικαιούμενης κατά την 31η Δεκεμβρίου 2001 θα καταβληθεί σε τρεις δόσεις ως εξής: το 30% της διαφοράς από 1.1.2002, το άλλο 30% από 1.7.2002 και το υπόλοιπο 40% από 1.1.2003.

18. Στο τέλος της παραγράφου 1 του άρθρου 123 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Κατ' εξαίρεση είναι δυνατή και τρίτη επανεξέταση εφόσον έχει επέλθει σημαντική επιδείνωση της νόσου ή του τραύματος για τα οποία συνταξιοδοτήθηκαν, η οποία συνεπάγεται είτε ολική τύφλωση είτε ακρωτηριασμό και αποδεικνύεται από βεβαίωση δημόσιου νοσοκομείου που υποβάλλεται με τη σχετική αίτηση.»

19. α. Στο τέλος της παραγράφου 4 του άρθρου 5 του Ν. 1863/1989 (ΦΕΚ 204 Α') προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Ειδικά για τους διαμένοντες μόνιμα στο εξωτερικό, προκειμένου για την εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων του Ν. 1543/1985 (ΦΕΚ 73 Α'), αποφαινεται η Ανωτάτη Στρατού Υγειονομική Επιτροπή (Α.Σ.Υ.Ε.).»

β. Για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής λαμβάνονται υπόψη από τα συνταξιοδοτικά όργανα και γνωματεύσεις της ανωτέρω υγειονομικής επιτροπής που τυχόν έχουν εκδοθεί και πριν την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

20. α. Μετακλητοί υπάλληλοι με συνολικά υπερδεκαετή θητεία σε θέσεις μετακλητού νομάρχη, γενικού γραμματέα Περιφέρειας και αιρετού δημάρχου, μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1994, εκτός αυτών που υπηρέτησαν την περίοδο της επταετούς δικτατορίας της 21ης Απριλίου 1967, θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης μετακλητού νομάρχη, εφόσον ο χρόνος θητείας στις θέσεις αυτές δεν έχει χρησιμοποιηθεί για τη λήψη σύνταξης από το Δημόσιο ή από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό κύριας ασφάλισης.

β. Οι διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 4 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α') έχουν εφαρμογή και για τα πρόσωπα της προηγούμενης περίπτωσης.

21. α. Δημόσιοι υπάλληλοι, πολιτικοί και στρατιωτικοί, οι οποίοι έχουν και χρόνο θητείας βουλευτή, αιρετού νομάρχη, δημάρχου ή προέδρου κοινότητας, μπορούν με αίτησή τους να ζητήσουν την προσμέτρηση του χρόνου αυτού στη λοιπή δημόσια υπηρεσία τους και μέχρι τη συμπλήρωση τριάντα πέντε ετών δημόσιας υπηρεσίας, έστω και αν αυτή είναι μεταγενέστερη της δημόσιας υπηρεσίας τους, εφόσον δεν συμπίπτει με άλλη υπηρεσία τους συντάξιμη από το Δημόσιο ή από οποιονδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό κύριας ασφάλισης.

β. Οι διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης έχουν εφαρμογή και για όσους ως αιρετοί νομάρχες, δήμαρχοι ή πρόεδροι κοινότητων έχουν θεμελιώσει δικαίωμα χορη-

γίας από τις θέσεις αυτές, εφόσον παραιτηθούν από το δικαίωμά τους αυτό.

γ. Ο χρόνος θητείας που προσμετράται σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης χρησιμεύει τόσο για τη θεμελίωση όσο και για την προσαύξηση της σύνταξης.

22. Δήμαρχοι και πρόεδροι κοινότητας με υπερτετραετή θητεία στις θέσεις αυτές μπορούν να προσμετρούν και χρόνο βουλευτείας για τη θεμελίωση δικαιώματος χορηγίας δημάρχου ή προέδρου κοινότητας, αντίστοιχα, εφόσον ο χρόνος της βουλευτείας δε χρησιμεύει για τη λήψη βουλευτικής σύνταξης.

23. Τα επιδόματα ανικανότητας των Ν. 1897/1990 (ΦΕΚ 120 Α') και 1977/1991 (ΦΕΚ 185 Α') που καταβάλλονται σε πολιτικούς και στρατιωτικούς συνταξιούχους, από 1ης Ιουλίου 2002, υπολογίζονται με βάση το ποσοστό ανικανότητάς τους στο σύνολο του βασικού μισθού του μισθολογικού κλιμακίου ή του βαθμού, με τον οποίο συνταξιοδοτούνται, όπως αυτός διαμορφώνεται κάθε φορά.

24. Οι συντάξεις των τέως Επιθεωρητών Εκπαίδευσης της περίπτωσης β' της παραγράφου 6 του άρθρου 4 του Ν. 2592/1998 αναπροσαρμόζονται από την 1η Ιουλίου 2002 με βάση μηνιαίο βασικό μισθό, ο οποίος προσδιορίζεται με πολλαπλασιασμό του βασικού μισθού του Μ.Κ. 1 με συντελεστή ένα και είκοσι (1,20), καθώς και το επίδομα χρόνου υπηρεσίας που αντιστοιχεί στα έτη υπηρεσίας τους.

25. Το ποσό που ορίζεται ως εφάπαξ οικονομικό βοήθημα με την παράγραφο 17 του άρθρου 8 του Ν. 2592/1998 αυξάνεται, αναδρομικά από 1ης Ιανουαρίου 2001, σε 30.000 ευρώ.

### Άρθρο 3

#### Προθεσμίες για την άσκηση συνταξιοδοτικού δικαιώματος

1. Οι διατάξεις του δεύτερου εδαφίου της παραγράφου 8 του άρθρου 11 και της παραγράφου 6 του άρθρου 36 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Η αναγνώριση ως συντάξιμου του χρόνου που προβλέπεται από την τελευταία περίπτωση του προηγούμενου εδαφίου γίνεται με πράξη της αρμόδιας διεύθυνσης του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου, που υποβάλλεται σε προθεσμία πέντε ετών από τη χρονολογία που εξήλθε ο υπάλληλος από την υπηρεσία.»

2. Οι διατάξεις του έβδομου εδαφίου της παραγράφου 4 του άρθρου 14 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Η αίτηση για αναγνώριση υπηρεσίας που δεν αποδεικνύεται από επίσημα στοιχεία υποβάλλεται είτε κατά τη διάρκεια της ενεργού υπηρεσίας του υπαλλήλου ή του στρατιωτικού είτε μετά την έξοδό του από αυτή, σε προθεσμία πέντε ετών από την απομάκρυνσή του ή από την κοινοποίηση σε αυτόν της πράξης ή της απόφασης με την οποία δεν προσμετρήθηκε ως συντάξιμος η υπηρεσία της οποίας ζητά την αναγνώριση.»

3. Οι διατάξεις της παραγράφου 21 του άρθρου 22 και της παραγράφου 6 του άρθρου 50 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Κάθε αίτηση που αφορά την αναγνώριση δικαιώματος σύνταξης, την αύξησή της ή την προσμέτρηση χρόνου συντάξιμης υπηρεσίας υποβάλλεται από οποιονδήποτε έ-

νομο συμφέρον μετά την έξοδο του υπαλλήλου από υπηρεσία ή την έναρξη καταβολής της σύνταξης, με την έκπτωση από το δικαίωμα, σε προθεσμία πέντε από τη γέννηση του δικαιώματος αυτού. Προκειμένα πρόσωπα που βρίσκονται σε επιτροπεία, κηδεμοδικαστική αντιλήψη, η προθεσμία του προηγούμενου δεν αρχίζει πριν την παρέλευση έξι μηνών από τότε που τα πρόσωπα αυτά έγιναν απεριόριστα ικανά κτησαν επίτροπο, κηδεμόνα ή αντιλήπτορα.»

Οι διατάξεις της παραγράφου 1 των άρθρων 23 και 51 Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Η αίτηση για άσκηση δικαιώματος σύνταξης για αυτονόητο έπαθε εξαπίαιας της υπηρεσίας υποβάλλεται στο αρμόδιο που υπαγόταν ο υπάλληλος από οποιονδήποτε νόμο συμφέρον μετά τη γέννηση του δικαιώματος ποινή την έκπτωση από το δικαίωμα, σε προθεσμία πέντε από τη γέννησή του.»

Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 53 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Όπου στον Κώδικα αυτόν προβλέπεται εξέταση από την οικεία Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή, επιτρέπεται για μία μόνο φορά η επανεξέταση αυτού που έπαθε ή σε περίπτωση θανάτου του, του οικείου φακέλου από την Επιτροπή, με διαταγή του Υπουργού Οικονομίας και Κοινωνικών, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου υποβάλλεται σε προθεσμία ενός έτους από την κοινοποίηση της σχετικής πράξης ή απόφασης για τον κανονισμό σύνταξης και συνοδεύεται υποχρεωτικά από το παρόμοιο που ορίζεται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Κοινωνικών, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.»

Επί τέλος του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 8 του άρθρου 66 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Η αίτηση του προηγούμενου εδαφίου υποβάλλεται, με την ίδια το απαράδεκτό της, σε προθεσμία δύο ετών από τη δημοσίευση της απόφασης με την οποία μετατρέπεται η νομολογία που αφορά το νομικό ζήτημα της σύνταξης.»

Οι διατάξεις του άρθρου 48 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

Οι πολεμικές συντάξεις των άρθρων 24 μέχρι 47 του Κώδικα αναγνωρίζονται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων, που πρέπει να υποβάλουν στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους απευθείας ή στην Αρχή που απέλυσε ή στον αρμόδιο δήμαρχο ή πρόεδρο κοινότητας. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί σε προθεσμία πέντε από τότε που γεννήθηκε το δικαίωμα και να συνοδεύεται από τα δικαιολογητικά που ορίζονται κατά την επόμενη παράγραφο.

Ο αυτοτελής που έπαθε, πέθανε πριν τη λήξη της προθεσμίας της προηγούμενης παραγράφου χωρίς να υποβάλει αίτηση ή κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας η προθεσμία για την υποβολή της από οποιονδήποτε νόμο συμφέρον, παρατείνεται για ένα έτος από τη λήξη της.

Οι οικογένειες αυτών που πέθαναν μετά την απόκτηση δικαιώματος σύνταξης πρέπει να υποβάλουν αίτηση στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους μαζί με τα δικαιολογητικά που ορίζονται στο άρθρο 50, σε προθεσμία πέντε από το θάνατό τους.

4. Προκειμένου για πρόσωπα που βρίσκονται σε επιτροπεία, κηδεμονία ή δικαστική αντιλήψη, οι προθεσμίες των προηγούμενων παραγράφων δεν αρχίζουν πριν την παρέλευση έξι μηνών από τότε που τα πρόσωπα αυτά έγιναν απεριόριστα ικανά ή απέκτησαν επίτροπο, κηδεμόνα ή αντιλήπτορα.»

8. Οι διατάξεις του άρθρου 57 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Οποιοσδήποτε δικαιούται αύξηση της σύνταξης του πρέπει να υποβάλει αίτηση στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, σε προθεσμία πέντε ετών από τη γέννηση του δικαιώματος.»

2. Εάν ο συνταξιούχος πέθανε χωρίς να υποβάλει την παραπάνω αίτηση, αυτή υποβάλλεται από οποιονδήποτε έχει νόμο συμφέρον και στην περίπτωση αυτή η προθεσμία της προηγούμενης παραγράφου παρατείνεται για ένα έτος από τη λήξη της.

3. Οι διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 48 του Κώδικα αυτού έχουν εφαρμογή και για την προθεσμία του άρθρου αυτού.»

9. Οι διατάξεις του άρθρου 62 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Η αναγνώριση του δικαιώματος για σύνταξη σύμφωνα με τις διατάξεις των προηγούμενων άρθρων, γίνεται ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου, με ποινή το απαράδεκτο, σε προθεσμία πέντε ετών, από τότε που γεννήθηκε το δικαίωμα αυτό.»

10. Οι διατάξεις του άρθρου 74 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«Οποιοσδήποτε δικαιούται σύνταξη σύμφωνα με τις διατάξεις των προηγούμενων άρθρων ή αύξηση της σύνταξης του πρέπει να υποβάλει αίτηση στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, με ποινή την έκπτωση από το δικαίωμα, σε προθεσμία πέντε ετών από τη γέννηση του δικαιώματος αυτού.»

11. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 122 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Όπου στον Κώδικα αυτόν προβλέπεται εξέταση από την οικεία Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή, επιτρέπεται για μία μόνο φορά επανεξέταση αυτού που έπαθε ή σε περίπτωση θανάτου του, του οικείου φακέλου από την ίδια Επιτροπή με διαταγή του Υπουργού Οικονομίας και Κοινωνικών, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου που υποβάλλεται σε προθεσμία ενός έτους από την κοινοποίηση της σχετικής πράξης ή απόφασης για τον κανονισμό σύνταξης και συνοδεύεται υποχρεωτικά από το παρόμοιο που ορίζεται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Κοινωνικών, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.»

12. Οι προθεσμίες που τάσσουν οι διατάξεις του άρθρου αυτού για όσους έχουν αποχωρήσει από την υπηρεσία μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού αρχίζουν από την ισχύ του.

#### Άρθρο 4

##### Ειδικά συνταξιοδοτικά θέματα

1. Οι διατάξεις των άρθρων 9 έως και 14 του Ν. 2592/1998 (ΦΕΚ 57 Α), όπως τροποποιημένες ισχύουν, έχουν ανάλογη εφαρμογή και στους υπαλλήλους που υπηρετούν στην Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (European Central Bank) στον European Organisation for the safety of Air Navigation (Eurocontrol) και στην Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (European Investment Bank) και οι σχετικές

προθεσμίες των διατάξεων αυτών αρχίζουν από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

2. α. Το μόνιμο προσωπικό των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Οργανισμός Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους» (Ο.Δ.ΔΗ.Χ.) και «Σχολή Επιμόρφωσης Υπαλλήλων Υπουργείου Οικονομικών» (Σ.Ε.Υ.Υ.Ο.), το οποίο διέπεται από τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 2683/1999 ΦΕΚ 19 Α), όπως αυτές εφαρμόζονται στους υπαλλήλους των Ν.Π.Δ.Δ. και το οποίο ασφαρίζεται στον κλάδο συντάξεων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), υπάγεται στις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.Δ. 4277/1962 (ΦΕΚ 191 Α), όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά.

β. Η ασφαλιστική τακτοποίηση του προσωπικού του προηγούμενου εδαφίου για το χρονικό διάστημα από το διορισμό του στα νομικά αυτά πρόσωπα μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3163/1955 (ΦΕΚ 71 Α), όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά.

3. α. Το μόνιμο ή με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικό του Ε.Ο.Τ. ή του Υπουργείου Ανάπτυξης ή των λοιπών φορέων και υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, που αποσπάται στις ανώνυμες εταιρίες του Ν. 2636/1998 (ΦΕΚ 198 Α), σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 των άρθρων 6 και 18 του νόμου αυτού, εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας και επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας, καθώς και υγειονομικής περίθαλψης, που είχε πριν από την απόσπασή του. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και ασθένειας για την ασφάλιση του προσωπικού αυτού καταβάλλονται, κατά τη διάρκεια της απόσπασής, του μὲν εργοδότη από την υπηρεσία στην οποία έχει αποσπασθεί, του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

β. Ο χρόνος της απόσπασής του προσωπικού της προηγούμενης περίπτωσης θεωρείται για κάθε συνέπεια ως πραγματική συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στην υπηρεσία από την οποία αποσπάται.

γ. Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση του προσωπικού της παραγράφου αυτής, όπου συντρέχει περίπτωση, για το χρονικό διάστημα από την απόσπασή του μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα από τις οικείες διατάξεις του κάθε φορέα ή ταμείου για την αναγνώριση προϋπηρεσίας ή χρόνου ασφάλισης, κατά περίπτωση.

δ. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής έχουν ανάλογη εφαρμογή και για τους μόνιμους υπαλλήλους του Δημοσίου που αποσπώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν. 2730/1999 (ΦΕΚ 130 Α) στην «Οργανωτική Επιτροπή Ολυμπιακών Αγώνων - Αθήνα 2004 Α.Ε.».

4. α. Οι τακτικοί υπάλληλοι των Οργανισμών Λιμένος Πειραιώς και Θεσσαλονίκης (Ο.Λ.Π. και Ο.Λ.Θ., αντίστοιχα) που κατά το χρόνο μετατροπής των οργανισμών αυτών σε ανώνυμες εταιρίες, υπηρετούσαν με απόσπαση σε άλλα Ν.Π.Δ.Δ. ή σε Ο.Τ.Α. ή σε άλλη δημόσια υπηρεσία και οι οποίοι στη συνέχεια μετατάχθηκαν στις υπηρεσίες αυτές, δύνανται σε προθεσμία τριών μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, με δήλωσή τους στις υπηρεσίες που έχουν μεταταχθεί, να επιλέξουν την παραμονή τους στο ασφαλιστικό - συνταξιοδοτικό καθεστώς των τακτικών υπαλλήλων της Υπηρεσίας από την οποία προέρχονται.

β. Ο χρόνος υπηρεσίας, όσων από τους ανωτέρω υπαλλήλους επιλέγουν την παραμονή τους στο προηγούμενο συνταξιοδοτικό - ασφαλιστικό καθεστώς, στη νέα τους θέση θεωρείται για κάθε συνέπεια ότι διανύθηκε στην Υπηρεσία από την οποία προέρχονται.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μὲν εργοδότη από την υπηρεσία στην οποία υπηρετούν, του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

δ. Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση του προσωπικού που διέπεται από τις διατάξεις της περίπτωσης β' της παραγράφου αυτής, όπου συντρέχει περίπτωση, για το χρονικό διάστημα από τη μετάταξή του μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα από τις οικείες διατάξεις του κάθε φορέα ή ταμείου, για την αναγνώριση προϋπηρεσιών ή χρόνου ασφάλισης, κατά περίπτωση.

5. α. Κατ' εξαίρεση, το τακτικό προσωπικό του Κέντρου Αποκατάστασης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Κρήτης (Κ.Α.Α.Μ.Ε.Α.Κ.) που έχει προσληφθεί σε αυτό μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1983, καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους αποκτά δικαίωμα σύνταξης από το Δημόσιο σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά για τη συνταξιοδότηση των δημοσίων υπαλλήλων.

β. Ο χρόνος υπηρεσίας των υπαλλήλων της προηγούμενης περίπτωσης από το διορισμό τους και μέχρι την αποχώρησή τους από την υπηρεσία αυτή, με οποιονδήποτε τρόπο, λογίζεται ως πραγματική δημόσια υπηρεσία.

6. α. Το προσωπικό που προσλαμβάνεται ως τακτικό στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ν.Π.Δ.Δ.) από την έναρξη ισχύος του ιδρυτικού του Ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α) και μετά, καθώς και το τακτικό προσωπικό του τ. Κ.Ε.Ε.Φ. που μεταφέρθηκε στον Ε.Ο.Φ. λόγω κατάργησής του, υπάγεται στις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.Δ. 4277/1962 από την ημερομηνία ισχύος του ν. 1316/1983.

β. Οι ιατροί, οι κτηνίατροι και οι φαρμακοποιοί, οι ενταγμένοι σε οργανικές θέσεις του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, υπάγονται από της ισχύος του ν. 1316/1983 στην ασφάλιση του Κλάδου Συντάξεων του Ι.Κ.Α. παράλληλα με την ασφάλισή τους στο Ταμείο Αυτασφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.) σύμφωνα με όσα ισχύουν για το τακτικό διοικητικό προσωπικό.

γ. Συνταξιοδοτικές αποφάσεις που εκδόθηκαν μέχρι τη δημοσίευσή του νόμου αυτού θεωρούνται ότι εκδόθηκαν νόμιμα.

7. α. Το μόνιμο προσωπικό του Ταμείου Αλληλοβοηθείας Προσωπικού Ο.Σ.Ε. που μεταφέρθηκε με την παράγραφο 3 του άρθρου 29 του Ν. 2676/1999 (ΦΕΚ 1 Α) στο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Ο.Τ.Ε. εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας που είχε πριν τη μεταφορά του, ενώ ως προς την υγειονομική περίθαλψη υπάγεται στην ασφάλιση του Κλάδου Ασθένειας του Τ.Α.Π.-Ο.Τ.Ε.

β. Η εφεξής υπηρεσία που παρέχει το προσωπικό του προηγούμενου εδαφίου στη μεταφερόμενη υπηρεσία θεωρείται ως πραγματική συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στην υπηρεσία από την οποία μεταφέρεται.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μὲν εργοδότη από το Ταμείο



πλήρωσης Προσωπικού Ο.Τ.Ε., του δε ασφαλισμένου τον ίδιο.

Δι διατάξεις της παραγράφου αυτής έχουν εφαρμογή από την ισχύ των διατάξεων του άρθρου 29 του 16/1999.

1. Το μόνιμο και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου σπουδαίου χρόνου προσωπικό του Ειδικού Ταμείου Μονιμοποιημένων Οδοστρωμάτων Αθηνών (Ε.Τ.Μ.Ο.Α.), που καταργήθηκε με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 2 Ν. 2649/1997 (ΦΕΚ 38 Α), το οποίο μεταφέρεται αυτοδικαίως στη Γ.Γ.Δ.Ε./Υ.Π.Ε.Χ.Ο.Δ.Ε., μπορεί, με δήλωσή που δεν ανακαλείται και υποβάλλεται μέσα σε ένα μήνα από τη δημοσίευση του νόμου αυτού, αντί της αυτοδίκαιης υπαγωγής του στο ασφαλιστικό - συνταξιοδοτικό εσωτερικής κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης που διέπει το αντίστοιχο προσωπικό της νέας του θέσης, να διατηρήσει το προηγούμενο της μεταφοράς του ασφαλιστικό - συνταξιοδοτικό εσωτερικής και όλη η εφεξής υπηρεσία του στη νέα του θέση θεωρείται ότι διανύεται στη θέση από την οποία προέρχεται.

Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την αλίευση του ανωτέρω προσωπικού καταβάλλονται από τον εργοδότη, από τη Γ.Γ.Δ.Ε. του Υ.Π.Ε.Χ.Ο.Δ.Ε., στην οποία μεταφέρεται, του δε ασφαλισμένου από τον ίδιο.

Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση, όπου υπάρχει περίπτωση, του προσωπικού της παραγράφου αυτής, για το χρονικό διάστημα από τη μεταφορά του μέχρι την ένταξή του στο νέο φορέα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές, γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις προηγούμενου φορέα ή Ταμείου.

Οι διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 2320/1995 έχουν εφαρμογή, όπου συντρέχει περίπτωση, και για το προσωπικό του παρόντος άρθρου.

α. Το τακτικό προσωπικό, που υπηρετεί στο Ταμείο Εσωτερικής Οδοποιίας (Τ.Ε.Ο.) κατά το χρόνο της μετατροπής σε ανώνυμη εταιρεία, εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας, καθώς και υγειονομικής περίθαλψης που εφάρμοζε πριν την εν λόγω μετατροπή και συγχώνευση του Τ.Ε.Ο. και της εταιρείας Ελληνικοί Αυτοκινητόδρομοι Α.Ε. ανώνυμη εταιρεία Τ.Ε.Ο. Α.Ε. και όλη η εφεξής υπηρεσία προσωπικού αυτού στην Ανώνυμη Εταιρεία από σύστασή της θεωρείται ως πραγματική συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στο πρώην Τ.Ε.Ο. (Ν.Π.Δ.Δ.).

Ο λογαριασμός του Ν. 103/1975, που ετηρείτο από το Ν.Π.Δ.Δ. για τη λήψη εφάπαξ βοηθήματος των υπαλλήλων του, διατηρείται και μετά τη μετατροπή του σε ανώνυμη εταιρεία και διέπεται από την κείμενη νομοθεσία, όπως κάθε φορά ισχύει. Ο ειδικός αυτός λογαριασμός διατηρείται μέχρι την αποχώρηση όλων των υπαλλήλων από την υπηρεσία, οπότε και καταργείται αυτοδικαίως. Οι διατάξεις της περίπτωσης αυτής έχουν εφαρμογή και για τους μόνιμους υπαλλήλους του τέως Τ.Ε.Ο., οι οποίοι κατά τη μετατροπή του σε Α.Ε. είχαν ήδη μεταταγεί σε άλλες υπηρεσίες και είτε είχαν διατηρήσει το παλαιό ασφαλιστικό καθεστώς και τη συνέχιση της ασφάλισής τους στο καθεστώς του Ν. 103/1975 είτε είχαν εξαιρεθεί από τις διατάξεις του νόμου αυτού, διατήρησαν όμως το δικαίωμά τους για τμηματική καταβολή του εφάπαξ βοηθήματος κατά τη συνταξιοδότησή τους.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μεν εργοδότη από τη συσταθείσα Α.Ε., του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

δ. Ο υπολογισμός των εισφορών, η αναγνώριση υπηρεσιών και προϋπηρεσιών, καθώς και ο κανονισμός της σύνταξης του προσωπικού της παραγράφου αυτής γίνεται με βάση το βασικό μισθό ενεργείας του μισθολογικού κλιμακίου ή του βαθμού του κλάδου δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων, με τους οποίους έχουν τα ίδια τυπικά προσόντα και που αντιστοιχεί στα έτη υπηρεσίας του κάθε υπαλλήλου μαζί με την προσαύξησή του επιδόματος χρόνου υπηρεσίας, όπως αυτά ορίζονται κάθε φορά από τις οικείες μισθολογικές διατάξεις του Δημοσίου. Τυχόν επιπλέον καταβαλλόμενα ποσά, πέραν των όσων καταβάλλονται στους δημοσίους υπαλλήλους και στους προς αυτούς εξομοιούμενους, δεν λαμβάνονται υπόψη για τις παραπάνω αιτίες με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ν. 2084/1992 για τους διορισθέντες από 1.1.1993 και μετά. Ως προς την επικουρική σύνταξη και το εφάπαξ βοήθημα έχει εφαρμογή η παράγραφος 1 του άρθρου 33 του Ν. 2874/2000.

Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν από την έναρξη ισχύος του Ν. 2938/2001 (ΦΕΚ 178 Α) περί μετατροπής του Ταμείου Εθνικής Οδοποιίας (Ν.Π.Δ.Δ.) σε Α.Ε.

10. α. Το τακτικό προσωπικό που υπηρετούσε στα πρώην Ν.Π.Δ.Δ. λιμενικά ταμεία Αλεξανδρούπολης, Βόλου, Ελευσίνας, Ηρακλείου, Ηγουμεντίτσας, Καβάλας, Ν. Κέρκυρας, Λαυρίου, Πατρών και Ραφήνας κατά το χρόνο της μετατροπής τους με το Ν. 2932/2001 (ΦΕΚ 145 Α) σε ανώνυμες εταιρείες, εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας, καθώς και υγειονομικής περίθαλψης που είχε πριν την κατά τα άνω μετατροπή και όλη η εφεξής υπηρεσία του προσωπικού αυτού στις ανώνυμες εταιρείες από τη σύστασή τους θεωρείται ως πραγματική συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στα πρώην λιμενικά ταμεία (Ν.Π.Δ.Δ.).

β. Ο λογαριασμός του Ν. 103/1975, που ετηρείτο από τα Ν.Π.Δ.Δ. για τη λήψη εφάπαξ βοηθήματος των υπαλλήλων του, διατηρείται και μετά τη μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες και διέπεται από την κείμενη νομοθεσία, όπως ισχύει κάθε φορά. Ο ειδικός αυτός λογαριασμός διατηρείται μέχρι την αποχώρηση όλων των υπαλλήλων από την υπηρεσία, οπότε και καταργείται αυτοδικαίως. Οι διατάξεις της περίπτωσης αυτής έχουν εφαρμογή και για τους μόνιμους υπαλλήλους των πρώην λιμενικών ταμείων, οι οποίοι κατά τη μετατροπή των ταμείων αυτών σε Α.Ε. είχαν ήδη μεταταγεί σε άλλες υπηρεσίες και είτε είχαν διατηρήσει το παλαιό ασφαλιστικό καθεστώς και τη συνέχιση της ασφάλισής τους στο καθεστώς του Ν. 103/1975 είτε είχαν εξαιρεθεί από τις διατάξεις του νόμου αυτού, διατήρησαν όμως το δικαίωμά τους για τμηματική καταβολή του εφάπαξ βοηθήματος κατά τη συνταξιοδότησή τους.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μεν εργοδότη από τις συσταθείσες Α.Ε. του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

δ. Ο υπολογισμός των εισφορών, η αναγνώριση υπηρεσιών και προϋπηρεσιών, καθώς και ο κανονισμός της σύνταξης του προσωπικού της παραγράφου αυτής γίνεται με βάση τον εκάστοτε βασιικό μισθό ενέρργειας του μισθολογικού κλιμακίου ή του βαθμού του κλάδου δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων, με τους οποίους έχουν τα ίδια τυπικά προσόντα και που αντιστοιχεί στα έτη υπηρεσίας του κάθε υπαλλήλου μαζί με την προσαύξηση του επιδόματος χρόνου υπηρεσίας, όπως αυτά ορίζονται κάθε φορά από τις οικείες μισθολογικές διατάξεις του Δημοσίου. Τυχόν επιπλέον καταβαλλόμενα ποσά, πέραν των όσων καταβάλλονται στους δημοσίους υπαλλήλους και στους προς αυτούς εξομοιούμενους, δεν λαμβάνονται υπόψη για τις παραπάνω απίες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ν. 2084/1992 για τους διορισθέντες από 1.1.1993 και μετά.

Ως προς την επικουρική σύνταξη και το εφάπαξ βοήθημα έχει εφαρμογή η παράγραφος 1 του άρθρου 33 του Ν. 2874/2000.

ε. Το προσωπικό της περίπτωσης α' της παραγράφου αυτής, το οποίο υπηρετούσε στα πρώην Ν.Π.Δ.Δ. ύστερα από μετάταξη, ένταξη ή διορισμό και είχε επιλέξει το ασφαλιστικό καθεστώς που ίσχυε στην υπηρεσία από την οποία προέρχεται, εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς της επιλογής του.

στ. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν από την ισχύ του νόμου περί μετατροπής λιμενικών ταμείων σε ανώνυμες εταιρείες.

11. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 2703/1999 έχουν ανάλογη εφαρμογή και για τους μόνιμους υπαλλήλους του Δημοσίου που διορίζονται σε θέσεις του δημοσίου τομέα του άρθρου 1 του Ν. 1256/1982, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 18 του άρθρου 32 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28 Α). Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν από την έναρξη ισχύος του Ν. 2190/1994.

12. α. Οι διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 7 του Ν. 2703/1999 έχουν ανάλογη εφαρμογή και για το προσωπικό που αναφέρεται στις διατάξεις των άρθρων 12 και 14 του Ν. 2880/2001 (ΦΕΚ 9 Α), καθώς και για το προσωπικό που αναφέρεται στις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 4 του Ν. 2741/1999 (ΦΕΚ 199 Α).

β. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν από την έναρξη ισχύος των νόμων 2880/2001 και 2741/1999, αντίστοιχα.

13. α. Το τακτικό προσωπικό που υπηρετούσε στα πρώην Ν.Π.Δ.Δ. Ταμεία Αρωγής Υπαλλήλων των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Προεδρίας Κυβερνήσεως, Εξωτερικών, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Αρωγής και Υγείας Τελωνειακών και Οικονομικών Υπαλλήλων, κατά το χρόνο της κατάργησής τους με το άρθρο 16 του Ν. 2676/1999 (ΦΕΚ 1 Α) και το οποίο αποτελεί πλέον προσωπικό του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (Τ.Ε.Α.Δ.Υ.), εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας που είχε πριν την κατάργηση των νομικών αυτών προσώπων και όλη η εφεξής υπηρεσία του προσωπικού αυτού στο Τ.Ε.Α.Δ.Υ. από τη σύστασή του θεωρείται ως πραγματική συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στα καταργηθέντα Ταμεία Αρωγής.

Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μεν ερ-

γοδότη από το Τ.Ε.Α.Δ.Υ. του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής έχουν εφαρμογή από την ισχύ των διατάξεων του άρθρου 16 του ν.2676/1999.

β. Οι διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.Δ. 4277/1962 (ΦΕΚ 191 Α), όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά, έχουν εφαρμογή και για το υπαγόμενο στον κλάδο συντάξεων του Ι.Κ.Α., καθώς και για το εφεξής προσλαμβανόμενο τακτικό προσωπικό του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων.

Το εφεξής προσλαμβανόμενο προσωπικό, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 39 του Ν. 2084/1992, όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά, προκειμένου για νέους ασφαλισμένους υπάγεται για επικουρική ασφάλιση στο Τ.Ε.Α.Δ.Υ. και για παροχή εφάπαξ βοηθήματος στο καθεστώς του Ν. 103/1975.

γ. Το προσωπικό της παραγράφου αυτής υπάγεται στην υγειονομική περίθαλψη του Ι.Κ.Α.

### Άρθρο 5

#### Διάφορα συνταξιοδοτικά θέματα

1. α. Το προσωπικό που μετατάσσεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α) στον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας, καθώς και υγειονομικής περίθαλψης που είχε πριν τη μετάταξή του.

β. Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση του προσωπικού της παραγράφου αυτής για το χρονικό διάστημα από τη μετάταξή του μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα από τις οικείες διατάξεις του κάθε φορέα ή ταμείου.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μεν εργοδότη από τον Ο.Π.Α.Δ. του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

δ. Το προσωπικό που προσλαμβάνεται στον Ο.Π.Α.Δ. και διέπεται από τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 2683/1999, ΦΕΚ 19 Α), όπως αυτές εφαρμόζονται στους υπαλλήλους των Ν.Π.Δ.Δ., και το οποίο ασφαλιζεται στον κλάδο συντάξεων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) υπάγεται από το διορισμό του στον Ο.Π.Α.Δ. στις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.Δ. 4277/1962 (ΦΕΚ 191 Α), όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά.

ε. Τα δεύτερο και τρίτο εδάφια της παραγράφου 4 του άρθρου 9 του Ν. 2768/1999 αντικαθίστανται ως εξής:

«Στην περίπτωση αυτή η θητεία του ως Γενικού Διευθυντή θεωρείται ως πραγματική και συντάξιμη υπηρεσία, στη θέση από την οποία προέρχεται. Σε περίπτωση επιλογής και διορισμού του έχει δικαίωμα επιλογής των αποδοχών της οργανικής του θέσης ή των αποδοχών που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 15 του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α) για Γενικό Διευθυντή Ασφαλιστικού Οργανισμού, οι οποίες και υπολογίζονται για τον κανονισμό της σύνταξης κατά τη συνταξιοδότησή του.»

2. Τα πρόσωπα των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 40 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28 Α) και της παραγράφου 23 του άρθρου 8 του Ν. 2366/1995 (ΦΕΚ 256 Α) μπορούν με αίτησή τους να αναγνωρισούν ως συντάξιμο από το Δημό-

το χρόνο που μεσολάβησε από την κλήση τους ως κατάταξη ή την κύρωση των πινάκων επιτυχίας μέ- την κατάταξη ή το διορισμό τους, αντίστοιχα, με κα- θολή του συνόλου των ασφαλιστικών εισφορών από τους ίδιους.

Στο τέλος του άρθρου 12 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 17, ως εξής:

17. Ειδικά για τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που έχουν προσβεί με βάση την επιτηρηίδα και απολύονται από την υπηρεσία από 1ης Ιανουαρίου 2003 και εφεξής, λόγω συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας που προβλέπεται από το άρθρο 156 του Ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α) και δεν συμπληρώνουν τριακοσιπενταετή πραγματική συντάξιμη υπηρεσία, αναγνωρίζεται ως συντάξιμος από το Δημόσιο και χρόνος αναμονής διορισμού μέχρι πέντε έτη και μέχρι τη συμπλήρωση ακονταπενταετούς πραγματικής συντάξιμης υπηρεσίας. Ο χρόνος αυτός που αναγνωρίζεται ως συντάξιμος λαμβάνεται σε ένα έτος για όσους εξέλθουν από την υπηρεσία το έτος 2003, αυξανόμενος κατά ένα έτος για καθένα από τα επόμενα έτη αποχώρησης του υπαλλήλου και μέχρι πέντε έτη για όσους εξέλθουν από την υπηρεσία το έτος 2007 και μετά και για την αναγνώρισή του καταβάλλεται από τους ίδιους οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 59 του Κώδικα αυτού.»

Στο τέλος της παραγράφου 2 του άρθρου 56 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται άρθρο, ως εξής:

Ειδικά, για εκπαιδευτικούς λειτουργούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που συμπληρώνουν τριάντα (30) έτη υπηρεσίας και αποχωρούν από την υπηρεσία για οποιονδήποτε λόγο και δεν εμπόδιζαν τις προαναφερόμενες περιπτώσεις του άρθρου αυτού, η καταβολή της σύνταξης αρχίζει με τη συμπλήρωση του έτους της ηλικίας για όσους έχουν προσληφθεί μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1982 και με τη συμπλήρωση του 60ού έτους της ηλικίας για όσους προσλαμβάνονται από 1ης Ιανουαρίου 1983 και μετά.»

#### Άρθρο 6

Στο τέλος του άρθρου 3 του Ν.Δ. 142/1974 (προτεταίο εδάφιο της περίπτ. γ' της παραγράφου 5 του άρθρου 40 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων) προστίθεται περίπτωση κ' ως εξής:

κ. Σε Υποδιευθύνσεις, Τμήματα και Σταθμούς της Τουριστικής Αστυνομίας, Αγορανομίας, ελέγχων διαβατηρίων, διαβιβάσεων - κέντρων R/T, γραφείων εγκληματολογικών ερευνών, καθώς και στις Αστυνομικές Σχολές Παιδευτικό προσωπικό), καθώς και στα ανακριτικά γραφεία των διοικήσεων Πυροσβεστικών Υπηρεσιών Πόλεως, στα Πυροσβεστικά Συνεργεία, στο 199 Συντονιστικό Επιχειρησιακό Κέντρο Υπηρεσιών Πυροσβεστικού Σώματος και στις Σχολές της Πυροσβεστικής Ακαδημίας.»

α. Στο άρθρο 41 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 12, ως εξής:

2. Οι διατάξεις των παραγράφων 1-7 του άρθρου αυτού κατά το μέρος που αναφέρονται στους υποβρυχίους καταστροφείς του πολεμικού Ναυτικού, εφαρμόζονται α- ρα και για το προσωπικό της Κινητής Ομάδας Συντήρησης Υποβρυχίων και Θαλασσίων Εγκαταστάσεων

(Κ.Ο.Σ.Υ.Θ.Ε.) της Πολεμικής Αεροπορίας που έχει πτυχίο ή άλλο πιστοποιητικό της Μονάδας Υποβρυχίων Καταστροφών του Πολεμικού Ναυτικού ή της Μονάδας Αεροπορικών Κατασκευών της Πολεμικής Αεροπορίας, από το οποίο προκύπτει ότι έχει εκπαιδευθεί για καταδύσεις σε βάθος μεγαλύτερο από τριάντα έξι (36) μέτρα. Η συμπλήρωση των καταδύσεων και υποβρυχίων πορειών, που προβλέπεται από την περίπτωση γ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, βεβαιώνεται από τον Διοικητή της Κ.Ο.Σ.Υ.Θ.Ε. Ο μέχρι την έναρξη της ισχύος της παραγράφου αυτής χρόνος υπηρεσίας, που προσφέρθηκε με τα προσόντα των προηγούμενων εδαφίων από το προσωπικό της Πολεμικής Αεροπορίας, υπολογίζεται διπλάσιος. Οι διατάξεις των παραγράφων 3 και 7 του άρθρου αυτού ισχύουν και στην προκειμένη περίπτωση.»

β. Οι διατάξεις της παραγράφου 12 του άρθρου 43 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«12. Οι διατάξεις των παραγράφων 2-10 αυτού του άρθρου, κατά το μέρος που αφορούν τους υποβρυχίους καταστροφείς του Πολεμικού Ναυτικού, εφαρμόζονται ανάλογα και στα πρόσωπα των παραγράφων 10 και 12 του άρθρου 41 αυτού του Κώδικα.»

γ. Στο άρθρο 171 του Κώδικα Πολεμικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 11 ως εξής:

«11. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται ανάλογα και για το προσωπικό της Κινητής Ομάδας Συντήρησης Υποβρυχίων και Θαλασσίων Εγκαταστάσεων (Κ.Ο.Σ.Υ.Θ.Ε.) της Πολεμικής Αεροπορίας που έχει πτυχίο ή άλλο πιστοποιητικό της Μονάδας Υποβρυχίων Καταστροφών του Πολεμικού Ναυτικού ή της Μονάδας Αεροπορικών Κατασκευών της Πολεμικής Αεροπορίας, από το οποίο προκύπτει ότι έχει εκπαιδευθεί για καταδύσεις σε βάθος μεγαλύτερο από τριάντα έξι (36) μέτρα, εφόσον γίνεται ανίκανο σε περίοδο ειρήνης εξαιτίας τραύματος ή νοσήματος κατά την εκτέλεση υποβρυχίας αποστολής, που έχει διαταχθεί από το αρμόδιο σύμφωνα με το νόμο υπηρεσιακό όργανο. Η εκτέλεση υποβρυχίας αποστολής κατά το χρόνο που συνέβη το τραύμα ή το νόσημα, καθώς και το ότι η αποστολή αυτή είχε διαταχθεί αρμόδια, βεβαιώνονται από τον Διοικητή της Κ.Ο.Σ.Υ.Θ.Ε.»

3. Στο τέλος του άρθρου 32 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 8 ως εξής:

«8. Οι διατάξεις των άρθρων 5, 6, 31 και αυτού, που αφορούν τις άπορες άγαμες αδελφές έχουν εφαρμογή και για τους άπορους, άγαμους και ανίκανους με ποσοστό ανικανότητας 67% και άνω αδελφούς. Η ανικανότητα της περίπτωσης αυτής αποδεικνύεται με γνωμάτευση της Α.Σ.Υ. Επιτροπής.»

4.α. Το προσωπικό που έχει μεταταχθεί στην Εθνική Σχολή Δικαστών με βάση τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 5 του Ν. 2236/1994 (ΦΕΚ 146 Α), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τις παραγράφους 20 και 20α του άρθρου 23 του Ν. 2331/1995 (ΦΕΚ 173 Α), τις περιπτώσεις στ' και κζ' της παραγράφου 3 του άρθρου 6 του Ν. 2408/1996 (ΦΕΚ 104 Α) και την παράγραφο 7 του άρθρου 23 του Ν. 2521/1997 (ΦΕΚ 174 Α), εξακολουθεί να διέπεται από το ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας, καθώς και υγειονομικής περίθαλψης που είχε πριν από τη μετάταξή του και όλη η εφεξής υπηρεσία στην Εθνική Σχολή Δικαστών θεωρείται

ως πραγματική και συντάξιμη υπηρεσία που διανύθηκε στην υπηρεσία από την οποία μετατάχθηκε.

β. Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση του προσωπικού της παραγράφου αυτής, για το χρονικό διάστημα από τη μετατάξη του μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα από τις οικείες διατάξεις του κάθε φορέα ή ταμείου.

γ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που προβλέπονται από τη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης για την ασφάλιση του παραπάνω προσωπικού καταβάλλονται του μεν εργοδότη από την Εθνική Σχολή Δικαστών του δε ασφαλισμένου από τους ίδιους.

δ. Το προσωπικό που προσλαμβάνεται στην Εθνική Σχολή Δικαστών και διέπεται από τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 2683/1999, ΦΕΚ 19 Α), όπως αυτές εφαρμόζονται στους υπαλλήλους των Ν.Π.Δ.Δ. και το οποίο ασφαλίζεται στον κλάδο συντάξεων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), υπάγεται από το διορισμό του στην Εθνική Σχολή Δικαστών στις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.Δ. 4277/1962 (ΦΕΚ 191 Α), όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά.

5. Στο τέλος της παραγράφου 3 του άρθρου 8 του Ψηφίσματος Ζ' /1975 (ΦΕΚ 23 Α) προστίθεται εδάφιο, ως εξής:

«Επίσης συνυπολογίζεται, τόσο για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος, εφόσον υπάρχει βουλευτική θητεία τριών ετών, όσο και για την προσαύξηση της σύνταξης, ο χρόνος στέρησης διαβατηρίου ή στέρησης ιθαγένειας, κατά τη διάρκεια του δικτατορικού καθεστώτος της 21ης Απριλίου 1967.»

6. Στο τέλος του άρθρου 42 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 8 ως εξής:

«8. Η σύνταξη των Αξωματικών των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας, που αποστρατεύονται αυτεπάγγελτα λόγω προαγωγής νεότερων τους και δεν συμπληρώνουν πραγματική συντάξιμη υπηρεσία τριανταπέντε ετών, προσαυξάνεται μέχρι 3/35 και μέχρι τη συμπλήρωση τριακονταπενταετούς πραγματικής συντάξιμης υπηρεσίας, με την προϋπόθεση καταβολής από τους ίδιους του συνόλου των ασφαλιστικών εισφορών.»

#### Άρθρο 7

##### Ρύθμιση διαφόρων θεμάτων

1. Η διάταξη του εδαφίου ιγ' του άρθρου 12 του Ν. 3016/2002 (ΦΕΚ 110 Α) αντικαθίσταται από 1.7.2002, ως εξής:

«γ) Ακολουθού του Πρεσβείας, σε οκτακόσια (800) ευρώ.»

2. Στο τέλος της παραγράφου 6 του άρθρου 2 του Ν. 2606/1998 (ΦΕΚ 89 Α) προστίθεται εδάφιο, που έχει ως εξής:

«Το ανωτέρω επίδομα δύναται να αναπροσαρμόζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Εξωτερικών.»

3. Η περίπτωση ιν' του εδαφίου γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 13 του Ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«Ειδικό επίδομα για τη διευκόλυνση αγοράς και συντήρησης και επισκευής οργάνων, οριζόμενο σε τριακόσια σαράντα πέντε (345) ευρώ κατά μήνα.»

4. Το επίδομα διδακτικής προετοιμασίας και εξωδιδακτικής απασχόλησης της παραγράφου 2γ των άρθρων 13

και 15 του Ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 4 του Ν. 2916/2001 (ΦΕΚ 114 Α), καταβάλλεται στους δικαιούχους και κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους άδειας.

5. Το οριζόμενο από το άρθρο 33 του Ν. 1876/1990 (ΦΕΚ 27 Α) ανώτατο όριο αποζημίωσης αυξάνεται στο ποσό των επτά χιλιάδων πεντακοσίων (7.500) ευρώ.

6. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Ανάπτυξης καθορίζονται έξοδα κίνησης για κάθε εργάσιμη ημέρα για τους υπαλλήλους του Εθνικού Κέντρου Θαλάσσιων Ερευνών (Ε.Κ.Θ.Ε.) από 1.6.2002.

7. Για τον καθορισμό των αποδοχών των πλοηγών διέλευσης της Διώρυγας Κορίνθου έχουν εφαρμογή οι ειδικές περί αυτών διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 17 του Ν. 2322/1995 (ΦΕΚ 143 Α), από της ισχύος τους. Οι διατάξεις του Ν. 3142/1955 (ΦΕΚ 43 Α) και τα διατάγματα που έχουν εκδοθεί κατ'εξουσιοδότηση του νόμου αυτού δεν έχουν εφαρμογή επί των ανωτέρω πλοηγών. Απαιτήσεις των πλοηγών της Διώρυγας Κορίνθου για καταβολή επιπλέον διαφορών αποδοχών, που απορρέουν από αξιώσεις για υπαγωγή τους στο καθεστώς μισθοδοσίας άλλων πλοηγικών σταθμών, κατ'εφαρμογή του Ν. 3142/1955, δεν εξοφλούνται χωρίς αμετάκλητη περί τούτου δικαστική απόφαση.

8. Οι αποδοχές των υπηρετούντων στα Πανεπιστήμια Βοηθών, Επιστημονικών Συνεργατών και Επιμελητών εναρμονίζονται από 1.2.2002 με τις αποδοχές των μελών Ειδικού Εργαστηριακού και Διδακτικού Προσωπικού (Ε.Ε.Δι.Π.), κλάδου Ι, μισθολογικής βαθμίδας Α', όπως ορίζονται αυτές στο Π.Δ. 118/2002 (ΦΕΚ 99 Α).

#### Άρθρο 8

Στην παράγραφο 5 του άρθρου 34 του Ν. 2773/1999 (ΦΕΚ 288 Α) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Αντί του προϊόντος διάθεσης, το Δημόσιο δύναται να μεταβιβάζει στον Ο.Α.Π. - Δ.Ε.Η. αντίστοιχης αξίας μετοχές της Δ.Ε.Η. Α.Ε. Με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών καθορίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες εφαρμογής της διάταξης αυτής.»

#### Άρθρο 9

1. Δικηγόροι, νομικοί ή δικαστικοί σύμβουλοι, που παρέχουν ή παρέχαν τις νομικές υπηρεσίες τους στο Δημόσιο, σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, σε δημόσιες επιχειρήσεις που στο παρελθόν ήταν δημόσιες υπηρεσίες ή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, σε δημόσιες επιχειρήσεις με οποιαδήποτε μορφή που ανήκαν ή ανήκουν στο δημόσιο τομέα της παραγράφου 1 του άρθρου 9 του Ν. 1232/1982, όπως ισχύει κάθε φορά, καθώς και σε νομικά πρόσωπα που εξομοιώνται κατά νόμο προς το Δημόσιο με πάγια μηνιαία ή περιοδική αμοιβή και εφόσον με την ιδιότητά τους αυτή δεν έχουν ασφαλιστεί σε άλλο πλην του Ταμείου Νομικών φορέα κύριας ασφάλισης, δύναται, με υπεύθυνη δήλωσή τους που υποβάλλεται στην υπηρεσία τους σε προθεσμία έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου, παράλληλα με την ασφάλισή τους στο Ταμείο Νομικών, να υπαχθούν στο ασφαλιστικό - συνταξιοδοτικό καθεστώς στο οποίο υπάγεται το τακτικό διοικητικό προσωπικό της υπηρεσίας στην οποία υπηρετούν.

2. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού ισχύουν για τους δικηγόρους, νομικούς ή δικαστικούς συμβούλους που έχουν προσληφθεί πριν από την έναρξη της ισχύος του Ν. 2084/1992.



3. Η ασφαλιστική - συνταξιοδοτική τακτοποίηση των προσώπων των προηγούμενων παραγράφων από το διορισμό τους μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού γίνεται σύμφωνα με τις πάγιες διατάξεις του φορέα ή Ταμείου για το θέμα αυτό, όπως αυτές ισχύουν κάθε φορά. Ειδικά, στην περίπτωση αυτή, οι ασφαλιστικές εισφορές υπολογίζονται για όσους θα υπαχθούν στην ασφάλιση δημοσίου ή το ειδικό συνταξιοδοτικό καθεστώς του Ι.Κ.Α. με βάση τις αποδοχές δημοσίου υπαλλήλου με τριασπέντε έτη υπηρεσίας και μισθολογικό κλιμάκιο πέμπτου βαθμού με τους λοιπούς με βάση τις αποδοχές του χρόνου υποβολής της αίτησης.

Ειδικά για την αναγνώριση ως συντάξιμου του παραπάνω χρόνου στο κοινό καθεστώς του Ι.Κ.Α. το ποσό της ετήσιας εισφοράς για κάθε αναγνωριζόμενο μήνα υπολογίζεται με βάση τις αποδοχές και το ασφαλιστρο κλάδου σύνταξης εργοδότη και ασφαλισμένου που ισχύουν κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.

Σε καμία περίπτωση ως βάση υπολογισμού των εισφορών δεν λαμβάνονται υπόψη αποδοχές που υπερβαίνουν το πενήντα τοις εκατό του τεκμαρτού ημερομισθίου της ασφαλιστικής κλάσης, όπως ισχύει κατά την παραπάνω ημερομηνία.

Το προκύπτον βάσει του ανωτέρω υπολογισμού ποσό καταβάλλεται από τον ασφαλισμένο και τον εργοδότη κατά ισχύοντα ποσοστά εισφορών κλάδου σύνταξης, είτε ανά μήνα μέσα σε τρεις μήνες από την κοινοποίηση της απόφασης, είτε σε δόσεις ισάριθμες με τους μήνες που αγνοούνται, ο αριθμός των οποίων δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος των 160. Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης εμφάνισης δόσεων το ποσό επιβαρύνεται με τα προβλεπόμενα για τις καθυστερούμενες εισφορές πρόσθετα τέλη. Η σύνταξη αρχίζει να καταβάλλεται μετά την εξόφληση του ασφαλισμένου των οφειλόμενων εισφορών που προκύπτουν από την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

#### Άρθρο 10

1. Οι διατάξεις του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 2 του άρθρου 9 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων (Π.Δ. 166/2000 ΦΕΚ 153 Α') αντικαθίστανται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2521/1997 (ΦΕΚ 174 Α').

2. Για την εφαρμογή της προηγούμενης παραγράφου ως προς τον βασικό μισθό ενεργείας του μισθολογικού κλιμακίου ή του βαθμού που έφερε κατά την έξοδο από την υπηρεσία μαζί με την προσαύξηση του ετήσιου χρόνου υπηρεσίας, καθώς και:

α) για τους δικαστικούς λειτουργούς η πάγια αποζημίωση της παραγράφου 6 του άρθρου 2 του Ν. 2521/1997 (ΦΕΚ 174 Α'),

β) για το κύριο προσωπικό του Νομικού Συμβουλίου του κράτους η πάγια αποζημίωση της παραγράφου 6 του άρθρου 10 του Ν. 2521/1997,

γ) για τους ιατροδικαστές το ειδικό επίδομα ιατροδικαστικής υπηρεσίας της παραγράφου 3 του άρθρου 12 του Ν. 2521/1997,

δ) για τα μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και Ε.Π. των Τ.Ε.Ι. το ειδικό επίδομα διδακτικής προετοιμασίας και εξωδιδακτικής στήριξης των περιπτώσεων γ' των παραγράφων 2 και 3 των άρθρων 13 και 15 του Ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α'),

ε) για τους ερευνητές και ειδικούς λειτουργικούς επιστήμονες (Ε.Λ.Ε.) το ειδικό ερευνητικό επίδομα της περι-

πτώσης δ' της παραγράφου 3 του άρθρου 17 του Ν. 2530/1997,

στ) για τους Συμβούλους και Παρέδρους του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τους καθηγητές Σ.Ε.Λ.Ε.Τ.Ε. και Ανωτέρων Εκκλησιαστικών Σχολών το ειδικό ερευνητικό επίδομα της περίπτωσης στ' της παραγράφου 2 του άρθρου 18 του Ν. 2530/1997,

ζ) για το επιστημονικό ερευνητικό προσωπικό του Κ.Ε.Π.Ε., το ειδικό επίδομα της περίπτωσης δ' της παραγράφου 2 του άρθρου 19 του Ν. 2530/1997,

η) για τους καθηγητές Ανωτάτων Στρατιωτικών Σχολών και Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας το επίδομα διδακτικής προετοιμασίας και εξωδιδακτικής απασχόλησης της περίπτωσης γ' της παραγράφου 2 του άρθρου 20 του Ν. 2530/1997,

όπως αυτά ορίζονται κάθε φορά από τις οικείες μισθολογικές διατάξεις.»

2. Η παράγραφος 2 του άρθρου 34 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίσταται από 1ης Ιανουαρίου 2003 ως εξής:

«2. Για την εφαρμογή της προηγούμενης παραγράφου ως προς τον βασικό μισθό ενεργείας του βαθμού με τον οποίο εμισθοδοτείτο κατά την έξοδο του από την υπηρεσία μαζί με την προσαύξηση του επιδόματος χρόνου υπηρεσίας και προκειμένου για αξιωματικούς από το βαθμό του ταξίαρχου και άνω, καθώς και των αντιστοίχων, και το επίδομα θέσης υψηλής ευθύνης της παραγράφου 5 του άρθρου 2 του Ν. 2448/1996 (ΦΕΚ 279 Α'), όπως αυτά ορίζονται κάθε φορά από τις οικείες μισθολογικές διατάξεις.»

3. Οι συντάξεις όσων από τα πρόσωπα των προηγούμενων παραγράφων έχουν αποχωρήσει από την υπηρεσία έως και την 31η Δεκεμβρίου 2002 αναπροσαρμόζονται ούτως ώστε να μην αφτηρη των ενδιαφερομένων από τις αρμόδιες Διευθύνσεις Συντάξεων του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, ανεξάρτητα αν ελάμβαναν τις παροχές αυτές κατά τη διάρκεια της ενεργού υπηρεσίας τους.

4. Η διαφορά μεταξύ της κανονιζόμενης ή της αναπροσαρμοζόμενης σύνταξης με βάση τις διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων 1, 2 και 3 και της σύνταξης που προκύπτει με βάση τις αντικαθιστώμενες διατάξεις, θα καταβληθεί ως εξής:

α) Προκειμένου για τα πρόσωπα των περιπτώσεων α' και β' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, στο σύνολό της από 1ης Ιανουαρίου 2003.

β) Προκειμένου για τα πρόσωπα της περίπτωσης δ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, τμηματικά, δηλαδή: το 25% αυτής από 1.1.2003, β) το άλλο 25% από 1.7.2003, γ) το άλλο 25% από 1.1.2004 και δ) το υπόλοιπο 25% από 1.7.2004.

γ) Προκειμένου για τα πρόσωπα των περιπτώσεων γ' και ε' έως και η' της παραγράφου 1, καθώς και της παραγράφου 2 από του βαθμού του ταξίαρχου και άνω, καθώς και των αντιστοίχων, του άρθρου αυτού, τμηματικά, δηλαδή: το ένα πέμπτο (1/5) αυτής την 1η Ιανουαρίου κάθε έτους, αρχίζοντας από 1ης Ιανουαρίου 2003 και μέχρι την ολοκλήρωσή της.

5. Οι διατάξεις της παραγράφου 13 του άρθρου 1 του Ν. 3029/2002 (ΦΕΚ 160 Α') δεν ισχύουν για τα πρόσωπα που διέπονται από τις διατάξεις των περιπτώσεων α' έως και η' της παραγράφου 1, καθώς και της παραγράφου 2,

με βαθμό ταξίάρχου και άνω και των αντιστοίχων, του άρθρου αυτού.

6.α. Το ποσό της παραγράφου 13 του άρθρου 1 του Ν. 3029/2002 λαμβάνεται υπόψη από 1ης Ιανουαρίου 2003, για την αναπροσαρμογή της σύνταξης των συνταξιούχων του Δημοσίου που έχουν εξέλθει ή εξέρχονται από την Υπηρεσία μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2006 και δεν υπάγονται στις διατάξεις των περιπτώσεων α' έως και η' της παραγράφου 1, καθώς και της παραγράφου 2 από του βαθμού του ταξίάρχου και άνω και των αντιστοίχων, του άρθρου αυτού.

β. Η διαφορά που προκύπτει, κατά την αναπροσαρμογή των συντάξεων σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης περίπτωσης, θα καταβληθεί σταδιακά, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις της περίπτωσης γ' της παραγράφου 4 του άρθρου αυτού.

7. Τα επιδόματα ή οι αποζημιώσεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, από 1ης Ιανουαρίου 2003 και μετά, υπόκεινται σε κράτηση για κύρια σύνταξη υπέρ Δημοσίου. Τα ποσά του προηγούμενου εδαφίου για κανέναν λόγο δεν λαμβάνονται υπόψη για την καταβολή αναδρομικών ποσών που προκύπτουν από τον κανονισμό ή την αναπροσαρμογή της σύνταξης, για χρονικό διάστημα πριν την 1η Ιανουαρίου 2003, κατά το οποίο οι παροχές αυτές δεν είχαν υποβληθεί σε κράτηση για κύρια σύνταξη υπέρ Δημοσίου, με εξαίρεση μόνο τις περιπτώσεις που έχουν εκδοθεί, μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, αμετάκλητες, για το θέμα αυτό, δικαστικές αποφάσεις, που αφορούν τα πρόσωπα της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

8. α. Στο τέλος του άρθρου 1 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 13 ως εξής:

«13. Όσοι επί κοινοβουλευτικών κυβερνήσεων διετέλεσαν ή διατελούν Γενικοί Γραμματείς Βουλής, Υπουργείων και Υπουργικού Συμβουλίου, Γενικοί Γραμματείς Προϊστάμενοι Γενικών Γραμματειών, Γενικοί Γραμματείς Περιφερειών, καθώς και Γενικοί Γραμματείς ανεξάρτητων διεθνών ιδρυμάτων και οργανισμών στους οποίους συμμετέχει και η Ελλάδα αποκτούν δικαίωμα μηνιαίας σύνταξης από το Δημόσιο, εφόσον συμπληρώσουν οκταετή πλήρη συνεχή ή διακεκομμένη υπηρεσία στις θέσεις αυτές. Στον παράπανω αξιούμενο χρόνο συνηπολογίζεται και ο χρόνος κατά τον οποίο οι ανωτέρω διετέλεσαν μετακλήτο Νομάρχες.»

β. Στο τέλος του άρθρου 15 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων προστίθεται παράγραφος 13 ως εξής:

«13. α. Η μηνιαία σύνταξη των προσώπων της παραγράφου 13 του άρθρου 1 του Κώδικα αυτού, για τα πρώτα οκτώ (8) έτη υπηρεσίας, ορίζεται ίση με το 30% των ογδόντα τοις εκατό (80%) του μηνιαίου συντάξιμου μισθού της θέσης Γενικού Γραμματέα, κατά περίπτωση, όπως αυτός ισχύει κάθε φορά. Το ποσό του προηγούμενου εδαφίου πρσαυξάνεται κατά 7,5% των 80% του μηνιαίου συντάξιμου μισθού των θέσεων αυτών για κάθε επιπλέον πλήρες έτος υπηρεσίας στις θέσεις αυτές από του ενάτου μέχρι και του δωδεκάτου έτους και κατά 4% για κάθε επιπλέον πλήρες έτος στις θέσεις αυτές πέραν του δωδεκάτου.

β. Εφόσον τα πρόσωπα της προηγούμενης περίπτωσης έχουν και χρόνο υπηρεσίας που λογίζεται συντάξιμος κατά τις διατάξεις του Κώδικα αυτού, η αμέσως ανωτέρω σύνταξή τους πρσαυξάνεται κατά τόσα τριακοστά πέμπτα ποσοστού του μηνιαίου συντάξιμου μισθού της θέ-

σης του Γενικού Γραμματέα κατά περίπτωση, όσα τα έτη της υπηρεσίας αυτής.

γ. Σε καμία περίπτωση το ποσό της σύνταξης των προηγούμενων περιπτώσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει το 80% του μηνιαίου συντάξιμου μισθού της θέσης του Γενικού Γραμματέα, κατά περίπτωση, όπως αυτός ισχύει κάθε φορά.»

γ. Η σύνταξη των προσώπων των προηγούμενων περιπτώσεων αρχίζει να καταβάλλεται μετά τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους. Τυχόν ευνοϊκότερα όρια ηλικίας για την έναρξη καταβολής της σύνταξης εξακολουθούν να ισχύουν για όσους υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού.

δ. Τα δύο τελευταία εδάφια της παραγράφου 4 του άρθρου 1 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων καταργούνται για τους Γενικούς Γραμματείς Βουλής και Υπουργείων και εξακολουθούν να ισχύουν μόνο για τους Ειδικούς Γραμματείς Βουλής και Υπουργείων.

9. Οι υποπεριπτώσεις αα', γγ', δδ' και εε' της περίπτωσης μβ' της παραγράφου 1 του άρθρου 12 του Κώδικα Πολιτικών και Στρατιωτικών Συντάξεων αντικαθίστανται ως εξής:

«αα) Σε τριάντα (3 1/2) έτη για τις απόφοιτες των Σχολών Επισκεπτριών Αδελφών τετραετούς φοίτησης και Μαιών αποφοίτων των Σχολών Μαιών μέχρι και το έτος 1977.»

«γγ) Σε δύνταμι (2 1/2) έτη για τις απόφοιτες των Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων ετών 1956-1973, Επισκεπτριών Αδελφών ετών 1956-1974 και Μαιών έτους 1978 και μετά ή Μαιών αποφοίτων ΚΑΤΕΕ ή Τ.Ε.Ι. οποτεδήποτε.»

«δδ) Σε δύο (2) έτη για τις απόφοιτες των Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων τριετούς φοίτησης έτους 1974 και μετά, καθώς και τις απόφοιτες των Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων ΚΑΤΕΕ ή Τ.Ε.Ι. Υπουργείου Παιδείας.»

«εε) Σε ένα (1) έτος για τις βοηθούς Νοσοκόμες μονοετούς ή διετούς φοίτησης.»

10. Στο τέλος της παραγράφου 2 του άρθρου 2 του Ν.Δ. 99/1974 (ΦΕΚ 295 Α') προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Στο χρόνο της βουλευτικής θητείας συνηπολογίζεται για την προσαύξηση της σύνταξης και ο χρόνος σε θέση εξωκοινοβουλευτικού Υπουργού, Αναπληρωτή Υπουργού, Υφυπουργού, καθώς και Γενικού Γραμματέα Βουλής, Υπουργικού Συμβουλίου και Υπουργείων, επί κοινοβουλευτικών κυβερνήσεων, προγενέστερος ή μεταγενέστερος της βουλευτικής θητείας, εφόσον ο χρόνος αυτός δεν χρησίμευσε ούτε θα χρησιμεύσει για θεμελίωση σύνταξης από οποιονδήποτε φορέα κύριας ασφάλισης. Ο κατά προσαύξηση χρόνος του προηγούμενου εδαφίου σε θέση εξωκοινοβουλευτικού Υπουργού, αναπληρωτή Υπουργού και Υφυπουργού συνηπολογίζεται και για τη θεμελίωση δικαιώματος σύνταξης, εφόσον ο χρόνος της βουλευτικής θητείας είναι τουλάχιστον ίσος με τα τρία πέμπτα της πλήρους βουλευτικής περιόδου.»

#### Άρθρο 11

##### Έκταση εφαρμογής - Οικονομικά αποτελέσματα

Όπου συντρέχει περίπτωση και δεν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις, οι διατάξεις των προηγούμενων άρθρων εφαρμόζονται αναλόγως και για τους υπαλλήλους των Ο.Τ.Α. και των άλλων Ν.Π.Δ.Δ. που διέπονται από το ίδιο με τους δημοσίους υπαλλήλους συνταξιοδοτικό καθεστώς, είτε οι συντάξεις τους βαρύνουν το Δημόσιο είτε τους οικείου φορείς, καθώς και για το

στικό του Οργανισμού Σιδηροδρόμων Ελλάδος και ταλλήλων των ασφαλιστικών ταμείων του προσωπικού Σιδηροδρομικών Δικτύων, που διέπονται από τον Ν.Δ. 3395/1955 (ΦΕΚ 276 Α').

κατά τις των προηγούμενων άρθρων και του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και για τα πρόσωπα στα οποία συντρέξει οι προϋποθέσεις των διατάξεων αυτών το παρελθόν και έχουν εξέλθει της υπηρεσίας πριν την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, καθώς και για τις ένομες όσων από αυτούς έχουν πεθάνει.

οικονομικά αποτελέσματα από την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων άρθρων και αυτού όπου ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις αρχίσει από την πρώτη του επόμενου μήνα εκείνου που υποβληθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες η σχετική αίτηση.

#### Άρθρο 12

##### Προκαλούμενη δαπάνη

τις διατάξεις του νόμου αυτού προκαλείται δαπάνη

επί βάρους του Κρατικού Προϋπολογισμού, η οποία θα είναι για το έτος 2002 σε ευρώ 68.500.000 περίπου, για το έτος 2003 σε ευρώ 49.920.000, περίπου, προσαυξανόμενη κατά 147.000 ευρώ περίπου για καθένα από τα επόμενα έτη.

Επί βάρους του προϋπολογισμού του Ι.Κ.Α. και των ασφαλιστικών οργανισμών, η οποία θα ανέλθει για το έτος 2002 σε ευρώ 4.000.000 περίπου, προσαυξανόμενη κατά 382.000 ευρώ περίπου για καθένα από τα επόμενα τέσσερα έτη.

Οι δαπάνες αυτές θα καλυφθούν για μεν το έτος 2002 με εγγεγραμμένες πιστώσεις στον Κρατικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό του Ι.Κ.Α. και των ασφαλιστικών οργανισμών, για δε τα επόμενα έτη οι δαπάνες θα αντιμετωπισθούν με την εγγραφή των σχετικών πιστώσεων στους οικείους προϋπολογισμούς.

#### Άρθρο 13

παράγραφος 1 του άρθρου 23α του Κ.Ν. 792/1978 (220 Α') που προστέθηκε με την παράγραφο Β του άρθρου 5 του Ν. 2390/1996 (ΦΕΚ 54 Α') και αντικαταστάθηκε με τα άρθρα 38 του Ν. 2459/1997 (ΦΕΚ 17 Α') και 32 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α') και με την παράγραφο 1 του άρθρου τριακοστού του Ν. 2932/2001 (ΦΕΚ 145 Α'), ισχύει ως ακολούθως:

α) Οι ανώτατες συντάξεις των ναυτικών που έχουν ενταχθεί τουλάχιστον συνθετική θαλάσσια υπηρεσία την οποία συμπεριλαμβάνονται ο χρόνος άδειας και της φύσεως εξαγορές υπηρεσιών στο Ν.Α.Τ., και οι τους τελευταίους σαράντα οκτώ μήνες υπηρεσίας ναυτολογήθηκαν ή εξαγόρασαν υπηρεσίες σε ειδικότητες για τις οποίες η σχέση μεταξύ των ανώτατων συντάξεων των ειδικοτήτων αυτών και των αντίστοιχων μισθών των συλλογικών συμβάσεων εργασίας ναυτικών στα οποία ναυτολογήθηκαν ή εξαγόρασαν υπηρεσίες οι συνταξιούχοι ναυτικοί υπολείπεται του 70%, υπολογίζονται την 31η Δεκεμβρίου κάθε έτους, αρνημένης από την 31η Δεκεμβρίου του έτους 2002, μορφώνονται ως ακολούθως:

δ 1.1.2003 στο 62,5% του βασικού μισθού

δ 1.1.2004 στο 65% του βασικού μισθού

δ 1.1.2005 στο 67,5% του βασικού μισθού

δ 1.1.2006 και μετά στο 70% του βασικού μισθού.

Κατά το ίδιο ποσοστό αυξάνονται και οι συντάξεις των συνταξιούχων που είναι μικρότερες των ανώτατων συντάξεων. Για τον υπολογισμό σύμφωνα με τα παραπάνω των συντάξεων όλων των ναυτικών, από 31.12.2002 ως βασικός μισθός λογίζεται ο βασικός μισθός, όπως αυτός ορίζεται στις Συλλογικές Συμβάσεις Ναυτικής Εργασίας, προσαυξημένος με το επίδομα Κυριακών για όλες τις κατηγορίες πλοίων.

Ο επανυπολογισμός αφορά και την επικουρική σύνταξη των ναυτικών που χορηγείται από το Κεφάλαιο Επικουρικής Ασφάλισης Ναυτικών (Κ.Ε.Α.Ν.).

β) Προσόντοχοι ναυτικοί που έχουν συνταξιοδοτηθεί με βάση την ειδικότητα των ναυτικών προσόντων τους δύνανται να υπαχθούν στις διατάξεις της περιπτώσεως α' εφόσον καταβάλλουν τη διαφορά των ασφαλιστικών εισφορών Ν.Α.Τ. - Κ.Ε.Α.Ν. μεταξύ της ειδικότητας ναυτολόγησής και της ειδικότητας των ναυτικών προσόντων τους. Στην περίπτωση που ναυτικοί δεν λαμβάνουν επικουρική σύνταξη από το Κ.Ε.Α.Ν., δεν καταβάλλουν την αντίστοιχη διαφορά των ασφαλιστικών εισφορών.

Η διαφορά των ασφαλιστικών εισφορών του τελευταίου σαρανταοκταμήνου των ειδικοτήτων της ναυτικής τους υπηρεσίας υπολογίζεται με βάση τα μισθολόγια των συλλογικών συμβάσεων εργασίας που ισχύουν κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για τις κατηγορίες των πλοίων που υπηρέτησαν ή εξαγόρασαν και τα μισθολόγια της συλλογικής σύμβασης εργασίας επιβατικών - ακτοπλοϊκών πλοίων άνω των 1.500 κοχ. Η διαφορά που προκύπτει καταβάλλεται είτε εφάπαξ είτε σε δώδεκα ισόποσες άτοκες δόσεις. Η αναπροσαρμοσμένη σύνταξη καταβάλλεται από τον επόμενο μήνα εξοφλήσεως του ποσού της εξαγοράς.

γ) Σε περίπτωση που η υπηρεσία του τελευταίου σαρανταοκταμήνου έχει πραγματοποιηθεί σε διαφορετικές κατηγορίες πλοίων και με διαφορετικές ειδικότητες, η αναπροσαρμογή της σύνταξης γίνεται ανάλογα με τον αριθμό των ημερών ασφάλισης σε κάθε κατηγορία πλοίου και με την αντίστοιχη ειδικότητα.

δ) Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η σύνταξη έχει υπολογιστεί με συνταξιοδοτικό μισθό βάσει χρόνου ασφάλισης σε άλλο φορέα εκτός του Ν.Α.Τ., εφόσον με τη ναυτική υπηρεσία πληρούνται οι προϋποθέσεις της περιπτώσεως α', ισχύουν οι αυξήσεις των συντάξεων που προβλέπονται από την παρούσα παράγραφο χωρίς να λαμβάνεται υπόψη, μόνο για τη συμπλήρωση του τελευταίου σαρανταοκταμήνου της υπηρεσίας, ο χρόνος ασφάλισης στον άλλο φορέα. Η απαιτούμενη σαρανταοκταμήνη ναυτική υπηρεσία θα συμπληρώνεται από υπηρεσία που αποκτήθηκε εκτός της υπηρεσίας ασφάλισης τους στον άλλο φορέα και οι συντάξεις επανυπολογίζονται με βάση τους συνταξιοδοτικούς μισθούς που προβλέπονται για τις ναυτικές ειδικότητες και όχι αυτούς που προβλέπονται για τον άλλο ασφαλιστικό φορέα.

ε) Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής για τους συνταξιοδοτηθέντες λόγω ναυτικού ατυχήματος εφαρμόζονται με βάση ή τα ναυτικά τους προσόντα ή τη ναυτολόγησή της τελευταίας διετίας της θαλάσσιας υπηρεσίας τους, για την οποία προκύπτει αύξηση.

στ) Οι ρυθμίσεις της παρούσας παραγράφου έχουν εφαρμογή και στους δικαιούχους που αναφέρονται στο άρθρο 20 του Κ.Ν. 792/1978.\*

Η εφαρμογή του άρθρου αυτού σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ύψους των

συντάξεων που χορηγούνται κατά την ημερομηνία θεσώς του σε ισχύ.

#### Άρθρο 14

1. Η επικουρική σύνταξη των ναυτικών που χορηγείται από το Κεφάλαιο Επικουρικής Ασφάλισης Ναυτικών (Κ.Ε.Α.Ν.) αυξάνει από 1% σε 1,5% για κάθε χρόνο επικουρικής ασφάλισης και υπολογίζεται επί της ανώτατης σύνταξης της ειδικότητας και του βαθμού που συνταξιοδοτείται ο ναυτικός από το Ν.Α.Τ. (κύρια σύνταξη) χωρίς κανένα επίδομα.

2. Το ποσό της κατά τα ανωτέρω χορηγούμενης από το Κ.Ε.Α.Ν. επικουρικής σύνταξης σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο του ποσού που αντιστοιχεί στο 30% της εκάστοτε ανώτατης της ειδικότητας και του βαθμού που συνταξιοδοτείται ο ναυτικός από το Ν.Α.Τ.

3. Το άρθρο αυτό ισχύει από την 1.1.2003. Οι επικουρικές συντάξεις των ναυτικών που χορηγήθηκαν μέχρι την 31.12.2002 επανυπολογίζονται με βάση το άρθρο αυτό την 1.1.2003.

4. Με απόφαση του Υπουργού Εμπορικής Ναυτιλίας ρυθμίζονται τεχνικά και λεπτομερειακά θέματα εφαρμογής αυτού και του αμέσως προηγούμενου άρθρου.

#### Άρθρο 15

##### Συντελεστής ειδικού φόρου κατανάλωσης πετρελαίου και κηροζίνης θέρμανσης

1. Για τη χρονική περίοδο από 14 Οκτωβρίου 2002 μέχρι και 25 Απριλίου 2003, ο φόρος που αναφέρεται στις περιπτώσεις ζ και ια' της παραγράφου 1 του άρθρου 73 του Ν. 2960/2001 (ΦΕΚ 265 Α'), για το πετρέλαιο εσωτερικής καύσης (DIESEL) θέρμανσης και την κηροζίνη θέρμανσης, αντίστοιχα, ορίζεται σε 18 ευρώ το χιλιόλιτρο.

2. Η ισχύς της παρούσας διάταξης αρχίζει από 14 Οκτωβρίου 2002.

#### Άρθρο 16

1. Το άρθρο 13 του Ν.Δ. 398/1974 (ΦΕΚ 116 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 13

Μέτοχοι των Ταμείων Αλληλοβοήθειας που συμπλήρωσαν 35ετή χρόνο συμμετοχής δύνανται να ζητήσουν την καταβολή του νόμιμου βοηθήματος και πριν την έξοδό τους από το στράτευμα, οπότε ο μέτοχος δύναται με αίτησή του να ζητήσει τη διακοπή της μετοχικής σχέσης ή τη διατήρησή της μέχρι την οριστική έξοδό του από το στράτευμα. Στην πρώτη περίπτωση διαγράφεται από μέτοχος, παύει η υποχρέωσή του για καταβολή εισφοράς και εξομοιώνεται με τους εξελθόντες οριστικά, στη δεύτερη δε περίπτωση εφαρμόζονται γι' αυτόν οι διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 18.»

2. Οι διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου ισχύουν και για τους μόνιμους εν ενεργεία κατά τη δημοσίευση του παρόντος στρατιωτικούς, που έλαβαν λόγω 35ετίας το εφάπαξ βοήθημα και οι οποίοι, σε περίπτωση αίτησής τους για διατήρηση της μετοχικής τους σχέσης, την ανακτούν από την ημερομηνία διαγραφής τους από μέτοχους για την αρχική μετοχική τους σχέση. Στην περίπτωση αυτή υπόκεινται και στις νόμιμες ασφαλιστικές εισφορές για το χρονικό διάστημα από την ημερομηνία αρχικής τους διαγραφής από μέτοχοι έως και την ημερο-

μηνία αίτησης διατήρησης της μετοχικής σχέσης κατά το προηγούμενο εδάφιο, υπολογιζομένων επί των λαμβανόμενων αποδοχών τους κατά την ημερομηνία αίτησης διατήρησης της μετοχικής σχέσης. Ο τρόπος καταβολής των εισφορών του ανωτέρω εδαφίου ρυθμίζεται με αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των οικείων Μετοχικών Ταμείων των Ενόπλων Δυνάμεων.

#### Άρθρο 17

Οι διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας και των κανονιστικών αποφάσεων που έχουν εκδοθεί κατ' εξουσιοδότηση νόμου, όπως διαμορφώνονται κάθε φορά και αφορούν σε αμοιβές διπλωματούχων μηχανικών του Δημοσίου, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) μέσω ειδικών λογαριασμών:

α) Εξακολουθούν να ισχύουν από την ημέρα εκδόσεως των προεδρικών διαταγμάτων 156/1997 και 157/1997 για τους διπλωματούχους μηχανικούς που υπηρετούσαν ως μόνιμοι και με σύμβαση αορίστου χρόνου υπάλληλοι στα Ν.Π.Δ.Δ. «Οργανισμός Υδρεύσεως Θεσσαλονίκης (Ο.Υ.Θ.)» και «Οργανισμός Αποχετεύσεως Θεσσαλονίκης (Ο.Α.Θ.)» κατά την ημερομηνία μετατροπής τους σε ανώνυμη εταιρεία, σύμφωνα με τα παραπάνω διατάγματα και αποτελούν αυτοδίκαια προσωπικό της Ε.Υ.Α.Θ. Α.Ε., που συνestήθη με το Ν. 2651/1998, ως ασχολούμενοι με τη συντήρηση και λειτουργία περιουσιακών στοιχείων της Ε.Υ.Α.Θ. Παγίων.

β) Η Ε.Υ.Α.Θ. Α.Ε. για την εφαρμογή των διατάξεων της περίπτωσης αυτής συνεχίζει την παρακράτηση στους λογαριασμούς των έργων, όπως προβλέπεται στο Ν. 2168/1993 (ΦΕΚ 137 Α).

#### Άρθρο 18

##### Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν διαφορετικά ορίζεται στις επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Δεκεμβρίου 2002

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ  
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΑΠ. - ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
Δ. ΡΕΠΠΑΣ

ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ  
Γ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 4 Δεκεμβρίου 2002

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Φ. ΠΕΤΣΑΛΙΚΟΣ





# ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΑΘΗΝΑ 23/4/2004

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΣΦ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αριθ. Πρωτ. ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ  
Σ40/41 ΑΡ.: 53

Γραχ. Δ/νση: Αγ. Κων/νου 8 (10241)

Πληροφορίες: Κ. Νικολοπούλου, Α. Κοντοπίδου,  
Ε. Κυρίμη

Αριθ. Τηλεφώνου: 2105230046

ΠΡΟΣ:

Τους Αποδέκτες του Πίνακα Α'.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1- Δ/νση Πληροφορικής

Τμήμα Συντάξεων

Παπαδιαμαντοπούλου 87

Τ.Κ. 11527 - Αθήνα

2. Από ένα αντίτυπο σε κάθε

υπάλληλο των Υπηρεσιών Συντάξεων

**ΘΕΜΑ: «Κοινοποίηση των διατάξεων των παρ.1, 2, 3, 6 και 7 του άρθρου 5 του Ν. 3232/04 και παροχή οδηγιών για την εφαρμογή τους».**

Σας κοινοποιούμε τις αναφερόμενες στο θέμα διατάξεις του Ν. 3232/2004 (Θέματα κοινωνικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις) (ΦΕΚ 48/τ.Α'/12.2.04) και σας παρέχουμε τις ακόλουθες οδηγίες για την εφαρμογή τους:

## Α. Παρ. 1 άρθρου 5 Ν. 3232/04

*Προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των ασφ/νων που πάσχουν από αιμορροφιλία τύπου Α ή Β καθώς και εκείνων που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων.*

### α) Καλυπτόμενα πρόσωπα

1. Με τις ανωτέρω διατάξεις παρέχεται η ιδιαίτερη ασφαλιστική προστασία, οποία προβλέπεται για τους τυφλούς ασφ/νους μας σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1612/77, όσον αφορά τις χρονικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση, αφενός τους πάσχοντες από αιμορροφιλία τύπου Α ή Β και αφετέρου στους ασφαλισμένους οι οποίοι έχουν υποστεί μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος), οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή

..1..

ανοσοκαταστολή.

Η επέκταση των διατάξεων του αρ.1 του Ν. 612/77 και στις ανωτέρω κατηγορίες ασφαλισμένων, κρίθηκε σκόπιμη για λόγους ίσης μεταχείρισης με τις άλλες κατηγορίες στις οποίες εφαρμόζεται η διάταξη αυτή (τυφλοί, παραπληγικοί-τετραπληγικοί, πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή όσοι έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού).

Έτσι, με τις κοινοποιούμενες διατάξεις, προβλέπεται η χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος σε ασφ/νους οι οποίοι πάσχουν από αιμορροφιλία τύπου Α (δηλαδή από έλλειψη του παράγοντα VIII) ή τύπου Β (δηλαδή από έλλειψη του παράγοντα IX), καθώς και σε όσους έχουν υποστεί μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, δηλαδή καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος, οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή ανοσοκαταστολή, με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% από τις συγκεκριμένες παθήσεις και οι οποίοι ασφαρίζονται στους ασφ/κούς οργανισμούς αρμοδιότητας του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, ανεξάρτητα από όριο ηλικίας -εφόσον έχουν πραγματοποιήσει 4.050 ημέρες εργασίας στην ασφάλιση του Ιδρύματος- και χρόνο υπαγωγής στην ασφάλιση (πριν ή μετά την 1/1/1993).

Οι ανωτέρω διατάξεις εφαρμόζονται τόσο στα άτομα τα οποία υπέστησαν μεταμόσχευση και μεταγενέστερα ασφαλίστηκαν για τουλάχιστον 4050 ημέρες ασφάλισης όσο και σε εκείνους που υπέστησαν μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων κατά τη διάρκεια της ασφάλισής τους, αφού στη συγκεκριμένη διάταξη δε γίνεται διάκριση ως προς το χρόνο εμφάνισης της πάθησης.

Όσον αφορά στους πάσχοντες από αιμορροφιλία τύπου Α ή Β, δεν τίθεται θέμα χρόνου εμφάνισης της πάθησης, αφού αυτή χαρακτηρίζεται πάθηση εκ γενετής.

2. Η διαπίστωση του γεγονότος ότι ο ασφαλισμένος, που ζητεί τη χορήγηση σύνταξης σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 άρθ. 5 του Ν. 3232/04, πάσχει από τις ανωτέρω παθήσεις και είναι ανάπηρος σε ποσοστό 67% γίνεται από τις αρμόδιες Γγειονομικές Επιτροπές.

3. Επισημαίνουμε ότι, επειδή η συνταξιοδότηση λόγω γήρατος σύμφωνα με τις ανωτέρω διατάξεις τελεί υπό την προϋπόθεση της διαπίστωσης ποσοστού αναπηρίας τουλάχιστον 67% οφειλόμενο στις συγκεκριμένες παθήσεις, στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με τη δεσμευτική κρίση των Γγειονομικών Επιτροπών, προβλέπεται ότι οι παθήσεις θα διαρκέσουν για ορισμένο χρονικό διάστημα, η συνταξιοδότηση θα διαρκεί μόνο το διάστημα αυτό.

#### β) Χρόνοι ασφάλισης που λαμβάνονται υπόψη

Επειδή από τις ανωτέρω διατάξεις δε γίνεται καμία διάκριση όσον αφορά τον απαιτούμενο για συνταξιοδότηση χρόνο ασφάλισης, συνυπολογίζεται όχι μόνο ο χρόνος που πραγματοποιήθηκε στην ασφάλιση του οργανισμού στον οποίο πάγεται ο ασφ/νος κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης για συνταξιοδότηση αλλά

..//..

κάθε άλλος χρόνος που πραγματοποιήθηκε σε άλλο ασφαλιστικό μόν, καθώς και οποιοσδήποτε άλλος χρόνος, ο οποίος, σύμφωνα με την μενη νομοθεσία, αναγνωρίζεται ως χρόνος ασφάλισης, όπως, π.χ., ο χρόνος ιτικής υπηρεσίας, ο χρόνος επιδότησης λόγω ανεργίας, ασθένειας, ο χρόνος αντίστασης κ.λπ.

### β) Ποσό σύνταξης

ο προσδιορισμός της ασφ/κής κλάσης γίνεται με βάση τις γενικές διατάξεις οθεσίας μας. Όμως, το ποσό της σύνταξης καθορίζεται από τις παρ. 2-4 του 1 του Ν. 612/77, δηλαδή είτε με βάση τον συνολικό αριθμό ημερών ιτικό χρόνο) ασφάλισης -όποτε υπάρχει δυνατότητα προσαύξησης του της σύνταξης με το επίδομα απολύτου αναπηρίας, εφόσον υπάρχει σχετική ών Υγειονομικών Επιτροπών- είτε με βάση τον πλασματικό χρόνο των ημερών ασφάλισης, οπότε το ποσό της σύνταξης δεν είναι δυνατό να ξηθεί με το επίδομα απολύτου αναπηρίας.

η επιλογή του τρόπου υπολογισμού του ποσού της σύνταξης θα γίνεται ίδιο τον ασφαλισμένο, με σχετική δήλωσή του.

έλος, στις περιπτώσεις που πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις, το ποσό ηγούμενης σύνταξης θα προσαυξάνεται με επιδόματα οικογενειακών βαρών.

### Β. Παρ. 2 άρθρου 5 Ν. 3232/04

ση της χορήγησης του εξωιδρυματικού επιδόματος του άρθρου 42 Ν. (σχετ.: Εγκ. 150/81, Γ.Ε. Σ38/4/18-9-85, Γ.Ε. Σ30/8/30-4-85, Γ.Ε. 2-6-90 και Σ38/8/28-6-91).

Όπως είναι γνωστό, από τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 42 του 81 και από το με αρ. Φ9/1128/28-5-90 έγγραφο του Υπουργείου Πρόνοιας νωνικών Ασφαλίσεων, προβλέπεται η χορήγηση του εξωιδρυματικού ος στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΙΚΑ, καθώς και στα μέλη ίας τους, που πάσχουν από παραπληγία-τετραπληγία, διπληγία ή τριπληγία, εση-τετραπάρεση, με ποσοστό ιατρικής αναπηρίας 67% και άνω.

Με την κοινοποιούμενη διάταξη επεκτείνεται η χορήγηση του ματικού επιδόματος και σε ασφαλισμένους και συνταξιούχους των τικών οργανισμών αρμοδιότητας του Υπουργείου Απασχόλησης και ής Προστασίας, καθώς και στα μέλη οικογενείας τους, που: πάσχουν από μυασθένεια-μυοπάθεια με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω

έχουν ακρωτηριασμό κατά τα τέσσερα άκρα, από τον αστράγαλο και πάνω οο κάτω άκρα και από τον καρπό και πάνω για τα δύο άνω άκρα ή έχουν ηριαίο ακρωτηριασμό των δύο κάτω άκρων ή πλήρη ακρωτηριασμό των άκρων ή αντίστοιχο ακρωτηριασμό του ενός κάτω άκρου και του ενός άνω

- ου, που δεν επιδέχονται εφαρμογής τεχνητού μέλους, ή
- γ) έχουν φωκομέλεια που επιφέρει τον ίδιο βαθμό κινητικής αναπηρίας με παραπάνω περίπτωση β' αυτής της παραγράφου, ή
- δ) πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας που επιφέρει παραπληγία-απληγία με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, ή
- ε) έχουν πλήρη ακρωτηριασμό του ενός άνω ή του ενός κάτω άκρου με Π.Α. και άνω, που δεν επιδέχεται εφαρμογής τεχνητού μέλους.

Το ύψος του ποσού του σχετικού επιδόματος στις ανωτέρω α, β, γ και δπτώσεις είναι ίσο με είκοσι (20) ημερομίσθια ανειδίκευτου εργατή, όπως ισχύει τώρα, ενώ στην ε' περίπτωση (του μονού ακρωτηριασμού) καθορίζεται δεκάπλάσιο του εκάστοτε ισχύοντος κατωτάτου ημερομισθίου δίκευτου εργατή (10 Η.Α.Ε.).

Σας επισημαίνουμε ότι η διάταξη αυτή αφορά μόνο την επέκταση του δρυματικού επιδόματος -για τις περιοριστικά αναφερόμενες κατηγορίες ήρων- στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του Ιδρύματος καθώς και στα οικογενείας τους και όχι τη δυνατότητα αυτών των ασφαλισμένων, να κλιώσουν δικαίωμα συνταξιοδότησης λόγω γήρατος με 4.050 ημέρες σίας και ευνοϊκό τρόπο υπολογισμού του ποσού της σύνταξης με βάση τις 900 ημέρες εργασίας.

Οι περιπτώσεις που εμπύτουν στην ανωτέρω διάταξη και βρίσκονται σε εμότητα σε οποιοδήποτε στάδιο της διοικητικής διαδικασίας θα κριθούν ρωνα με τα προεκτεθέντα, οπότε το εξωδρυματικό επίδομα θα χορηγηθεί την ημερομηνία ισχύος της διάταξης (12/2/2004). Ευνόητο είναι ότι για τις πτώσεις που εκδίδεται εγκριτική δικαστική απόφαση, η ημερομηνία έναρξης γησης του επιδόματος είναι αυτή που ορίζεται στην απόφαση αυτή.

Στις περιπτώσεις που έχει εκδοθεί οριστική απορριπτική απόφαση κατ μογή της προϊσχύουσας νομοθεσίας, απαιτείται η υποβολή νέας αίτησης από ενδιαφερόμενους, η οποία θα πρέπει να εξεταστεί από τις Υγειονομικές σπές του Ιδρύματος προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη μιας εκ των σεων που δικαιολογούν τη χορήγηση του εξωδρυματικού επιδόματος ρωνα με τη νέα διάταξη. Στην περίπτωση δε ευδοκίμησής της, τα οικονομικά λλέσματα που προκύπτουν θα πρέπει να αρχίζουν από την ημερομηνία ρολής της νέας αίτησης.

### Γ. Παρ. 3 άρθρου 5 Ν. 3232/04

Προθέσεις συνταξιοδότησης των ασφών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ίρκεια - Τροποποίηση των οδηγιών που δόθηκαν με την εγκ. 24/2003.

1. Με την ανωτέρω εγκύκλιο δόθηκαν οδηγίες για την εφαρμογή των τοιηθεισών διατάξεων της παρ. 2 του άρθ. 2 του Ν. 3075/02 (ΦΕΚ 297, τ. 2-02), οι οποίες προβλέπουν τη χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος,

.../...

εαρτήτως ορίου ηλικίας, στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική πάρεια τελικού σταδίου, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή ιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού.

Σύμφωνα με την ανωτέρω διάταξη (Ν. 3075/02), η χορηγούμενη σύνταξη ιστατο οριστική εφόσον οι ασφαλισμένοι είχαν συνταξιοδοτηθεί επί εξαετία εώς και είχαν υποβληθεί κατά τη διάρκεια της συνταξιοδότησής τους λάχιστον σε δύο εξετάσεις από τις αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές.

4 10 . . C. C

2. Με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθ. 5 του Ν. 3232/2004 καθίσταται η παρ. 2 του άρθ. 2 του Ν. 3075/02 από την ημερομηνία ρξης ισχύος της διάταξης (5-12-02).

Με τη νέα διάταξη δίνεται η δυνατότητα συνταξιοδότησης από την ρμηνία υποβολής της σχετικής αίτησης και εφ' όρου ζωής στις πτώσεις που ο συνολικός χρόνος ασφάλισης που απαιτείται για τη ελίωση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος (4.050 ημέρες ασφάλισης) έχει υθεί κατά το χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νιας νεφρικής ανεπάρκειας, υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή αρση.

Διαφορετικά, δηλαδή στην περίπτωση που ο απαιτούμενος για θεμελίωση αξιοδοτικού δικαιώματος χρόνος ασφάλισης έχει διανυθεί πριν από το τελικό διο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, η χορηγούμενη σύνταξη καθίσταται ττική σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην παρ. 1 του όντος.

Προκειμένου να κριθεί το θέμα της χορηγησης σύνταξης εφ' όρου ζωής, ητο είναι ότι θα πρέπει να πιστοποιείται από τις αρμόδιες Υγειονομικές ροπές το χρονικό σημείο στο οποίο ο ασφαλισμένος βρισκόταν στο τελικό διο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

3. Ως προς τα λοιπά θέματα που αναφέρονται στην εγκ.24/2003 δεν αταται καμία τροποποίηση.

#### Δ. Παρ. 6 άρθρου 5 Ν. 3232/04

ήγηση κατωτάτου ορίου σε συνταξιούχους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που λαμβάνουν έλλη σύνταξη ως ανάπηροι και θύματα πολεμικής ή ειρηνικής περιόδου κατά εκτέλεση της στρατιωτικής τους υπηρεσίας (σχετ.: Εγκ.12/80).

Όπως είναι γνωστό, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 6 εδ. δ' του άρθρου 5 Ν. 825/78, δεν δικαιούνται τα κατώτατα όρια συντάξεων οι συνταξιούχοι του ΕΤΑΜ οι οποίοι λαμβάνουν συγχρόνως και άλλη σύνταξη από το Δημόσιο ή Δ.Δ., το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή άλλο φορέα κυριας ασφάλισης.

Σύμφωνα δε με τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 13 του Ν.997/79, τις ες σας κοινοποιήσαμε με την ανωτέρω σχετική εγκύκλιο τα προαναφερόμενα ρχούν για τους συνταχούς του ΙΚΑ οι οποίοι παίρνουν και άλλη σύνταξη από ημόσιο ως ανάπηροι και θύματα πολέμου.



Με την κοινοποιούμενη διάταξη, η ισχύς της οποίας αρχίζει από 12-2-2004 (ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου), επεκτείνεται η χορήγηση των κατωτάτων ορίων και σ' αυτούς που λαμβάνουν δεύτερη σύνταξη ως ανάπηροι και θύματα ειρηνικής περιόδου.

Συνεπώς, οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που λαμβάνουν και άλλη σύνταξη ως ανάπηροι και θύματα πολεμικής ή ειρηνικής περιόδου κατά την εκτέλεση της στρατιωτικής τους υπηρεσίας, δεν θεωρούνται διπλοσυνταξιούχοι και, επομένως, σε αυτές τις περιπτώσεις δεν θα εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 5 παρ. 6 εδ. δ' του Ν.825/78.

Τα οικονομικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή αυτής της διάταξης αρχίζουν από την ημερομηνία ισχύος της (12.2.2004). Για τον εντοπισμό των δικαιούχων, θα πρέπει οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν σχετική αίτηση, η οποία θα έχει χαρακτήρα όχλησης.

#### Ε. Παρ.7 άρθρου 5 Ν. 3232/04

Χορήγηση επιδόματος απολύτου αναπηρίας σε τυφλούς ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, οι οποίοι συνταξιοδοτούνται ή συνταξιοδοτήθηκαν με βάση τη διάταξη του Ν. 612/77 (σχετ.: Εγκ. 98/77, 113/77, 20/90).

Με τις ανωτέρω σχετικές εγκυκλίους κοινοποιήσαμε τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 612/77, οι οποίες προβλέπουν τη χορήγηση σύνταξης λόγω γήρατος στους τυφλούς ασφαλισμένους ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας.

Συγκεκριμένα, σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με τις παρ. 3 και 4, το ποσό της σύνταξης θα καθορίζεται είτε με βάση το συνολικό χρόνο πραγματικής ασφάλισης, οπότε είναι δυνατόν να προσανεμηθεί με το επίδομα απολύτου αναπηρίας, είτε με βάση τον πλασματικό χρόνο που αντιστοιχεί σε 10.500 ημέρες ή 35 έτη ασφάλισης - οπότε δεν προσανεμηθεί με το επίδομα απολύτου αναπηρίας.

Με την κοινοποιούμενη διάταξη, η ισχύς της οποίας αρχίζει από 12-2-04 (ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου) καταργείται ο περιορισμός της μη χορήγησης επιδόματος απολύτου αναπηρίας στην περίπτωση συνταξιοδότησης τυφλών ασφαλισμένων με ποσό σύνταξης που αντιστοιχεί σε 10.500 ημέρες ή 35 έτη ασφάλισης.

Έτσι, θα χορηγείται πλέον το επίδομα απολύτου αναπηρίας στους τυφλούς ασφαλισμένους που συνταξιοδοτούνται με βάση τις διατάξεις του Ν.612/77, ανεξάρτητα από τον τρόπο υπολογισμού του ποσού της σύνταξης τους.

Επισημαίνεται ότι:

α) η παρούσα ρύθμιση αφορά μόνο τους τυφλούς και όχι τις υπόλοιπες κατηγορίες αναπήρων, στους οποίους έχει γίνει επέκταση των διατάξεων του Ν.612/77.

β) για τη χορήγηση του εν λόγω επιδόματος δεν απαιτείται παραπομπή των ασφαλισμένων στις Υγειονομικές Επιτροπές και

γ) το ύψος του ποσού του επιδόματος απολύτου αναπηρίας προσδιορίζεται, για μεν τους μέχρι 31-12-92 ασφαλισμένους από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 42

του Ν. 1140/81, για δε τους από 1-1-93 ασφαλισμένους, από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 30 του Ν. 2084/92.

Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται σε όλες τις αιτήσεις συνταξιοδότησης που υποβάλλονται από τυφλούς ασφαλισμένους σε ασφαλιστικούς οργανισμούς αρμοδιότητας Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας μετά την έναρξη ισχύος αυτού του νόμου (δηλαδή από 12-2-2004 και μετά).

Για τη χορήγηση όμως του εν λόγω επιδόματος σε αυτούς που έχουν συνταξιοδοτηθεί με βάση τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 612/77 μέχρι τις 11-2-04, απαιτείται η υποβολή αίτησης, από την ημερομηνία κατάθεσης της οποίας θα αρχίζει η καταβολή του ανωτέρω επιδόματος.

Συν/να: Φύλλα τρία (3)

Εσωτερική Διανομή:

1. Δ/ση Παροχών
2. Γραφείο Συντάξεων (10 αντίτυπα)
3. Γραφείο Γενικού Δ/ντή
4. Ασφ/κών Υπηρεσιών

Ακριβές Αντίγραφο

ΕΠΙΤΜΗΜ/ΡΧΗΣ ΔΙΕΚ/ΣΗΣ  
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ



ΜΕΔΙΑΔΙΤΗ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΛΛΙΑΝΤΕΡΗΣ

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΒΙΒΛΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ

1. Αγραφιώτης Κ. Θ., «Τεχνητός νεφρός», Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1984.
2. Αγραφιώτης Κ. Θ., «Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό», Εκδόσεις Ελληνική Νεφρολογία, Αθήνα 1993.
3. Αλεξοπούλου Ο., «Σημειώσεις: Κοινωνική Εργασία με Άτομα Π», Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 2002.
4. Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ., «Ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
5. Αυγουστής Ι. Ν., «Όλα για την υγεία», Τόμος 2, Εκδόσεις Πολίτης Κ., Αθήνα 2002.
6. Βαγιωνάς Γ., «Αιμοκάθαρση», Εκδόσεις Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη 1986.
7. Ζαφείρης Γ. Α., Ζαφείρη Α. Ε. και Μουζακίτης Μ. Χ., «Οικογενειακή θεραπεία», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
8. Ζηρογιάννης Π., «Σημειώσεις: Στοιχεία νεφρολογίας», Μέρος 1<sup>ο</sup>, Εθνικό Καποδίστρια Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1993.
9. Ιωαννίδης Γ., Παπαδάκη Ο., Τσακίρης Δ., «Στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα 1986-2000. Έκθεση Εθνικού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών», Εκδόσεις Ελληνικής Νεφρολογίας, Τόμος 14, Αθήνα 2002.
10. Καλπίνη – Παπαδοπούλου Χ., «Σημειώσεις: Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας Π», Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1998.
11. Καστρινάκης Γ., «Θέλω να ζήσω», Εκδόσεις Συρίγου Γ. και Σία Ο. Ε., Έκδοση 12<sup>η</sup>, Αθήνα 1999.



- 12.Λουμάκου Μ., «Σύγχρονη Ψυχολογία στην Ελλάδα – Έρευνα και Εφαρμογές στους Τομείς της Υγείας, της Εκπαίδευσης και της Κλινικής Πράξης», Επιμέλεια Επιστημονικής Έκδοσης Αναγνωστόπουλος Φ., Κοσμόγιαννη Α., Μεσσήνη Β., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- 13.Μαγιοπούλου – Συμβουλίδου Ν., «Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια», Εκδόσεις Ελληνική Νεφρολογία, Αθήνα 1993.
- 14.Μαδιανός Μ. Γ., «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- 15.Μαδιανός Μ. Γ., «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
- 16.Μαθιουδάκη – Χλαπανίδη Ε., «Παιδί και Αιμοκάθαρση: Κοινωνικά, ψυχολογικά και εκπαιδευτικά προβλήματα. Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης», Αθήνα 1991.
- 17.Μαθιουδάκης Ι., «Νεφρός και φάρμακα. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής 1983, Παιδιατρική Νεφρολογία. Εξελίξεις στην Παιδιατρική, Διαγνωστική και Θεραπευτική, Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών», Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1983.
- 18.Μουζακίτης Χ., «Σημειώσεις: Δεοντολογία της Κοινωνικής Εργασίας», Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Αθήνα 1996.
- 19.Μπαρμπαλιάς Α. Γ., « Ουρολογία», Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Tyrograma, Πάτρα 1998.
- 20.Μπολέτης Ι., «Μεταμόσχευση νεφρού», Εκδόσεις Ελληνική Νεφρολογία, Αθήνα 1992.
- 21.Ντόμπρος Ν. Β., «Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση», Εκδόσεις Ελληνική Νεφρολογία, Αθήνα 1993.
- 22.Σαπουντζή – Κρέπια Δ., «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα», Εκδόσεις Έλλη, Αθήνα 1998.

- 23.Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002.
- 24.Σόμπολος Κ., «Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1984.
- 25.Τσάκα Α., « Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στον Τεχνητό Νεφρό», Πρακτικά Κλινικής Νοσοκομείου Ρίου, Πάτρα 2003.
- 26.Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις Θεμέλιο – Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989.
- 27.Χατζηκωνσταντίνου Α., «Εθνικό Αρχείο Νεφροπαθών: Σκοπός και στόχοι», Εκδόσεις Ελληνική Νεφρολογία, Αθήνα 1995.

### **ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ**

- 28.Berger M. και Jorgers V., «Η ινσουλινοθεραπεία στην πράξη», Μετάφραση Πετρόβας Α., Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1985.
- 29.Berlyne M. G.,» Παθήσεις των νεφρών», Μετάφραση Αβραμίδης Α. και Αντωνιάδης Α., Εκδόσεις Αβραμίδης Α., Θεσσαλονίκη 1980.
- 30.Briggs J. D., Berthoux F., Jones E., “ Prediction for future growth of ESRD prevalence”, Kidney Int., 2000.
- 31.Cassidy M. J. D., Kerry D. N. S., “The assessment of the patient with chronic renal insufficiency”, Oxford University Press, 1992.
- 32.Cecil, «Παθολογία», Μετάφραση Μουτσόπουλος Χ., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
- 33.Clements H. N. D., D. O., «Παθήσεις των νεφρών», Μετάφραση Μπαρουξής Γ., Εκδόσεις Κονιδάρη, Αθήνα 1982.
- 34.Fox S. I., “Human Physiology”, Brown Wm. C. Publishers, USA 1996.

35. Handelsman D. J., Dong Q., “Hypothalamo – pituitary gonadal axis in chronic renal failure”, *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1993.
36. Harrison T. R., «Εσωτερική Παθολογία», Μετάφραση Βαγιωνάκης Α., Φερτάκης Α., Μαρκέτος Σ., Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1985.
37. Harrison T. R., “Principles of Internal medicine”, Volume 2, Mc Graw – Hill INC, USA 1992.
38. Κλάϊν Μ., «Ψυχανάλυση και σεξουαλική αγωγή», Μετάφραση Διάφα Μ., Εκδόσεις Πύλη, Αθήνα 1991.
39. Papper S., «Κλινική Νεφρολογία», Μετάφραση Ζηρογιάννης Π., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993.
40. Parry G., «Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους», Επιμέλεια Δεγλήρης Ν. Ε., Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
41. Schrier R. W., Gottscalt c. w., “Diseases of the kidney”, Little Brown Co, 1988.

### **ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ – ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ**

42. Καστρινάκης Γ., «Το χρονικό ενός μεγάλου αγώνα», Επιθεώρηση 1998 – 1999, Τεύχος 21, Σελ. 10.
43. Καστρινάκης Γ., «30 χρόνια μεταμόσχευση», Επιθεώρηση 2000, Τεύχος 24, Σελ. 14.
44. Λύρος Ξ., «Ο χρόνιος νεφροπαθής και η οικογένεια», Επιθεώρηση 1998 – 1999, Τεύχος 21, Σελ. 44.
45. Μυλωνά Β., « Δωρεά οργάνων», Πρόσωπο, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2002, Τεύχος 32, Σελ. 42.

46. Παπαμιχαήλ Ε., «Νεφρική Ανεπάρκεια. Ψυχιατρικά Προβλήματα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Φεβρουάριος – Μάρτιος – Απρίλιος 2001, Τεύχος 73, Σελ. 162 – 167.
47. Σιαπέρα Δ., «Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης στα παιδιά με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», Επιθεώρηση 1999, Τεύχος 22, Σελ. 44.
48. Σιγάλας Ι., «Οικονομική διάσταση της νόσου του καρκίνου», Ca, 1996, Τεύχος 17, Σελ. 28.
49. Τσούγια Π. και Κανλή Σ., «Ειδικά προβλήματα παιδιού με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», Επιθεώρηση 1999, Τεύχος 22, Σελ. 9.
50. Φυντανίδου Ε., «Το ακριβό πρόβλημα των νεφροπαθών», Το Βήμα, Κυριακή 18 Αυγούστου 2002, Σελ. 32.
51. Χλαπανίδη Ε., «Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», Επιθεώρηση 1999, Τεύχος 23, Σελ. 32.

### ΗΜΕΡΙΔΕΣ

52. Καϊτελίδου Δ., Σακκά Ε., Βαμβακάρη Π., Τριγώνης Σ., Ζηρογιάννης Π., Λιαρόπουλος Λ., «Η οικονομική αποτίμηση της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα», Ανακοίνωση στην 64<sup>η</sup> Επιστημονική Συνάντηση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη 2002.
53. Μπριστογιάννης Γ., Καλοκάθη Β., Πουλόπουλος Α., Γεωργακοπούλου Δ., «Μελέτη λειτουργικού κόστους Νοσοκομειακής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού», Ανακοίνωση στην 64<sup>η</sup> Επιστημονική Συνάντηση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη 2002.
54. Τσούγια Π. και συν. , «Ενημέρωση – Παρακολούθηση – Εκπαίδευση παιδιού με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», Πρακτικά 6<sup>ης</sup> Επιστημονικής Ημερίδας Συνδέσμου Νεφροπαθών, 1995.
55. Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, Αθήνα 2000.

56. Πρακτικά Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών, Αθήνα 2003.

### **INTERNET**

57. [www.eom.gr](http://www.eom.gr)

58. [www.era – edta – reg.org](http://www.era-edta-reg.org)

59. [www.usrds.org](http://www.usrds.org)

60. [www.psnrenal.gr](http://www.psnrenal.gr)