

# Συστήματα Προνοσοκομειακής Επείγουσας Φροντίδας

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ

Η "Διεθνής Επείγουσα Ιατρική" και το σύνολο αυτών που ασχολούνται με την επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη έχει υιοθετήσει ένα μανιφέστο όπου αναφέρεται ότι, κάθε άνθρωπος αξίζει την δυνατότητα πρόσβασης σε ένα επαρκές σύστημα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, για κάθε απρόβλεπτο και αδιάγνωστο πρόβλημα υγείας, 24 ώρες την ημέρα.

Το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου προς την Επείγουσα Ιατρική αυξάνεται ανά την υφήλιο και απόδειξη αυτού είναι η πρόσφατη αναγνώριση και ανάπτυξη της σε αυτόνομη ειδικότητα σε Ασία, Λατινική Αμερική, Ευρώπη και Μέση Ανατολή.

Αν και ο στόχος της επείγουσας ιατρικής παγκοσμίως παραμένει ο ίδιος, ο τρόπος εφαρμογής της δεν είναι ενιαίος. Δύο είναι τα βασικά συστήματα το Άγγλο-Αμερικάνικο και το Γάλλο-Γερμανικό μοντέλο. Το καθένα έχει διαφορετική φιλοσοφία και υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία τους.

Το **Άγγλο - Αμερικάνικο μοντέλο** στηρίζεται σε παρτιάτρικό προσωπικό και δεν συμμετέχουν γιατροί. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα ο ασθενής μεταφέρεται όσο γίνεται γρηγορότερα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου όπου παρέχεται ολοκληρωμένη αντιμετώπιση από τους Ιατρούς Επείγουσας Ιατρικής. Η Επείγουσα Ιατρική είναι μια αυτόνομη ειδικότητα, παρέχεται και ελέγχεται από τους γιατρούς του τμήματος επειγόντων. Στα περισσότερα κράτη που αναπτύσσεται τώρα σύστημα προνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής ακολουθείται αυτό το μοντέλο.

Το **Γάλλο - Γερμανικό μοντέλο** στηρίζεται σε Ιατρούς κυρίως Αναισθησιολόγους και γενικούς για-

τρούς, σύμφωνα με αυτό παρέχεται εξειδικευμένη υποστήριξη στον τόπο του συμβάματος. Το σύστημα αυτό κατά κάποιο τρόπο φέρνει το νοσοκομείο κοντά στον βαρέως πάσχοντα ασθενή με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση όσον γίνεται γρηγορότερα. Η εκπαίδευση των ιατρών που συμμετέχουν στο σύστημα αυτό είναι διετής και περιλαμβάνει εκπαίδευση στην επείγουσα ιατρική και την ιατρική των καταστροφών υπό την μορφή ολιγόωρων σεμιναρίων. Η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι αυτόνομη ειδικότητα και συνήθως ελέγχεται από τους Αναισθησιολόγους.

Το ερώτημα λοιπόν είναι αν ένα προνοσοκομειακό ιατρικό σύστημα χρειάζεται ή θα μπορούσε να αντικατασταθεί από ένα γρήγορο σύστημα μεταφοράς ασθενών. Φαίνεται πως περισσότερο οι Ευρωπαίοι αλληθωρίζουν προς το σύστημα που χρησιμοποιείται από τις ΗΠΑ και μάλιστα μεγάλο ρόλο παίζει και η επιθυμία των κυβερνήσεων να περικόψουν ποσά από τον οικονομικό προϋπολογισμό του συστήματος επείγουσας ιατρικής.

## Scoop and Run ή Stay and Play

Το καυτό θέμα λοιπόν είναι Scoop and Run, που σημαίνει να πάρεις τον ασθενή και χωρίς στοιχειώδη θεραπεία να τον μεταφέρεις γρήγορα στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή ακολουθώντας το δόγμα Stay and Play σε περιπτώσεις που έχουμε βαριά τραυματισμένους, με την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών στον τόπο του ατυχήματος, εξασφάλιση αεραγωγού, εξασφάλιση φλεβικής γραμμής χορήγηση υγρών, αντιμετώπιση ενός πνευμοθώρακα, ελαχιστοποιούμε τις σχετιζόμενες με την κάκωση δευτεροπαθείς βλάβες.

Η ταχύτητα του συστήματος διάσωσης είναι ένα ακόμα σημείο διαφωνίας. Η διαφωνία δεν έχει να κά-

νει με την πρόσβαση στον τόπο του ατυχήματος, που έτσι και αλλιώς εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι ο τόπος που συμβαίνει, η χρονική στιγμή και το μέσον που χρησιμοποιείται, αλλά με την συνολική αντιμετώπιση.

Αναφέρεται ότι μια στοιχειώδης χρονική απόσταση μέχρι το σημείο του ατυχήματος είναι περίπου 7 λεπτά. Ο χρόνος αυτός μπορεί κατά την διάρκεια της ημέρας στις μεγάλες πόλεις να μειωθεί ή να αυξηθεί τουλάχιστον κατά ένα λεπτό. Το 40% των τραυματιών προσεγγίζονται μέσα σε πέντε λεπτά, αλλά μόνο στο 30% των περιπτώσεων προσεγγίζονται από ιατρό. Δέκα λεπτά μετά το ατύχημα ένα σύνολο 80% προσεγγίζονται με την έννοια της διάσωσης αλλά μόνο το 68% αυτών προσεγγίζονται από ιατρούς. Αυτό που πρέπει να εκτιμηθεί είναι αν ένα γρήγορο Scoop and Run στο πλησιέστερο νοσοκομείο χωρίς να επεκτείνεται σε προνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα μπορεί να είναι μεγαλύτερου συμφέροντος για τον ασθενή. Η πλειονότητα των διαφωνιών στην προτίμηση του Scoop and Run προέρχεται από τις ΗΠΑ. Μια μερίδα ερευνών δείχνει καθαρά ότι στην περίπτωση σοβαρών αιμορραγιών η γρήγορη μεταφορά στο Τμήμα Επειγόντων του κοντινότερου Νοσοκομείου προτιμάτε. Αντίθετα η τοποθέτηση περιφερικού ενδοφλέβιου καθετήρα χρειάζεται περίπου 10-12 λεπτά για αρχάριους και μέσους και ένας μέσος όρος 8-10 λεπτά για έμπειρους διασώστες. Ο χρόνος μεταφοράς του ασθενούς στις ΗΠΑ είναι κατά μέσο όρο 8,5 λεπτά οπότε χρειάζεται λιγότερος χρόνος από ότι για την τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα. Μια μελέτη των Kaweski και συν. κατέδειξε ότι όχι μόνο λογιστικοί αλλά και ιατρικοί λόγοι οδηγούν στην προτίμηση του Scoop and Run. Η κυριότερη διαφωνία υπέρ του Scoop and run σχεδιάστηκε στις ΗΠΑ και βασίστηκε στην υψηλή απάντηση στα διατιτθέντα τραύματα του θώρακα και της κοιλιάς που προκλήθηκαν από πυροβολισμούς ή από μαχαιρώματα. Ο Ivatury συν. απέδειξαν ότι μόνο το 2% των θυμάτων με διατιτθέντα τραύματα θώρακα επέζησαν ύστερα από προνοσοκομειακή (χορήγηση οξυγόνου, MAST, ενδοφλέβια θεραπεία, επιπωματισμό) θεραπεία που χρειάστηκε ένα μέσο όρο 22 λεπτά. Στην ομάδα ελέγχου (χωρίς προνοσοκομειακή θεραπεία) με ένα χρόνο μεταφοράς 8,5 λεπτά το

ποσοστό των επιζώντων ήταν 18%. Το μειονέκτημα ορισμένων αμερικανικών ερευνών είναι ότι στερούνται επιλογής ασθενών και ότι δεν περιλαμβάνουν επιθετική ενδοφλέβια θεραπεία ή ασθενείς που πέθαναν.

Στην επείγουσα Ιατρική τα τραύματα μετρώνται με το σκορ τραύματος (συσχετίζοντας το τραύμα και την υποκείμενη ζημιά). Έτσι οι Smith συν. απέδειξαν το 1985 ότι ασθενείς με μικρούς χρόνους μεταφοράς και επικείμενα απειλητικά για την ζωή τραύματα χειροτέρευαν το σκορ τραύματος από 4,9, έγινε 3,4 μέχρι την άφιξη τους στο νοσοκομείο. Σε αυτό και στηρίζεται το Stay and play το άλλο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική. Δυστυχώς στην Ευρώπη δεν υπάρχουν αρκετά συγκρίσιμα στοιχεία. Στην Ευρώπη δε είναι που ιδρύθηκε το σύστημα Stay and play. Μια μελέτη των Osterwalder και συν. πάνω σε 143 σοβαρά τραυματίες με υψηλό σκορ τραύματος απέδειξε ότι η θνητότητα που ήταν πάνω από 50%, 20 χρόνια πριν, ελαττώθηκε στο 10-15% στον καιρό μας. Η μελέτη αυτή ήταν ικανή να αποδείξει ότι όχι ο μικρότερος χρόνος μεταφοράς αλλά η ειδική ιατρική θεραπεία πριν και κατά την διάρκεια της μεταφοράς ήταν υπεύθυνη για αυτή την θεαματική βελτίωση. Ο Dressing και συν. απέδειξαν σε μια προοπτική μελέτη ότι η θνητότητα μπορούσε να ελαττωθεί στο 10% με μια επιθετική θεραπεία του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού. Η αναπνευστική ανεπάρκεια μειώθηκε στο 20% και η πολυοργανική ανεπάρκεια στο 5%. Ο Hut και συν. ερευνήσαν την επίδραση της πρόωρης διασωλήνωσης στον τόπο του ατυχήματος συγκρίνοντας με την διασωλήνωση μετά την άφιξη στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς που διασωληνώθηκαν νωρίς υπέφεραν το 9, 1% από ARDS και 13% από πνευμονία συγκρινόμενοι με το 17% ARDS και 24% από πνευμονία σε ασθενείς που διασωληνώθηκαν μετά την άφιξη στο νοσοκομείο.

Σφαιρικές εκτιμήσεις δεν είναι ικανές να απαντήσουν πιο πρωτόκολλο είναι καλύτερο. Μια διαφοροποιημένη ανάλυση των βλαβών και των επιπλοκών είναι απαραίτητη. Ο Pepe και συν. βρήκαν ότι η προνοσοκομειακή θεραπεία σε ελαφρά τραυματισμένους (σκορ τραύματος 16-11) δεν επηρεάζει θετικά την παραμονή στο νοσοκομείο. Σε ασθενείς

με μέτριας βαρύτητας τραύματος (σκορ τραύματος 10-6) η προνοσοκομειακή θεραπεία είχε αποτέλεσμα στον χρόνο ανάρρωσης. Ασθενείς με σοβαρά τραύματα είχαν υψηλή θνητότητα ασχέτως προνοσοκομειακής θεραπείας.

Οι διαφορές ανάμεσα σε Αμερική και Ευρώπη είναι ο τύπος των τραυμάτων (περισσότερα διατιτρεύοντα τραύματα στις ΗΠΑ) και η διαφορά στους χρόνους μεταφοράς των ασθενών (τα νοσοκομεία στην Ευρώπη δεν είναι διεσπαρμένα.). Αυτοί είναι κάποιοι από τους λόγους που το Αμερικανικό σύστημα δεν μπορεί να μεταφερθεί στην Ευρώπη. Λόγω των μεγάλων αποστάσεων (από την μη διασπορά των νοσοκομείων) οι χρόνοι μεταφοράς είναι μεγαλύτεροι και συνεπώς ο ασθενής θα ήταν περισσότερο χρόνο χωρίς θεραπεία. Οι μεγαλύτεροι χρόνοι επιβαρύνουν την φυσική αντοχή του ασθενούς και κάνουν αναγκαία την προνοσοκομειακή σταθεροποίηση του ασθενούς. Για να πετύχουμε την ελαχιστοποίηση του χρόνου μεταφοράς αυτό μπορεί να έχει σαν συνέπεια την επιβάρυνση στο σκορ τραύματος και την περαιτέρω αποσταθεροποίηση ενός σε μεγάλο κίνδυνο ασθενούς.

Βασισμένοι στην γενική εμπειρία στην Επείγουσα Ιατρική μόνο μια περιορισμένη ομάδα ασθενών μπορεί να αποκομίσει κέρδη από την εντατική προνοσοκομειακή θεραπεία. Ασθενείς με διατιτρεύοντα τραύματα στήθους και κοιλίας, όπως συχνά υπάρχουν στις ΗΠΑ, δεν υπάγονται σε αυτή την ομάδα. Οι ασθενείς που χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης έχουν διαφορετικό profile στην Ευρώπη. Συνεπώς η ιδέα της επείγουσας προνοσοκομειακής θεραπείας δεν μπορεί να προσφέρει κέρδη παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι βαρεία τραυματισμένοι ασθενείς μπορούν να αποκομίσουν πολλά από τις επείγουσες παρεμβάσεις. Μια έρευνα στο Ανόβερο απέδειξε ότι η θνητότητα στους πολυτραυματίες μειώθηκε από το 46% το 1702, στο 17% στο 1989. Οι περισσότεροι ασθενείς απεβίωσαν στον τόπο του ατυχήματος κυρίως λόγω της σοβαρότητας των τραυμάτων.

Η επανεκτίμηση του Scoop and Run από τον στρατό οδήγησε στην πρόταση ότι τέτοια συστήματα πρέπει να εγκαταλειφθούν προς όφελος της επείγουσας θεραπείας στον τόπο του ατυχήματος.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το Scoop and Run δεν προτιμάται μόνο από Ιατρικής απόψεως αλλά και για λόγους νομικούς και λογιστικούς. Οι γενικοί ιατροί δεν αναμειγνύονται συνήθως σε προνοσοκομειακή θεραπεία. Συνεπώς η ερώτηση αν πρέπει να αποσταλούν γενικοί γιατροί ή όχι δεν πρέπει να τίθεται. Η ερώτηση που πρέπει να τίθεται στην Ευρώπη είναι τι είδους θεραπευτική παρέμβαση επείγουσα θα μπορεί ένας paramedic να τελέσει. Οι επεμβατικές παρεμβάσεις δεν μπορούν να συγκριθούν με αυτές των ΗΠΑ λόγω διαφορετικής εκπαίδευσης και διαφορετικών αρμοδιοτήτων. Είναι υπευθυνότητα των κατά τόπους τοπικών αρχών να αποφασίσουν τι θα επιτρέπεται στους paramedic να τελούν.

Στο Σύστημα Άμεσης Υγειονομικής Παρέμβασης των ΗΠΑ (EMS) οι άνθρωποι που στελεχώνουν αυτό προέρχονται από διάφορες κατηγορίες επαγγελματικής κατάρτισης, νοσηλεύτες, ιατροί, ειδικοί πρώτων βοηθειών, ειδικοί στις τηλεπικοινωνίες, διοικητικοί κ.λ.π. Οι ίδιες κατηγορίες επαγγελματικής κατάρτισης υπάρχουν και στο Ευρωπαϊκό σύστημα.

Η πλειοψηφία της εκτός νοσοκομείου παρέμβασης γίνεται από ειδικό παραϊατρικό προσωπικό που κατέχει τον τίτλο του τεχνικού ιατρικών υπηρεσιών (emergency medical technician-MET). Σε όλες τις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 40 διαφορετικά διπλώματα EMT. Παρόλα αυτά ο εθνικός φορέας στην εκπαίδευση των EMT έχει θεσπίσει τέσσερα επίπεδα, εξουσιοδοτημένος για πρώτες βοήθειες (first responder), EMT βασικού επιπέδου(basic), EMT μέσου επιπέδου (intermediate), EMT ειδικευμένος (paramedic). Ακόμη πολύτιμη είναι η προσφορά εθελοντών. Νοσηλεύτες συμμετέχουν στο EMS σε επίπεδο διοικητικό, εκπαιδευτικό και σε επίπεδο παροχής φροντίδας, όταν το περιστατικό το απαιτεί, π.χ στις αεροδιακομιδές υπάρχει πάντα μία ειδικευμένη στα επείγοντα περιστατικά, νοσηλεύτρια.

Ακόμα υπάρχει και ιατρικό προσωπικό το οποίο χρησιμοποιείται είτε ως συμβουλευτικό, ή σε περιπτώσεις που απαιτείται, παρεμβατικό μέλος του EMS.

Η εκπαίδευση του προσωπικού και ιδιαίτερα των emergency medical technician's, σε εκπαιδευτικά ιδρύματα όπως τεχνικές σχολές, νοσοκομεία, κολέγια, πανεπιστήμια. Τη στιγμή αυτή υπάρχουν 94

προγράμματα εκπαίδευσης για EMT's. Τα βασικά προαπαιτούμενα για την απόκτηση ενός εκ των τεσσάρων διπλωμάτων για EMT είναι καθορισμένα από το υπουργείο Μεταφορών των ΗΠΑ.

Στην Ευρώπη υπάρχουν διάφορα οχήματα μεταφορών. Το EMT προσωπικό χρησιμοποιείται σε ασθενοφόρα που μεταφέρουν συνήθη περιστατικά. Αυτοί δε είναι νοσηλευτές εκπαιδευμένοι από αναισθησιολόγους και οι οποίοι λαμβάνουν κρατικό δίπλωμα έπάρχουν βέβαια χώρες στην Ευρώπη που αρχίζουν να ξεχωρίζουν σε κατηγορίες εκπαίδευσης τους εμπλεκόμενους νοσηλευτές και αυτό ανάλογα με τον τύπο του ασθενοφόρου που χρησιμοποιείται. Και αυτό γιατί φαίνεται πως αλληθωρίζουν προς το Αμερικανικό σύστημα και αυτό περισσότερο για οικονομικούς και λιγότερο για νομικούς λόγους. Επειδή όμως ακόμα στα περισσότερα ασθενοφόρα ή οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς (αεροπορικό ή ναυτικό) ο γιατρός είναι αυτός που ενεργεί, παίρνει τις αποφάσεις, επικοινωνεί με τον συντονιστή ιατρό του κέντρου ο οποίος είναι επιφορτισμένος με το καθήκον να βρει σε ποιο νοσοκομείο πρέπει να πάει. Στο δε ασθενοφόρο βρίσκονται συνήθως ο γιατρός, ο νοσηλευτής και ο οδηγός. Η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού είναι διετής, όχι όμως συνεχής αλλά με την μορφή των σεμιναρίων στην Ιατρική των Καταστροφών και στην Επείγουσα Ιατρική και μετά το τέλος της εκπαίδευσης παίρνουν "δίπλωμα ικανότητας", αλλά η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι επίσημα ξεχωριστή ειδικότητα. Σε κάθε δε περιοχή έχει αναπτυχθεί ένα κέντρο Επείγουσας Ιατρικής που έχει βάση ένα νοσοκομείο, από δε το νοσοκομείο προέρχονται ιατροί, νοσηλευτές και οδηγοί ασθενοφόρων.

Οι επικριτές του Γάλλο-Γερμανικού συστήματος Επείγουσας Ιατρικής έχουν επισημάνει ότι βασικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι οι ιατροί που παρέχουν επείγουσα περίθαλψη στις χώρες αυτές είναι λιγότερο εκπαιδευμένοι, δεν επιβλέπονται και δεν κρίνονται ως προς την ποιότητα της αντιμετώπισης που παρέχουν, από συγκεκριμένα και διεθνώς αποδεκτά κριτήρια.

Και στα δύο συστήματα η πυροσβεστική παίζει βασικό ρόλο και μάλιστα συνεργάζονται με τους οργανισμούς που παρέχουν πρώτες βοήθειες και μάλιστα οι πυροσβέστες εκπαιδεύονται στις πρώτες βοήθειες,

αλλά και οι διασώστες σε θέματα πυροσβεστικής ώστε η συνεργασία να είναι πλήρης και αποτελεσματική. Εξάλλου διαπιστωμένα η πυροσβεστική είναι η υπηρεσία με την πιο γρήγορη πρόσβαση στα ατυχήματα. Στην δε Γαλλία η πυροσβεστική έχει ξεχωριστές κινητές Ιατρικές Μονάδες.

Η επικοινωνία πετυχαίνεται με την χρήση ενός αριθμού. Στην Αμερική είναι κοινός για όλες τις υπηρεσίες (αστυνομία, πυροσβεστική, πρώτες βοήθειες). Το 79% των κατοίκων της χώρας χρησιμοποιεί αυτό το νούμερο και η βασικότερη πληροφορία που παραλαμβάνεται κατά την ώρα της επείγουσας κλήσης είναι η τοποθεσία του ατόμου που έχει ανάγκη από βοήθεια. Έτσι αναπτύχθηκε ένα σύστημα για την αυτόματη εύρεση της τοποθεσίας από την οποία γίνεται η επείγουσα κλήση, ακόμα οι κινητές μονάδες φέρουν ειδικά συστήματα εντοπισμού τους από το κέντρο άμεσης βοήθειας. Έτσι βελτιώνεται ο χρόνος και η ποιότητα στην προσφορά βοήθειας. Στην Ευρώπη ο αριθμός χρησιμοποιείται μόνο από τις πρώτες βοήθειες. Οι κλήσεις από το κέντρο Επείγουσας Ιατρικής προωθούνται αφού αξιολογούνται από τον συντονιστή ιατρό και έτσι για κάθε κλήση εξασφαλίζεται η πιο γρήγορη και κατάλληλη απάντηση ανάλογα με την φύση της (από την πιο απλή -που αναφέρεται στην ιατρική συμβουλή- μέχρι την αντιμετώπιση μιας καταστροφής.

Στις ΗΠΑ το σύστημα χρηματοδοτείται από ένα συνδυασμό δημοσίου και/ή ιδιωτικού εισοδήματος. Το βασικό εισόδημα προέρχεται από την κυβερνητική φορολόγηση και συμπληρώνεται από συνδρομές, και από πληρωμές που προκύπτουν από παροχή υπηρεσιών. Ο τρόπος χρηματοδότησης διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία. Σε πολιτείες που η χρηματοδότηση προέρχεται από τον δημόσιο φορέα η πηγή των χρημάτων, εκτός της φορολόγησης, μπορεί να προέρχεται και από αλλού όπως από τα ένημα των διπλωμάτων οδήγησης ή από τις κλήσεις των οδικών παραβάσεων και άλλα. Τα προγράμματα των συνδρομών επιτρέπουν στο κοινό να προπληρώνει τις υπηρεσίες του EMS με ένα ή δύο τρόπους. Μια συνδρομή, εξαρτώμενη και από το πρόγραμμα, είναι ένα συμβόλαιο για παροχή υπηρεσιών από το EMS χωρίς επιπλέον χρέωση, ή σταθεροποίηση του κόστους υπηρεσιών από το EMS, οπότε σε περίπτωση ιδιωτικής ασφάλι-

σης, η υπηρεσία προπληρώνεται και σε περίπτωση ανάγκης κάλυψης κάποιας δαπάνης από την ασφάλεια, αυτή αφαιρείται από την συνδρομή. Το εισόδημα προέρχεται από επί πληρωμή υπηρεσίες πηγάει από 5 βασικούς τομείς το Medicare, το Medicaid, από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ασθενείς που έχουν κάνει ειδικά συμβόλαια επί πληρωμής και από συμβόλαια ειδικών υπηρεσιών. Από αυτά τα τρία πρώτα είναι και τα βασικότερα. Το ύψος των χρημάτων εξαρτάται από την περιοχή, το είδος της υπηρεσίας, τις χρεώσεις των γειτονικών φορέων και άλλα.

Γενικά το ασφαλιστικό σύστημα είναι έτσι οργανωμένο, ώστε αναγνωρίζει και άρα πληρώνει μόνο την μεταφορά και τα μέσα που χρειάστηκαν για αυ-

τή και όχι τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που έγιναν πριν από αυτή (στην περίπτωση που δεν χρειάστηκε διακομιδή). Ακόμα η χρηματοδότηση, όσο αφορά τη δημόσια μορφή αυτής, του EMS είναι ανεξάρτητη από το υπόλοιπο σύστημα υγείας, γιατί θεωρείται ανεξάρτητη υπηρεσία, όπως η αστυνομία.

Στην Ευρώπη, στις περισσότερες χώρες το σύστημα Επείγουσας Ιατρικής χρηματοδοτείται από κυβερνητικά κονδύλια. έπάρχουν βέβαια και ιδιωτικές εταιρείες σε ορισμένες περιοχές Ευρωπαϊκών χωρών. Όμως το μεγαλύτερο και δυσκολότερο έργο επιτελείται από το σύστημα Επείγουσας Ιατρικής που χρηματοδοτείται από κυβερνητικά κονδύλια

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

1. [www.samudeparis.org](http://www.samudeparis.org)
  2. [www.international ambulance page](http://www.internationalambulancepage.com)
  3. [www.acep.org](http://www.acep.org)
  4. Scoop and Run or Stay and Play-Peter Sefrin-1998 The internet journal of Rescue and Disaster Medicine
  5. Prehospital interventions prolong prehospital time-2000-BMJ
  6. Council of Europe Strasbourg 1990
  7. Council of the European Society for Emergency Medicine (EuSEM) July 1998
  8. EMS
-