

Copyright © Κωνσταντίνα Τζόβολου, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Στη Δωροθέα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Κ.Α.Α. : Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης
Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Φ.Ι.Απ : Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
Ι.Κ.Α. : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ο.Α.Ε.Ε. : Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α. : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Π.Α.Δ. : Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. : Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Φ.Π.Α. : Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στην κα. Μαίρη Κοντούλη - Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οικονομικών της Υγείας & Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και εισηγήτρια του θέματος.
- Στον κ. Φώτιο Παπαβασιλόπουλο, Πρόεδρο και Διευθύνοντα Σύμβουλο της «Ολύμπιον Α.Ε.» για την έγκριση της διάθεσης των στοιχείων.
- Στον κ. Δαμιανό Κεκάτο, Οικονομικό Διευθυντή της «Ολύμπιον Α.Ε.» για την καθοδήγηση του για την πραγματοποίηση της έρευνας.
- Στην κα. Ασπασία Καγκελάρη, Φυσιάτρο του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Α.Ε.» για την βοήθεια στην ιατρική προσέγγιση.
- Στην κα. Τόνια Τατσίδου, Φυσιάτρο για την παραχώρηση σχετικής βιβλιογραφίας.
- Στην κα Φωτεινή Πανουργιά, Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Α.Ε.» για την απρόσμενη, ανιδιοτελή και ανθρώπινη βοήθεια στην καταγραφή φαρμακευτικής αγωγής.
- Στον Αποστόλη Τέκο, Φαρμακοποιό για την συνεργασία του στην καταγραφή τιμών των φαρμάκων.
- Στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, για τα στοιχεία και τις πληροφορίες που παραχώρησαν και έτσι συνέβαλαν στην διεκπεραίωση της έρευνας, διδάσκοντας παράλληλα την θέληση για ζωή. Και τέλος,
- στην οικογένεια μου και αγαπημένους φίλους που υπέδειξαν υπομονή και κατανόηση κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	5
ΠΙΝΑΚΕΣ	6
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	7
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	7
ΕΙΚΟΝΕΣ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Παραπληγία και Κέντρα Αποκατάστασης	
1.1 Παραπληγία – Ορισμός	12
1.2 Αναγκαιότητα των Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης - Επιδημιολογικά δεδομένα	13
1.3 Φυσική Ιατρική - Ιστορική αναδρομή και γνωριμία με την ειδικότητα	17
1.4 Ορισμοί	18
1.5 Διεπιστημονική Ομάδα στον χώρο της Υγείας	19
1.6 Ομάδα Αποκατάστασης	20
1.7 Ελληνική πραγματικότητα και Διεθνής Αντιμετώπιση	21
1.8 Θεσμικό πλαίσιο	25
1.8.1 Αναπηρία και Ανθρώπινα Δικαιώματα	25
1.8.2 Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης	26
1.8.3 Παροχές στους ασφαλισμένους ασθενείας και συντάξεων	28
1.9 Αναπηρία και εργασία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κοινωνικο – Οικονομική Αξιολόγηση	
2.1 Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Οικονομική προσέγγιση	32
2.2 Μέθοδοι κοινωνικο – οικονομικής αξιολόγησης	36

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ετήσιο κόστος αντιμετώπισης της παραπληγίας	
3.1 Εισαγωγή – Σκοπός	37
3.2 Η περίπτωση του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Θεραπευτήριο – Γενική Κλινική Πατρών Α.Ε.»	38
3.3 Μεθοδολογία και υλικό έρευνας	40
3.4 Μεθοδολογία κοστολόγησης εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών	41
3.5 Εσωτερικοί ασθενείς	42
3.5.1 Περιγραφή του δείγματος	42
3.5.2 Κοστολόγηση εσωτερικών ασθενών	49
3.6 Εξωτερικοί ασθενείς	58
3.6.1 Περιγραφή του δείγματος	58
3.6.2 Κοστολόγηση εξωτερικών ασθενών	64
3.7 Παρουσίαση αποτελεσμάτων ετήσιου κόστους εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	74
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	77
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	78
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ABSTRACT – KEYWORDS	86

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Χρόνοι νοσηλείας σε Κ.Α.Α.	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Άμεσο, έμμεσο και κρυφό κόστος	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Νοσήλια εσωτερικών ασθενών	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 Φάρμακα εσωτερικών ασθενών	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 Υλικά εσωτερικών ασθενών	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4 Εξετάσεις εσωτερικών ασθενών	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 Βοηθήματα εσωτερικών ασθενών	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 Απώλεια ατομικού, οικογενειακού εισοδήματος και οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας εσωτερικών ασθενών	55

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7 Μισθοδοσία, Πάγια και Λοιπά Λειτουργικά Έξοδα για το έτος 2011	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8 Συνεδρίες εξωτερικών ασθενών	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 Κόστος συνεδριών εξωτερικών ασθενών	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10 Βοηθήματα εξωτερικών ασθενών	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.11 Απώλεια ατομικού, οικογενειακού εισοδήματος και οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας εξωτερικών ασθενών.....	70

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 Ηλικία εσωτερικών ασθενών	43
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 Επάγγελμα εσωτερικών ασθενών	45
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 Ασφαλιστικός φορέας εσωτερικών ασθενών.....	46
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4 Παθήσεις εσωτερικών ασθενών κατά ICD – 10.....	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5 Μέσο Κόστος Εξόδων Νοσηλείας	53
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6 Μέσο Κόστος Μισθοδοσίας, Παγίων και Λοιπών Λειτουργικών Εξόδων	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7 Οικογενειακή κατάσταση εξωτερικών ασθενών	59
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8 Ηλικία εξωτερικών ασθενών	60
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9 Επάγγελμα εξωτερικών ασθενών	61
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10 Ασφαλιστικός φορέας εξωτερικών ασθενών	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11 Παθήσεις εξωτερικών ασθενών κατά ICD – 10	64
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12 Σύνθεση κόστους των εσωτερικών ασθενών	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13 Σύνθεση κόστους των εξωτερικών ασθενών	73

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1 Κατανομή του φύλου των εσωτερικών ασθενών	43
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2 Οικογενειακή κατάσταση εσωτερικών ασθενών	44
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3 Τόπος μόνιμης κατοικίας εσωτερικών ασθενών	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4 Παθήσεις εσωτερικών ασθενών	47
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5 Επίδομα παραπληγικού εσωτερικών ασθενών	54
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6 Κατανομή του φύλου των εξωτερικών ασθενών	59
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.7 Τόπος μόνιμης κατοικίας εξωτερικών ασθενών	62

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.8 Παθήσεις εξωτερικών ασθενών	63
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.9 Κόστος συνεδριών εξωτερικών ασθενών	67
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.10 Χρήση βοηθημάτων εξωτερικών ασθενών	68
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.11 Επίδομα παραπληγικού εξωτερικών ασθενών	69

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1 Το Κέντρο Αποθεραπείας - Αποκατάστασης και η Γενική Κλινική της «Ολύμπιον Α.Ε.»	40
---	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η προσέγγιση του ετήσιου κόστους της ασθένειας της παραπληγίας για το 2011 των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο ιδιωτικό Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Θεραπευτήριο - Γενική Κλινική Πατρών Α.Ε.» ως εσωτερικοί και ως εξωτερικοί ασθενείς.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη καταγραφής όλων των εισαγωγών (κλειστή νοσηλεία) αλλά και όλων των εξωτερικών ασθενών (ανοικτή νοσηλεία) στο κέντρο κατά την διάρκεια όλου του έτους 2011. Δημιουργήθηκαν ειδικά αρχεία όπου καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κλινικά και οικονομικά στοιχεία (άμεσο κόστος) τα οποία συλλέχθηκαν βάση του ολοκληρωμένου μηχανογραφικού συστήματος που διαθέτει το κέντρο. Δεδομένα που αφορούν το έμμεσο κόστος συλλέχθηκαν μέσα από προσωπικές και τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τους συγγενείς και τους ίδιους τους ασθενείς. Συνολικά νοσηλεύτηκαν ως εσωτερικοί ασθενείς την συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο κέντρο 208 ασθενείς οι οποίοι ταξινομήθηκαν ανάλογα με την πάθηση τους. Έτσι για την μελέτη αυτή δείγμα αποτέλεσαν 20 παραπληγικοί. Ως εξωτερικοί ασθενείς, ακολουθούσαν πρόγραμμα αποκατάστασης συνολικά 92 ασθενείς εκ των οποίων δείγμα αποτέλεσαν 16 παραπληγικοί.

Αποτελέσματα: Το μέσο ετήσιο κοινωνικό κόστος αντιμετώπισης της παραπληγίας ανέρχεται στα 101.228,00 €. Πιο συγκεκριμένα, το μέσο ετήσιο κόστος εσωτερικού ασθενή ανέρχεται στα 86.699,00 € και το μέσο ετήσιο κόστος εξωτερικού ασθενή ανέρχεται στα 14.529,00 €. Ο μεγαλύτερος συντελεστής του κόστους είναι τα ημερήσια νοσήλια. Εξαιτίας της συνεχούς αυξανόμενης ζήτησης και της αναγκαιότητας μελετών οικονομικής αξιολόγησης, η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει την αρχή για την υλοποίηση μιας μελέτης κόστους - αποτελεσματικότητας. Η έρευνα πάνω στον τομέα αυτό πρέπει να διευρυνθεί ώστε να καταστεί ακριβής ο υπολογισμός του κόστους της πάθησης της παραπληγίας στην Ελλάδα, γεγονός το οποίο θα συμβάλει στην αποδοτική χρήση των πόρων.

Λέξεις – κλειδιά: παραπληγία, κόστος, αντιμετώπιση, αποκατάσταση, οικονομική αξιολόγηση, ιδιωτικός τομέας, Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των διπλωματικών εργασιών του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πολιτικές και Θεσμοί Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι το ετήσιο κόστος αντιμετώπισης και αποκατάστασης της παραπληγίας στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα η περίπτωση του ιδιωτικού τομέα.

Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί και να εκτιμηθεί για πρώτη φορά στην Ελλάδα το ετήσιο κόστος αντιμετώπισης και αποκατάστασης της παραπληγίας.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν τρεις στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η διερεύνηση (θεωρητικές προσεγγίσεις και εμπειρικές έρευνες) της έννοιας της παραπληγίας, της έννοιας της αποκατάστασης και αποθεραπείας καθώς των του κοινωνικού κόστους μιας ασθένειας. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας για την συλλογή των δεδομένων που αφορούν το έμμεσο κόστος από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ενώ ο τρίτος στόχος που αφορούσε το άμεσο κόστος, ήταν η καταγραφή των δεδομένων των ασθενών που ως εσωτερικοί ή εξωτερικοί στο Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης για την περίοδο 01/01/2011 – 31/12/2011 ακολούθησαν πρόγραμμα ιατρικής αποκατάστασης.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήθηκε σχετική βιβλιογραφία (δευτερογενής πηγές). Για τον δεύτερο στόχο οργανώθηκαν και πραγματοποιήθηκαν προσωπικές και τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τους συγγενείς αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα του Οκτωβρίου 2012 έως Ιανουάριο 2013. Τέλος για τον τρίτο στόχο, δημιουργήθηκαν ειδικά αρχεία όπου καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κλινικά και οικονομικά στοιχεία τα οποία συλλέχτηκαν βάση του ολοκληρωμένου μηχανογραφικού συστήματος που διαθέτει το κέντρο.

Αντιμετώπιστηκαν προβλήματα κατά την υλοποίηση του πρώτου στόχου και έχει να κάνει κυρίως με τον εντοπισμό της σχετικής βιβλιογραφίας. Μελέτες κόστους της παραπληγίας δεν υπάρχουν στην ελληνική βιβλιογραφία ούτε και μελέτες κόστους – αποτελεσματικότητας. Κατά τον δεύτερο στόχο η κυριότερη δυσκολία ήταν η αρχική άρνηση των ασθενών και των συγγενών να συμμετάσχουν στην μελέτη κυρίως γιατί

δεν ήταν σε θέση ψυχολογικά. Δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και έτσι συνεργάστηκαν όλοι.

Η εργασία, εκτός της παρούσας εισαγωγής, είναι δομημένη σε τρία (3) κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά ζητήματα που σχετίζονται με την παραπληγία, το κέντρο αποθεραπείας και αποκατάστασης, την φυσιατρική ειδικότητα, το θεσμικό πλαίσιο, στο δεύτερο κεφάλαιο επεξηγείται η έννοια και οι μέθοδοι της κοινωνικο – οικονομικής αξιολόγησης ενώ αναλύονται οι οικονομικές και οι κοινωνικές διαστάσεις. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υλικό, η μεθοδολογία καθώς και τα αποτελέσματα της μελέτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Παραπληγία και Κέντρα Αποκατάστασης

1.1 Παραπληγία - Ορισμός

Η παραπληγία είναι αποτέλεσμα κάκωσης του νωτιαίου μυελού της σπονδυλικής στήλης. Η βλάβη (κινητική και αισθητική) μπορεί να εντοπίζεται στην αυχενική, θωρακική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης η οποία έχει σαν συνέπεια την κινητική δυσλειτουργία του ατόμου. Η αναπηρία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη ανάλογα με την έκταση και το σημείο της βλάβης. Μια πλήρης διατομή του νωτιαίου μυελού στην θωρακική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσει σε παραπληγία στην οποία τα κάτω άκρα δεν μπορούν να κινηθούν δηλαδή πλήρης παραπληγία, ενώ η μερική κίνηση χαρακτηρίζεται ως ατελής παραπληγία. Ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης στην θωρακική μοίρα μπορεί να υπάρχει και παράλυση στις μυϊκές ομάδες του κορμού. Κακώσεις στον νωτιαίο μυελό της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσουν σε τετραπληγία όπου παραλύουν οι μύες των άνω άκρων, κορμού και των κάτω άκρων. Βλάβη στα υψηλά επίπεδα της αυχενικής μοίρας δεν είναι συμβατή με την ζωή λόγω παράλυσης των αναπνευστικών μυών¹.

Τα άκρα νευρούνται και έχουν αίσθηση και κίνηση μέσω του νωτιαίου μυελού. Κάθε βλάβη επομένως στον νωτιαίο μυελό έχει άμεσες συνέπειες στην περιφέρεια από το επίπεδο της βλάβης και κάτω. Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού διακρίνονται σε παθολογικές και τραυματικές ενώ συνήθως οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα (56%), σε πτώσεις από μεγάλο ύψος (15%) και σε αθλητικά ατυχήματα (7%)². Λοιμώξεις ή όγκοι είναι άλλες αιτίες οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν παραπληγία. Η αναλογία ανδρών - γυναικών είναι 4 προς 1 ενώ ως προς το τελικό αποτέλεσμα ενός σοβαρού τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη τα ποσοστά μόνιμης βλάβης του νωτιαίου μυελού κυμαίνονται ως εξής²:

- Τετραπληγία πλήρης: (18.5 – 20.4) %
- Τετραπληγία ατελής: (29.5 – 30.1) %
- Παραπληγία πλήρης: (25.6 – 27.9) %

- Παραπληγία ατελής: (18.5 – 21.3) %

Η παραπληγία μπορεί να συμβάλει σε πολλές ιατρικές επιπλοκές όπως: πίεση, έλκη, θρόμβωση, πνευμονία, σεξουαλική δυσλειτουργία, κατακλίσεις, ουρολοίμωξη, σπαστικότητα, μη έλεγχο ουροδόχου κύστης και εντέρου, ψυχολογικά προβλήματα κ.α.

1.2 Αναγκαιότητα των Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης - Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο όρος αποκατάσταση έχει καθοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως «η χρήση όλων των μέσων που στοχεύουν στη μείωση των συνεπειών εξαιτίας καταστάσεων που προκαλούν ανικανότητα και αναπηρία και που καθιστούν ικανά τα άτομα με αναπηρίες να επιτύχουν την βέλτιστη κοινωνική ένταξη». Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει την κλινική αποκατάσταση, αλλά επίσης πολύ σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι ενισχύει την αντίληψη της κοινωνικής συμμετοχής, αφού απαιτεί την προσαρμογή του κοινωνικού περιβάλλοντος στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες, ώστε να παραμεριστούν οι φραγμοί στη συμμετοχή είτε είναι κοινωνικοί, είτε επαγγελματικοί. Μέσα σε ένα πλαίσιο υγείας, η αποκατάσταση έχει ειδικά καθοριστεί ως «μια διαδικασία δραστηρικής αλλαγής μέσω της οποίας ένα άτομο που κατέστη ανάπηρο, αποκτά τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται για την καλύτερη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα». Ο παραπάνω ορισμός παρέχει μια σαφή ένδειξη της διαδικασίας που αναλαμβάνεται από άτομα με αναπηρίες για την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, που είναι η περιοχή η οποία προάγεται αποτελεσματικότερα από την ιατρική αποκατάσταση.

Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης (Κ.Α.Α.) είναι αυτοτελής και ανεξάρτητη μονάδα στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφοριακού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς και από νοητική στέρηση χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και τις μεθόδους της Ιατρικής Αποκατάστασης³. Στην ημερήσια νοσηλεία του ασθενή περιλαμβάνεται πέραν του προγράμματος ιατρικής αποκατάστασης με φυσικοθεραπεία, υδροθεραπεία, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη και η διαμονή, διατροφή, ιατρική, φαρμακευτική και κάθε απαραίτητη για τον ασθενή συνδρομή που αφορά

την αποκατάσταση - αποθεραπεία του⁴. Κατόπιν βραχυπρόθεσμης χειρουργικής ή συντηρητικής αντιμετώπισης σε υγειονομικές μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομεία) οι ασθενείς με κινητικά ή λειτουργικά προβλήματα φιλοξενούνται σε ΚΑΑ κλειστής νοσηλείας. Η παρέμβαση της αποκατάστασης αφορά όλες τις ηλικίες και διακρίνεται σε: αποκατάσταση ενηλίκων, αποκατάσταση παιδιών και εφήβων, γηριατρική αποκατάσταση. Σχηματικά αναφέρονται οι ομάδες παθήσεων που χρήζουν παρέμβασης της Ιατρικής Αποκατάστασης:

- Ασθενείς με τραυματική, αγγειακή ή άλλη βλάβη ή νόσο του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος και με εκσεσημασμένη λειτουργική διαταραχή. π.χ αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, βλάβες νωτιαίου μυελού, κακώσεις περιφερικών νευρών, σκλήρυνση κατά πλάκα.
- Ασθενείς με λειτουργική διαταραχή του μυοσκελετικού συστήματος, συστηματικές παθήσεις - αρθροπάθειες, σκολίωση. Διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις (αρθροπλαστικές), παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, αθλητικές κακώσεις. Ένας ειδικός τομέας αφορά την αποκατάσταση των ακρωτηριασθέντων και την εφαρμογή και εκπαίδευση κατάλληλης πρόθεσης.
- Ασθενείς με σύνδρομο πόνου. Οξύς ή χρόνιος μυϊκός ή νευρογενής πόνος.
- Ασθενείς με συγγενή βλάβη του νευρικού συστήματος π.χ. η εγκεφαλική παράλυση.
- Ασθενείς του αναπνευστικού, καρδιακού και ουροποιητικού συστήματος. Πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι η λειτουργική αποκατάσταση δεν αναφέρεται μόνο στην κινητική διαταραχή αλλά σε όλα τα προβλήματα που αφορούν την αυθύπαρκτη υπόσταση ενός ατόμου μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο, επομένως ασχολείται με προβλήματα λόγου (π.χ. αφασία) και επικοινωνίας με προβλήματα απραξίας και με διαταραχές ανωτέρων εγκεφαλικών λειτουργιών, όπως μνήμη, προσανατολισμός, συγκέντρωση, προσοχή που συνυπάρχουν σε πολλές παθήσεις με κύριο εκπρόσωπο τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις⁵.

Η έλλειψη δημοσίων ΚΑΑ σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας, η μη στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, θεραπευτικό, διοικητικό κ.α.) των ήδη υπάρχοντων, η ανυπαρξία σύγχρονων τεχνικών μέσων, ξενοδοχειακών υποδομών και η έλλειψη σαφούς πρωτοκόλλων λειτουργίας οδηγούν τους ασθενείς σε χρήση ιδιωτικών Κ.Α.Α. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του δημοσίου ΚΑΑ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων το οποίο υπολειτουργεί. Παρά το ότι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό και 40 κλίνες λειτουργεί μόνο στο 10% περίπου της

δυναμικότητάς του, λόγω έλλειψης προσωπικού⁶ καθώς και του Τμήματος Αθλητιατρικής Αποκατάστασης της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών το οποίο λειτουργεί κάθε 2η και 4η Τετάρτη του μήνα στο κτίριο της Κλινικής Αποκατάστασης⁷.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την μεγάλη ανάπτυξη των ιδιωτικών ΚΑΑ στην Ελλάδα είναι η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για τέτοιες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, αύξηση τροχαίων ατυχημάτων σε ποσοστό 20% παρουσιάζουν τα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα η Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Περιφέρειας Πελοποννήσου, για το μήνα Δεκέμβριο 2012 σε σχέση με το Δεκέμβριο του 2011⁸ ενώ ταυτόχρονα σημειώνεται αύξηση στα εμφράγματα και τα εγκεφαλικά επεισόδια στην Ελλάδα, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, βάση συνέντευξη τύπου που έδωσε ο Πρόεδρος του Ελληνικού Κολεγίου Καρδιολογίας και Διευθυντής του Τμήματος Βηματοδότησης - Ηλεκτροφυσιολογίας του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κ. Γεώργιος Θεοδωράκης και ο Πρόεδρος του Ελληνικού Κολεγίου Καρδιολογίας και καθηγητής Καρδιολογίας του Πανεπιστημίου Αθήνας κ. Ιωάννης Λεκάκης⁹.

Η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρώπη σε τροχαία ατυχήματα, γεγονός που σημαίνει ότι μόνο από τα τροχαία προκύπτουν περίπου 300 νέοι άνθρωποι με κατάγματα σπονδυλικής στήλης και κακώσεις νωτιαίου μυελού κάθε χρόνο¹⁰. Περίπου το 10% του ελληνικού πληθυσμού (και αυτό το ποσοστό ισχύει σε γενικές γραμμές στην Ευρώπη αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο) αντιμετωπίζει προβλήματα με κινητικά ελλείμματα και έχει ανάγκη υπηρεσιών αποκατάστασης. Σε μια πρόσφατη έκθεση στην Πορτογαλία αναφέρεται ότι: το 0,7% του συνολικού πληθυσμού είναι περιορισμένο στο κρεβάτι, το 0,4% είναι περιορισμένο σε αναπηρικό αμαξίδιο, το 1,9% δεν ζουν στα σπίτια τους αλλά σε κάποια μονάδα υγείας, το 9% δεν βαδίζουν ή έχουν σοβαρό περιορισμό στην βάδιση, το 8,5% περιορίζεται στην μετακίνησή του από και προς το κρεβάτι, το 6,2% δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα χωρίς βοήθεια, το 8,6% χρειάζεται βοήθεια για να ντυθεί και να γδυθεί, το 3,6% των ανδρών και το 5,3% των γυναικών έχουν ακράτεια ούρων και το 2,3% έχουν δυσκολίες στην ομιλία¹¹. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι ότι το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται για τα 700 εκατομμύρια κατοίκους της Ευρώπης εκ των οποίων τα 450 εκατομμύρια ζουν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για παράδειγμα το προσδόκιμο βελτίωσης στην Γερμανία αυξήθηκε κατά περίπου 3 χρόνια μεταξύ του 1990 και του 2000 αλλά το 2030 ένα στα τέσσερα άτομα θα έχει

ηλικία άνω των 65 ετών. Καθώς λοιπόν οι πληθυσμοί γηράσκουν αυξάνεται και το επίπεδο αναπηρίας το οποίο αντανακλάται με αυξημένο φόρτο φροντίδας αλλά και αυξημένο κόστος για φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα.

Δυστυχώς η μέχρι σήμερα έλλειψη στατιστικών επιδημιολογικών στοιχείων για την Ελλάδα, που είναι χρήσιμα για την άντληση δεδομένων αναφορικά με τις απαιτούμενες υπηρεσίες για αποθεραπεία και αποκατάσταση ανά κατηγορία παθήσεων και γεωγραφική περιοχή δεν βοηθά για περαιτέρω επεξεργασία και ανάλυση. Τον Ιανουάριο του 2013 ξεκίνησε η ηλεκτρονική καταγραφή των δεδομένων στον Υγειονομικό Χάρτη ο οποίος θα αρχικά θα αποτυπώνει αναλυτικά τα στοιχεία που αφορούν τους παρόχους υγείας και σε δεύτερο χρόνο τις πραγματικές ανάγκες υπηρεσιών υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο επίπεδο καθώς επίσης και των υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Στην Ελλάδα δεν υπήρχαν πραγματικά οργανωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης. Τα τελευταία χρόνια δημιουργήθηκε το κατάλληλο χρηματοδοτικό και επενδυτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη οργανωμένων ιδιωτικών ΚΑΑ. Σήμερα, η φροντίδα υγείας για τους ασθενείς που χρήζουν αποκατάστασης και αποθεραπείας παρέχεται μέσα από τα δεκατέσσερα ιδιωτικά ΚΑΑ ανοικτής και κλειστής νοσηλείας (Αθήνα, Καλαμάτα, Χανιά, Ιωάννινα, Λάρισα, Θεσσαλονίκη, Καρδίτσα, Κοζάνη) και από τα δημόσια (είτε με την μορφή κλινικής αποκατάστασης με περίπου 180 κλίνες πανελλαδικά είτε ως αυτοτελής μονάδες) πέντε στην Αττική (Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, Ασκληπιείο Βούλας, Νότιο - Ανατολικής Αττικής "ΚΑΑΝΑ", ΚΑΤ, Γενικό Κρατικό Αθηνών "Γ. Γεννηματάς") και στην δέκα στην υπόλοιπη Ελλάδα (Κέντρο Κλεομένους Οικονόμου στο Αίγιο, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Στήριξη ΑΜΕΑ στην Καστοριά, ο Αριστεύς για άτομα με ειδικές ανάγκες στην Λάρισα, Κέντρο Αποκατάστασης στην Ρόδο, Κ.Α.Φ.Κ.Α και ΚΑΑΜΕΑ για άτομα με ειδικές ανάγκες στις Σέρρες και ΑΜΕΑ στα Χανιά, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών)¹² χωρίς να καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών που απαιτούνται για τις ανάγκες των ασθενών λόγω υπολειτουργίας. Μόνο το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης κατά το οξύ και υποξύ στάδιο μιας πληθώρας παθήσεων ενώ παράλληλα διαθέτει δύο κλινικές και στελέχωση από φυσιάτρους.

Μόνο ένα οργανωμένο κέντρο μπορεί να αντιμετωπίσει όλες τις συνέπειες μιας νόσου, όπως για παράδειγμα την σπαστικότητα που δημιουργείται μετά από βλάβη του νωτιαίου μυελού, πράγμα που σημαίνει ότι όχι μόνο οι ζωές των ασθενών βελτιώνονται αλλά υπάρχει όφελος και στην οικονομία της υγείας καθώς μειώνεται η δαπάνη για την θεραπεία αυτών των επιπλοκών. Παράλληλα έχει άμεση επίδραση στην παροχή φροντίδας, στον χρόνο εργασίας, στις συντάξεις κ.α. Η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης μπορεί να είναι λιγότερο δαπανηρή από το να μην προσφέρονται τέτοιες υπηρεσίες¹¹.

1.3 Φυσική Ιατρική - Ιστορική αναδρομή και γνωριμία με την ειδικότητα

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση είναι μια κύρια και αυτόνομη ιατρική ειδικότητα, η οποία άρχισε να αναπτύσσεται στις υπόλοιπες χώρες από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, λόγω των επιζώντων στρατιωτών με βαριές αναπηρίες οι οποίοι έπρεπε να επανενταχθούν στην κοινωνία. Στην Αμερική αναπτύχθηκε ραγδαία μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ¹³. Μέσα από την εμπειρία της άσκησης της, φάνηκε η ανάγκη ανάπτυξης της και κατοχύρωσής της σαν μια κύρια και απαραίτητη ιατρική ειδικότητα, έτσι ώστε πλέον να ασκείται στα περισσότερα κράτη του κόσμου και συνεχώς να εξελίσσεται μέσα από την ιατρική έρευνα και ανάπτυξη της τεχνολογίας. Κοινή αίσθηση είναι ότι η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΦΙΑπ) είναι μία νέα ειδικότητα στην Ελλάδα, αλλά στην πραγματικότητα υπάρχει από το 1972. Οι πρώτοι Έλληνες Φυσίατροι τελείωσαν την εκπαίδευσή τους το 1978. Η Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ιδρύθηκε το 1977 στην Αθήνα. Σήμερα αριθμεί περίπου 165 ειδικούς Φυσιάτρους που βρίσκονται διασκορπισμένοι σε όλη την Ελλάδα, 65 ειδικευόμενους στην ΦΙΑπ.¹³ ενώ οι φυσίατροι ανά 100.000 κατοίκους είναι 1,49 (πληθυσμός 11.000.000)¹¹.

Η φύση της ειδικότητας και της φιλοσοφία της είναι μια ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου σαν μια ψυχοσωματική κοινωνική οντότητα γι' αυτό πέρα από τα στοιχεία της τρέχουσας ιατρικής ενδιαφέρεται για την ποιότητα ζωής του αρρώστου και πέρα από την άμεση παροχή ιατρικών υπηρεσιών προσπαθεί να του δώσει τα μέσα μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης στα πλαίσια της κοινωνίας, έστω και αν πρόκειται για βαριάς μορφής αναπηρία. Καθιστά το άτομο υπεύθυνο και το εντάσσει σαν μέλος στην θεραπευτική ομάδα, προσαρμοζόμενη η θεραπεία στο άτομο και όχι το αντίστροφο⁷.

Η ειδικότητα της ΦΙΑπ περιλαμβάνει τη διάγνωση και θεραπεία των φυσικών και λειτουργικών διαταραχών. Η φιλοσοφία της Αποκατάστασης διαφέρει από τις υπόλοιπες ειδικότητες κυρίως στο γεγονός ότι προσπαθεί να οριοθετήσει τα ελλείμματα και να χειριστεί την ανικανότητα. Ο φυσίατρος, ως επικεφαλής διεπιστημονικής ομάδας θεραπειών, είναι «εκπαιδευτής» και σύμβουλος, και λιγότερο θεραπευτής. Είναι ο «επαγγελματίας κλειδί», φέρνει τις πληροφορίες στην ομάδα, διαμορφώνει το πλάνο για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία ενώ η οικογένεια απευθύνεται σε αυτόν για πληροφορίες σχετικά με την έκβαση της νοσηλείας. Η διαδικασία της αποκατάστασης απαιτεί την ενεργή συμμετοχή του ασθενούς και όχι την απλή αποδοχή των υπηρεσιών της¹⁴.

1.4 Ορισμοί

Εφόσον αναφερόμαστε σε λειτουργικά ελλείμματα, είναι καλό να προσδιοριστούν μερικοί όροι. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1980), τα παρακάτω ορίζονται ως εξής:

- Έλλειμμα (impairment) είναι ο περιορισμός των ικανοτήτων του ασθενούς που προέρχεται από ασθένεια, κάκωση ή από συγγενή διαμαρτία (π.χ. απώλεια της μυϊκής δύναμης των κάτω άκρων σε πλήρη κάκωση νωτιαίου μυελού).
- Ανικανότητα (disability) είναι η αδυναμία του ασθενούς να εκτελέσει μία λειτουργία (π.χ. βάρδιση).
- Αναπηρία (handicap) είναι η αδυναμία εκτέλεσης μίας πράξης μέσα στο περιβάλλον, που σχετίζεται με το έλλειμμα ή την ανικανότητα (π.χ. αδυναμία εισόδου ενός ατόμου σε αναπηρικό αμαξίδιο μέσα σε εστιατόριο εξαιτίας της έλλειψης κατάλληλης ράμπας). Ο βαθμός της αναπηρίας εξαρτάται από το έλλειμμα και την ανικανότητα, αλλά προσδιορίζεται καθοριστικά από το περιβάλλον. Τροποποίηση του περιβάλλοντος έχει αποτέλεσμα πολλές φορές τον περιορισμό της ανικανότητας και την εξάλειψη της αναπηρίας.

Δείγμα επίδρασης του περιβάλλοντος στην ανικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων είναι η αδυναμία λειτουργίας ενός ανθρώπου ύψους 2 μέτρων σε ένα σπίτι που έχει κατασκευαστεί από πυγμαίους. Η ανικανότητά του να λειτουργήσει σε αυτό το περιβάλλον είναι εξαιρετικά μεγάλη. Ανάλογα, αν τοποθετήσουμε έναν ασθενή με αναπηρικό αμαξίδιο σε ένα σπίτι με τροποποιημένη κουζίνα και τουαλέτα

και εύκολη πρόσβαση, τότε η ανικανότητά του ελαχιστοποιείται και η αναπηρία του εξαφανίζεται^{5,13}.

1.5 Διεπιστημονική Ομάδα στον χώρο της Υγείας

Είναι μια σχετικά μικρή ομάδα επαγγελματιών κυρίως από τον χώρο της υγείας, ψυχολογίας, κοινωνικών επιστημών και ειδικής εκπαίδευσης η οποία έχει καλά καθορισμένα όρια και που τα μέλη της μοιράζονται ένα κοινό σκοπό, παρόμοιες αξίες και κατέχουν ξεχωριστή γνώση και δεξιότητες ο καθένας. Η επιτυχημένη ομαδική δουλειά απαιτεί ξεκάθαρη και αποδεκτή ηγεσία, συχνές συναντήσεις, ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των μελών και συχνή επανεξέταση/αναθεώρηση των διαδικασιών που ακολουθούνται και του τρόπου λειτουργίας και συνεργασίας. Η δύναμη της ομάδας δημιουργείται/καλλιεργείται με την κατανομή δεξιοτήτων και της γνώσης μεταξύ των μελών, πράγμα που οδηγεί σε μια ευρύτερη κατανόηση των προβλημάτων και διευκολύνει την επίλυσή τους. Η ομάδα ανάλογα με την υπηρεσία στην οποία λειτουργεί μπορεί να έχει διαφορετικό χαρακτήρα και σύνθεση¹⁵.

Μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις ενός θεραπευτικού προγράμματος, είναι η αρμονική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας και ο ρόλος της. Η διεπιστημονική ομάδα εκτός από το να συνεργάζεται αρμονικά μεταξύ της, θα πρέπει να χρησιμοποιεί κοινούς «κώδικες» επικοινωνίας, και να δρα αποτελεσματικά με τους θεραπευόμενους και την οικογένειά τους. Σε κάθε επαγγελματικό χώρο οι γνώσεις, η εμπειρία και η προσωπικότητα του εκάστοτε επαγγελματία, επηρεάζουν κατά πολύ το αποτέλεσμα της πρακτικής του. Ιδιαίτερα στο σύνθετο χώρο της υγείας, τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν καθοριστικά το αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Σημειώνεται ότι τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν έναν επαγγελματία υγείας είναι η γνώση, ειδίκευση, διανοητική και ατομική ευθύνη και καλά αναπτυγμένη ομαδική συνείδηση. Οι προσωπικές στάσεις και αντιδράσεις, και γενικά η προσωπικότητα κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας είναι ένα εξαιρετικά δυναμικό στοιχείο στην θεραπευτική αντιμετώπιση, και μπορεί να επαυξήσει ή να μειώσει μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πρακτικής. Παρά τα κοινά συνήθως αυτά ατομικά χαρακτηριστικά, οι διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών που ανήκουν στην ομάδα είναι ευδιάκριτες και εντοπίζονται στη διαφορετική προσέγγιση στο πρόβλημα υγείας ή στις ανάγκες του ασθενή - ιατροκεντρική προσέγγιση, ασθενοκεντρική προσέγγιση ή ολιστική προσέγγιση - στο

διαφορετικό επίπεδο γνώσεων, εκπαίδευσης και παιδείας και στο διαφορετικό βαθμό εμπειρίας¹⁶. Παρόλα αυτά στο σύνολό της η ομάδα έχει κοινό όραμα, αποστολή και στόχο που είναι η ευημερία του ασθενή ή του χρήστη υπηρεσιών υγείας και υπό το συντονισμό ενός ηγέτη, ατόμου με ηγετικές ικανότητες λειτουργεί με συνέργεια, συνοχή και αποτελεσματικότητα για την παροχή ποιοτικού σχεδίου φροντίδας υγείας.

1.6 Ομάδα Αποκατάστασης

Στα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης η ομάδα διευθύνεται από φυσίατρο και αποτελείται από τους προϊστάμενους των τμημάτων φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, υδροθεραπείας, ψυχολογίας, νοσηλευτικής αποκατάστασης, λογοθεραπείας, τεχνίτη ορθοτικών και κοινωνικούς λειτουργούς. Στις συναντήσεις της ομάδας μπορεί να προσκληθεί σε ρόλο συνεργάτη ή συμβούλου άλλη ειδικότητα ιατρού απαραίτητη για το εκάστοτε περιστατικό. Η αποκατάσταση είναι αποτέλεσμα δραστηριοποίησης της διεπιστημονικής ομάδας. Αυτό τη διαφοροποιεί από τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Η διαδικασία της αποκατάστασης ξεκινά με την ενεργή συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς, όπου αυτό είναι εφικτό, και του περιβάλλοντός του^{17,18}.

Παράλληλα, ξεκινά και η εκπαίδευση της αντίληψης και κατανόησης, όπως επίσης και της επικοινωνίας, όπου αυτό είναι απαραίτητο. Ανάλογα με τις δυνατότητες του ασθενούς, η αποκατάσταση είναι μία διαδικασία που συνεχίζεται σε βάθος χρόνου, καθώς ο ασθενής ανακαλύπτει νέους δρόμους, προσαρμοσμένους πάνω στα δικά του πρότυπα κινητοποίησης και δραστηριοποίησης (εξατομίκευση). Είναι λοιπόν αναγκαία η σύσταση της ομάδας αυτής διότι διευκολύνεται η σφαιρική και ολιστική κατανόηση των αναγκών και των προβλημάτων του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειας μέσα από μια συνολική αξιολόγηση στην οποία συμβάλλει ο κάθε επαγγελματίας αναλαμβάνοντας ρόλους και στόχους που καθορίζονται στις τακτικές συναντήσεις της ομάδας. Έτσι γίνεται δυνατή η διάγνωση των ιατρικών παθήσεων και η διαπίστωση των προβλημάτων όπου τελικά αποφασίζεται και διαμορφώνεται το θεραπευτικό πλάνο. Είναι μέλημα και επαγγελματική ευθύνη να εξερευνηθούν οι κοινές αξίες, οι διαφορές, ομοιότητες και τα πλεονεκτήματα των διαφόρων μεθόδων και τεχνικών παρέμβασης ώστε το σύνολο του έργου να έχει επιτυχία σε διάφορα επίπεδα – πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση. Θέτοντας πάντα ανοικτές τις πύλες της διαρκούς γνώσης και αλληλοενημέρωσης ανάμεσα σε διάφορους επιστημονικούς

κλάδους που έχουν ως επίκεντρο τη μελέτη και την επίλυση των ανθρωπίνων προβλημάτων^{12,13}.

Ο φυσίατρος σχεδιάζει και εφαρμόζει εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης για κάθε άτομο εφαρμόζοντας evidenced based guide lines – ιατρικά πρωτόκολλα, ώστε να κατευθύνει την αποκατάσταση που προσανατολίζεται στο πρόβλημα. Οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξή του, μαζί με τα μέλη της επικεντρωμένης στον ασθενή ομάδας αποκατάστασης. Το πρόγραμμα αποκατάστασης αναθεωρείται και ανανεώνεται τακτικά από την ομάδα αποκατάστασης και αποτελεί τη βάση τακτικής επικοινωνίας των μελών της ομάδας όσον αφορά την πρόοδο των ασθενών κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης.

1.7 Ελληνική πραγματικότητα και Διεθνής Αντιμετώπιση

Στην Ευρώπη η συμβολή της φυσικής ιατρικής αποκατάστασης έχει εμπεδωθεί από τα αντίστοιχα Εθνικά Συστήματα Υγείας, υποστηρίχθηκε από τα ασφαλιστικά συστήματα και αναγνωρίστηκε έγκαιρα η συμβολή της τόσο στο τριτοβάθμιο (μετανοσοκομειακό στάδιο) όσο και στην πρωτοβάθμια (προληπτική) συμβολή στην εμφάνιση νοσημάτων με όλα τα προφανή κοινωνικά και οικονομικά θετικά αποτελέσματα στα εκάστοτε Συστήματα Υγείας.

Αντίστοιχα στην Ελλάδα ο ρόλος της φυσικής ιατρικής αποκατάστασης δεν έχει γίνει απόλυτα κατανοητός (ο ρόλος του φυσιάτρου συγχέεται με του φυσιοθεραπευτή, τιμολόγια φυσιατρικής αποδίδονται ως απλές φυσικοθεραπευτικές πράξεις κ.α.) Αρχικά η παροχή υπηρεσιών δεν ξεκινάει από το νοσοκομείο, συνεχίζεται με την ανεπαρκή υποδομή και υπολειτουργία στον δημόσιο τομέα των κλινικών αποκατάστασης και με καθυστέρηση στην εισαγωγή κατάλληλου θεσμικού πλαισίου προσδιορισμού τρόπου λειτουργίας των ιδιωτικών κέντρων ανοικτής και κλειστής νοσηλείας καθώς επίσης δεν έχουν ληφθεί υπ' όψιν οι σύγχρονες τάσεις της ιατρικής και η διεθνής εμπειρία από την οργάνωση στον τομέα αποκατάστασης. Είναι αναγκαία η μεθοδολογία σχεδιασμού της οργάνωσης και λειτουργίας. Στην Δυτική Ευρώπη, όπου το επίπεδο παροχής υπηρεσιών στα ΚΑΑ θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό, έχουν υποχρεωτικά υιοθετηθεί συγκεκριμένες αρχές που διέπουν τον σχεδιασμό, την οργάνωση, την λειτουργία καθώς και μεθοδολογικούς σχεδιασμούς ενώ η συνεργασία των επαγγελματιών της Φυσικής Αποκατάστασης με το μάνατζμεντ είναι δεδομένη. Πραγματοποιούνται μελέτες πριν την έναρξη λειτουργίας ενός ΚΑΑ βάση

επιδημιολογικών στοιχείων ώστε να ληφθούν αποφάσεις για την γεωγραφική περιοχή της λειτουργίας καθώς και τις παθήσεις που πρόκειται να εξειδικευτεί το εκάστοτε κέντρο. Προσδιορίζονται τα βασικά θεραπευτικά πρωτόκολλα, οι ροές και οι κανονισμοί εργασίας (business process re-engineering), καθορίζεται το οργανωτικό μοντέλο διοίκησης, κοστολογείται το λειτουργικό μοντέλο, δημιουργείται τιμολογιακή και εμπορική πολιτική. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επιλογή του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος και στην εκπαίδευση του προσωπικού¹⁹.

Στην Ελλάδα είναι σαφής η απουσία όλων των αναφερόμενων διαδικασιών ακόμα και σε περιπτώσεις στον ιδιωτικό τομέα με προφανή αποτελέσματα στο επιχειρηματικό ρίσκο που έχει ληφθεί. Απαιτείται από τους ιθύνοντες υιοθέτηση τολμηρών, για τα ελληνικά δεδομένα, επιλογών καθώς όμως και σοβαρή προσπάθεια, προσήλωση στα ανωτέρω και αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της αποκατάστασης. Αν η αποκατάσταση δεν ενταχθεί στην υγεία θα αυξάνονται τα ποσοστά αναπηρίας ενώ θα αυξάνεται και το ποσοστό των ατόμων που χάνουν την ποιότητα ζωής τους. Η αντίληψη ότι η αποκατάσταση ανήκει στην Πρόνοια και όχι στις Υπηρεσίες Υγείας πρέπει να θεωρηθεί ως εσφαλμένη.

Τα ΚΑΑ στην Ελλάδα, ιδίως από 01/01/2012 όπου οι χρόνοι νοσηλείας στα νοσοκομεία ορίζονται αυστηρά βάση κλειστών ενοποιημένων νοσηλειών (KEN), λειτουργούν λόγω έλλειψης εξειδικευμένων κρατικών υποδομών ως σταθμός άμεσης περίθαλψης του ασθενούς μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ως εκ τούτου τα ΚΑΑ οφείλουν να προσφέρουν μια πλήρη παθολογική υποστήριξη του ασθενούς με στόχο την σταθεροποίηση της κλινικής του εικόνας και την δυνατότητα εισόδου στο κύριο στάδιο αποκατάστασής του. Για τον λόγο αυτό, στον ανώτατο χρόνο κλειστής νοσηλείας σε ΚΑΑ για κάθε βαριά πάθηση (μη τραυματική εγκεφαλική βλάβη, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, βλάβη νωτιαίου μυελού, πολυτραύμα) θα πρέπει να συνυπολογιστεί ένα χρονικό διάστημα δύο μηνών, απαραίτητο για την παθολογική και νευρολογική σταθεροποίηση του ασθενούς.

Σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα η αποκατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής στάδια²⁰:

- Φάση α - Οξείας παθολογικής υποστήριξης – σταθεροποίησης
- Φάση β - Πρώιμης αποκατάστασης, που περιλαμβάνει την εκτέλεση ιατρικών πράξεων με στόχο την δυνατότητα εισόδου στην φάση πλήρους αποκατάστασης

(π.χ. αφαίρεση τραχειοστομίας, τοποθέτηση γαστροστομίας, αντιμετώπιση κατακλίσεων, λύση σπαστικότητας κ.α.)

- Φάση γ - Όπου ο ασθενής είναι ακόμα εξαρτώμενος από ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα
- Φάση δ - Κύριας αποκατάστασης όπου ο ασθενής έχει μερικώς ανακτήσει την ανεξαρτησία του στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων
- Φάση ε - Όψιμης αποκατάστασης όπου αναλόγως της βαρύτητας του περιστατικού ο ασθενής είτε ως εσωτερικός είτε ως εξωτερικός δύναται να ολοκληρώσει το πρόγραμμα αποκατάστασης
- Φάση στ - Παρατεταμένης αποκατάστασης με στόχο την διατήρηση του λειτουργικού αποτελέσματος

Οι προτεινόμενοι ανώτατοι χρόνοι νοσηλείας σε ΚΑΑ, ανά πάθηση, από τον ΕΟΠΥΥ αφορούν ασθενείς σταδίου γ και δ σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Στην Ευρώπη υπάρχουν διαφορετικές δομές αποκατάστασης που αποδέχονται ασθενείς βάση σταδίου. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν υποδομές μεταβατικής υποστήριξης ασθενών με βαριές παθήσεις από την φάση εξόδου από το νοσοκομείο ως την φάση της κύριας αποκατάστασης. Το έλλειμμα αυτό υποκαθιστούν οι μονάδες αυξημένης φροντίδας των ΚΑΑ, που αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν στα μεγάλα δημόσια τριτοβάθμια νοσοκομεία ακόμη και σε αυτά που υπάρχουν κλινικές αποκατάστασης.

Ως εκ τούτου, τα ΚΑΑ καλούνται στα πλαίσια της λειτουργίας τους να αντιμετωπίσουν διαφόρων ειδών επιπλοκές, που δυστυχώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παρατείνουν αναγκαστικά τον συνολικό χρόνο νοσηλείας ασθενών με βαριές παθήσεις. Παρακάτω ακολουθούν οι συχνότερες νευρολογικές και παθολογικές επιπλοκές καθώς και οι καταστάσεις που χρήζουν οξείας περίθαλψης.

- Παθολογικές επιπλοκές: ουρολοιμώξεις, νευρογενής ουροδόχος κύστη, δερματικές λοιμώξεις και λοιμώξεις μαλακών μορίων, κατακλίσεις, χρόνια μυοσκελετικό – νευροπαθητικό άλγος, καρδιαγγειακές επιπλοκές, σακχαρώδης διαβήτης, λοιμώξεις αναπνευστικού, αναπνευστική ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση, θρομβοεμβολικά επεισόδια, έκτοπες οστεοποιήσεις
- Νευρολογικές επιπλοκές: κατάθλιψη, διαταραχές λόγου, τοξική μεταβολική εγκεφαλοπάθεια, ίλιγγος, οργανικό ψυχοσύνδρομο, επιληπτικές κρίσεις, επέκταση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου ή ανάπτυξη παροδικών

αγγειακών επεισοδίων, ανάπτυξη κεντρικού θαλαμικού πόνου, νευροφυτικές διαταραχές, γνωσιακές και μαθησιακές διαταραχές, σπαστικότητα

- Καταστάσεις χρήζουσες οξείας περίθαλψης: εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, λοίμωξη, σηπτική κατάσταση, διαπύηση τραυμάτων ή κατακλίσεων, επιληπτικές κρίσεις, αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια, σηπτική αρθρίτιδα – οστεομυελίτιδα, απόφραξη εντέρου, θρομβοεμβολικά επεισόδια

Στα περισσότερα ΚΑΑ, λόγω της παρουσίας ειδικών ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (εντατικολόγοι, παθολόγοι, γαστρεντερολόγοι, νευρολόγοι, νευροχειρουργοί, καρδιολόγοι, ουρολόγοι, γενικοί χειρουργοί) σχεδόν όλες οι ανωτέρω καταστάσεις αντιμετωπίζονται επαρκώς γεγονός που μειώνει σημαντικά τη συχνότητα μεταφορών των περιστατικών στα δημόσια νοσοκομεία και άρα το συνολικό ενδονοσοκομειακό χρόνο και κόστος νοσηλείας των ανωτέρω ασθενών. Οι ανωτέρω επιπλοκές αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της εν γένει κλινικής και λειτουργικής έκβασης των ασθενών. Βάση της παραδοχής αυτής ήδη έχει προταθεί από την Ένωση των ΚΑΑ να προστεθεί ο χρόνος αντιμετώπισης των ανωτέρω επιπλοκών στο συνολικό προβλεπόμενο χρόνο νοσηλείας των βαρέων περιστατικών στα ΚΑΑ σύμφωνα με τα ICD-10 και την αντιστοιχία των ΚΕΝ ανά επιπλοκή. Επίσης προτάθηκε η χρήση των διεθνών κλιμάκων λειτουργικής έκβασης (Barthel Index, FIM, Glasgow Coma Scale, ASIA, Mini - Mental State Examination) για την αξιολόγηση της μετάβασης του κάθε περιστατικού από το ένα στάδιο της αποκατάστασης στο επόμενο, με στόχο την εξατομίκευση του χρόνου νοσηλείας ανάλογα με την βαρύτητα της υποκείμενης πάθησης.

Για την πάθηση της παραπληγίας οι προβλεπόμενοι χρόνοι νοσηλείας βάση της μεταξύ συμβάσεως της Ένωσης των Κ.Α.Α. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ είναι οι εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Χρόνοι νοσηλείας σε Κ.Α.Α.

Παραπληγία (Θ1 – Θ8)	Πλήρης	4 μήνες
υψηλή παραπληγία	Ατελής (Asia C & D)	6 μήνες
Παραπληγία (κάτωθεν Θ8)	Πλήρης	3 μήνες
χαμηλή παραπληγία	Ατελής (Asia C & D)	5 μήνες

Πηγή: Σύμβαση της Ένωσης των Κ.Α.Α. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, 2012

1.8 Θεσμικό πλαίσιο

1.8.1 Αναπηρία και Ανθρώπινα Δικαιώματα

Τα τελευταία είκοσι χρόνια υπήρξε μια στροφή στην Ευρώπη έτσι ώστε τα άτομα με αναπηρία να αντιμετωπίζονται σαν πολίτες με πλήρη αυτονομία και ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτό είναι το πνεύμα των προτύπων των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και οδήγησε σε νομοθεσία για την πρόληψη διακρίσεων. Η Γενική Συνέλευση των Η.Ε. ενέκρινε την ανάπτυξη των προτύπων που εξασφαλίζουν την πλήρη συμμετοχή και ισότητα σε άτομα με αναπηρία. Αυτό υπήρξε σημαντικό ώστε να θεσπιστούν θεμελιώδεις αρχές. Έπειτα, το Συμβούλιο της Ευρώπης δημοσίευσε μια σειρά εκθέσεων και εγγράφων για τα ανθρώπινα δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες με στόχο την βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους σε ολιστικό επίπεδο. Νομοθεσία για τα Δικαιώματα της Αναπηρίας έχει επίσης δημιουργηθεί σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες. Μερικές από αυτές είχαν παλαιότερα νομοθεσία με γενική πολιτική για την αποκατάσταση (π.χ η Γαλλία έχει την Πράξη των Ανάπηρων Ατόμων από το 1975) αλλά η πλειοψηφία των χωρών έχει ψηφίσει νομοθεσία εναντίων των διακρίσεων μόνο κατά τα τελευταία 15 χρόνια (π.χ. Πράξη για τις ίσες ευκαιρίες των Αναπήρων στην Γερμανία, Νόμος Πλαίσιο στην Ιταλία, Συνταγματική Πράξη στην Φιλανδία, Πράξη Παροχής Δικαιωμάτων στην Ουγγαρία, Υγεία για όλους στην Σλοβενία κ.α.)²¹. Επίσης το Συμβούλιο της Ευρώπης πρότεινε και ψήφισε τα εξής βασικά δικαιώματα: πρόληψη αναπηρίας και εκπαίδευση υγείας, αναγνώριση και διάγνωση, θεραπεία και θεραπευτικά βοηθήματα, εκπαίδευση, επαγγελματική καθοδήγηση και κατάρτιση, εργασία, κοινωνική ένταξη και περιβάλλον, κοινωνική – οικονομική και νομική προστασία, πληροφόρηση.

Συνεπώς η ισότητα της πρόσβασης στην αποκατάσταση και στην κοινωνική συμμετοχή χωρίς κανένος είδους διάκριση ως προς το φύλο, φυλή, κουλτούρα, θρησκεία, σεξουαλικό προσανατολισμό κ.α. είναι θεμελιώδης για την παροχή και άσκηση της αποκατάστασης.

1.8.2 Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης

Στο άρθρο 10 του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α) προβλέφθηκε η ίδρυση και λειτουργία των ΚΑΑ για την παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς. Με το Π.Δ. 395/1993 (ΦΕΚ 166 Α) καθορίστηκαν οι όροι και προϋποθέσεις καθώς και η διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση των ΚΑΑ από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Με το άρθρο 15 του εν λόγω διατάγματος τα ΚΑΑ διακρίνονται σε: α) κλειστής νοσηλείας, β) ανοικτής νοσηλείας, γ) ελάχιστη μονάδα ιατρικής αποκατάστασης, δ) κέντρα διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Με τις Π 4^α οικ. 4633/1993 (ΦΕΚ 789 Β) και Π3/Φ. 85/οικ. 3854 Υπουργικές Αποφάσεις έχουν οριστεί οι προδιαγραφές λειτουργίας των ΚΑΑ ενώ με το Π.Δ. 383/2002 (ΦΕΚ 332 Α) καθορίζεται το ειδικό ημερήσιο νοσήλιο για τις α, β και δ περιπτώσεις των προαναφερόμενων ΚΑΑ. Ειδικότερα:

- Με το άρθρο 1: καθορίζεται το ύψος του ειδικού ημερήσιου κλειστού νοσηλίου για τους εσωτερικούς ασθενείς σε 60 (εξήντα) €. Στο ημερήσιο ειδικό νοσήλιο περιλαμβάνεται η διαμονή, διατροφή, ιατρική, φαρμακευτική και κάθε απαραίτητη για τον ασθενή συνδρομή για την αποκατάστασή του. Στο νοσήλιο δεν περιλαμβάνονται τα εξαιρούμενα της παραγράφου 2 της Υ4α/οικ. 1320/10-02-1998 κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 99 Β) τα οποία είναι ειδικού τύπου καθετήρες, τραχειοστομίες, γαστροστομίες, ειδικοί σάκοι κ.α. Πλέον αποδίδεται 150 € (συν την αξία του ΦΠΑ 13%) βάση Π.Δ. 187/22.09.2005 (ΦΕΚ 3505 Α)
- Με το άρθρο 2: καθορίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να εισαχθεί ο ασθενής στα παραπάνω κέντρα να έχει προηγηθεί νοσήλια σε κρατικό νοσοκομείο ή ιδιωτικό θεραπευτήριο για πάθηση για την οποία απαιτείται αποκατάσταση. Για την εισαγωγή απαιτείται γνωμάτευση ιατρού (σχετικής με την πάθηση ειδικότητας) Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή πανεπιστημιακής κλινικής ή ιδιωτικού θεραπευτηρίου στο

οποίο νοσηλεύτηκε ο ασφαλισμένος πλήρως αιτιολογημένη. Δεν παραπέμπονται στα ΚΑΑ για νοσηλεία ασθενείς ασφαλισμένοι των οποίων η πάθηση έχει γίνει χρόνια.

- Με το άρθρο 3: καθορίζεται το ύψος του ειδικού ημερήσιου ανοικτού νοσηλίου για τους εξωτερικούς ασθενείς σε 35 (τριάντα πέντε) € τιμή πακέτο για τις συγκεκριμένες παθήσεις που περιγράφονται στο άρθρο αυτό. Πλέον αποδίδεται το ποσό των 70 (εβδομήντα) € (τελική τιμή χωρίς επιβάρυνση της αξίας του ΦΠΑ 13%) βάση Π.Δ. 187/22.09.2005 (ΦΕΚ 3505 Α).
- Προκειμένου ο ασθενής να παραπεμφθεί σε ΚΑΑ πρέπει η νόσος από την οποία πάσχει να είναι τουλάχιστον μέσου σταδίου. Στο νοσήλιο αυτό περιλαμβάνεται η κλινική εξέταση, η εκτίμηση ανικανότητας, αξιολόγηση στην αρχή και το τέλος του προγράμματος και πέντε ειδών θεραπείες βάση των αναγκών του εκάστοτε ασθενή: φυσικοθεραπεία, υδροθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη, υδροθεραπεία. Ο αριθμός των συνεδριών δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 60 (εξήντα) τον χρόνο για τις παθήσεις μέσου σταδίου και τις 80 (ογδόντα) τον χρόνο για τις παθήσεις προχωρημένου σταδίου. Απαιτείται επίσης αναλυτική γνωμάτευση θεράποντα ιατρού σχετικής με την πάθηση ειδικότητας, πλήρως αιτιολογημένη. Σύμφωνα με την παράγραφο 5, αποκατάστασης δεν χορηγείται πέραν των 2 (δύο) ετών.
- Με το άρθρο 4: προβλέπεται ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί προκειμένου να καλύψουν τις σχετικές δαπάνες των ασφαλισμένων τους πρέπει να συνάψουν σύμβαση με τα πιστοποιημένα ΚΑΑ του Π.Δ. 395/93. Επιπλέον παρέχεται η δυνατότητα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς να διαπραγματεύονται το ημερήσιο ειδικό νοσήλιο ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών ασφαλισμένων που παραπέμπονται σε αυτά.

Τα ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης της ελληνικής επικράτειας είχαν συνάψει συμβάσεις με τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία (ΟΠΑΔ, ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΝΑΤ, ΕΤΑΑ κ.α.) ενώ πλέον όλα είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ύψος του νοσηλίου που αποδίδεται σήμερα, είναι περίπου το μισό από το χαμηλότερο νοσήλιο στις χώρες της Ευρώπης. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις στην εκκαθάριση των λογαριασμών από ορισμένους ασφαλιστικούς φορείς δημιουργεί οικονομικά προβλήματα στους επιχειρηματίες – ιδιοκτήτες των ΚΑΑ έχοντας ως συνέπεια την αποφυγή των ασφαλιστικών ταμείων που καθυστερούν να πληρώσουν, την υποβάθμιση των

παρεχόμενων υπηρεσιών ή ακόμη και την μετεξέλιξη των ΚΑΑ σε κέντρα χρόνιων πασχόντων, κυρίως ηλικιωμένων λόγω χαμηλού κόστους λειτουργίας.

Η οικονομική κρίση δημιουργεί δυσκολίες και εμπόδια στην πολιτική υγείας, προσφέρει όμως και σημαντικές προκλήσεις για να αναπτυχθούν καινοτόμες παρεμβάσεις στην υγεία, στην φροντίδα και περίθαλψη υγείας και στην αγωγή, πρόληψη και προαγωγή της. Η προσπάθεια που επιτελείται στις μέρες μας από τους αρμόδιους φορείς για τον ορθολογισμό των δομών φροντίδας υγείας και αναδιοργάνωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, πρέπει να στοχεύει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με γνώμονα το συμφέρον του πολίτη λαμβάνοντας υπόψη τις αξίες της καθολικότητας, της ισοτιμίας, της ποιότητας και της αλληλεγγύης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η πρόσβαση και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αποκατάστασης διαφέρουν από κράτος σε κράτος και εξαρτώνται από το σύστημα υγείας και τα κοινωνικά συστήματα. Η ποικιλία των διαφόρων εθνικών συστημάτων στην Ευρώπη εμποδίζει την λεπτομερή περιγραφή του καθενός. Η δομή των υπηρεσιών αποκατάστασης ποικίλει στην Ευρώπη και η παροχή δεν είναι ομοιόμορφη. Οι ειδικοί της ΦΙΑπ είναι λίγοι σε αριθμό σε πολλές χώρες παρά το γεγονός ότι η αξία της ειδικότητας αναγνωρίζεται σε όλη την Ευρώπη.

1.8.3 Παροχές στους ασφαλισμένους ασθενείας και συντάξεων

Όλα τα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν επιδόματα και εκδίδουν συντάξεις στους ασφαλισμένους τους σε περιπτώσεις ασθενείας ή αναπηρίας. Τα διαδικαστικά και γραφειοκρατικά μέρη διαφοροποιούνται ανάλογα με τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα. Ενδεικτικά θα αναφερθεί η περίπτωση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας και η περίπτωση του ΟΑΕΕ.

Το ΙΚΑ στα πλαίσια της παροχής των ειδικών επιδομάτων βάση άρθρου 42 παρ. 1 Ν. 1140/81 χορηγεί εξωιδρυματικό επίδομα στην περίπτωση της παραπληγίας, παραπάρεσης, σκλήρυνσης κατά πλάκας με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Δικαιούχοι είναι: α) οι συνταξιούχοι ή τα μέλη οικογένειας τους β) ασφαλισμένοι εφόσον έχουν πραγματοποιήσει 350 ημέρες ασφάλισης τα τελευταία 4 χρόνια που προηγούνται της ημερομηνίας κατά την οποία κατέστησαν ανίκανοι για εργασία, από τις οποίες οι 50 πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί το προηγούμενο έτος ή το προηγούμενο 15μηνο γ) τα μέλη οικογένειας του ασφαλισμένου εφόσον ο άμεσα

ασφαλισμένος έχει συμπληρώσει τις ανωτέρω προϋποθέσεις ασφάλισης. Ως αφετηρία για τον έλεγχο των χρονικών προϋποθέσεων λαμβάνεται η ημερομηνία υποβολής της σχετικής αίτησης, ανεξάρτητα με τον χρόνο επέλευσης της ανικανότητας²².

Η καταβολή του παραπληγικού επιδόματος αναστέλλεται εφόσον ο δικαιούχος νοσηλεύεται σε ίδρυμα ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών. Επίσης, η χορήγηση του επιδόματος διακόπτεται εάν ο συνταξιούχος επιδοτηθεί από άλλο φορέα λόγω παραπληγίας. Το επίδομα χορηγείται από την ημερομηνία υποβολής της σχετικής αίτησης και όχι πριν την λήξη της επιδότησης λόγω ασθένειας. Το ύψος του ποσού του εξωιδρυματικού επιδόματος ισούται με 20 κατώτατα ημερομίσθια ανειδίκευτου εργάτη, όπως έχουν διαμορφωθεί κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης.

Βάση του άρθρου 42 παρ. 3 Ν. 1140/81 χορηγείται επίδομα απόλυτης αναπηρίας εφόσον οι συνταξιούχοι λόγω αναπηρίας βρίσκονται διαρκώς σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη άλλου ατόμου και έχουν αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Το ποσό αντιστοιχεί στο 50% του ποσού της εκάστοτε καταβαλλόμενης σύνταξης λόγω αναπηρίας (χωρίς προσαυξήσεις) και δεν μπορεί να υπερβαίνει το εκάστοτε ισχύον 20πλάσιο του ημερομίσθιου του ανειδίκευτου εργάτη. Βάση του άρθρου 20 Ν.2434/96 χορηγείται επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.). Δικαιούχοι είναι συνταξιούχοι που έχουν συμπληρώσει το 60^ο έτος της ηλικίας τους με ετήσια οικονομικά κριτήρια ενώ τα χορηγούμενα ποσά προσδιορίζονται από σχετική Υπουργική Απόφαση και κυμαίνονται ανάλογα με το ύψος του ποσού της καταβληθείσας σύνταξης. Στην περίπτωση αυτή ισχύει πενταετής αναδρομικότητα²².

Ο ασφαλισμένος εφόσον κριθεί από τις Υγειονομικές Επιτροπές ανάπηρος από πάθηση που οφείλεται σε κοινή νόσο δικαιούται σύνταξη αναπηρίας δεδομένου ότι έχει συμπληρώσει τις απαραίτητες ημέρες ασφάλισης και δεν λαμβάνει παράλληλα σύνταξη αναπηρίας από άλλον φορέα. Επίσης δικαιούται και στην περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή από πάθηση που οφείλεται σε επαγγελματική νόσο αλλά και από ατύχημα εκτός εργασίας. Ο ασφαλισμένος που κρίνεται βαριά ανάπηρος, 80% και άνω δικαιούται πλήρες ποσό σύνταξης, από 67% - 79,9% δικαιούται το 75% του ποσού της πλήρους σύνταξης και από 50% - 66,9% δικαιούται το 50% του ποσού της πλήρους σύνταξης²².

Οι ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ δικαιούνται σύνταξη αναπηρίας με προϋπόθεση να υπάρχει ασφαλιστικός δεσμός 600 ημέρες ασφάλισης τα τελευταία 5 έτη από εκείνο που έγινε ανάπηρος και να κριθούν από Υγειονομική Επιτροπή ανάπηροι με

συντάξιμο ποσοστό 50% και άνω. Ως προς το ποσό της σύνταξης ισχύει ότι και στην περίπτωση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ. Ομοίως δικαιούται σύνταξη στην περίπτωση εργατικού ατυχήματος, από ατύχημα εκτός εργασίας αλλά και στην περίπτωση μόνιμης αναπηρίας. Δίδεται επίσης επίδομα των παραπληγίας όπου οι προϋποθέσεις είναι όμοιες με την περίπτωση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ²³.

Η πολιτεία προβλέπει ειδικές ρυθμίσεις για τους ανάπηρους όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της νέας εγκύκλιου για το κοινωνικό οικιακό τιμολόγιο της Δ.Ε.Η., απαλλαγή από το τέλος ταξινόμησης αυτοκινήτων, συμμετοχή στο Πρόγραμμα «Τουρισμός για όλους» Εξαήμερων Διακοπών, έκτακτη οικονομική ενίσχυση για έκτακτα γεγονότα (σεισμός, πυρκαγιά, ατύχημα, διαζύγιο, εγκατάλειψη κλπ.), τα οποία ανατρέπουν την οικονομική κατάσταση των παραπάνω ατόμων, νοσηλεία στο εξωτερικό, δικαιούνται δωρεάν διακίνηση με τα ακτοπλοϊκά επιβατικά πλοία, λήψη άτοκου δανείου, φοροαπαλλαγές κ.α. Σε ορισμένες περιπτώσεις και υπό προϋποθέσεις δίδονται επιδόματα καυσίμων και καλύπτονται τα έξοδα μετακίνησης των ατόμων με κινητική αναπηρία.

1.9 Αναπηρία και εργασία

Η αποθεραπεία και αποκατάσταση των αναπήρων αποβαίνει οικονομικά ωφέλιμη, διότι στηρίζεται στο σημαντικό απόθεμα σωματικών και ψυχοδιανοητικών ικανοτήτων, που έχει απομείνει άθικτο στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Πολλές φορές οι ικανότητες αυτές, με τις ιδιαίτερες κλίσεις και τον αυξημένο ζήλο, που συναντιέται στα άτομα αυτά, εξασφαλίζουν στους εργοδότες το συμφέρον για πρόσληψη με μεγάλη απόδοση. Διεθνείς στατιστικές και συγκριτικές μελέτες, ιδιαίτερα με την κατεύθυνση του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, που έγιναν μεταξύ δεκάδων χιλιάδων εργαζομένων αναπήρων και μη αναπήρων, κυρίως στη βιομηχανία στις ΗΠΑ και σε διάφορες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, έδειξαν ότι οι προσανατολισμένοι και εκπαιδευμένοι με επιτυχία επαγγελματικά ανάπηροι εργαζόμενοι στη βιομηχανία, σε συναγωνισμό με ισάριθμους μη αναπήρους, παρουσιάζουν τα εξής πλεονεκτήματα για τον εργοδότη και την παραγωγή²⁴:

- Κάνουν κατά 7% λιγότερες απουσίες
- Εμφανίζουν μεγαλύτερη και καλύτερη ποσοτική και ποιοτική απόδοση από τους μη ανάπηρους, κατά 4,6%

- Παρουσιάζουν σταθερότητα στην εργασιακή τους σχέση, με τον ίδιο εργοδότη κατά 27% ενώ απολύονται από τον εργοδότη τους κατά ποσοστό 5% λιγότερο από τους μη αναπήρους
- Υπόκεινται σε εργατικά ατυχήματα κατά το καταπληκτικό ποσοστό 51,1% λιγότερο από τους μη ανάπηρους

Εφαρμόζοντας ιατροκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες έχει πλέον αποδειχθεί, διεθνώς αλλά και στη χώρα μας, ότι ένα ποσοστό 60% των ατόμων αυτών μπορεί να επανενταχθεί στην παραγωγική διαδικασία. Έτσι με τον τρόπο αυτό, εκτός από την ανθρωπιστική πλευρά του προβλήματος, κάθε δαπάνη για προγράμματα ιατροκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των αναπήρων, μεταβάλλεται σε ωφέλιμη επένδυση του ιδιωτικού και δημοσίου χρήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κοινωνικό – Οικονομική Αξιολόγηση

2.1 Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Οικονομική προσέγγιση

Θα πρέπει εξ' αρχής να αποσαφηνιστεί ότι η έννοια του κόστους διότι δεν περιορίζεται απλά σε μια χρηματοοικονομική προσέγγιση, αλλά περιλαμβάνει και πολλές κοινωνικές διαστάσεις όπως για παράδειγμα την κοινωνική απομόνωση, τον πόνο, το ψυχικό κόστος, την χρήση υπηρεσιών της οικογένειας, την ανεπαρκή κάλυψη από ασφαλιστικούς φορείς κ.α. Θεωρητικά το συνολικό κόστος εξαρτάται από δύο θεμελιώδεις κατηγορίες που αναφέρονται στον οικονομικό και κοινωνικό τομέα. Τα οικονομικά μεγέθη αφορούν νοσήλια, αμοιβές ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού δυναμικού, φαρμακευτική δαπάνη, εξετάσεις (εργαστηριακές, απεικονιστικές κ.α.) και γενικά κάθε μετρήσιμα οικονομικά μεγέθη τα οποία αφορούν την κοστολόγηση των εισροών που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή. Στην περίπτωση των κοινωνικών μεγεθών υπάρχει δυσκολία όσο αφορά την μέτρηση σε αντικειμενικά κριτήρια καθώς η αντίληψη του εκάστοτε ασθενή, η στάση του και η προτίμηση αντικατοπτρίζουν υποκειμενικές αξίες οι οποίες χρήζουν εξειδικευμένη προσέγγιση, κοινωνιολογική ή ανθρωπολογική²⁵.

Η αποτίμηση του κόστους μιας ασθένειας, στην οικονομική βιβλιογραφία, βασίζεται τον προσδιορισμό του άμεσου και του έμμεσου κόστους. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν για τον ακριβή προσδιορισμό τους καθώς οι παράγοντες αυτοί διαφέρουν από ασθένεια σε ασθένεια. Συνεπώς προκύπτει ο κάτωθι τύπος:

$$\text{Οικονομικό Κόστος} = \text{Άμεσο} + \text{Έμμεσο} + \text{Κρυφό}$$

Στο άμεσο κόστος περιλαμβάνονται τα μεγέθη εκείνα που αφορούν την νοσηλεία και την φροντίδα του ασθενή σε τριτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο (νοσοκομειακή φροντίδα) και σε πρωτοβάθμιο (εξωνοσοκομειακή, οικογενειακή, κοινωνική φροντίδα). Επίσης υπολογίζεται και το κόστος της ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής και προσωπικής φροντίδας (ενδονοσοκομειακώς και εξωνοσοκομειακώς) καθώς και η νοσηλεία κατ' οίκον. Η φροντίδα από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον αποτελούν μέρος των άμεσων εξόδων. Το έμμεσο κόστος αντικατοπτρίζει την οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας και του οικονομικού – παραγωγικού συστήματος εξαιτίας της ασθένειας. Η αξία του διαφυγόντος

εισοδήματος και της μειωμένης απόδοσης λόγω νοσηρότητας συμπεριλαμβάνονται στα έμμεσα έξοδα. Να σημειωθεί ότι το διαφυγόν εισόδημα και η διαφυγούσα παραγωγή αποτιμώνται με το κριτήριο της παρούσας αξίας. Το κρυφό κόστος αναφέρεται στον πόνο, το ψυχολογικό κόστος του στιγματισμού και της απομόνωσης εξαιτίας της ασθένειας. Η ποιοτική διάσταση του κόστους έχει συζητηθεί εκτενώς στην βιβλιογραφία και αποτελεί διεθνώς αναγνωρισμένο μέρος του κόστους²⁵.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι πλέον συνηθισμένες κατηγορίες που περιλαμβάνονται σε μια αναλυτική προσέγγιση των επιπτώσεων μιας ασθένειας στο οικονομικό σύστημα καθώς και στο κοινωνικό σύνολο (κοινωνικό – οικονομική αξιολόγηση και ανάλυση) οι οποίες έχουν συζητηθεί στην βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας. Μεθοδολογικά το πιο σωστό θα ήταν να περιλαμβάνονται όλες οι παρακάτω μορφές του άμεσου, έμμεσου και κρυφού κόστους σε μια κοινωνικοοικονομική μελέτη όμως τις περισσότερες φορές αυτό είναι ανέφικτο διότι κατά τον υπολογισμό του αναλυτικού κόστους ανακύπτουν αρκετά προβλήματα καταγραφής και μέτρησης. Τα προβλήματα αυτά δημιουργούνται εξαιτίας της αδυναμίας λεπτομερούς αποτίμησης όλων των μεγεθών κόστους καθώς και από την αδυναμία απόδοσης της αντίστοιχης χρηματικής αξίας στις πηγές κόστους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Άμεσο, έμμεσο και κρυφό κόστος

ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ

Άμεσο ιατρικό κόστος	<ul style="list-style-type: none">• υγειονομική περίθαλψη των ασθενών στο νοσοκομείο• εξωνοσοκομειακή περίθαλψη• ιατρική – νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον• φυσικοθεραπεία και λοιπές θεραπείες• βοηθητικές υπηρεσίες• εθελοντική προσφορά• μεταβλητό κόστος χρησιμοποίησης τεχνικής υποδομής
Κόστος τεχνολογίας	<ul style="list-style-type: none">• σταθερό κόστος τεχνολογίας• αποσβέσεις τεχνολογικού εξοπλισμού• αποθήκευση

Κόστος άλλων υπηρεσιών

- σταθερά και μεταβλητά έξοδα διοικητικά και λοιπών υπηρεσιών
- λειτουργικά έξοδα νοσοκομείου
- φωτισμός, τηλέφωνα, νερό κ.α

Κόστος φαρμάκων με και χωρίς συνταγή

- κόστος φαρμάκων
- θεραπεία παρενεργειών ή τοξικότητας φαρμάκων
- προφύλαξη από παρενέργειες
- παραγγελία και καταγραφή
- παρασκευή των φαρμάκων
- εκπαίδευση σε νέες διαδικασίες
- διανομή και εφαρμογές
- φάρμακα, προμήθειες, συσκευές που παρέχονται στο νοικοκυριό

Έρευνα και ανάπτυξη

- δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης
- εκπαίδευση και κατάρτιση
- υπηρεσίες βιβλιοθήκης

Άμεσο μη ιατρικό κόστος

- φροντίδα που παρέχεται από οικογένεια και φίλους
- μεταφορά από και προς τις ιατρικές υπηρεσίες
- φροντίδα σπιτιού και παιδιών
- διαρρύθμιση σπιτιού ώστε να φιλοξενηθεί ο ασθενής
- κοινωνικές υπηρεσίες
- εκτίμηση του προγράμματος

ΈΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ

Χρόνος και παραγωγικότητα

- μεταβολή της παραγωγικότητας ως αποτέλεσμα της μεταβολής της κατάστασης υγείας (νοσηρότητα, θνησιμότητα, αποφυγή ασθένειας)
- χαμένη παραγωγικότητα λόγω ασθένειας (εισόδημα που χάθηκε από τα μέλη οικογένειας, χαμένος ελεύθερος χρόνος, χρόνος που ξοδεύτηκε από τον ασθενή)

ΚΡΥΦΟ ΚΟΣΤΟΣ

Μεγέθη κρυφού κόστους

- ψυχολογικό κόστος
- φόβος
- αγωνία
- θλίψη και απώλεια ευεξίας λόγω ασθένειας
- σωματική παραμόρφωση
- αναπηρία
- οικονομική και φυσική εξάρτηση
- απώλεια εργασίας
- απώλεια ευκαιρίας για προαγωγή και εκπαίδευση
- κοινωνική απομόνωση
- σύγκρουση με οικογένεια
- πόνος
- εκτιμήσεις που θέτουν άλλοι για τον ασθενή για την υγεία του και ευεξία του
- αλλαγές στην κοινωνική ζωή και καθημερινές δραστηριότητες

Πηγή: Μ. Γείτονα, *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων*, 2004

2.2 Μέθοδοι κοινωνικο – οικονομικής αξιολόγησης

Οι πλέον χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αξιολόγησης στην οικονομική ανάλυση είναι η ανάλυση προϋπολογισμού, η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους, η ανάλυση κόστους - οφέλους, η ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας, ανάλυση κόστους - χρησιμότητας και τέλος μελέτη του κόστους ασθένειας. Στην διπλωματική αυτή εργασία γίνεται μια τέτοια μελέτη που αφορά τον εντοπισμό του κόστους της παραπληγίας.

Η μελέτη αυτή μπορεί να θεωρηθεί και ως πρόδρομος της κοινωνικο – οικονομικής αξιολόγησης γιατί έχει ως στόχο μια απλή οικονομική εκτίμηση της ασθένειας. Επικεντρώνεται κυρίως στην κοστολόγηση των εισροών (υγειονομικό δυναμικό, φάρμακα, τεχνολογικός εξοπλισμός κ.α.) τα οποία χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως τύπος εκτίμησης, ο οποίος εκτιμά την πρόσφατη οικονομική επίδραση της ασθένειας και λαμβάνει υπόψη διαφορετικά μεγέθη κόστους που συμβάλουν στην θεραπεία χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνει την κλινική αποτελεσματικότητα και τις επιπτώσεις της θεραπείας αυτής στο οικονομικό και κοινωνικό σύστημα. Ο στόχος των μελετών κόστους είναι η παροχή γενικότερων πληροφοριών για τα πιθανά μεγέθη κόστους²⁵,

²⁶. Οι πληροφορίες μιας τέτοιας μελέτης είναι χρήσιμες κυρίως για τρεις λόγους:

- παρέχεται στους διοικούντες και τους υπευθύνους για την λήψη των αποφάσεων μια πρώτη εκτίμηση του κόστους της ασθένειας.
- είναι εφικτό να ενσωματωθούν σε άλλες μελέτες κόστους, οι οποίες στοχεύουν στην γενικότερη κοστολόγηση της κλινικής.
- δίνεται η δυνατότητα για τις χρόνιες ασθένειες να διατυπωθεί το μακροχρόνιο κόστος.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο μεγαλύτερος περιορισμός της μελέτης αυτής είναι ότι εστιάζει μόνο στο κόστος και παραλείπεται η αποτελεσματικότητα της νοσηλείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ετήσιο κόστος αντιμετώπισης της παραπληγίας

3.1 Εισαγωγή - σκοπός

Τα τελευταία χρόνια το κόστος της νοσηλείας στα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης στην Ελλάδα ολόένα και αυξάνεται αποτελώντας πλέον έναν δαπανηρό τομέα της νοσοκομειακής φροντίδας. Λόγω της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης η αποκατάσταση, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Να σημειωθεί όμως πως η μέτρηση του κόστους της παραπληγίας δεν πρέπει να αποτελεί μεμονωμένο παράγοντα ανάλυσης αλλά να συνδυάζεται με την μελέτη κλινικών αποτελεσμάτων. Μελέτες κόστους της παραπληγίας δεν υπάρχουν στην ελληνική βιβλιογραφία (δεν είναι γνωστό το ποσό που δαπανάται ετησίως για την πάθηση αυτή στην Ελλάδα) κατ' επέκταση δεν υπάρχουν μελέτες κόστους – αποτελεσματικότητας. Παρ' όλα αυτά τα πρώτα στοιχεία γίνονται γνωστά μέσα από 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης που διοργανώθηκε στην Πάτρα ²⁷ όπου παρουσιάστηκε case study με θέμα την ποιότητα ζωής των παραπληγικών (health related quality of life) με τα αποτελέσματα να εμφανίζουν σημαντικές βελτιώσεις σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Η σύγκριση αφορούσε την σωματική λειτουργικότητα, τον πόνο, την γενική υγεία, την ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τον συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία των ασθενών. Αυτό οφείλεται στην νοσηλεία τους σε Κ.Α.Α. αμέσως μετά την εμφάνιση της ασθένειας, στην επένδυση σε εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, την εξέλιξη της τεχνολογίας της υγείας κ.α.

Το μοναδικό οικονομικό στοιχείο που αφορά την ετήσια δαπάνη για αποκατάσταση σε ιδιωτικά κέντρα στην Ελλάδα δίδεται μέσω συνεντεύξεως του υφυπουργού Υγείας κ. Μάρκου Μπόλαρη όπου χαρακτηριστικά αναφέρει: «Η φυσική αποκατάσταση σε ιδιωτικά κέντρα στοιχίζει στα ασφαλιστικά ταμεία 52 εκατ. ευρώ και άλλα τόσα περίπου ξοδεύονται για όσους φεύγουν για αποκατάσταση στο εξωτερικό.»²⁸ Το ανωτέρω ποσό όμως δεν αφορά μόνο την παραπληγία αλλά όλες τις παθήσεις που χρήζουν αποκατάστασης (εγκεφαλικά, μυοπάθειες, ορθοπεδικά χειρουργεία κ.α.)

Η εκπόνηση τέτοιας μελέτης είναι χρήσιμη γιατί δίδεται η δυνατότητα μιας πρώτης εκτίμησης του κόστους και παράλληλα μπορεί να αποτελέσει την αρχή για την υλοποίηση μιας μελέτης κόστους – αποτελεσματικότητας παρέχοντας την δυνατότητα σύγκρισης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, ειδικά για την δεδομένη οικονομική συγκυρία της χώρας όπου ο τομέας της υγείας έχει υποστεί σημαντικές μειώσεις των δαπανών. Αν η έρευνα πάνω στον τομέα διερευνηθεί και καταστεί ακριβής ο υπολογισμός του κόστους της παραπληγίας στην Ελλάδα θα συμβάλει στην αποδοτική χρήση των πόρων και στην βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας.

Δεδομένης της ανυπαρξίας μελετών οικονομικής αξιολόγησης, η παρούσα μελέτη επιχειρεί την προσέγγιση του ετήσιου κόστους της ασθένειας της παραπληγίας για το 2011, των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο ιδιωτικό Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Θεραπευτήριο – Γενική Κλινική Πατρών Α.Ε.» ως εσωτερικοί και ως εξωτερικοί ασθενείς.

3.2 Η περίπτωση του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Θεραπευτήριο – Γενική Κλινική Πατρών Α.Ε.»

Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης ξεκίνησε τη λειτουργία του στις αρχές του 2004. Είναι ένας χώρος υψηλών προδιαγραφών, πλήρως εξοπλισμένος τεχνολογικά και στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Διαθέτει τμήμα φυσικοθεραπείας και θεραπευτικού γυμναστηρίου, τμήμα λογοθεραπείας και ψυχολογίας, τμήμα υδροθεραπείας και χώρο πισίνας, τμήμα εργοθεραπείας και εκπαίδευσης ΑμΕΑ, τμήμα ειδικών θεραπειών και εργαστήρια αξιολόγησης. Το εξειδικευμένο προσωπικό αποτελείται από ιατρούς κάθε ειδικότητας κυρίως από φυσιάτρους, ορθοπεδικούς, νευρολόγους, καρδιολόγους, ουρολόγους, νευροχειρουργούς, παθολόγους αλλά και επιστήμονες ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, εργοθεραπευτές, υδροθεραπευτές, νοσηλευτές αποκατάστασης και κοινωνικό λειτουργό²⁹ και είναι άρτια καταρτισμένο. Η τήρηση των παραπάνω διαδικασιών και η εφαρμογή των κοινά αποδεκτών κανόνων για την εύρυθμη, αποδοτική, αποτελεσματική και υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας το καθιστά ένα από τα πιο ολοκληρωμένα της Ευρώπης. Είναι το μοναδικό ιδιωτικό Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης ανοικτής και κλειστής νοσηλείας στην Δυτική Ελλάδα, Ιόνιους Νήσους και Στερεά Ελλάδα ενώ διαθέτει συνολικά 54

δωμάτια με 135 κλίνες. Το Θεραπευτήριο για διευκόλυνση των ασθενών του παρέχει ειδικό όχημα μεταφοράς αμαξιδίων και ασθενοφόρα πλήρως εξοπλισμένα. Είναι χαρακτηριστικό ότι ασθενείς από όλη την Ελλάδα και το εξωτερικό επιλέγουν για την νοσηλεία τους το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης. Όλα τα δωμάτια νοσηλείας είναι άνετα και πολυτελή κοντά στην εξοχή, με ηλεκτρικές τηλεχειριζόμενες κλίνες προσωπικής αυτονομίας, ατομικό τηλέφωνο, τηλεόραση, υποδοχή σύνδεσης προσωπικού υπολογιστή και internet καθώς και υπερσύγχρονο σύστημα κλήσης νοσηλευτή²⁹. Το κέντρο συνεργάζεται με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, με τον ενιαίο οργανισμό του ΕΟΠΥΥ κλπ. Ακόμα υπάρχει ειδική ρύθμιση αποπληρωμής μέσω τραπεζών και πιστωτικών καρτών. Τον Ιανουάριο του 2013 ολοκληρώθηκε η επέκταση και παραδόθηκε προς λειτουργία η νέα πτέρυγα του ΚΑΑ. Τα μηχανήματα που διαθέτει το ΚΑΑ είναι τεχνολογίας αιχμής και αποτελούν τεράστια επένδυση ενώ είναι το μοναδικό κέντρο που διαθέτει μηχανήματα ρομποτικής ιατρικής τέτοιου είδους όπου καλύπτεται όλο το φάσμα των παθήσεων. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής: Ρομποτική αποκατάσταση άνω άκρου – Armeo Spring, Εργοθεραπευτική αξιολόγηση και εκπαίδευση άκρας χειρός – σύστημα Biometrics, Ισοκινητικό μηχάνημα BTE, Αξιολόγηση αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης MCU, Αντιβαρυστικός διάδρομος Alter G²⁹. Αξιοσημείωτη χρονιά για τα επιστημονικά δεδομένα είναι το 2006 όπου πραγματοποιήθηκε στην «Ολύμπιον Α.Ε.» η πρώτη επέμβαση στη χώρα μας μεταμόσχευσης βλαστοκυττάρων στον νωτιαίο μυελό ενός 25χρονου από την Κρήτη με ατελή τετραπληγία, ύστερα από τροχάιο (κύτταρα από τον οσφρητικό βλεννογόνο του ασθενούς τοποθετούνται στην περιοχή του τραύματος του νωτιαίου μυελού), από ομάδα Πορτογάλων με επικεφαλής τον νευροβιολόγο Κάρλος Λίμα και Ελλήνων νευροχειρουργών με επικεφαλής τον καθηγητή της Νευροχειρουργικής κ. Νικόλαο Παπαδάκη ενώ η Ελλάδα γίνεται η δεύτερη χώρα στην Ευρώπη μετά την Πορτογαλία, όπου εφαρμόζεται η πρωτοποριακή αυτή μέθοδος³⁰.

ΕΙΚΟΝΑ 1 Το Κέντρο Αποθεραπείας - Αποκατάστασης και η Γενική Κλινική της «Ολύμπιον Α.Ε.»



3.3 Μεθοδολογία και υλικό έρευνας

Για την μελέτη επιλέχθηκε το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Θεραπευτήριο – Γενική Κλινική Πατρών Α.Ε.» αφενός γιατί είναι το μοναδικό ολοκληρωμένο κέντρο στην Δυτική Ελλάδα, Ιόνιους Νήσους και Στερεά Ελλάδα και αφετέρου γιατί είναι εξειδικευμένο για παθήσεις όπως η παραπληγία συνεπώς τα περιστατικά που εμφανίζουν την ασθένεια αυτή εισέρχονται για νοσηλεία στο ανωτέρω κέντρο. Κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2011 – 31/12/2011 μόνο το ιδιωτικό κέντρο της Ολύμπιον Α.Ε. παρείχε κλειστή νοσηλεία σε ασθενείς. Η κλινική αποκατάστασης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, τέθηκε σε λειτουργία περί τα τέλη του Οκτωβρίου 2011 και διαθέτει μόνο 20 κλίνες. Οι κλίνες που διαθέτει το Ολύμπιον, αντιστοιχούν στο 87% των κλινών του συνόλου για αποκατάσταση της ανωτέρω γεωγραφικής περιοχής ενώ καλύπτει 100% την ζήτηση για ιδιωτική νοσηλεία σε Κ.Α.Α.

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη καταγραφής όλων των εισαγωγών (κλειστή νοσηλεία) αλλά και όλων των εξωτερικών ασθενών (ανοικτή νοσηλεία) στο κέντρο κατά την διάρκεια όλου του έτους 2011. Δημιουργήθηκαν ειδικά αρχεία όπου καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κλινικά και οικονομικά στοιχεία (άμεσο κόστος) τα οποία συλλέχτηκαν βάση του ολοκληρωμένου μηχανογραφικού συστήματος που διαθέτει το κέντρο. Δεδομένα που αφορούν το έμμεσο κόστος συλλέχθηκαν μέσα από προσωπικές και τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τους συγγενείς αλλά και τους ίδιους τους

ασθενείς οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα του Οκτώβριου 2012 έως Ιανουάριο 2013. Δεν επιχειρήθηκε η μελέτη του κρυφού κόστους, πέρα από αναφορές των ασθενών σχετικά με τον φόβο, την αγωνία, την θλίψη, την σωματική παραμόρφωση, την απώλεια εργασίας, την κοινωνική απομόνωση, τον πόνο, την σύγκρουση με οικογένεια κ.α. λόγω έλλειψης συλλογικών καταγραφών. Δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας καθώς επισημάνθηκε η σημαντικότητα της συμμετοχής τους. Υπήρχαν ασθενείς που αρχικά αρνήθηκαν να απαντήσουν για διάφορους λόγους, κυρίως γιατί δεν ήταν σε θέση ψυχολογικά. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών είχε θετική στάση απέναντι στην μελέτη αυτή.

Η κοστολόγηση του νοσήματος έγινε με τον υπολογισμό των εσωτερικών ασθενών (κλειστή νοσηλεία) αλλά και των εξωτερικών ασθενών (ανοικτή νοσηλεία). Συνολικά νοσηλεύτηκαν ως εσωτερικοί ασθενείς την συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο κέντρο 208 ασθενείς οι οποίοι ταξινομήθηκαν ανάλογα με την πάθηση τους. Έτσι για την μελέτη αυτή δείγμα αποτέλεσαν 20 παραπληγικοί. Ως εξωτερικοί ασθενείς, ακολουθούσαν πρόγραμμα αποκατάστασης συνολικά 92 ασθενείς εκ των οποίων δείγμα αποτέλεσαν 16 παραπληγικοί.

3.4 Μεθοδολογία κοστολόγησης εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών

Εξαιτίας της μη ύπαρξης εθνικών δεδομένων ή προηγούμενων συνολικών καταγραφών, ο υπολογισμός του κόστους έγινε με βάση την μέθοδο κοστολόγησης ανά δραστηριότητα (activity based costing)³¹. Θεωρείται ότι είναι ο μόνος τρόπος σωστού επιμερισμού του κόστους εφόσον τηρούνται οι απαιτήσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή της μεθόδου³². Πιο συγκεκριμένα η κοστολόγηση βασίστηκε στην αναλυτική καταγραφή:

- της διάρκειας νοσηλείας (ημερήσια νοσήλια), κατανάλωσης υλικών, κατανάλωσης φαρμάκων, διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, χρήση ειδικών βοηθημάτων, επισκέψεων ιατρών και διακομιδών
- των λειτουργικών δαπανών και παγίων εξόδων (νερό, φως, τηλέφωνα, θέρμανση, καθορισμός, συντήρηση κ.α.) και επιμερίστηκαν με βάση τα τετραγωνικά που λαμβάνει το κέντρο ως προς την συνολική έκταση του Θεραπευτηρίου. Να σημειωθεί ότι το

κόστος των αποσβέσεων των μηχανημάτων και των κτηρίων συμπεριλήφθηκε στην κοστολόγηση.

- των δαπανών μισθοδοσίας προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού, βοηθητικού και λοιπού προσωπικού) και επιμερίστηκαν βάση του συνόλου των νοσηλευθέντων του κέντρου
- του έμμεσου κόστους (απώλεια εισοδήματος)
- της ιδιωτικής δαπάνης
- και των συνεδριών αποκατάστασης

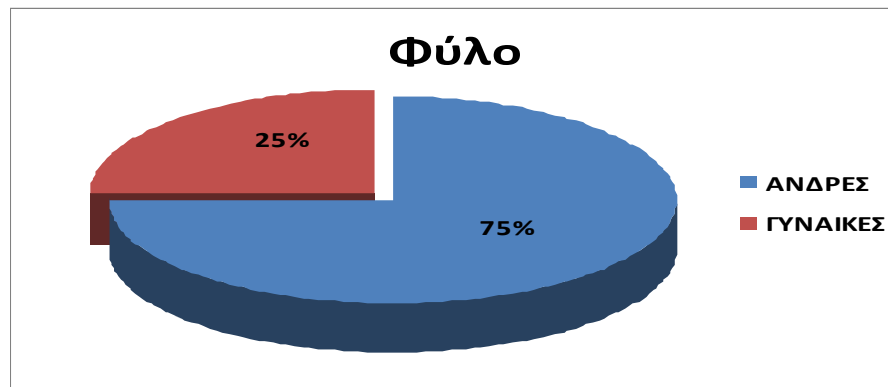
Να σημειωθεί ότι οι τιμές που χρησιμοποιήθηκαν βασίστηκαν είτε στις τιμολογήσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 3505 Α) είτε σε πραγματικές τιμές. Το κόστος των φαρμάκων βασίστηκε κατά περίπτωση στις τρέχουσες λιανικές και νοσοκομειακές τιμές του έτους 2011. Για τα λειτουργικά, πάγια έξοδα και για τις δαπάνες τις μισθοδοσίας πηγή των δεδομένων είναι η Οικονομική Διεύθυνση της Ολύμπιον Α.Ε. Για τις εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις αναφέρονται οι ισχύουσες τιμές του Θεραπευτηρίου για το έτος 2011.

3.5 Εσωτερικοί ασθενείς

3.5.1 Περιγραφή του δείγματος

Θα ακολουθήσει περιγραφή και σχολιασμός των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Το παρακάτω γράφημα μας δείχνει το ποσοστό ανδρών και γυναικών που πάσχουν από παραπληγία.

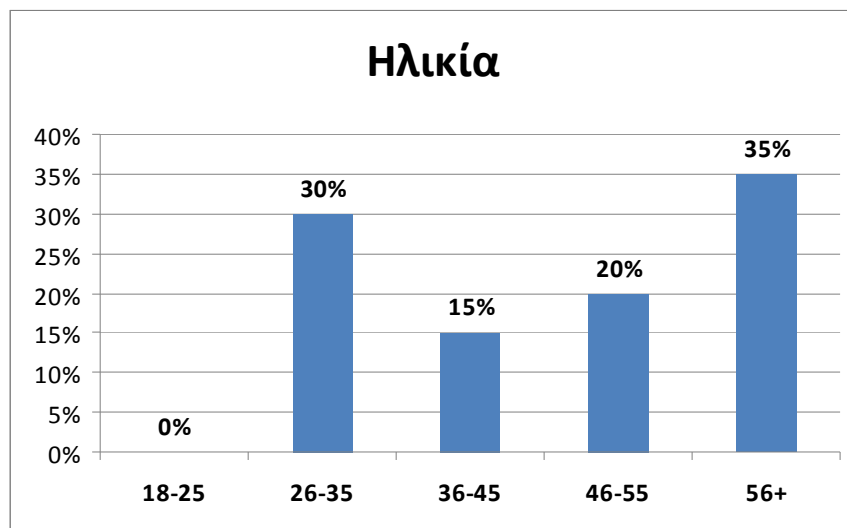
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1 Κατανομή του φύλου των εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Παρατηρούμε ότι το 75% των ασθενών είναι άνδρες αποτελώντας την πλειοψηφία και το υπόλοιπο 25% είναι γυναίκες. Σύμφωνα με τα στοιχεία που τηρούνται στο Κ.Α.Α. οι άνδρες κατέχουν και το μεγαλύτερο ποσοστό των εισαγωγών όλων των παθήσεων κατά το 2011. Στο διάγραμμα που ακολουθεί θα δούμε πώς κατανέμονται οι ηλικίες των ασθενών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 Ηλικία εσωτερικών ασθενών

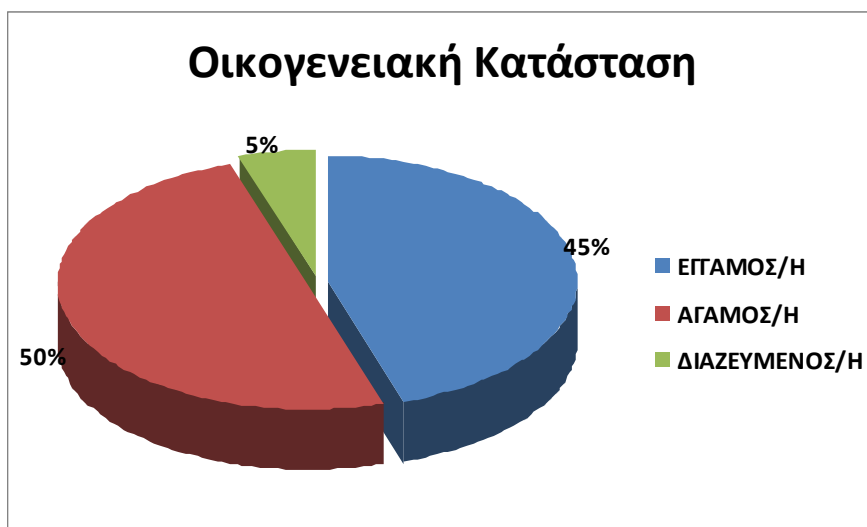


Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό βρίσκεται στην ηλικία άνω των 56 ετών (35%) ενώ το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (30%) παρατηρείται στην ηλικία από 26 έως 35 ετών. Τα ποσοστά αυτά έρχονται σε απόλυτη συνάφεια με το είδος της πάθησης αφού οι νέοι

ηλικιακά ασθενείς έχουν υποστεί κάκωση στον νωτιαίο μυελό λόγω τροχαίου ατυχήματος ή αθλητικής κάκωσης ενώ οι μεγαλύτεροι ασθενείς εμφάνισαν κάποιο όγκο ή είχαν πτώση από ύψος ή σκλήρυνση κατά πλάκας. Το ενθαρρυντικό σημείο είναι το μηδενικό ποσοστό των ηλικιών 18 έως 25 ετών σε αντίθεση με τα στοιχεία του 2012 όπου υπήρχαν ασθενής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Στο γράφημα 2 παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

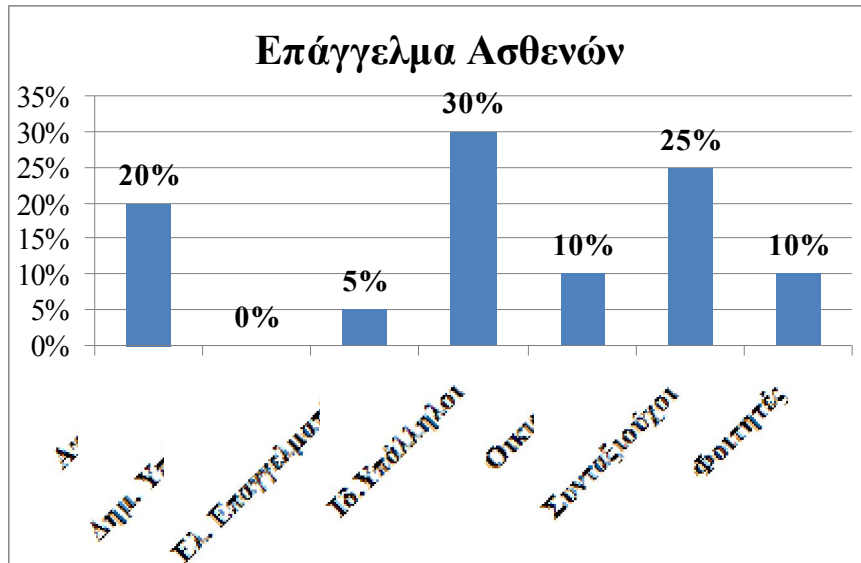
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2 Οικογενειακή κατάσταση εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Ο ρόλος της οικογενειακής κατάστασης είναι πολύ σημαντικός για τον κάθε ασθενή λόγω της στήριξης που μπορεί να παρέχει είτε ψυχολογικά είτε οικονομικά ειδικά σε μία τέτοια πάθηση όπως η παραπληγία που αλλάζει η ζωή τόσο του ασθενή αλλά και του οικείου περιβάλλοντος σε θέματα λειτουργικότητας, αυτοεξυπηρέτησης αλλά και εργασίας. Ο φόβος, η αγωνία, η θλίψη και η κοινωνική απομόνωση εξαλείφονται σταδιακά αλλά πιο γρήγορα σε ασθενείς που έχουν την στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος³³. Συνολικά το 55% του δείγματος είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι ενώ το 45% είναι έγγαμοι. Ακολουθεί διάγραμμα όπου απεικονίζει το επάγγελμα του εκάστοτε ασθενή.

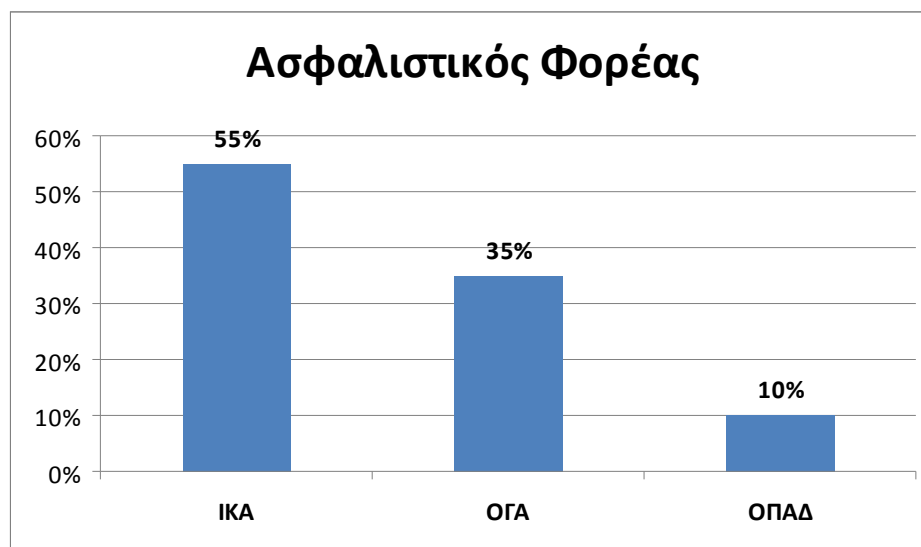
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 Επάγγελμα εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό (30%) των ασθενών είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι. Ακολουθούν οι συνταξιούχοι με 25% και οι αγρότες με 20%. Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά την εμφάνιση της νόσου, λόγω των απαιτήσεων της εργασίας των ιδιωτικών υπαλλήλων (π.χ. οδηγοί, ηλεκτρολόγοι) και των αγροτών οι ασθενείς δεν μπόρεσαν να επανέλθουν στην εργασία τους όπως και στην περίπτωση του ελεύθερου επαγγελματία όπου η προσωπική επιχείρηση έκλεισε. Συνεπώς παρουσιάζεται απώλεια του εισοδήματος (ατομικού ή οικογενειακού) όπου θα συζητηθεί πιο κάτω. Εν συνεχεία ακολουθεί ανάλυση μέσω του διαγράμματος 3 που αφορά τον ασφαλιστικό φορέα των ασθενών.

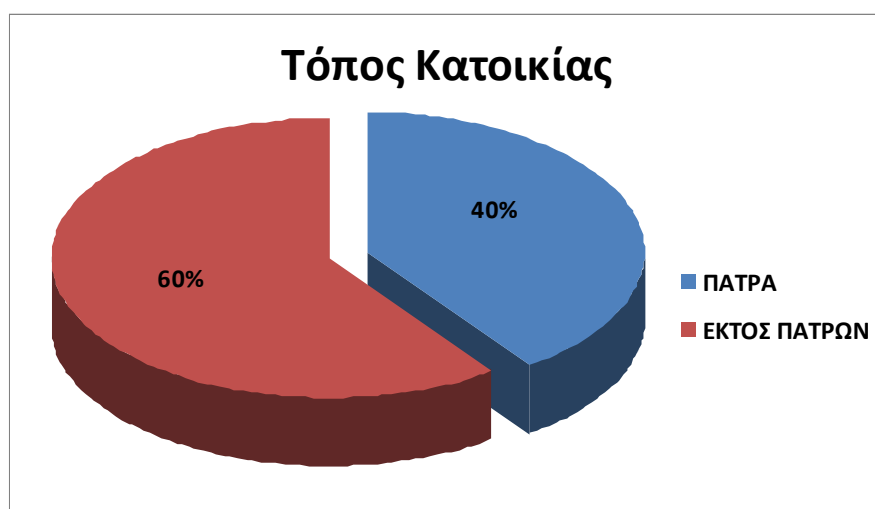
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 Ασφαλιστικός φορέας εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Η πλειοψηφία των ασθενών (55%) είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α και ακολουθεί ο Ο.Γ.Α. με 35%. Οι ασθενείς είναι είτε άμεσα είτε έμμεσα ασφαλισμένοι. Ενώ να σημειωθεί ότι ο ασθενής που υπαγόταν στον Ο.Α.Ε.Ε. λόγω ελεύθερου επαγγέλματος μεταφέρθηκε στο Ι.Κ.Α. λόγω αναπηρίας και διακοπής εργασιών της επιχείρησής του. Σημαντική πληροφορία έρχεται μέσα από τον μόνιμο τόπο κατοικίας των ασθενών και το γράφημα 3.

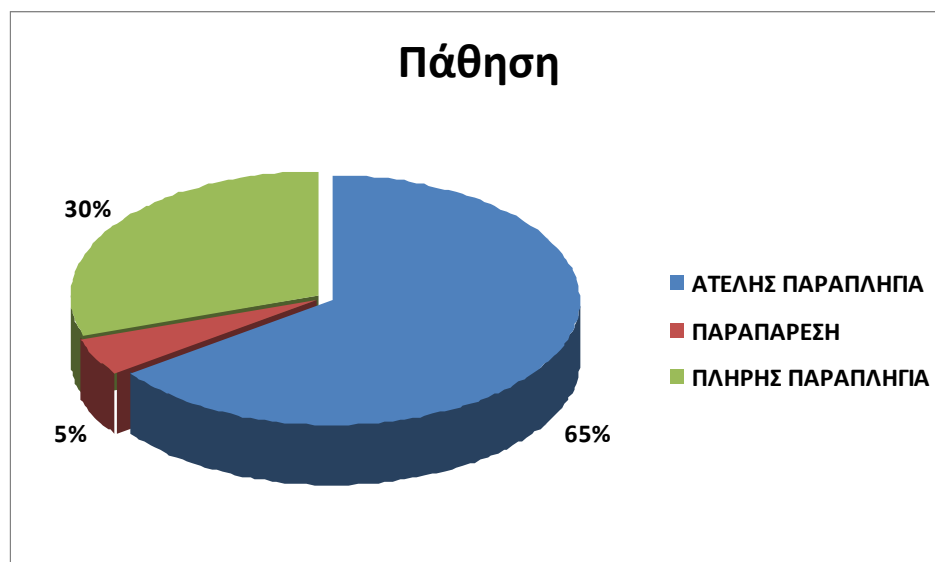
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3 Τόπος μόνιμης κατοικίας εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) των ασθενών προέρχονται από περιοχές εκτός των Πατρών (π.χ. Πύργος, Ζάκυνθος, Άρτα, Καλάβρυτα, Αγρίνιο, Αμφισσα) όπου εδρεύει το Κ.Α.Α. γεγονός που σημαίνει ότι τα έξοδα μετακίνησης της οικογένειας αυξάνονται προκειμένου να επισκεφθούν τον ασθενή ενώ παράλληλα μειώνεται και ο διαθέσιμος χρόνος για συντροφιά ή φροντίδα τους. Τέλος, μέσα από τα επόμενα γραφήματα θα παρουσιαστούν περιγραφικά οι κατηγορίες των παθήσεων των ασθενών και αναλυτικά βάση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (ICD – 10).

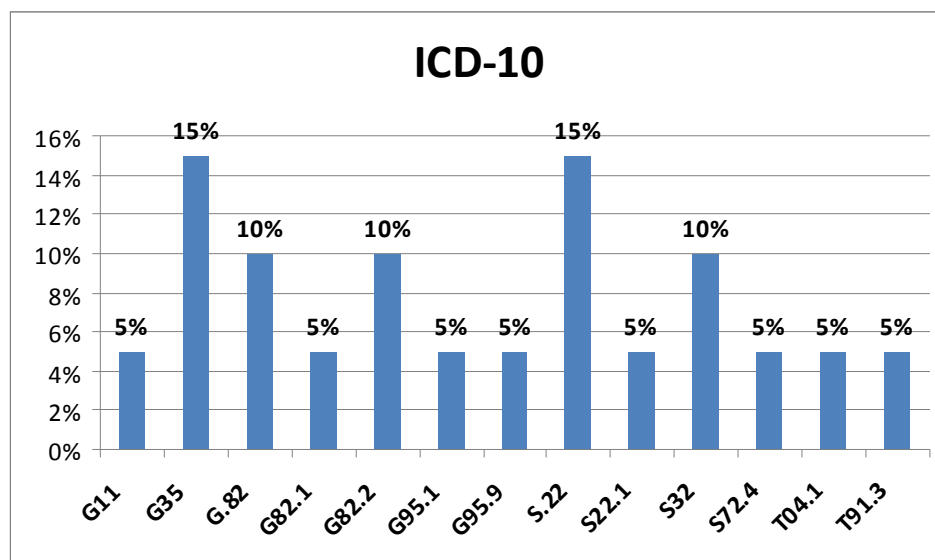
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4 Παθήσεις εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Το 65% των ασθενών πάσχουν από ατελή παραπληγία (μερική κίνηση) ενώ ακολουθεί η πλήρης παραπληγία (καμία κίνηση) με ποσοστό 30%. Αξίζει να αναφερθεί ότι 2 ασθενείς κατά την εισαγωγή τους παρουσίαζαν πλήρης παραπληγία και η συνεχής βελτίωση κατέστησε την πάθηση σε ατελή. Είναι πολύ σημαντικό ως προς την αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών, τόσο για τους ίδιους αλλά και για τους οικείους, αν η παραπληγία είναι πλήρης ή ατελής.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4 Παθήσεις εσωτερικών ασθενών κατά ICD – 10



- ¹ G11 Κληρονομική αταξία
- G35 Πολλαπλή Σκλήρυνση
- G.82 Παραπληγία και τετραπληγία
- G82.1 Σπαστική παραπληγία
- G82.2 Παραπληγία, μη καθορισμένη
- G95.1 Αγγειακές παθήσεις του νωτιαίου μυελού
- G95.9 Διάφορες παθήσεις του νωτιαίου μυελού
- S.22 Κατάγματα των πλευρών, του στέρνου και της θωρακικής μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης
- S22.1 Πολλαπλά κατάγματα της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
- S32 Κατάγματα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και της πύελου
- S72.4 Κάταγμα του κάτω άκρου του μηριαίου οστού
- T04.1 Συνθλιπτικοί τραυματισμοί, με συμμετοχή του θώρακα με την κοιλία, το κατώτερο τμήμα της ράχης και την πύελο
- T91.3 Όχιμα αποτελέσματα του τραυματισμού του νωτιαίου μυελού

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας καθιερώθηκε το 1893 ως Ταξινόμηση Bertillon ή Διεθνής Κατάλογος των Αιτιών θανάτου. Ως ταξινόμηση των νόσων ορίζεται ένα σύστημα κατηγοριών στο οποίο καταγράφονται οι νοσολογικές οντότητες σύμφωνα με καθιερωμένα κριτήρια³⁴. Η στατιστική ταξινόμηση των νόσων περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα των νοσολογικών καταστάσεων μέσα σε έναν ικανό αριθμό κατηγοριών. Η χρήση των ICD

– 10 στην Ελλάδα καθιερώθηκε υποχρεωτικά στα νοσοκομεία (ιδιωτικά και δημόσια) από την 01/01/2013 με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Συνεπώς, μέσα από το διάγραμμα 4 παρουσιάζεται με ακρίβεια η κατάταξη της πάθησης. Παρατηρούμε ότι η παραπληγία των ασθενών προέρχεται αθροιστικά από κατάγματα της σπονδυλικής στήλης με ποσοστό 35% και ακολουθεί η σκλήρυνση κατά πλάκας με 15%.

3.5.2 Κοστολόγηση εσωτερικών ασθενών

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ο υπολογισμός του κόστους έγινε με βάση την μέθοδο κοστολόγησης ανά δραστηριότητα (activity based costing). Συνεπώς η κοστολόγηση βασίστηκε στην αναλυτική καταγραφή κάθε κατηγορίας εξόδων που αφορούν την νοσηλεία. Θα ακολουθήσουν σχετικοί πίνακες και αναλυτική επεξήγηση του άμεσου κόστους δηλαδή για τα νοσήλια, την κατανάλωση υλικών και φαρμάκων, διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, την χρήση ειδικών βοηθημάτων, των λειτουργικών δαπανών και παγίων εξόδων, των δαπανών μισθοδοσίας προσωπικού, του έμμεσου κόστους (απώλεια εισοδήματος μελών οικογένειας) και τέλος της ιδιωτικής δαπάνης που επιβάρυνε αποκλειστικά και μόνο την οικογένεια ή τον ίδιο τον ασθενή χωρίς επιστροφή από τον ασφαλιστικό φορέα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Νοσήλια εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N ασθενών	Σύνολο Νοσηλίων	Μ.Ο. Νοσηλίων ανά ασθενή*	Τιμή Νοσηλίου	Σύνολο Κόστους Νοσηλίων ^{1,2}	Μέσο κόστος Νοσηλίων ^{1,2}
Ημερήσια Νοσήλια	20	3.557	178	150,00 €	602.912,00 €	30.146,00 €

¹ έχει γίνει στρογγυλοποίηση στο κοντινότερο ακέραιο

² έχει συνυπολογιστεί το Φ.Π.Α 13%

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Οι 20 εσωτερικοί ασθενείς παρέμειναν στο Κ.Α.Α. για το χρονικό διάστημα από 01/01/2011 έως 31/12/2011 συνολικά 3.557 ημέρες. Κάθε ασθενής παρέμεινε νοσηλεύομενος για 178 ημέρες. Βάση Προεδρικού Διατάγματος, η τιμή που αποδίδεται

από τα ασφαλιστικά ταμεία για κάθε ημερήσιο κλειστό νοσήλιο είναι 150,00 € πλέον 13% Φ.Π.Α. Συνεπώς, το συνολικό κόστος των νοσηλίων ανήλθε στις 602.912,00 € ενώ το μέσο κόστος ανήλθε στις 30.146,00 €.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 Φάρμακα εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N ασθενών	Συνολικό Κόστος Χορήγησης Φαρμάκων ^{1,2}	Μέσο Κόστος Χορήγησης Φαρμάκων ^{1,2}
Φάρμακα εντός νοσηλίου	20	7.765,00 €	389,00 €
Φάρμακα εκτός νοσηλίου	20	30.391,00 €	1.520,00 €
Σύνολο	20	38.156,00 €	1.908,00 €

¹έχει γίνει στρογγυλοποίηση στο κοντινότερο ακέραιο

²τελικές τιμές, με ήδη προσαρμοσμένη τιμή Φ.Π.Α

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αποσαφηνιστούν οι έννοιες των φαρμάκων που είναι εντός και εκτός του νοσηλίου. Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο περιλαμβάνει την διαμονή, την ιατρική παρακολούθηση, την νοσηλευτική φροντίδα, την διατροφή, εξετάσεις και κάθε είδους θεραπεία. Επιπρόσθετα περιλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων ευρείας κατανάλωσης σχετικά με την πάθηση του ασθενή την οποία και νοσηλεύεται (π.χ. μυοχαλαρωτικά για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας, αντιχολινεργικά για την νευρογενή κύστη, παυσίπονα, ενεργητικά και μη στερεωτικά αντιφλεγμονώδη κ.α.) όπου είναι τα λεγόμενα φάρμακα εντός νοσηλίου. Το κόστος των φαρμάκων αυτών το επωμίζεται το Κ.Α.Α. Τα φάρμακα που αποτελούν χρόνια φαρμακευτική αγωγή για την παραπληγία ή άλλη παράλληλη πάθηση (π.χ. αρτηριακή πίεση, καρδιολογικές παθήσεις) συνταγογραφούνται στον ασθενή και οι συνταγές εκτελούνται από τα φαρμακεία. Αυτά είναι τα φάρμακα εκτός νοσηλίου και το κόστος αυτών το επωμίζεται ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενή. Να σημειωθεί ότι λόγω της πάθησης η συμμετοχή των ασθενών στα φάρμακα είναι 0%.

Από τον σχετικό πίνακα βλέπουμε ότι το συνολικό κόστος των φαρμάκων εντός νοσηλίου είναι 7.765,00 € ενώ το μέσο κόστος είναι 389,00 €. Παρατηρούμε ότι το κόστος των χρόνιων φαρμάκων αυξάνεται και συνολικά ανέρχεται στις 30.391,00 € ενώ το μέσο κόστος είναι 1.520,00 €. Το συνολικό ετήσιο κόστος των χορηγηθέντων φαρμάκων είναι 38.156,00 € και το μέσο ετήσιο κόστος 1.908,00 €. Ακολουθεί σχετικός πίνακας με το κόστος χρήσης υγειονομικού υλικού των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 Υλικά εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N ασθενών	Συνολικό Κόστος Χρήσης Υλικών ^{1,2}	Μέσο Κόστος Χρήσης Υλικών ^{1,2}
Υλικά εντός νοσηλίου	20	5.810,00 €	291,00 €
Υλικά εκτός νοσηλίου	20	25.618,00 €	1.281,00 €
Σύνολο	20	31.428,00 €	1.571,00 €

¹έχει γίνει στρογγυλοποίηση στο κοντινότερο ακέραιο

²τελικές τιμές, με ήδη προσαρμοσμένη τιμή ΦΠ.Α

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Για τα υλικά εντός και εκτός του νοσηλίου ομοίως ισχύει ότι και για τα φάρμακα. Δηλαδή, το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο περιλαμβάνει και την χορήγηση υλικών όπως ορίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 382 όπου το κόστος αυτών αφομοιώνεται από το Κ.Α.Α. ενώ τα υλικά που χαρακτηρίζονται ως εξαιρούμενα του νοσηλίου βάση της Υπουργικής Απόφασης 1320 και υποκαθιστούν τις μόνιμες ή προσωρινές βλάβες απότοκων της πάθησης (π.χ. επιθέματα για τις κατακλίσεις, διαλείποντες για τον καθετηριασμό κ.α.) και το κόστος τους αφομοιώνεται από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Παρατηρούμε λοιπόν όπως και στα φάρμακα, ότι το κόστος των υλικών εκτός του νοσηλίου είναι μεγαλύτερο αφού το συνολικό κόστος φτάνει τις 25.618,00 € και το μέσο κόστος τα 1.281,00 € σε σχέση με τα υλικά εντός του νοσηλίου όπου το συνολικό κόστος αγγίζει μόλις τις 5.810,00 € ενώ το μέσο κόστος φτάνει στα 291,00 €. Εν

συνεχεία θα υπολογιστεί το κόστος των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι παρατηρήθηκε πως, τα πιο σταθερά σε κλινική κατάσταση περιστατικά να έχουν λιγότερη χρήση όσο φαρμάκων τόσο και υλικών σε σχέση με τα περιστατικά όπου παρουσίαζαν κάποιου είδους επιπλοκή κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Αυτό συνεπάγεται με αύξηση του κόστους της νοσηλείας τους αφού επιμηκύνονται και οι μέρες νοσηλείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4 Εξετάσεις εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N ασθενών	Συνολικό Κόστος Εξετάσεων ^{1,2}	Μέσο Κόστος Εξετάσεων ^{1,2}
Εργαστηριακές Εξετάσεις	20	5.147,00 €	258,00 €
Απεικονιστικές Εξετάσεις	20	4.202,00 €	211,00 €
Σύνολο	20	9.349,00 €	468,00 €

¹έχει γίνει στρογγυλοποίηση στο κοντινότερο ακέραιο

²τελικές τιμές, με ήδη προσαρμοσμένη τιμή ΦΠ.Α

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Βάση του ανωτέρω πίνακα βλέπουμε ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις (εξετάσεις αίματος, καλλιέργειες ούρων κ.α.) έχουν υψηλότερο κόστος (5.147,00 €) σε σχέση με τις απεικονιστικές εξετάσεις (αξονικές ή μαγνητικές τομογραφίες) παρόλο που το κόστος των εργαστηριακών είναι μικρότερο. Αυτό γιατί οι παραπληγικοί ασθενείς συχνά παρουσιάζουν ουρολοιμώξεις λόγω των διαλειπόντων καθετηριασμών και της νεκρογενούς κύστης και χρήζουν εκτός από χορήγηση αντιβιώσεων έλεγχο με εργαστηριακές εξετάσεις. Οι απεικονιστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται κυρίως προγραμματισμένα για επανεξέταση της βλάβης και παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Συνολικά το κόστος των εξετάσεων ανέρχεται στις 9.349,00 € και μέσο κόστος 468,00 €. Το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων αφομοιώνεται από το Κ.Α.Α ενώ

των απεικονιστικών εξετάσεων είναι εξαιρούμενο του κλειστού νοσηλίου και αποδίδεται από τον ασφαλιστικό φορέα. Από το διάγραμμα που ακολουθεί μπορούμε να έχουμε μια συνολική εικόνα για την κατανομή των εξόδων νοσηλείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5 Μέσο Κόστος Εξόδων Νοσηλείας



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Είναι ευκρινές ότι τα νοσήλια αποτελούν το μεγαλύτερο έξοδο με μέσο κόστος 30.146,00 € και με μεγάλη διαφορά από το αμέσως επόμενο που είναι η χορήγηση των φαρμάκων με μέσο κόστος 1.908,00 €. Γενικότερα, η νοσοκομειακή περίθαλψη και η φαρμακευτική αγωγή αποτελούν σημαντικούς συντελεστές κόστους σε όλες τις κατηγορίες των παθήσεων πράγμα το οποίο έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες. Εν συνεχεία θα σχολιαστεί σχετικός πίνακας με την χρήση βοηθημάτων από τους ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 Βοηθήματα εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N ασθενών	Συνολικό Κόστος Βοηθημάτων ¹	Μέσο Κόστος Βοηθημάτων
Βοηθήματα	20	11.400,00 €	570,00 €

¹τιμές κατά προσέγγιση

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Με τον όρο βοηθήματα εννοούμε τα αναπηρικά αμαξίδια, ειδικά καθίσματα, ορθοστάτες, είδη μάνιου, είδη μεταφοράς και μετακίνησης των ασθενών και βοηθήματα καθημερινής ζωής. Παρόλο που το Κ.Α.Α είναι πλήρως εξοπλισμένο με όλα τα ανωτέρω είδη, αρκετοί είναι οι ασθενείς όπου πριν την εισαγωγή τους έχουν αγοράσει αρκετά από τα είδη αυτά ή για προσωπικούς λόγους ειδικά οι νεότεροι ηλικιακά ασθενείς επιθυμούν να αγοράσουν καινούργια και αποκλειστικά δικιά τους χρήση. Συνεπώς, το κόστος αυτό μετατοπίζεται αφενός στον ασφαλιστικό φορέα αλλά και κατά μεγάλο ποσοστό αφομοιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή την οικογένεια με ιδιωτική δαπάνη αφού σε αρκετές περιπτώσεις δεν έχει γίνει ακόμα η επιστροφή των χρημάτων από τον ασφαλιστικό φορέα λόγω γραφειοκρατίας ή τα δικαιολογητικά δεν ήταν επαρκή κατά την εμπρόθεσμη κατάθεσή τους. Η κοστολόγηση των βοηθημάτων στηρίχτηκε στις αναφορές των ίδιων των ασθενών ή των συγγενών με τιμές κατά προσέγγιση και επιχειρήθηκε μια πρώτη εκτίμηση. Το 100% του δείγματος χρησιμοποιεί τέτοιου είδους βοηθήματα και το συνολικό κόστος ανήλθε με ιδιωτική δαπάνη 11.400,00 € κατ' επέκταση το μέσο κόστος αγγίζει τα 570,00 €. Δεν μπορεί να υπολογιστεί στην παρούσα φάση το ποσό που κλήθηκε να καλύψει ο ασφαλιστικός φορέας διότι δεν υπάρχουν οι αντίστοιχες καταγραφές.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5 Επίδομα παραπληγικού εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Μετά την εμφάνιση της νόσου και εφόσον πληρεί ο ασθενής τις προϋποθέσεις που θέτει ο εκάστοτε ασφαλιστικός φορέας δίδεται επίδομα παραπληγικού ή σε περίπτωση συνταξιοδότησης δίδεται αναπηρική σύνταξη. Μέσα από το γράφημα βλέπουμε ότι μόνο το 40% των ασθενών έχει πάρει το επίδομα και να σημειωθεί ότι το πήραν μήνες μετά, ενώ η πλειοψηφία με ποσοστό 60% δεν έχουν πάρει ακόμα το επίδομα ή ακόμα δεν έχουν περάσει από την αρμόδια επιτροπή λόγω γραφειοκρατίας. Κατά συνέπεια, το χρονικό διάστημα που οι ασθενείς δεν έχουν κάποια οικονομική ενίσχυση από το κράτος η ιδιωτική δαπάνη αυξάνεται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 Απώλεια ατομικού, οικογενειακού εισοδήματος και οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας εσωτερικών ασθενών

Κατηγορία	N ασθενών	Συνολική Απώλεια Εισοδήματος & Οικογενειακής Επιβάρυνσης ¹	Μέσο Κόστος Απώλειας Εισοδήματος & Οικογενειακής Επιβάρυνσης
Απώλεια Ατομικού Εισοδήματος	20	174.560,00 €	8.728,00 €
Απώλεια Οικογενειακού Εισοδήματος	20	73.500,00 €	3.675,00 €
Οικονομική Επιβάρυνση Οικογένειας / Άμεσο ιατρικό κόστος	20	594.400,00 €	29.720,00 €

¹τιμές κατά προσέγγιση
 Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Λόγω αδυναμίας να επιστέψει στα εργασιακά καθήκοντα και λόγω νοσηλείας ως εσωτερικός, ο ασθενής υπόκειται σε απώλεια του εισοδήματός του. Το οικείο περιβάλλον καλείται να ανταπεξέλθει στις ιδιωτικές δαπάνες που προκύπτουν επιβαρύνοντας έτσι τον οικογενειακό προϋπολογισμό ενώ παράλληλα χάνεται εισόδημα και από τα μέλη της οικογένειας στην προσπάθεια να φροντίσουν τον ασθενή (έμμεσο κόστος). Η ατομική απώλεια προκύπτει από την διαφορά του μισθού ή του εισοδήματος πριν την εμφάνιση της νόσου με το εισόδημα που προκύπτει μετά την νόσο. Ομοίως υπολογίζεται και η απώλεια του οικογενειακού εισοδήματος λόγω χαμμένης παραγωγικότητας. Να σημειωθεί ότι ο χαμένος ελεύθερος χρόνος ή ο χρόνος που ξοδεύτηκε από τον ασθενή δεν έχει υπολογιστεί. Η οικογενειακή επιβάρυνση είναι τα έξοδα που αφορούν βενζίνες και λοιπά μεταφορικά από και προς το νοσοκομείο προκειμένου να τον επισκεφτούν, πληρωμή αποκλειστικής νοσοκόμας, ρουχισμός για τον ασθενή βάση των νέων αναγκών του, ειδική τεχνική προετοιμασία του σπιτιού που θα τον υποδεχτεί (π.χ. μπάνιο, ειδικός ανελκυστήρας, μπάρες διαδρόμου κ.α.), σε ορισμένες περιπτώσεις μετατροπή του αυτοκινήτου σε αναπηρικό, διαμονή και διατροφή του μέλους της οικογένειας στην Πάτρα κ.α. Όλα αυτά αποτελούν το άμεσο μη ιατρικό κόστος. Και στις τρεις περιπτώσεις ο υπολογισμός έγινε κατά προσέγγιση βάση αναφορών των ίδιων των ασθενών ή των συγγενών με ποσά και έτσι επιχειρήθηκε μια πρώτη εκτίμηση. Έτσι από τον πίνακα παρατηρούμε ότι το μέσο κόστος της απώλειας του εισοδήματος είναι 8.728,00 €, το μέσο κόστος της απώλειας εισοδήματος των μελών της οικογένειας είναι 3.675,00 € ενώ το μέσο κόστος της οικογενειακής επιβάρυνσης αγγίζει τα 29.720,00 €. Η απώλεια των μελών της οικογένειας είναι μικρότερη διότι οι περισσότεροι μετά την νόσο του ασθενή και αφού σταθεροποιήθηκε επέστρεψαν στην εργασία τους κανονικά. Ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς για το υπόλοιπο του 2011 δεν εργάστηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7 Μισθοδοσία, Πάγια και Λοιπά Λειτουργικά Έξοδα για το έτος 2011

Κατηγορία εξόδων	Αξίες σε €	N Ασθενών	Μέσο Κόστος
Δαπάνη διατροφής	22.120,00 €	20	1.106,00 €
Αμοιβή Προσωπικού Παραγωγής	62.820,00 €	20	3.141,00 €
Αμοιβή Ιατρικού Προσωπικού	8.975,00 €	20	449,00 €
Δαπάνες Leasing- Συντηρήσεις ¹	442,00 €	20	23,00 €
Αποσβέσεις Παγίων ¹	52.205,00 €	20	2.611,00 €
Γενικά Έξοδα Παραγωγής ¹	51.644,00 €	20	2.583,00 €
Σύνολο	198,206 €	20	9.913,00 €

¹Ο επιμερισμός έγινε βάση cm² του Κ.Α.Α

Πηγή: Οικονομική Διεύθυνση της «Ολύμπιον Α.Ε.»

Η κοστολόγηση των παγίων και των λοιπών λειτουργικών εξόδων έγινε κατόπιν επιμερισμού cm² για το Κέντρο Αποκατάστασης. Έπειτα υπολογίστηκε το ποσό που αντιστοιχεί στους 20 ασθενείς του δείγματος ώστε να μπορέσουμε να έχουμε το μέσο κόστος. Στο προσωπικό παραγωγής περιλαμβάνονται οι νοσηλευτές, το διοικητικό προσωπικό, οι θεραπευτές, καθαρίστριες, τραυματιοφορείς και λοιποί υπάλληλοι οι οποίοι στο σύνολό τους είναι 64 άτομα. Στα γενικά έξοδα παραγωγής περιλαμβάνονται το ρεύμα, το νερό, τα σταθερά και κινητά τηλέφωνα, το ιντερνετ, οι βενζίνες οχημάτων

κ.α. Από τον πίνακα γίνεται φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσό των εξόδων αφορά την μισθοδοσία του προσωπικού παραγωγής με μέσο κόστος 3.141,00 €. Ακολουθούν οι αποσβέσεις των παγίων με μέσο κόστος 2.611,00 € και τα γενικά έξοδα παραγωγής με μέσο κόστος 2.583,00 €. Ακολουθεί σχετικό διάγραμμα προκειμένου να γίνει πιο ευκρινής η κατανομή των εξόδων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6 Μέσο Κόστος Μισθοδοσίας, Παγίων και Λοιπών Λειτουργικών Εξόδων



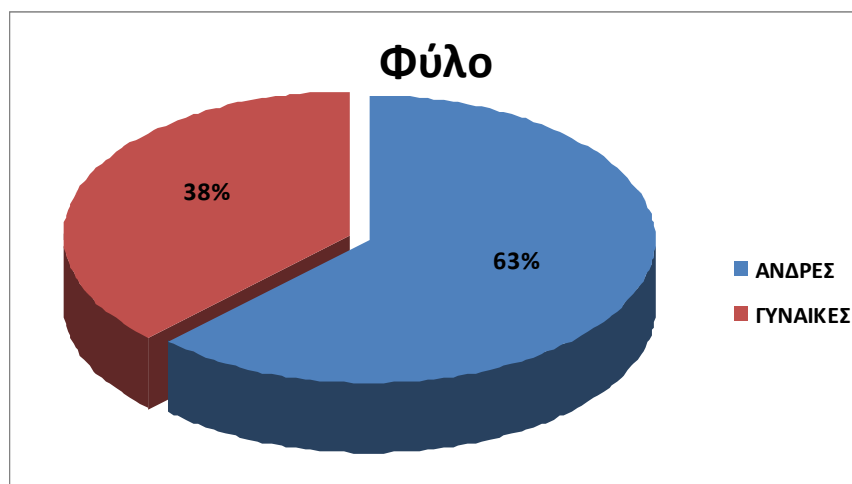
Πηγή: επεξεργασία δείγματος

3.6 Εξωτερικοί ασθενείς

3.6.1 Περιγραφή του δείγματος

Ομοίως όπως και στους εσωτερικούς ασθενείς, θα ακολουθήσει περιγραφή και σχολιασμός των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος των εξωτερικών ασθενών των πλήθος των οποίων αποτέλεσαν δείγμα ήταν 16 ασθενείς. Το παρακάτω γράφημα μας δείχνει το ποσοστό ανδρών και γυναικών που πάσχουν από παραπληγία.

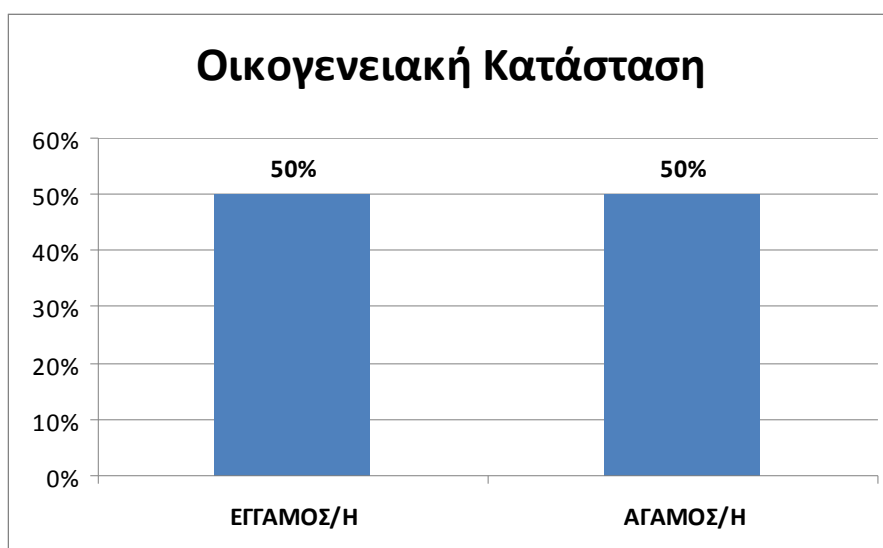
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6 Κατανομή του φύλου των εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Διαπιστώνουμε όπως και στους εσωτερικούς ασθενείς, έτσι και στους εξωτερικούς ότι οι άνδρες ασθενείς είναι κατά πλειοψηφία περισσότεροι με ποσοστό 63% από τις γυναίκες. Από τα στοιχεία που τηρεί το Κ.Α.Α. προκύπτει ότι στο σύνολο όλων των εξωτερικών ασθενών ανεξαρτήτου παθήσεως οι άνδρες ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες.

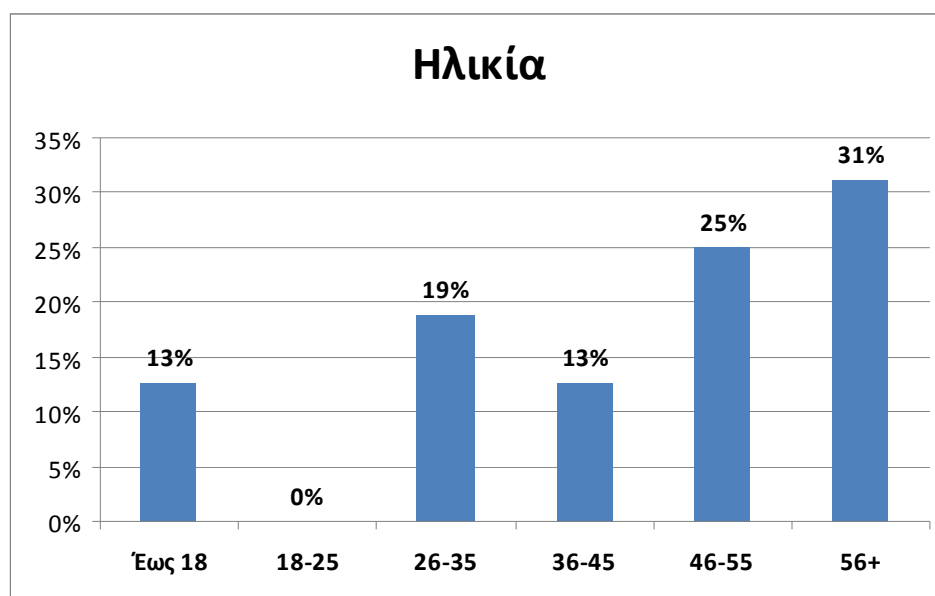
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7 Οικογενειακή κατάσταση εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι το 50% του δείγματος είναι έγγαμοι και το υπόλοιπο 50% άγαμοι. Όπως ήδη αναφέρθηκε είναι σημαντικό το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή για ψυχολογικούς λόγους αλλά και για πρακτικούς και λειτουργικούς λόγους (π.χ. για την μεταφορά του, την βοήθεια σε αλλαγή ρούχων κ.α.) Οι άγαμοι του δείγματος ζουν με τις οικογένειές τους και λόγω της ηλικίας τους, οπότε χαίρουν της βοήθειας που χρειάζονται.

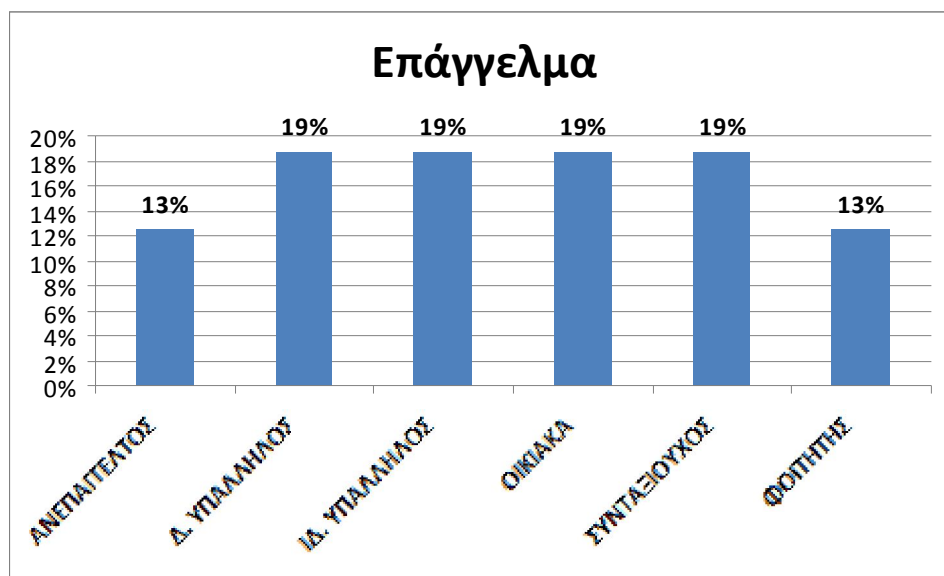
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8 Ηλικία εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Από το διάγραμμα 7 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (31%) βρίσκεται στην ηλικία άνω των 56 ετών, όπως και στους εσωτερικούς ασθενείς. Όμως παρουσιάζεται μια νέα ηλικιακή ομάδα έως 18 ετών με ποσοστό 13% ενώ ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι στην ηλικία από 18 έως 25 ετών δεν υπάρχει κανένας ασθενής. Σημαντικό είναι όμως και το ποσοστό των ηλικιών 26 έως 35 ετών με 19%. Σύμφωνα με στοιχεία που τηρεί το Κ.Α.Α έχουν αυξηθεί οι εξωτερικοί ασθενείς των ηλικιών 2 έως 35 σε σχέση με το 2010.

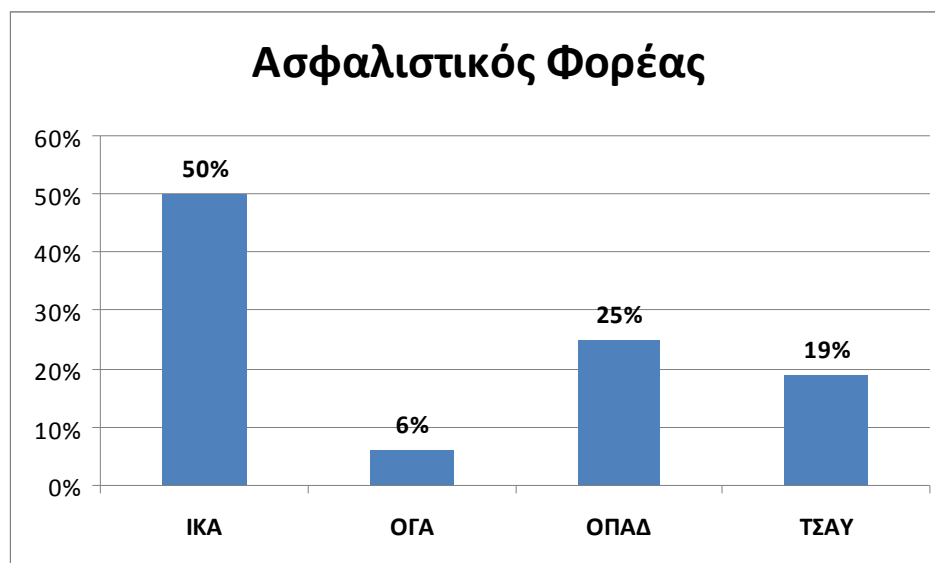
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9 Επάγγελμα εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Βάση του ανωτέρω διαγράμματος υπάρχει ομοιογένεια μεταξύ των επαγγελμάτων των εξωτερικών ασθενών. Εξαιτίας των ποσοστών των ασθενών με μικρές ηλικίες κατ' επέκταση είναι είτε ανεπάγγελτοι (μαθητές ή άνεργοι) είτε φοιτητές. Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι συνταξιούχοι και οι νοικοκυρές έχουν ισόποσα το ποσοστό 19%. Οι εξωτερικοί ασθενείς δεδομένου ότι είναι σε θέση να μετακινούνται πιο εύκολα και έχουν βελτιώσει την κινητικότητά τους είναι σε θέση οι περισσότεροι να επιστρέψουν στην εργασία τους έστω και μετά από καιρό αποχής.

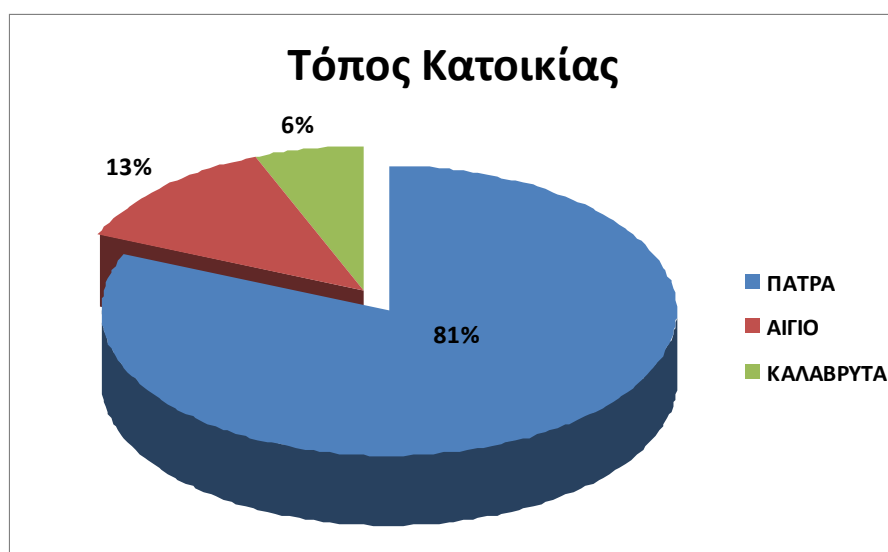
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10 Ασφαλιστικός φορέας εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Η πλειοψηφία των ασθενών με ποσοστό 50% είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α όπως το ίδιο σημειώθηκε και στους εσωτερικούς ασθενείς, και ακολουθεί ο Ο.Π.Α.Δ. με 25%. Οι ασθενείς είναι είτε άμεσα είτε έμμεσα ασφαλισμένοι. Οι έμμεσα ασφαλισμένοι συμμετέχουν με 10% επί του ποσού της συνεδρίας που έχει οριστεί από το Προεδρικό Διάταγμα ενώ οι άμεσα ασφαλισμένοι είναι καλυπτόμενοι 100% από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

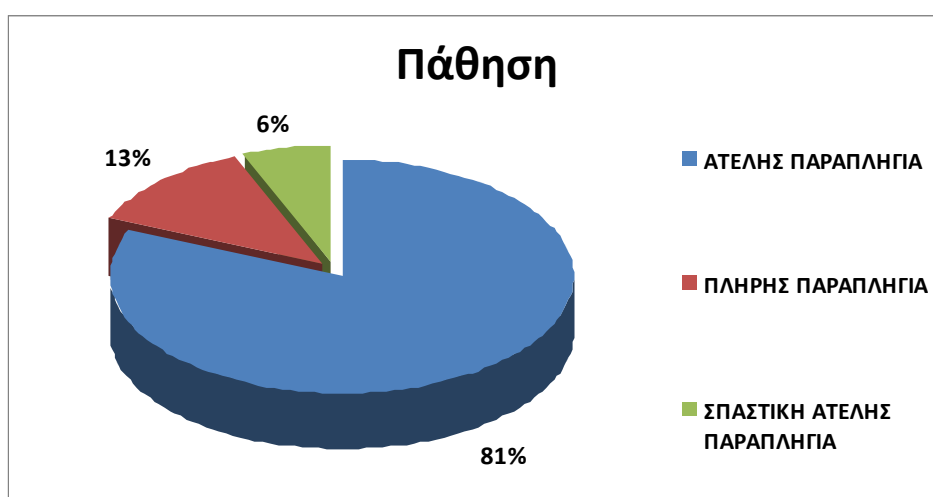
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.7 Τόπος μόνιμης κατοικίας εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Σε αντίθεση με τους εσωτερικούς ασθενείς η πλειοψηφία των εξωτερικών ασθενών προέρχονται από την ευρύτερη περιοχή των Πατρών (81%) με πολύ μικρά ποσοστά από το Αίγιο και τα Καλάβρυτα. Αυτό εξηγείται διότι οι ασθενείς που μένουν εκτός Αχαΐας συνεχίζουν το πρόγραμμα αποκατάστασής τους σε απλά φυσικοθεραπευτήρια της πόλης τους είτε ακολουθούν συνεδρίες κατ' οίκον, τα έξοδα της μετακίνησης είναι αρκετά και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οι οικογένειες των ασθενών παρ' όλο που οι συνεδρίες καλύπτονται από τον ασφαλιστικό τους φορέα, δεν υπάρχει βοήθεια τόσο συχνά από τρίτο άτομο ώστε ο παραπληγικός να μπει στο αυτοκίνητο ή να βγει από το σπίτι.

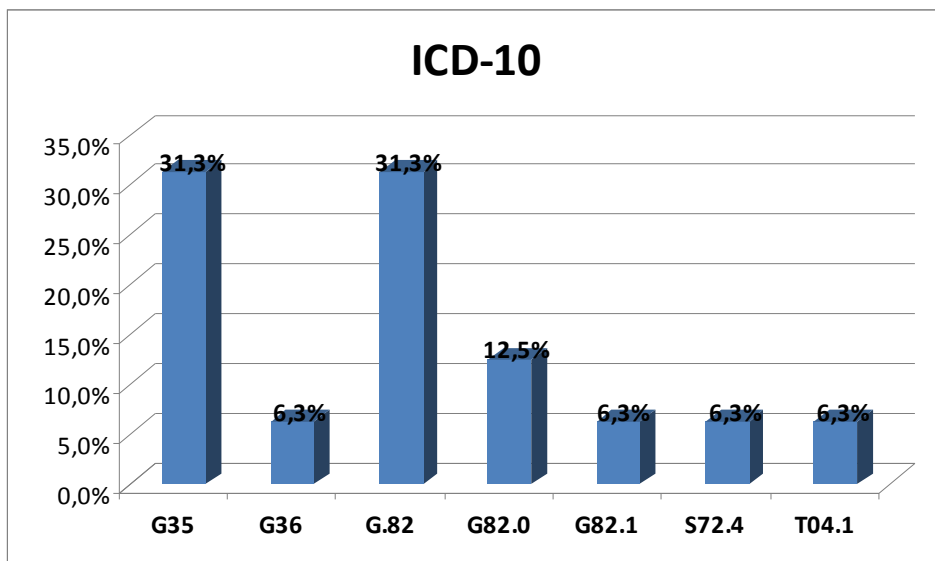
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.8 Παθήσεις εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Διαπιστώνουμε ότι η κύρια πάθηση των εξωτερικών ασθενών είναι η ατελής παραπληγία με ποσοστό 81% ενώ ακολουθεί η πλήρης παραπληγία με μόλις 13%. Ομοίως και στους εσωτερικούς ασθενείς το υψηλότερο ποσοστό το εμφάνισε η ατελής παραπληγία. Η μεγάλη αυτή διαφορά στο ποσοστό εξηγείται διότι οι ασθενείς που συνεχίζουν το πρόγραμμά τους στο Κ.Α.Α. είναι σχετικά αυτοεξυπηρετούμενοι για τις περισσότερες από τις βασικές τους ανάγκες. Σαφώς και υπάρχουν ασθενείς με πλήρη παραπληγία που χρήζουν συνέχιση της αποκατάστασης τους όμως η μετακίνησή τους δεν είναι εφικτή και έτσι συνεχίζουν κυρίως κατ' οίκον. Ακολουθεί ανάλυση των παθήσεων βάση ICD – 10.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11 Παθήσεις εξωτερικών ασθενών κατά ICD - 10



¹G35 Πολλαπλή Σκλήρυνση

G36 Άλλες οξείες διάχυτες απομυελινωτικές παθήσεις

G.82 Παραπληγία και τετραπληγία

G82.0 Χαλαρή παραπληγία

G82.1 Σπαστική παραπληγία

S72.4 Κάταγμα του κάτω άκρου του μηριαίου οστού

T04.1 Συνθλιπτικοί τραυματισμοί, με συμμετοχή του θώρακα με την κοιλία, το κατώτερο τμήμα της ράχης και την πύελο

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Μέσα από το διάγραμμα 10 και την χρήση του ICD – 10 παρουσιάζεται με ακρίβεια η κατάταξη της πάθησης. Παρατηρούμε ότι η παραπληγία των ασθενών προέρχεται κατά μεγάλο ποσοστό από σκλήρυνση κατά πλάκας (31,3%) και με το ίδιο ακριβώς ποσοστό η παραπληγία χαρακτηρίζεται ως χαλαρή από παθήσεις όπως οστεογένεση και τροχαία ατυχήματα.

3.6.2 Κοστολόγηση εξωτερικών ασθενών

Η κοστολόγηση βασίστηκε στην αναλυτική καταγραφή όλων των συνεδριών αποκατάστασης που υπεβλήθησαν οι εξωτερικοί ασθενείς για το έτος 2011. Θα ακολουθήσουν σχετικοί πίνακες και αναλυτική επεξήγηση του πλήθους των συνεδριών, του συνολικού κόστους των συνεδριών, της χρήσης ειδικών βοηθημάτων, απώλεια ατομικού εισοδήματος αλλά και μελών της οικογένειας, της ιδιωτικής δαπάνης

που επιβάρυνε αποκλειστικά και μόνο την οικογένεια ή τον ίδιο τον ασθενή χωρίς επιστροφή από τον ασφαλιστικό φορέα από την συμμετοχή τους στις συνεδρίες και τέλος των ασθενών που λαμβάνουν παραπληγικό επίδομα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8 Συνεδρίες εξωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N Ασθενών	Σύνολο Συνεδριών	Μ.Ο. Συνεδριών ανά ασθενή
Συνεδρίες	16	643	40

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 16 ασθενείς οι οποίοι παρακολούθησαν συνολικά 643 συνεδρίες αποκατάστασης για ολόκληρο το έτος του 2011. Κάθε ασθενής παρακολούθησε κατά μέσο όρο 40 συνεδρίες. Ως προς την κοστολόγηση, υπάρχει διαχωρισμός ο οποίος δημιουργείται λόγω του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του ασθενή. Η συνεδρία για τον ασφαλισμένο του Ι.Κ.Α. κοστολογείται από το ταμείο του 63,00 € και οι έμμεσα ασφαλισμένοι δεν έχουν καμία συμμετοχή. Η συνεδρία για τον ασφαλισμένο του Ο.Π.Α.Δ., Ο.Γ.Α., Τ.Σ.Α.Υ. κοστολογείται από το ταμείο του 70,00 € και οι έμμεσα ασφαλισμένοι συμμετέχουν με το 10% για το Τ.Σ.Α.Υ. με 0% για τον Ο.Π.Α.Δ. λόγω της πάθησης και 0% για τον Ο.Γ.Α. Να σημειωθεί ότι δεν προστίθεται η αξία του Φ.Π.Α. 13% στους εξωτερικούς ασθενείς. Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύεται κάθε είδος συνεδρίας σε ποια κατηγορία ανήκει ενώ παρουσιάζεται το συνολικό κόστος που αγγίζει τις 42.567,00 € με το μέσο κόστος να είναι 8.699,00 € που επωμίζονται οι ασφαλιστικοί φορείς ενώ το σύνολο της ιδιωτικής δαπάνης φτάνει τα 952,00 € και το μέσο κόστος 317,00 €.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 Κόστος συνεδριών εξωτερικών ασθενών

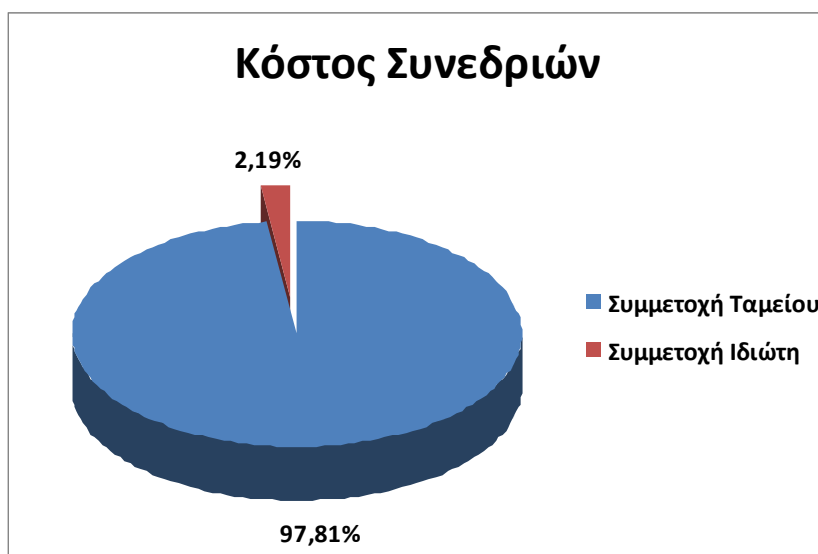
	Συνεδρίες με τιμή 63,00 € χωρίς Συμμετοχή ¹	Συνεδρίες με τιμή 70,00 € χωρίς Συμμετοχή ¹	Συνεδρίες 63,00 € με συμμετοχή 7,00 € Ιδιώτη ¹	Σύνολο
Αριθμός Συνεδριών	213	294	136	643
Συνολικό Κόστος Ασφαλ. Φορέα	13.419,00 €	20.580,00 €	8.568,00 €	42.567,00 €
Συνολικό Κόστος Ιδιώτη	0,00 €	0,00 €	952,00 €	952,00 €
Σύνολο Ασθενών	8	5	3	16
Μέσο Κόστος Συνεδριών Ασφαλ. Φορέα	1.677,00 €	4.166,00 €	2.856,00 €	8.699,00 €
Μέσο Κόστος Συνεδριών Ιδιώτη	0,00 €	0,0 0 €	317,00 €	317,00 €

¹έχει γίνει στρογγυλοποίηση στο κοντινότερο ακέραιο

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Από το γράφημα που ακολουθεί, βλέπουμε την συμμετοχή στο κόστος των συνεδριών των εξωτερικών ασθενών. Ο εκάστοτε ασφαλιστικός φορέας καλύπτει το 97,81% του συνολικού ποσού των συνεδριών ενώ οι ασθενείς συμμετέχουν ιδιωτικά μόλις με το 2,19% πράγμα που σημαίνει ότι αφορά το ποσοστό αυτό έμμεσα ασφαλισμένους.

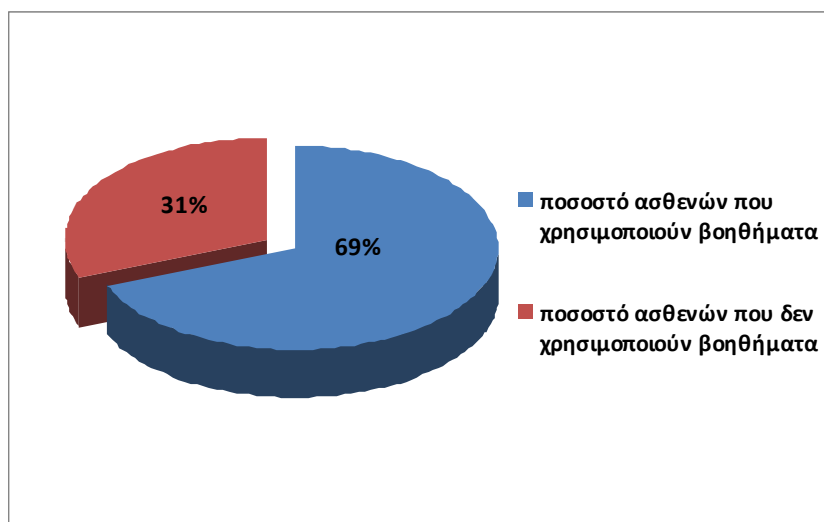
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.9 Κόστος συνεδριών εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Οι εξωτερικοί ασθενείς αν και συνήθως είναι πιο αυτοεξυπηρετούμενοι από τους εσωτερικούς ή έχουν πιο βελτιωμένη κινητικότητα, έχουν ανάγκη ομοίως την χρήση διαφόρων βοηθημάτων καθημερινής ζωής. Όπως αναλυτικά επεξηγήθηκε και ανωτέρω, τα έξοδα αυτά καλύπτονται κυρίως ιδιωτικά ενώ δεν μπορεί να προσδιοριστεί στην φάση αυτή η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα. Η κοστολόγηση των βοηθημάτων στηρίχτηκε στις αναφορές των ίδιων των ασθενών ή των συγγενών με τιμές κατά προσέγγιση και επιχειρήθηκε μια πρώτη εκτίμηση. Το 69% του δείγματος χρησιμοποιεί τέτοιου είδους βοηθήματα ενώ το 31% δεν τα χρειάζονται πλέον.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.10 Χρήση βοηθημάτων εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Να σημειωθεί ότι 4 ασθενείς που χρησιμοποιούν βοηθήματα, νοσηλεύτηκαν προηγουμένως ως εσωτερικοί ασθενείς οπότε η δαπάνη τους υπολογίζεται μια φορά (βλ. σχετικό Πίνακα 7). Η δαπάνη των υπόλοιπων 7 ασθενών απεικονίζεται μέσα από τον πίνακα που ακολουθεί και παρατηρούμε ότι το μέσο κόστος των εξωτερικών είναι 429,00 € και μικρότερο σε σχέση με το μέσο κόστος των εσωτερικών που είναι 570,00 €.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10 Βοηθήματα εξωτερικών ασθενών

Κατηγορία εξόδων	N Ασθενών	Συνολικό Κόστος Βοηθημάτων ¹	Μέσο Κόστος Βοηθημάτων
------------------	--------------	--	---------------------------

Βοηθήματα	7	3.000,00 €	429,00 €
-----------	---	------------	----------

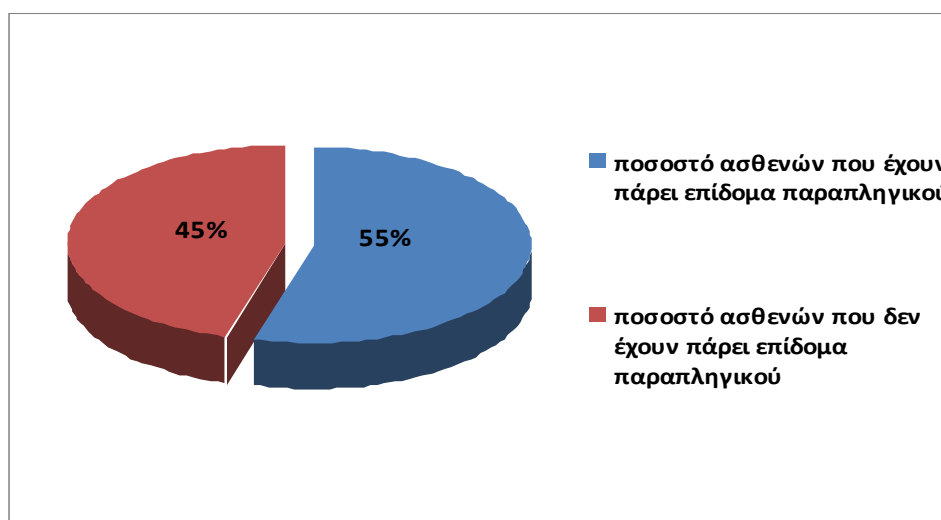
¹τιμές κατά προσέγγιση

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Η διαδικασία για το παραπληγικό επίδομα και την αναπηρική σύνταξη είναι η ίδια ανεξαρτήτου ανοικτής ή κλειστής νοσηλείας. Συνεπώς όμοια και τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν για τους εσωτερικούς ασθενείς. Από το γράφημα που ακολουθεί παρατηρούμε ότι μόνο το 55% των ασθενών έχει πάρει το επίδομα και να σημειωθεί ότι

το πήραν μήνες μετά και επειδή έχει απέλθει αρκετό χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της νόσου, ενώ το 45% δεν έχουν πάρει ακόμα το επίδομα ή ακόμα δεν έχουν περάσει από την αρμόδια επιτροπή λόγω γραφειοκρατίας. Έτσι, το χρονικό διάστημα που οι ασθενείς δεν έχουν κάποια οικονομική ενίσχυση από τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης η ιδιωτική δαπάνη αυξάνεται.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.11 Επίδομα παραπληγικού εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Ακολουθεί πίνακας με ανάλυση της απώλειας του ατομικού εισοδήματος του ασθενή, της απώλειας του οικογενειακού εισοδήματος καθώς και το σύνολο της οικογενειακής δαπάνης ως ιδιώτες. Να σημειωθεί ότι για τους 4 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν προηγουμένως ως εσωτερικοί ασθενείς η απώλεια υπολογίζεται μια φορά (βλ. σχετικό Πίνακα 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.11 Απώλεια ατομικού, οικογενειακού εισοδήματος και οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας εξωτερικών ασθενών

Κατηγορία	N ασθενών	Συνολική Απώλεια Εισοδήματος & Σύνολο Οικογενειακής Επιβάρυνσης ¹	Μέσο Κόστος Απώλειας Εισοδήματος & Μέσο Κόστος Οικογενειακής Επιβάρυνσης
Απώλεια Ατομικού Εισοδήματος	12	50.000,00 €	4.167,00 €
Απώλεια Οικογενειακού Εισοδήματος	12	11.000€	917,00 €
Οικονομική Επιβάρυνση Οικογένειας / Άμεσο μη ιατρικό κόστος	12	61.000€	5.083,00 €

¹τιμές κατά προσέγγιση

Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Η ατομική απώλεια προκύπτει από την διαφορά του μισθού ή του εισοδήματος που λάμβανε ο ασθενής πριν την εμφάνιση της νόσου, με το εισόδημα που προκύπτει μετά την νόσο. Ομοίως υπολογίζεται και η απώλεια του οικογενειακού εισοδήματος λόγω χαμμένης παραγωγικότητας λόγω φροντίδας στον ασθενή (έμμεσο κόστος). Ο χαμένος ελεύθερος χρόνος ή ο χρόνος που ξοδεύτηκε από τον ασθενή δεν έχει υπολογιστεί. Η οικογενειακή επιβάρυνση είναι τα έξοδα που αφορούν βενζίνες και λοιπά μεταφορικά από και προς το ΚΑΑ για να κάνει τις θεραπείες του ο ασθενής, ρουχισμός για τον ασθενή βάση των νέων αναγκών του, σε ορισμένες περιπτώσεις μετατροπή του

αυτοκινήτου σε αναπηρικό κ.α. Όλα αυτά αποτελούν το άμεσο μη ιατρικό κόστος. Και στις τρεις περιπτώσεις ο υπολογισμός έγινε κατά προσέγγιση βάση αναφορών των ίδιων των ασθενών ή των συγγενών με ποσά και έτσι επιχειρήθηκε μια πρώτη εκτίμηση. Μέσα από τον πίνακα προκύπτει ότι το μέσο κόστος της απώλειας του εισοδήματος είναι 4.167,00 € σχεδόν η μισή απώλεια από έναν εσωτερικό ασθενή, το μέσο κόστος της απώλειας εισοδήματος των μελών της οικογένειας είναι 917,00 € έναντι των 3.675,00 € της απώλειας των εσωτερικών ασθενών. Τέλος, το μέσο κόστος της οικογενειακής επιβάρυνσης αγγίζει τα 5.083,00 €. Οι διαφορές αυτές προκύπτουν διότι είτε οι περισσότεροι ασθενείς και μέλη οικογένειας μετά την νόσο και αφού σταθεροποιήθηκαν επέστρεψαν στην εργασιακά τους καθήκοντα είτε γιατί οι ασθενείς π.χ. με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι σε θέση να εργάζονται και είναι ανεξάρτητοι χωρίς να χρειάζονται την βοήθεια ετέρου ατόμου.

3.7 Παρουσίαση αποτελεσμάτων ετήσιου κόστους εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών

Προκειμένου να αποτιμηθεί το συνολικό μέσο ετήσιο κοινωνικό κόστος της πάθησης της παραπληγίας προσδιορίστηκαν τα άμεσα και τα έμμεσα κόστη των ασθενών, τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών που ακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης για το έτος 2011. Πιο συγκεκριμένα, το μέσο ετήσιο κόστος προκύπτει ως εξής:

$$\begin{aligned} & \text{Μέσο Άμεσο Κόστος Εσωτερικού Ασθενή} \\ & (\text{νοσήλια } 30.146,00 \text{ €}, \text{ υλικά } 1.571,00 \text{ €}, \text{ φάρμακα } 1.908,00 \text{ €}, \text{ εξετάσεις } 468,00 \text{ €}, \text{ άμεσο} \\ & \text{μη ιατρικό κόστος } 29.720,00 \text{ €}, \text{ μισθοδοσία προσωπικού } 3.590,00 \text{ €}, \text{ πάγια και λοιπά} \\ & \text{λειτουργικά έξοδα } 6.323,00 \text{ €}, \text{ βοηθήματα } 570,00 \text{ €}) \rightarrow 74.296,00 \text{ €} \\ & + \\ & \text{Μέσο Έμμεσο Κόστος Εσωτερικού Ασθενή} \\ & (\text{απώλεια ατομικού εισοδήματος } 8.728,00 \text{ €}, \text{ απώλεια οικογενειακού εισοδήματος} \\ & 3.675,00 \text{ €}) \rightarrow 12.403,00 \text{ €} \\ & = \\ & \text{Μέσο Ετήσιο Κόστος Αντιμετώπισης Παραπληγίας Εσωτερικού Ασθενή} \\ & \text{(86.699,00 €)} \end{aligned}$$

Μέσο Άμεσο Κόστος Εξωτερικού Ασθενή
(συνεδρίες 8.699,00 €, ιδιωτική δαπάνη συνεδριών 317,00 €, βοηθήματα 429,00 €)
→ 9.445,00 €

+

Μέσο Έμμεσο Κόστος Εξωτερικού Ασθενή
(απώλεια ατομικού εισοδήματος 4.167,00 €, απώλεια οικογενειακού εισοδήματος 917,00 €) → 5.084,00 €

=

Μέσο Ετήσιο Κόστος Αντιμετώπισης Παραπληγίας Εξωτερικού Ασθενή
(14.529,00 €)

Μέσο Ετήσιο Κόστος Αντιμετώπισης Παραπληγίας Εσωτερικού Ασθενή
(86.699,00 €)

+

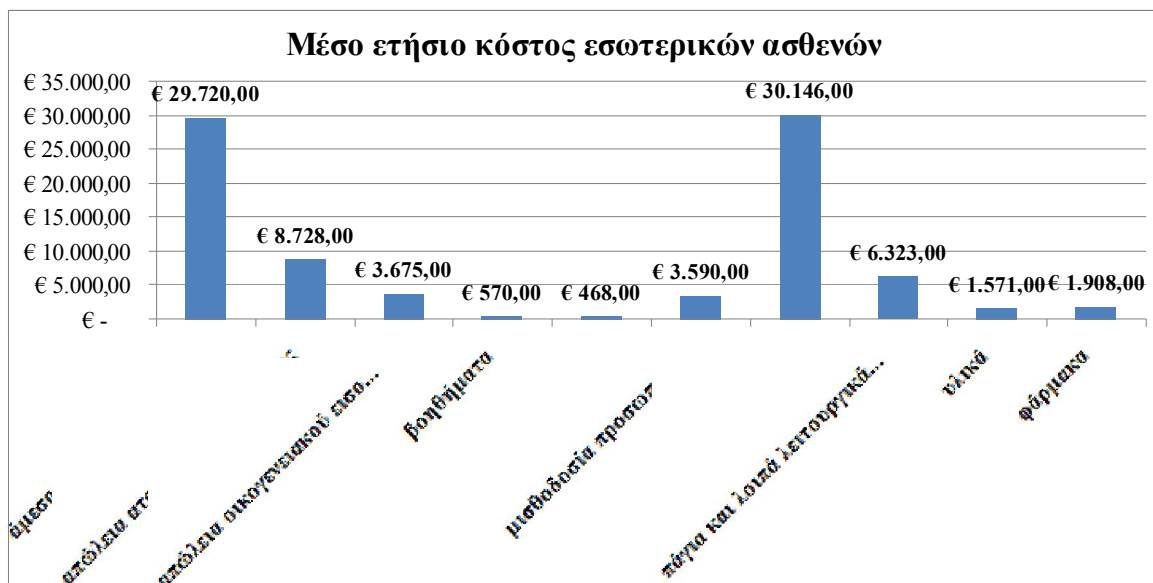
Μέσο Ετήσιο Κόστος Αντιμετώπισης Παραπληγίας Εξωτερικού Ασθενή
(14.529,00 €)

=

Συνολικό Κοινωνικό Μέσο Κόστος Αντιμετώπισης Παραπληγίας
(101.228,00 €)

Το συνολικό κοινωνικό κόστος αντιμετώπισης ενός παραπληγικού ασθενή που νοσηλεύτηκε σε ιδιωτικό Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης ανέρχεται στα 101.228,00 €. Από τα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζεται αναλυτικά η σύνθεση του κόστους για τους εσωτερικούς αλλά και τους εξωτερικούς ασθενείς. Παρατηρείται ότι σημαντικότεροι συντελεστές κόστους είναι για τους εσωτερικούς ασθενείς τα νοσήλια και τα κόστη που αφορούν το μη ιατρικό κόστος.

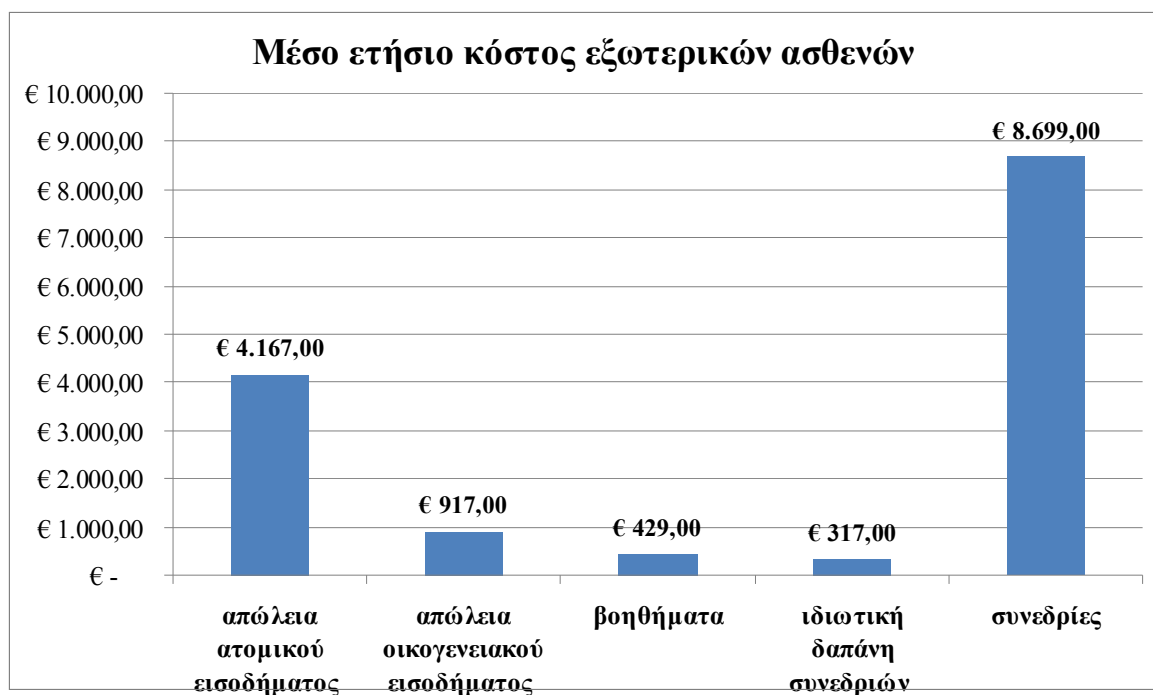
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12 Σύνθεση κόστους των εσωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

Για τους εξωτερικούς ασθενείς ο κυριότερος συντελεστής του κόστους είναι οι συνεδρίες που πραγματοποιούν οι ασθενείς και ακολουθεί η απώλεια του ατομικού εισοδήματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13 Σύνθεση κόστους των εξωτερικών ασθενών



Πηγή: επεξεργασία δείγματος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Προκειμένου να μελετηθεί και να εκτιμηθεί για πρώτη φορά στην Ελλάδα το ετήσιο κόστος αντιμετώπισης και αποκατάστασης της παραπληγίας και πιο συγκεκριμένα στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα, δεδομένης της ανυπαρξίας μελετών οικονομικής αξιολόγησης, μελετήθηκαν οι θεωρητικές έννοιες και πραγματοποιήθηκε σχετική έρευνα για την συλλογή των δεδομένων που αφορούν το άμεσο κόστος και έμμεσο κόστος των ασθενών που ως εσωτερικοί ή εξωτερικοί ακολούθησαν πρόγραμμα ιατρικής για την περίοδο 01/01/2011 – 31/12/2011.

Η αποκατάσταση εξαιτίας της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Μελέτες κόστους που αφορούν την παραπληγία δεν υπάρχουν στην ελληνική βιβλιογραφία παρόλο που στοιχεία μελετών της ποιότητας ζωής των παραπληγικών (health related quality of life) με εμφανίζουν σημαντικές βελτιώσεις σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια²⁷.

Η εκπόνηση τέτοιας μελέτης είναι χρήσιμη γιατί δίδεται η δυνατότητα μιας πρώτης εκτίμησης του κόστους και παράλληλα μπορεί να αποτελέσει την αρχή για την υλοποίηση μιας μελέτης κόστους – αποτελεσματικότητας παρέχοντας την δυνατότητα σύγκρισης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, ειδικά για την δεδομένη οικονομική συγκυρία της χώρας. Αν η έρευνα πάνω στον τομέα διερευνηθεί και καταστεί ακριβής ο υπολογισμός του κόστους της παραπληγίας στην Ελλάδα θα συμβάλει στην αποδοτική χρήση των πόρων και στην βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας.

Ο προβληματισμός για την έλλειψη αναλυτικών δεδομένων και συλλογικών καταγραφών στην Ελλάδα για μια πάθηση που ολοένα και αυξάνονται οι ασθενείς, αποτέλεσε την πρόκληση του υπολογισμού του κοινωνικού κόστους της παραπληγίας.

Μέσα από τα αποτελέσματα της ίδιας της έρευνας αλλά και από προσωπικές συζητήσεις με τους ασθενείς ή και τα μέλη της οικογένειας τους καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Το συνολικό ετήσιο κοινωνικό κόστος αντιμετώπισης ενός παραπληγικού ασθενή ανέρχεται στα 101.228,00 €. Πιο συγκεκριμένα, το μέσο ετήσιο κόστος αντιμετώπισης

ενός εσωτερικού ασθενή ανέρχεται στις 86.699,00 € και το μέσο ετήσιο κόστος αντιμετώπισης ενός εξωτερικού ασθενή ανέρχεται στις 14.529,00 €.

- Οι εσωτερικοί ασθενείς ήταν με ποσοστό 75% άνδρες, ηλικίας άνω των 56 ετών, άγαμοι όσο αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση ενώ οι περισσότεροι με ποσοστό 30% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι συνεπώς ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. Το 60% των νοσηλευθέντων προέρχονται από περιοχές εκτός των Πατρών ενώ η πλειοψηφία τους με ποσοστό 65% πάσχει από ατελή παραπληγία συνεπεία καταγμάτων στην σπονδυλική στήλη.
- Κατά μέσο όρο οι 20 ασθενείς νοσηλεύτηκαν 178 ημέρες με μέσο κόστος νοσηλίων 30.146,00 € αποτελώντας το μεγαλύτερο έξοδο. Το μέσο κόστος κατανάλωσης φαρμάκων ανέρχεται στα 1.908,00 € δείχνοντας ότι πρόκειται για ένα σημαντικό συντελεστή, το μέσο κόστος χρήσης υλικών στα 1.571,00 € ενώ το μέσο κόστος διενέργειας εξετάσεων αγγίζει τα 468,00 €. Το κόστος της νόσου αυξάνεται με τυχόν υποτροπές της νόσου και επιδείνωση των συμπτωμάτων. Η ιδιωτική δαπάνη για αγορά βοηθημάτων καθημερινής ζωής φτάνει τα 570,00 € ενώ το 60% των ασθενών δηλώνουν ότι δεν έχουν ακόμα εισπράξει επίδομα ή σύνταξη παραπληγίας. Συνολικά η απώλεια του εισοδήματος που υπέστηκε ο ασθενής και η οικογένεια του αγγίζει το ποσό των 12.403,00 € δαπανώντας επιπλέον ιδιωτικά 29.720,00 € για άμεσα μη ιατρικά κόστη. Οι δαπάνες για μισθοδοσία είναι 3.590,00 € ενώ τα πάγια και λοιπά λειτουργικά έξοδα φτάνουν τις 2.623,00 €.
- Οι εξωτερικοί ασθενείς ήταν με ποσοστό 63% άνδρες, ηλικίας άνω των 56 ετών, οι μισοί άγαμοι και οι μισοί έγγαμοι ενώ όσο αφορά το επάγγελμα τους ήταν ισόποσα ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι, νοικοκυρές και συνταξιούχοι με κύριο ασφαλιστικό φορέα το Ι.Κ.Α. Το 81% των νοσηλευθέντων προέρχονται από την περιοχή των Πατρών και η πλειοψηφία πάσχει με ποσοστό 81% από ατελή παραπληγία συνεπεία σκλήρυνσης κατά πλάκας ή τροχαίων ατυχημάτων.
- Κατά μέσο όρο οι 16 ασθενείς πραγματοποίησαν 40 συνεδρίες ο καθένας με μέσο κόστος συνεδριών 8.699,00 € ως προς τον ασφαλιστικό φορέα και μέσο κόστος συμμετοχής ιδιωτικά στις συνεδρίες 317,00 €. Το 69% χρησιμοποιεί βοηθήματα και η ιδιωτική δαπάνη για την αγορά τους φτάνει τα 4290,00 €. Το 55% των ασθενών δηλώνουν ότι έχουν εισπράξει επίδομα ή σύνταξη παραπληγίας. Συνολικά η απώλεια του εισοδήματος που υπέστηκε ο ασθενής και η οικογένεια του αγγίζει το ποσό των 5.084,00 € δαπανώντας επιπλέον ιδιωτικά 5.083,00 € για άμεσα μη ιατρικά κόστη.

Τα αποτελέσματα της μελέτης συγκρίθηκαν με αντίστοιχα ευρήματα διεθνών μελετών για την παραπληγία. Από την σύγκριση των αποτελεσμάτων προκύπτει συμφωνία όμως παρατηρούνται και σημαντικές διαφορές μεταξύ των μελετών. Η μελέτη των C. H. Tator, E. G. Duncan, V. E. Edmonds, L. I. Lapczak και D. F. Andrews το 1993 σε μια περιφερειακή, διεπιστημονική μονάδα τραυματισμών νωτιαίου μυελού (ASCIU) στο Τορόντο του Καναδά εξέτασε τις επιπλοκές και τις δαπάνες της διαχείρισης των ασθενών με τραυματισμό νωτιαίου μυελού (ASCI) και κατέληξαν ότι η ηλικία, το φύλο και η αιτία του ατυχήματος δεν είχαν καμία επίδραση στις δαπάνες. Όμως η δριμύτητα του τραυματισμού έναντι του νωτιαίου μυελού, δηλαδή το επίπεδο τραυματισμού ατελής ή πλήρης παραπληγία, και οι επιπλοκές προκαλούν σημαντική αύξηση στο Los (το μήκος της παραμονής) και τα CP (δαπάνη ανά παραμονή)³⁵.

Η μελέτη των C. Harvey, S. E. Wilson, C. G. Greene, M. Berkowitz και T. E. Stripling το 1992 εκτίμησε την άμεση δαπάνη των τραυματισμών του νωτιαίου μυελού (SCI). Αυτές οι άμεσες δαπάνες, αντιπροσωπεύουν τη μέση εμπειρία του αμερικανικού SCI πληθυσμού. Η ανάλυση δείχνει ότι οι SCI ασθενείς (από το 1970 και μετά) πέρασαν έναν μέσο όρο 171 ημερών σε ένα νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 ετών μετά τον τραυματισμό. Οι αρχικές δαπάνες νοσοκομείων θα υπολογίσουν κατά μέσο όρο \$95.203 (σε τιμές 1992). Οι δαπάνες τροποποίησης του σπιτιού υπολογίζονται παραπάνω από \$8.000. Μετά από την αποκατάσταση, ένας ασθενής θα πληρώσει, κατά μέσον όρο \$2.958 το χρόνο στις δαπάνες νοσοκομείων και \$4.908 το χρόνο για άλλες ιατρικές υπηρεσίες, προμήθειες και τον προσαρμοστικό εξοπλισμό. Οι προσωπικές δαπάνες βοήθειας υπολογίστηκαν κατά μέσο όρο \$6.269 το χρόνο³⁶.

Τέλος, η μελέτη των SB Jr. Webb, E. Berzins, TS. Wingardner, ME Lorenzi παρουσιάζει τις πραγματικές δαπάνες εισαγωγής σε νοσοκομείο για 85 ασθενείς νωτιαίου μυελού. Οι δαπάνες νοσοκομείων για την παραπληγία ήταν \$32.619 (σε τιμές 1978). Κατά τη διάρκεια της αρχικής εισαγωγής σε νοσοκομείο, η μέση διάρκεια της παραμονής ήταν 184 ημέρες και το κόστος ήταν \$28.637. Σημαντικές πρόσθετες δαπάνες υπηρεσιών ήταν η αποκλειστική νοσοκόμα, φάρμακα, ιατρικές προμήθειες και φυσικοθεραπεία. Οι δαπάνες οικιακής φροντίδας υπολογίστηκαν κατά μέσο όρο \$4.000 ανά ασθενή ή \$37.00 ανά ημέρα³⁷.

Τα αποτελέσματα αυτά σε σχέση με την παρούσα μελέτη ομοίως συγκλίνουν στο γεγονός ότι η ηλικία, το φύλο και η αιτία του ατυχήματος δεν είχαν καμία επίδραση στις δαπάνες. Οι παράγοντες που αυξάνουν το κόστος της νοσηλείας είναι το επίπεδο του τραυματισμού ατελής ή πλήρης παραπληγία και τις επιπλοκές της νόσου ενώ οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο τις ίδιες ημέρες. Οι σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στο κόστος μεταξύ των μελετών. Η μελέτη των C. Harvey, S. E. Wilson, C. G. Greene, M. Berkowitz και T. E. Stripling υπολογίζει τις δαπάνες των νοσοκομείων σε \$95.203 (νοσήλια, υλικά, φάρμακα, εξετάσεις, μισθοδοσία, πάγια και λειτουργικά έξοδα) ενώ για την παρούσα έρευνα οι ίδιες κατηγορίες ανήλθαν στις 44.006 €. Η μελέτη των SB Jr. Webb, E. Berzins, TS. Wingardner, ME Lorenzi αποτιμά το κόστος σε \$28.637 ετήσια.

Από την συγκριτική μελέτη της μεθοδολογίας των παραπάνω ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στην αποτίμηση του κόστους οφείλονται κυρίως στον τρόπο και χρόνο συλλογής των δεδομένων, καταγραφής και διαχείρισης των οικονομικών δεδομένων, διαφοράς ύψους ημερήσιου νοσηλίου, διαφοράς τιμών φαρμάκων, υλικών και εξετάσεων καθώς και ισοτιμίας του δολαρίου ΗΠΑ με Ευρώ.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Κρίνεται σκόπιμο στην μελέτη αυτή να αναφερθούν οι περιορισμοί που εμφανίστηκαν οι οποίοι είναι οι εξής:

- Η μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Παρά την αδυναμία αυτή, το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης της «Ολύμπιον Α.Ε.» είναι το μοναδικό ολοκληρωμένο κέντρο στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα στην Δυτική Ελλάδα, Ιόνιους Νήσους και Στερεά Ελλάδα. Επιπλέον, είναι εξειδικευμένο για παθήσεις όπως η παραπληγία. Παράλληλα, το χρονικό διάστημα 01/01/2011 – 31/12/2011 μόνο το Κ.Α.Α. της Ολύμπιον Α.Ε. παρείχε κλειστή νοσηλεία σε ασθενείς. Η κλινική αποκατάσταση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, τέθηκε σε λειτουργία περί τα τέλη του Οκτωβρίου 2011 και διαθέτει μόνο 20 κλίνες. Οι κλίνες που διαθέτει το Ολύμπιον, αντιστοιχούν στο 87% των κλινών του συνόλου για αποκατάσταση της ανωτέρω γεωγραφικής περιοχής ενώ καλύπτει 100% την ζήτηση για ιδιωτική νοσηλεία σε Κ.Α.Α. Συνεπώς τα περιστατικά που εμφάνισαν την ασθένεια

αυτή εισήχθησαν για νοσηλεία στο ανωτέρω κέντρο. Ως εκ τούτου, η διαχείριση των ασθενών και η κοστολόγηση του νοσήματος είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού της Δυτικής Ελλάδας, των Ιόνιων Νήσων και Στερεάς Ελλάδας.

- Η απουσία αντίστοιχης μελέτης στην Ελλάδα. Γεγονός το οποίο, δεν δίνει την δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής με άλλη αντίστοιχη ελληνική μελέτη είτε σε κάποια άλλη γεωγραφική περιοχή της χώρας είτε σε σύγκριση με άλλο ιδιωτικό κέντρο.
- Αντίθετα, το γεγονός ότι επιλέχθηκε ο ιδιωτικός τομέας για να αποτιμηθεί η ασθένεια αυτή δεν αποτελεί περιορισμό της μελέτης καθόσον ο δημόσιος τομέας αποζημιώνει σε μεγάλο βαθμό την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση των παραπληγικών. Ως εκ τούτου, το κόστος που υπολογίστηκε αναδεικνύει την κρατική επιβάρυνση για την αποκατάσταση των παραπληγικών. Εξάλλου στην μελέτη διακρίνεται σαφώς η δημόσια επιβάρυνση και η άμεση ιδιωτική δαπάνη του ασθενή.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας της χώρας και της προσπάθειας συγκράτησης των δαπανών για την υγεία κρίνεται σκόπιμη στα πλαίσια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας η αναφορά προτάσεων σχετικά με την διαχείριση της παραπληγίας στην χώρα που πιθανόν να συμβάλουν στην μείωση του κόστους.

- Η παροχή υπηρεσιών να ξεκινάει από το νοσοκομείο, να προσφέρει μια πλήρη παθολογική υποστήριξη του ασθενούς με στόχο την σταθεροποίηση της κλινικής του εικόνας και την δυνατότητα εισόδου στο κύριο στάδιο αποκατάστασής του κατά την εισαγωγή του ασθενή στο Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης. Συνεπώς κάτι τέτοιο θα μειώσει τις ημέρες νοσηλείας που αποτελούν τον κύριο συντελεστή του κόστους. Διότι μέχρι τώρα τα Κ.Α.Α. λόγω έλλειψης εξειδικευμένων κρατικών υποδομών λειτουργούν για τον ασθενή ως σταθμός άμεσης περίθαλψης μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.
- Οι προτεινόμενοι ανώτατοι χρόνοι νοσηλείας σε ΚΑΑ να απορρέουν βάση του σταδίου της πάθησής του σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Στην Ευρώπη υπάρχουν διαφορετικές δομές αποκατάστασης που αποδέχονται ασθενείς βάση του σταδίου της πάθησης. Παρόλο που από 01/01/2012 με την έναρξη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσδιορίστηκαν οι προτεινόμενοι ανώτατοι χρόνοι νοσηλείας χρήζουν εκ νέου

προσδιορισμό αφού ληφθούν υπ' όψη διεθνείς κλίμακες λειτουργικής έκβασης. Άλλες κατηγορίες παραπληγικών χρήζουν παράταση χρόνου και άλλες μείωση. Γι' αυτό και είναι επιτακτική η μελέτη της κόστους – αποτελεσματικότητας της παραπληγίας.

- Τέλος, θα πρέπει να γίνει σοβαρή προσπάθεια επανένταξης των ασθενών στην κοινωνία διότι οι κλινικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της νόσου είναι τέτοιες όπου το έμμεσο κόστος που αφορά την χαμένη παραγωγικότητα αποτελεί έναν πολύ σημαντικό και υψηλό συντελεστή του κόστους. Επιπρόσθετα, χρήζει διερεύνησης το αίτημα σχετικά με την αύξηση του επιδόματος της παραπληγίας διότι ένας παραπληγικός μπορεί να εργαστεί υπό συνθήκες λειτουργικές λόγω της φύσης της ασθένειας και μάλιστα σημειώνοντας υψηλή αποδοτικότητα σε σχέση με υγιείς ομάδες πληθυσμού²⁴.

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- ¹ http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=241 (πρόσβαση στις 26/01/2013)
- ² <http://www.spondiliki.gr/2010-12-16-22-00-38/2011-01-17-19-40-45/197-para-tetra> (πρόσβαση στις 26/01/2013)
- ³ Π.Δ. 395 (ΦΕΚ4349), αρ. φύλλου 166, τεύχος πρώτο, άρθρο 1
- ⁴ Π.Δ. 383 (ΦΕΚ66070), αρ. φύλλου 332, τεύχος πρώτο, άρθρο 1
- ⁵ Φυσική Ιατρική Αποκατάσταση, Αναπηρία Τώρα,
<http://www.disabled.gr/lib/?p=7043> (πρόσβαση στις 08/02/2011)
- ⁶ <http://www.inews.gr/88/ypoleitourgei-logo-elleipsis-prosopikou-to-kentro-fysikis-kai-iatrikis-apokatastasis-sta-giannena.htm> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- ⁷ http://www.pgnp.gr/?section=2284&language=el_GR (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- ⁸ <http://www.defencenet.gr/defence/item> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- ⁹ <http://www.infotimes.gr> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- ¹⁰ Μ. Χούκλη, Μ. Πούλιου, (2011) «Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Πολυτέλεια ή Αναγκαιότητα;», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2011, τεύχος 132, σελ 11-14
- ¹¹ Ελληνική Εταιρία Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης, «Λευκή Βίβλος της Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης στην Ευρώπη», Ελληνική Έκδοση Νοέμβριος 2008, σελ. 13,15,16,17
- ¹² <http://www.dromostherapeia.gr/kentra-apokatastasis-pisines/dimosia-kentra-apokatastasis-me-pisina.html> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- ¹³ Φυσίατροι στην Ελλάδα, μηχανή αναζήτησης,
http://www.klinikiagiouloukas.gr/articles_det.asp?article_id=15 (πρόσβαση στις 08/02/11)
- ¹⁴ Α. Κουρμπέτης, Δ. Λυράκος, (2008) «Η Σημασία της Διεπιστημονικής Ομάδας στο Κλινικό Χώρο», Ομιλία στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Ψυχολογίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, τόμος περιλήψεων
- ¹⁵ Μ. Καθαράκη, Χ. Θαλασοχώρη, (2008) «Ηγεσία & Μάνατζμεντ στον τομέα της

Υγείας», εκπαιδευτικό υλικό μαθήματος, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 100-105.

¹⁶ Ε. Λαχανά, Ζ. Ρούπα, «Η λειτουργική διασύνδεση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα», Το βήμα του Ασκληπιού, 3 (3): 124-129

¹⁷ interdisciplinary team and leadership, μηχανή αναζήτησης,

<http://dcahec.gwumc.edu/education/session3/models.html>

¹⁸ Διεπιστημονική παρέμβαση στην αναπηρία, μηχανή αναζήτησης,

http://www.politropo.org/pdf/diepistimoniki_paremvasi_stin_anapiria.pdf (πρόσβαση στις 22/01/11)

¹⁹ Γ. Χατζηχρήστος, Ξ. Μιχαήλ, (2007) «Αρχές και μέθοδοι οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα», Ειδικό άρθρο, Ιατρικό Βήμα, σελ. 86 - 95

²⁰ The use of outcome measure in physical medicine and rehabilitation within Europe. J. Rehabil Med 2001; 33; 273-278

²¹ Ξ. Κοντιάδης, (2012) «Διεθνείς και Ευρωπαϊκοί Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», Διδακτικές σημειώσεις μαθήματος, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου - Σχολή Κοινωνικών Επιστημών – Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

²² Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Οδηγός του Ασφαλισμένου», Αθήνα 2008, σελ.63-66

²³ www.oaee.gr (πρόσβαση στις 06/09/2010)

²⁴ Δ. Κουρέα, Ι. Κωνσταντινίδης (2009), «Ζωή χωρίς Διακρίσεις», πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, σελ. 73 - 75

²⁵ Μ. Γείτονα, (2004) «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, σελ. 210-228

²⁶ Ξ. Κοντιάδης, Κ. Σουλιώτης (2010) «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου - Σχολή Κοινωνικών Επιστημών – Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 203 - 206

²⁷ Ελεύθερη Ανακοίνωση 12ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Οκτώβριος 2011, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

²⁸ <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=1&artid=105621> (πρόσβαση στις 21/04/2013)

- ²⁹ www.olympion-sa.gr (πρόσβαση στις 15/01/2013)
- ³⁰ <http://news.disabled.gr/?p=5053> (πρόσβαση στις 22/02/2013)
- ³¹ Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW et al. (2002) «Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας», Κριτική, Αθήνα, σελ. 88-137
- ³² Γ. Δουμουλάκης, Ν. Πολύζος, Γ. Χρυσοχοϊδης (2000) «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, τόμος Β, σελ. 247 – 258
- ³³ Falvo, R. D. (2005), «Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability», 1; 1 – 8
- ³⁴ <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/lists/icdcodes> (πρόσβαση στις 25/05/2013)
- ³⁵ C. H. Tator, E. G. Duncan, V. E. Edmonds, L. I. Lapczak, D. F. Andrews (1993), «Complications and costs of management of acute spinal cord injury», Paraplegia, 31, 700–714; doi:10.1038/sc.1993.112
- ³⁶ C. Harvey, S. E. Wilson, C. G. Greene, M. Berkowitz, T. E. Stripling (1992), «New estimates of the direct costs of traumatic spinal cord injuries: results of a nationwide survey», Paraplegia ,30, 834–850; doi:10.1038/sc.1992.160
- ³⁷ S.B. Jr. Webb, E. Berzins, T.S. Wingardner, M.E. Lorenzi (1978), «First year hospitalisation costs for the spinal cord injured patient.», Paraplegia, 15(4):311-8.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BIBΛΙΑ

- Μ. Γείτονα, (2004) «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, σελ. 210-216
- Γ. Δουμουλάκης, Ν. Πολύζος, Γ. Χρυσοχοϊδης (2000) «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, τόμος Β, σελ. 247 – 258
- Ελληνική Εταιρία Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης, «Λευκή Βίβλος της Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης στην Ευρώπη», Ελληνική Έκδοση Νοέμβριος 2008, σελ. 13,15,16,17

- Μ. Καθαράκη, Χ. Θαλασσοχώρη, (2008) «Ηγεσία & Μάνατζμεντ στον τομέα της Υγείας», εκπαιδευτικό υλικό μαθήματος, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 100-105.
- Ξ. Κοντιάδης, Κ. Σουλιώτης (2010) «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου - Σχολή Κοινωνικών Επιστημών – Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 203 - 206
- Α. Κουρμπέτης, Δ. Λυράκος, (2008) «Η Σημασία της Διεπιστημονικής Ομάδας στο Κλινικό Χώρο», Ομιλία στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Ψυχολογίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, τόμος περιλήψεων
- Ε. Λαχανά, Ζ. Ρούπα, «Η λειτουργική διασύνδεση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα», Το βήμα του Ασκληπιού, 3 (3): 124-129
- Falvo, R. D. (2005), «Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability», 1; 1 – 8
- The use of outcome measure in physical medicine and rehabilitation within Europe. J. Rehabil Med 2001; 33; 273-278

ΑΡΘΡΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ

- Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Οδηγός του Ασφαλισμένου», Αθήνα 2008, σελ. 63-66
- Γ. Χατζηχρήστος, Ξ. Μιχαήλ, (2007) «Αρχές και μέθοδοι οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα», Ειδικό άρθρο, Ιατρικό Βήμα, σελ. 86 - 95
- Μ. Χούκλη, Μ. Πούλιου, (2011) «Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Πολυτέλεια ή Αναγκαιότητα;», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2011, τεύχος 132, σελ 11-14
- C. Harvey, S. E. Wilson, C. G. Greene, M. Berkowitz, T. E. Stripling (1992), «New estimates of the direct costs of traumatic spinal cord injuries: results of a nationwide survey», Paraplegia ,30, 834–850; doi:10.1038/sc.1992.160
- C. H. Tator, E. G. Duncan, V. E. Edmonds, L. I. Lapezak, D. F. Andrews (1993), «Complications and costs of management of acute spinal cord injury», Paraplegia, 31, 700–714; doi:10.1038/sc.1993.112

- The use of outcome measure in physical medicine and rehabilitation within Europe. J. Rehabil Med 2001; 33; 273-278
- S.B. Jr. Webb SB, E. Berzins, T.S. Wingardner, M.E. Lorenzi (1978), «First year hospitalisation costs for the spinal cord injured patient.», Paraplegia, 15(4):311-8.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=241 (πρόσβαση στις 26/01/2013)
- <http://www.spondiliki.gr/2010-12-16-22-00-38/2011-01-17-19-40-45/197-para-tetra> (πρόσβαση στις 26/01/2013)
- Φυσική Ιατρική Αποκατάσταση, Αναπηρία Τώρα,
<http://www.disabled.gr/lib/?p=7043> (πρόσβαση στις 08/02/2011)
- <http://www.inews.gr/88/ypoleitourgei-logo-elleipsis-prosopikou-to-kentro-fysikis-kai-iatrikis-apokatastasis-sta-giannena.htm> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- http://www.pgnp.gr/?section=2284&language=el_GR (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- <http://www.defencenet.gr/defence/item> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- <http://www.infotimes.gr> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- <http://www.dromostherapeia.gr/kentra-apokatastasis-pisines/dimosia-kentra-apokatastasis-me-pisina.html> (πρόσβαση στις 28/01/2013)
- Φυσιάτροι στην Ελλάδα, μηχανή αναζήτησης,
http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles_det.asp?article_id=15 (πρόσβαση στις 08/02/11)
- interdisciplinary team and leadership, μηχανή αναζήτησης,
<http://dcahec.gwumc.edu/education/session3/models.html> (πρόσβαση στις 22/01/11)
- Διεπιστημονική παρέμβαση στην αναπηρία, μηχανή αναζήτησης,
http://www.politropo.org/pdf/diepistimoniki_paremvasi_stin_anapiria.pdf (πρόσβαση στις 22/01/11)
- www.oaee.gr (πρόσβαση στις 06/09/2010)

- www.olympion-sa.gr (πρόσβαση στις 15/01/2013)
- <http://news.disabled.gr/?p=5053> (πρόσβαση στις 22/02/2013)
- <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=1&artid=105621>
(πρόσβαση στις 21/04/2013)
- <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/lists/icdcodes> (πρόσβαση στις 25/05/2013)

ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Π.Δ. 395 (ΦΕΚ4349), αρ. φύλλου 166, τεύχος πρώτο, άρθρο 1
- Π.Δ. 383 (ΦΕΚ6607), αρ. φύλλου 332, τεύχος πρώτο, άρθρο 1
- Π.Δ. 187 (ΦΕΚ 3505), αρ. φύλλου 231, τεύχος πρώτο, άρθρο 1

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

- Δ. Κουρέα, Ι. Κωνσταντινίδης (2009), «Ζωή χωρίς Διακρίσεις», πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, σελ. 73 - 75

The annual cost of resources used to treat and rehabilitate patients with paraplegia in Greece. The case of private sector.

Konstantina Tzovolou

ABSTRACT

Aim: The present study aimed to examine the annual cost of resources used to treat patients with paraplegia in 2011. The population studied was the inpatients and outpatients that were hospitalized in the private Rehabilitation & Restitution Center Open and Closed Hospitalisation, Olympion Therapeftirion - General Clinic of Patras S.A.

Material - Methods: The present prospective study recorded all the inpatient and outpatient hospitalizations in the center for 2011. Special files were created to keep records of the patients' demographic, clinical and economic data (direct cost). These data were selected through the Center's IT system. The data regarding the indirect cost were selected with the use of personal and telephone interviews with the patients themselves or their relatives. During the examined period of time, totally 208 patients were hospitalized as inpatients in the center. Each patient was registered according to his impairment. The sample of the present study was 20 paraplegic patients. 92 outpatients were attending the rehabilitation program out of which the sample was 16 paraplegic patients.

Results: The average annual cost of treating paraplegia is estimated to 108.547,00 €. More specifically the average annual cost for inpatients is 86.699,00 € and the average annual cost for outpatients is 21.848,00 €. The highest cost factor was daycare. Since there are no similar studies in Greece and there is a growing interest for this area, there should be further studies on the cost of therapy for paraplegia. The examination of the interaction between cost and effectiveness will provide useful information for the most efficient use of the available resources in Greece.

Keywords: paraplegia, cost, treatment, rehabilitation, economic evaluation, private sector, rehabilitation center, Greece