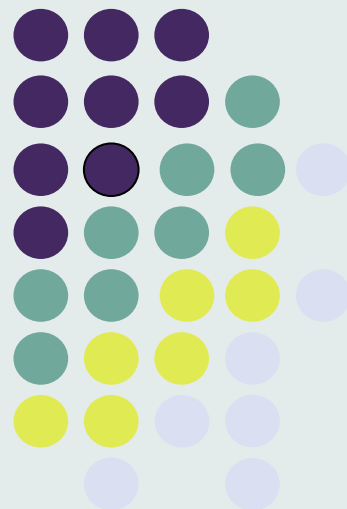


**Εκτίμηση των οικονομικών,
υγειονομικών και
κοινωνικών επιπτώσεων
από την εισαγωγή του
θεσμού του Χειρουργείου
Ημέρας
στο Εθνικό Σύστημα Υγείας**



Αθήνα, Απρίλιος 2013

**Εκτίμηση των οικονομικών, υγειονομικών και
κοινωνικών επιπτώσεων από την εισαγωγή του
θεσμού του Χειρουργείου Ημέρας στο Εθνικό
Σύστημα Υγείας**



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Τομέας Οικονομικών της Υγείας

NATIONAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
Department of Health Economics

Αθήνα, Απρίλιος 2013

Ομάδα Έργου:

Επιστημονικός Υπεύθυνος

Καθηγητής Γιάννης Κυριόπουλος

Υπεύθυνος Συντονισμού Έργου

Αναστάσης Σκρουμπέλος

Ερευνητική Ομάδα

Κατερίνα Μυλωνά

Γιώτα Ναούμ

Ολυμπία Καρδαλά

Ρένα Οικονομίδου

Λευτέρης Θηραίος

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	1
2. Οφέλη από την υιοθέτηση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας	7
2.1 Οικονομικά οφέλη	7
2.2 Κοινωνικά οφέλη.....	14
2.3 Κλινικά οφέλη	17
2.4 Επίμετρο	21
3. Ο καθορισμός των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας	22
3.1 Μεθοδολογία ορισμού των κατάλληλων επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας.....	23
4. Οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων ημέρας.....	34
4.1 Οι δομές του χειρουργείου ημέρας.....	34
4.1.1 <i>Ενσωματωμένη, εντός νοσοκομείου, δομή χειρουργείου ημέρας (hospital-integrated facility).....</i>	<i>36</i>
4.1.2 <i>Αυτόνομη δομή, η οποία υπάγεται και διασυνδέεται με νοσηλευτική μονάδα (self-contained unit on hospital site).....</i>	<i>36</i>
4.1.3 <i>Ανεξάρτητη και αυτόνομη δομή (free-standing self-contained unit).....</i>	<i>36</i>
4.1.4 <i>Δομή η οποία εδράζεται σε ιδιωτικό ιατρείο (office based surgery).....</i>	<i>38</i>
4.2 Καθορισμός επεμβάσεων και ιατρικών πράξεων ανάλογα με τον τύπο οργάνωσης της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας	39
4.3 Προδιαγραφές μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας	47
4.4 Συγκριτική αποτίμηση εναλλακτικών δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας.....	52
4.5 Επίμετρο	60
5. Κριτήρια επιλογής ασθενών	63
5.1 Χειρουργικά κριτήρια.....	63
5.2 Κλινικά κριτήρια	64
5.3 Κοινωνικά/Ψυχολογικά κριτήρια.....	65

5.4	Επίμετρο	66
6.	Αναισθησία και κριτήρια για εξιτήριο	67
6.1	Αναισθησία.....	67
6.2	Κριτήρια για απόδοση εξιτηρίου	68
6.3	Επίμετρο	69
7.	Υλικό και μέθοδος	70
7.1	Καθορισμός των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας	70
7.2	Αντιστοίχιση των κατάλληλων επεμβάσεων με εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας.....	71
7.3	Κατασκευή υποδείγματος κοστολόγησης	72
7.4	Εκτίμηση εξοικονομήσεων από την μείωση του άμεσου κόστους	73
8.	Αποτελέσματα	74
8.1	Προτεινόμενες επεμβάσεις για χειρουργείο ημέρας.....	74
8.2	Εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας και επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας.....	81
8.3	Υπόδειγμα κοστολόγησης προτεινόμενων παρεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας.....	86
8.4	Εκτίμηση της εξοικονόμησης από την εισαγωγή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας.....	105
8.5	Επίμετρο	122
9.	Συμπεράσματα και προτάσεις	124

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1.1 Το χειρουργείο ημέρας σε 17 ανεπτυγμένες χώρες	3
Πίνακας 1.2 Ποσοστά αποκατάστασης κήλης ως χειρουργείο ημέρας (2002-2004)	4
Πίνακας 3.1 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει της περιπλοκότητας της χορηγούμενης αναισθησίας.....	24
Πίνακας 3.2 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει του βαθμού παρέμβασης στο τραύμα του χειρουργούμενου οργάνου (σύγκριση με τη συνήθη πρακτική στην Ελβετία)	26
Πίνακας 3.3 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει του βαθμού παρέμβασης στο τραύμα του χειρουργούμενου οργάνου (σύγκριση με τη συνήθη πρακτική στις ΗΠΑ)	27
Πίνακας 3.4 Επεμβάσεις Τύπου I κατάλληλες προς διενέργεια σε ιδιωτικά ιατρεία	29
Πίνακας 3.5 Επεμβάσεις Τύπου II κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας	30
Πίνακας 3.6 Επεμβάσεις Τύπου III κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας	31
Πίνακας 4.1 Κατανομή των αυτόνομων μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας ανάλογα με το βαθμό αστικότητας, 2006, ΗΠΑ	38
Πίνακας 4.2 Καθορισμός χειρουργείων ημέρας σε ιδιωτικά ιατρεία	45
Πίνακας 4.3 Γενικά προαπαιτούμενα δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας.....	49
Πίνακας 4.4 Ειδικά προαπαιτούμενα δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας	49
Πίνακας 4.5 Προσωπικό στελέχωσης δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας	50
Πίνακας 4.6 Συνιστώμενος εξοπλισμός ιατρείων κατά τη διεξαγωγή χειρουργείων ημέρας επιπέδου I	51
Πίνακας 4.7 Συνιστώμενος εξοπλισμός ιατρείων κατά τη διεξαγωγή χειρουργείων ημέρας επιπέδων II και III	51
Πίνακας 8.1 Προτεινόμενα ΚΕΝ για χειρουργείο ημέρας	75
Πίνακας 8.2 ΚΕΝ για τα οποία προβλέπεται ημερήσια και μη νοσηλεία από το Εθνικό Σύστημα Υγείας	80
Πίνακας 8.3 Ταξινόμηση ΚΕΝ βάσει Τύπου επέμβασης	83
Πίνακας 8.4 Συσχέτιση ημερών νοσηλείας και δαπάνης	87
Πίνακας 8.5 Προβλεπτική ικανότητα υποδείγματος γραμμικής παλινδρόμησης.....	88
Πίνακας 8.6 Εκτίμηση παραμέτρων του μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης.....	88

Πίνακας 8.7 Διαφορά κόστους μεταξύ ημερήσιας και μη νοσηλείας για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ ανά ΚΕΝ για μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 ωρών 91

Πίνακας 8.8 Διαφορά κόστους μεταξύ ημερήσιας και μη νοσηλείας για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ ανά ΚΕΝ για μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 12 ωρών 98

Πίνακας 8.9 Συνολική και ανά γενική κατηγορία ΚΕΝ εξοικονόμηση για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ από την υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας (μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 ώρες)..... 105

Πίνακας 8.10 Συνολική και ανά γενική κατηγορία ΚΕΝ εξοικονόμηση για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ από την υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας (μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 12 ώρες)..... 114



1. Εισαγωγή

Οι πρώτες βάσεις για την εισαγωγή του χειρουργείου ημέρας, τίθενται, στις απαρχές του εικοστού αιώνα, από τον James Nicoll (1864-1921), γιατρό στο Νοσοκομείο Παιδών της Γλασκώβης, ενώ μόλις το 1955 ο Farquharson δημοσιεύει και παρουσιάζει σε άρθρο του περιπτώσεις κήλης τις οποίες αντιμετωπίζει ως περιστατικά χειρουργείου ημέρας¹.

Μολονότι, τα χειρουργεία ημέρας σε πληρέστερη και πιο οργανωμένη μορφή εντοπίζονται κατά τη δεκαετία του 1970 κυρίως σε πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών², μόλις τα τελευταία έτη συστηματοποιείται η προσπάθεια καθιέρωσής τους, δεδομένων των πιέσεων για συγκράτηση της δαπάνης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ποιοτικούς όρους.

Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής και της φαρμακολογίας, με νέα αναισθησιολογικά σχήματα τα οποία επιτρέπουν στους ασθενείς να επανακτήσουν τις αισθήσεις τους γρηγορότερα και αποτελεσματικότερα, αναλγητικά για την ανακούφιση του πόνου, καθώς επίσης και των συστημάτων πληροφορικής και μικροχειρουργικής, τα οποία καθιστούν λιγότερο πολύπλοκες και επικίνδυνες τις επεμβάσεις^{3,4}, έχουν αναδείξει το χειρουργείο ημέρας και την περιπατητική ιατρική σε πολλά υποσχόμενες εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και φροντίδας υγείας οι οποίες υιοθετούνται σε πολλά κράτη της ευρωπαϊκής ηπείρου και των Ηνωμένων Πολιτειών⁵.

Η μείωση των ημερών νοσηλείας των ασθενών, η οποία συνεπάγεται μείωση του νοσοκομειακού κόστους, αποτέλεσε πρωτεύον κριτήριο για την υιοθέτηση του θεσμού των ημερήσιων επεμβάσεων⁶. Επιπρόσθετα, τα χειρουργεία ημέρας προσφέρουν ένα πλήθος πλεονεκτημάτων για τα συστήματα υγείας, μεταξύ των οποίων α) η ταχύτερη κινητοποίηση

¹ Farquharson E.F. (1955). "Early ambulation with special reference to herniorrhapy as an out-patient procedure", *Lancet* 1955, ii, 517-519.

² Marks S.D., Greenlick M.R., Hurtado A.V., Johnson J.D. & Henderson J. (1980). "Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction", *Medical Care*, 18(2), 127-146.

³ Lumsdon K, Anderson HJ, Burke M. New surgical technologies reshape hospital strategies. *Hospitals* 40-2 66(9):30-6. 1992

⁴ Winter A. Comparing the mix of patients in various outpatient surgery settings. *Health Affairs* 22(6):68-75. 2003.

⁵ Tham C. & Koh K.F. (2002). Unanticipated admission after day surgery, Royal College of Surgeons of England, Commission on the provision of surgical Singapore *Medical Journal* 43(10), 522-526.

⁶ Verma R, Alladi R, Jackson I, et al. Day case and short stay surgery: 2, *Anaesthesia* 2011;66:417-434



των ασθενών και επιστροφή τους στις καθημερινές τους συνήθειες, β) η απελευθέρωση κλινών για πιο περίπλοκες και σοβαρές επεμβάσεις, γ) η μείωση των αναγκών των νοσοκομείων για νυχτερινές βάρδιες, και δ) η μείωση του κινδύνου ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων και θρομβοεμβολής^{3,6,7}.

Το 1981, στην Αυστραλία, εκδόθηκε το “Day Surgery; Report and Recommendations”, το οποίο ήταν το πρώτο εγχειρίδιο προτύπων για τα χειρουργεία ημέρας και έκτοτε αναθεωρείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να συμπεριλαμβάνει τις σύγχρονες διεθνείς εξελίξεις στον τομέα⁸. Λίγα χρόνια αργότερα, με την αναγνώριση της προοπτικής διεύρυνσης των χειρουργείων ημέρας, δημιουργήθηκε ειδική επιτροπή, η οποία πήρε το όνομα National Day Surgery Committee. Την ίδια δεκαετία, σε άλλες χώρες της υφηλίου, όπως Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Νότια Αφρική, Ισπανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, αναπτύσσεται επίσης ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας εν όψει των διαρκώς αυξανόμενων δαπανών υγείας και της δυνατότητας εξοικονόμησης πόρων που προσέφερε η ημερήσια νοσηλεία.

Το πρώτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για τα Χειρουργεία Ημέρας διεξάγεται το 1991⁹ και δυο έτη αργότερα ιδρύεται στο Λονδίνο η Διεθνής Εταιρεία Χειρουργείου Ημέρας (International Association for Ambulatory Surgery, IAAS), με έδρα τις Βρυξέλλες. Βασικοί στόχοι του IAAS είναι η προώθηση των παγκόσμιων εξελίξεων για υψηλής ποιότητας χειρουργεία ημέρας, η προώθηση της εκπαίδευσης και της έρευνας και ο καθορισμός κατευθυντήριων γραμμών, ενώ παράλληλα αναλαμβάνει τη διοργάνωση του αντίστοιχου διεθνούς συνεδρίου σε διετή βάση και εκδίδει το περιοδικό “Ambulatory Surgery”.

Η πρακτική των χειρουργείων ημέρας έχει αναδειχθεί σε μείζονος σημασίας και έκτασης θεσμό σε αρκετά συστήματα υγείας διεθνώς. Στις Η.Π.Α., το 1980, το 85% των επεμβάσεων καταρράκτη που πραγματοποιούνταν αφορούσαν εσωτερικούς ασθενείς, ενώ το 1986 τα ποσοστά είχαν αντιστραφεί με το 80% των επεμβάσεων να είναι ημερήσιες¹⁰. Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έθεσε το 2000 ως στόχο τα χειρουργεία ημέρας να αποτελούν

⁷ Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, Madrid 2008

⁸ Australian Doctors Fund page. Day surgery-National and International. From the past to the future. Διαθέσιμο στο: http://www.adf.com.au/archive.php?doc_id=114. Προσπελάστηκε 15/3/2013

⁹ International Association for Ambulatory Surgery. Foundation and early history of the IAAS. Διαθέσιμο στο: <http://www.iaas-med.com/index.php/about-us/our-history>. Προσπέλαση:15/3/2013

¹⁰ Severin S. Outpatient cataract surgery. Seminars in Ophthalmology 1986;1:130-135



το 75% όλων των επιλεκτικών επεμβάσεων της χώρας¹¹. Το ίδιο έτος, η Επιτροπή Υγείας εκτίμησε ότι περισσότερες από 120.000 συμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες διεξήχθησαν με νοσηλεία θα μπορούσαν να είχαν πραγματοποιηθεί ως ημερήσιες. Το 2005, στην Αγγλία, από το σύνολο των 7.215.286 χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία του NHS, το 52% ήταν ημερήσιες, χωρίς ακόμη να έχουν φτάσει το στόχο του 75%.

Το 2003 πραγματοποιήθηκε από το IAAS¹² έρευνα που αφορά το χειρουργείο ημέρας (αλλά και διαγνωστικές επεμβάσεις όπως αρθροσκόπηση, βρογχοσκόπηση, κολonosκόπηση), η οποία περιελάμβανε δεδομένα από 17 χώρες (Πίνακας 1.1). Σε χώρες όπως ο Καναδάς, οι ημερήσιες επεμβάσεις αποτελούσαν σχεδόν το 88% του συνόλου των επεμβάσεων, ενώ σε άλλες, όπως η Πορτογαλία και η Πολωνία δεν ξεπερνούσαν το 11% και 3% αντίστοιχα.

Πίνακας 1.1 Το χειρουργείο ημέρας σε 17 ανεπτυγμένες χώρες

Χώρες	% Στο σύνολο των επεμβάσεων	% Δείκτης υποκατάστασης
Αυστραλία (2003)	40,50	74,00
Βέλγιο (2004)	30,00	
Καναδάς (2002)	87,70	84,40
Δανία (2004)	55,20	79,30
Φινλανδία (2003)	37,00	62,40
Γαλλία (2003)		44,90
Γερμανία (2003)	37,00	60,70
Ιταλία (2002)	29,00	41,00
Ολλανδία (2002)	49,60	68,80
Νορβηγία (2003)	48,00	68,00
Πολωνία (2003)	2,40	
Πορτογαλία (2003)	10,70	18,50
Σκωτία (2003)	39,00	66,00
Ισπανία (2003)	28,44	54,00
Σουηδία (2002)	50,00	66,70
Ηνωμένο Βασίλειο (2003)		62,50
Η.Π.Α. (2003)		83,50

* ο δείκτης υπολογίζει τον λόγο των συνολικών επεμβάσεων που κρίνονται κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας και οι οποίες διεξήχθησαν σε χειρουργείο ημέρας προς το σύνολο των αντίστοιχων επεμβάσεων οι οποίες διεξήχθησαν και σε χειρουργείο ημέρας αλλά και σε συμβατικό χειρουργείο

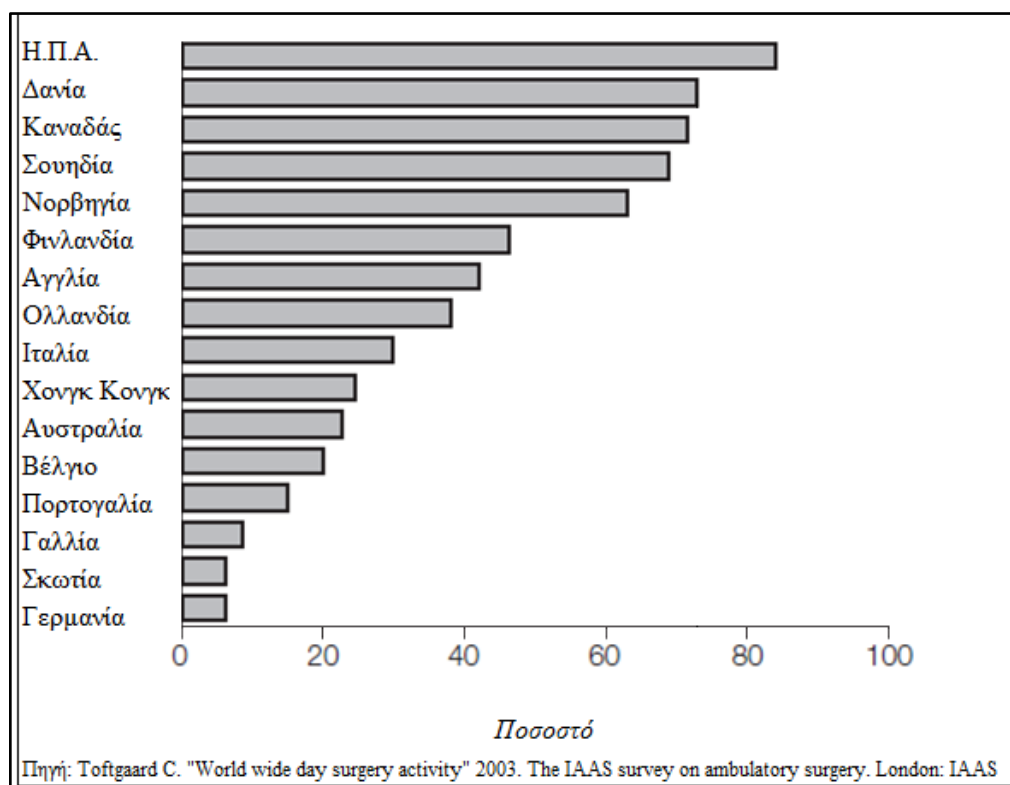
¹¹ Department of Health. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. London, DH, 2000.

¹² Toftgaard C. World wide day surgery activity 2003. The IAAS survey on ambulatory surgery. London, IAAS, 2003



Από την ίδια έρευνα, φαίνεται ότι εκτός από διαφορές στη συμβολή του χειρουργείου ημέρας στο σύνολο των επεμβάσεων μεταξύ χωρών, υπάρχουν και διαφορές στην αναλογία των επεμβάσεων που διεξάγονται ως ημερήσιες στις διάφορες χώρες (Πίνακας 1.2). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο Καναδάς και η Δανία, όπου ενώ στο σύνολο των επεμβάσεων οι ημερήσιες αποτελούν το 87,7% στον Καναδά και μόνο το 55,2% στη Δανία, στην περίπτωση των επεμβάσεων αποκατάστασης κήλης τα χειρουργεία ημέρας στις δύο αυτές χώρες αποτελούν σχεδόν την ίδια αναλογία του συνόλου της συγκεκριμένης επέμβασης (περισσότερο από 70%).

Πίνακας 1.2 Ποσοστά αποκατάστασης κήλης ως χειρουργείο ημέρας (2002-2004)



Παρά την συνεχή ανάπτυξη και εξάπλωση του θεσμού, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν ενδείκνυται όλα τα περιστατικά για χειρουργείο ημέρας. Κυρίως, αυτοί οι περιορισμοί αφορούν το είδος της αναισθησίας που απαιτείται σε ένα πλήθος επεμβάσεων και το χρόνο διεξαγωγής τους, καθώς και την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Για την επιλογή των ασθενών που είναι κατάλληλοι για χειρουργείο ημέρας έχουν καθορισθεί κριτήρια χειρουργικά, ιατρικά και κοινωνικά, προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος επιπλοκών και



ανεπιθύμητων ενεργειών³. Όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία και θα αναλυθεί στη συνέχεια, τέτοια εμπόδια μπορούν να αμβλυνθούν, κυρίως λόγω της προόδου που έχει συντελεστεί και συνεχίζει να συντελείται με ταχείς ρυθμούς στον τομέα των αναισθητικών και χειρουργικών τεχνικών. Ως εκ τούτου, το φάσμα των επεμβάσεων οι οποίες μπορούν να διεξαχθούν ως ημερήσιες διευρύνεται συνεχώς όπως και οι κατηγορίες των ασθενών οι οποίοι μπορούν να υποβληθούν με ασφάλεια σε αυτές, με πολύ μικρή έως και σπάνια εμφάνιση επιπλοκών, ενώ ταυτόχρονα τα οφέλη που αποκομίζονται είναι ποικίλα.

Επιπρόσθετα, οι δομές των κλινικών ημέρας πρέπει να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία τους. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι δομών στις οποίες διενεργούνται χειρουργεία ημέρας³: α) δομές ενσωματωμένες σε νοσοκομεία, με ξεχωριστές κλίνες για ημερήσιες επεμβάσεις και κοινά χειρουργεία και νοσηλευτικό προσωπικό με τα περιστατικά νοσηλείας β) Αυτόνομες δομές οι οποίες ανήκουν και υπάγονται διοικητικά σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, με ξεχωριστά χειρουργεία, θαλάμους και νοσηλευτικό προσωπικό γ) Ανεξάρτητες και αυτόνομες δομές, οι οποίες έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τις αυτοδύναμες μονάδες νοσοκομείων, αλλά δεν συνδέονται με κάποιο νοσοκομείο και δ) Δομές σε γραφεία ιατρών, οι οποίες αποτελούν μικρές, αυτοδύναμες οντότητες με περιορισμένο πεδίο δραστηριοποίησης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις στο πλαίσιο μείωσης των δαπανών υγείας και παράλληλα στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Η υιοθέτησή του από συστήματα υγείας διεθνώς εμφανίζεται ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, περίοδος όπου παρατηρείται έντονη δραστηριοποίηση στη λήψη μέτρων για συγκράτηση των δαπανών οπότε και τυγχάνει ευρείας αποδοχής. Εν τούτοις, ο βαθμός διείσδυσης του θεσμού στην κλινική πρακτική παρουσιάζει έντονη διακύμανση μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, γεγονός που υποδεικνύει ότι υφίσταται σημαντικό περιθώριο βελτίωσης τους.

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρά ταύτα, παρουσιάζει ιδιαίτερη υστέρηση στην ενσωμάτωση του χειρουργείου ημέρας στη στρατηγική αντιμετώπισης αρκετών περιστατικών με αποτέλεσμα την αύξηση των ημερών νοσηλείας και συνεπώς της δαπάνης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Υπό το πρίσμα αυτό, παρουσιάζονται σημαντικά περιθώρια εξοικονόμησης πόρων από την καθιέρωση του θεσμού στην κλινική πρακτική ο οποίος δύναται να αποτελέσει μια κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική παρέμβαση.



Ως εκ τούτου, εν όψει των περιοριστικών συνθηκών και της συνεχώς μειούμενης δαπάνης υγείας που επιβάλλει η προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας και η τριμερής επιτήρηση, ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας οφείλει να εξετασθεί σοβαρά και να ενταχθεί σε ένα ευρύτερο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ώστε να καταστεί δυνατή η αποδοτική διαχείριση των πόρων και η επένδυση των εξοικονομήσεων στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και ανταποκρισιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συνεπώς, σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάδειξη των ωφελειών από την υιοθέτηση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας και η ποσοτικοποίηση της εξοικονόμησης που θα προκύψει από την ενσωμάτωσή του στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών. Στο πλαίσιο αυτό θα εξετασθεί από το σύνολο των επεμβάσεων η καταλληλότητα αυτών για μεταφορά τους σε χειρουργεία ημέρας και θα διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα εναλλακτικών δομών που δύνανται να δραστηριοποιηθούν στο πεδίο αυτό. Ως εκ τούτου, επιχειρείται η σύσταση μιας ολοκληρωμένης πρότασης πολιτικής υγείας με σκοπό την προσαρμογή του συστήματος υγείας στην τρέχουσα οικονομική συγκυρία και της παράλληλης αύξησης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



2. Οφέλη από την υιοθέτηση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας

Ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας αποτελεί πρακτική ιδιαίτερης σημασίας για το σύνολο του τομέα της υγείας, κυρίως εξαιτίας των ποικίλων ωφελειών οι οποίες προκύπτουν από την εφαρμογή του, ενώ ταυτόχρονα οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ελάχιστες έως σπάνιες. Η βασική λογική υιοθέτησής του μπορεί να συνοψιστεί στο γεγονός ότι το χειρουργείο ημέρας σε σχέση με τις επεμβάσεις με νοσηλεία είναι το ίδιο ή και περισσότερο ασφαλές, ενώ διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι τα κλινικά αποτελέσματα είναι όμοια και για τις δύο κατηγορίες επεμβάσεων¹. Τα οφέλη που απορρέουν από τις ημερήσιες επεμβάσεις μπορούν να χωριστούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: οικονομικά, κοινωνικά και κλινικά.

2.1 Οικονομικά οφέλη

Η διαρκής πίεση για μείωση των υγειονομικών δαπανών σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ώθησαν τα συστήματα υγείας στην υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας. Τα οικονομικά οφέλη τα οποία προκύπτουν από το θεσμό των ημερήσιων επεμβάσεων είναι αναμφισβήτητα, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Συνοπτικά, έχει υπολογιστεί ότι το νοσοκομειακό κόστος είναι από 25% έως 70% μικρότερο για τα χειρουργεία ημέρας συγκριτικά με τις αντίστοιχες επεμβάσεις που διεξάγονται με νοσηλεία¹.

Εκτός του άμεσου κόστους που περιλαμβάνει κάθε είδους χειρουργείο, η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο για τουλάχιστον ένα βράδυ μετά την επέμβαση δημιουργεί έμμεσο κόστος, το οποίο προκύπτει κυρίως από την απουσία των ατόμων από την εργασία τους. Το διάστημα κατά το οποίο ένα άτομο αναρρώνει από επέμβαση ή φροντίζει κάποιο άλλο άτομο που έχει υποβληθεί σε επέμβαση επιβαρύνει οικονομικά τον εργοδότη αλλά

¹ Castoro C, et al. Day surgery: Making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2007



και την πολιτεία υπό τη μορφή χαμένων ημερών εργασίας². Έμμεσο κόστος της ίδιας μορφής προκύπτει και από την πρακτική των ημερήσιων επεμβάσεων, καθώς μετά από σχεδόν όλες τις επεμβάσεις χρειάζεται ένα χρονικό διάστημα προκειμένου να αναρρώσει ο ασθενής. Όμως, όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια, η κινητοποίηση του ασθενούς, άρα και η επιστροφή στην καθημερινότητα είναι ταχύτερη μετά από το χειρουργείο ημέρας, γεγονός που δημιουργεί περισσότερο έδαφος για συγκριτικές αναλύσεις κόστους μεταξύ των δύο κατηγοριών επεμβάσεων.

Μία από τις πρώτες μελέτες για τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από τα χειρουργεία ημέρας σε σχέση με την επέμβαση με νοσηλεία πραγματοποιήθηκε το 1980, από τους Evans και Robinson και αφορούσε παιδιατρικές επεμβάσεις³. Το οικονομικό όφελος εκτιμήθηκε χωρίζοντας τις επεμβάσεις σε 2 κατηγορίες: οδοντιατρικές και μη. Όσον αφορά τις μη οδοντιατρικές επεμβάσεις, για τους ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ημερήσια επέμβαση υπήρξε περίπου 70% μικρότερο κόστος από αυτούς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν, ενώ και για τις οδοντιατρικές επεμβάσεις η εξοικονόμηση ήταν της τάξεως του 73%. Η μεγαλύτερη διαφορά στο κόστος μεταξύ του χειρουργείου ημέρας και του αντίστοιχου με νοσηλεία εντοπίστηκε στην περίθαλψη του ασθενούς, σχεδόν 83%, κάτι το οποίο οφείλεται κυρίως στην απασχόληση κλινών λόγω της παραμονής στο νοσοκομείο. Ακόμη, στην ίδια μελέτη γίνεται σύντομη ανάλυση του έμμεσου κόστους το οποίο προκύπτει από την επιστροφή και περίθαλψη του ασθενούς στο σπίτι, χρηματικό και μη, η οποία όμως καταλήγει στο συμπέρασμα ότι αυτό το κόστος δεν αποτελεί σημαντικό σημείο αναφοράς στην ανάλυση κόστους για το χειρουργείο ημέρας. Αυτό, κατά τους συγγραφείς, εξηγείται από το φαινόμενο της «αποκαλυφθείσας προτίμησης» των οικογενειών των παιδιών – ασθενών προς τις ημερήσιες επεμβάσεις, καθώς τα οφέλη τα οποία θα είχαν τα παιδιά με το να επιστρέψουν σπίτι μετά την επέμβαση αντί να παραμείνουν στο νοσοκομείο, θεωρούνταν από τους γονείς σημαντικότερα από τις ημέρες εργασίας που θα έχαναν οι ίδιοι ή οποιοδήποτε άλλο χρηματικό κόστος αυτό συνεπαγόταν.

Οι επεμβάσεις αποκατάστασης κήλης είναι μια από τις κατηγορίες επεμβάσεων που έχουν μελετηθεί αρκετά ως χειρουργεία ημέρας. Το 1981, εκπονήθηκαν 2 διαφορετικές μελέτες για την εξοικονόμηση κόστους από την αποκατάσταση βουβωνοκήλης ως ημερήσια

²Tysome JR, Padgham ND. A comparative study of patient satisfaction with day case and in-patient major ear surgery. *The Journal of Laryngology and Otology* 2006; 120:670-675

³ Evans RG, Robinson GC. Surgical day care: measurements of the economic payoff. *CMA Journal* 1980; 123:873-880



επέμβαση. Ο Coe⁴, μέσω 2 ομάδων ασθενών του, υπολόγισε το μέσο κόστος της ημερήσιας επέμβασης βουβωνοκήλης σε \$398 και της επέμβασης με νοσηλεία σε \$1.168, ενώ οι Flanagan και Bascom⁵ το υπολόγισαν σε \$300 και \$1.000 αντίστοιχα. Η εξοικονόμηση που προέκυψε ήταν 66% από τη μελέτη του Coe και 70% από τους Flanagan και Bascom. Το 1982, ο Rockwell⁶, διεξήγαγε μια αντίστοιχη μελέτη, μέσω της οποίας υπολόγισε το μέσο κόστος της αποκατάστασης βουβωνοκήλης ως χειρουργείο ημέρας σε \$617 και ως επέμβαση με νοσηλεία σε \$1.119, όπου εκτιμήθηκε ότι το χειρουργείο ημέρας ήταν περίπου 45% χαμηλότερου κόστους. Μία ακόμη μελέτη για την αποκατάσταση βουβωνοκήλης ως χειρουργείο ημέρας πραγματοποίησαν οι Saviano και συν⁷, το 1996. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κόστος της ημερήσιας επέμβασης ήταν κατά 53% χαμηλότερο από την επέμβαση με νοσηλεία, ενώ εκτίμησαν ότι αν έστω το 50% των επεμβάσεων βουβωνοκήλης διεξάγονταν ως ημερήσιες, θα υπήρχε περίπου 66% μικρότερη δαπάνη από ότι αν αυτοί οι ασθενείς νοσηλεύονταν, χωρίς να συνυπολογιστεί το έμμεσο όφελος της ταχύτερης επιστροφής στην εργασία.

Οι Mitchell και Harrow⁸, το 1994, υπολόγισαν το κόστος που προέκυπτε από την αποκατάσταση κήλης ως επέμβαση με νοσηλεία σε σύγκριση με την ίδια επέμβαση ως χειρουργείο ημέρας. Το κόστος της επέμβασης με νοσηλεία ήταν \$2.341, ενώ ως ημερήσια ήταν \$1.505, επομένως το χειρουργείο ημέρας κόστιζε περίπου 36% λιγότερο. Το μέγεθος της διαφοράς αυτής (84%) οφειλόταν στις διαφορετικές εγκαταστάσεις στις οποίες διεξάχθηκαν οι 2 κατηγορίες επεμβάσεων, ενώ και οι χρεώσεις των γιατρών συντέλεσαν μια σημαντική διαφορά στο κόστος (64%). Συγκεκριμένα, το μέσο κόστος εγκαταστάσεων για μια επέμβαση με νοσηλεία ήταν διπλάσιο από το αντίστοιχο κόστος της ημερήσιας επέμβασης.

Το 1995, οι Mowschenson και Hodin⁹ μελέτησαν τις επεμβάσεις θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών ως προς την δυνατότητα διεξαγωγής τους σε ημερήσια βάση, καθώς και

⁴ Coe RC. Changing methods best way to cut costs. Letter to the editor. Am Med News 1981;24-25

⁵ Flanagan L Jr, Bascom JU. Herniorrhaphies performed upon outpatients under local anesthesia. Surg Gynecol Obstet 1981; 153:557-560

⁶ Rockwell E. Outpatient repair of inguinal hernia. The American Journal of Surgery 1982; 143:559-560

⁷ Saviano MS, Gelmini R, Piccoli M et al. Evaluation of costs in surgery of inguinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. Ann Ital Chir 1996; 67(5):615-619

⁸ Mitchell JB, Harrow B. Costs and outcomes of inpatient versus outpatient hernia repair. Health Policy 1994; 28:143-152

⁹ Mowschenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: A prospective study of feasibility, safety and costs. Surgery 1995; 118:1051-1054



την εξοικονόμηση κόστους που συνεπάγονταν. Το νοσοκομειακό κόστος για τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργείο ημέρας ήταν μεταξύ \$1.594 και \$2.783, ενώ για όσους νοσηλεύθηκαν μετά την επέμβαση το κόστος ήταν μεταξύ \$2.031 και \$4.216. Η εξοικονόμηση στο κόστος που προέκυψε από την ημερήσια επέμβαση υπολογίστηκε περίπου 30%.

Τις επεμβάσεις καταρράκτη σε ημερήσια βάση και με νοσηλεία συνέκριναν οι Percival και Setty¹⁰ το 1992. Εκτίμησαν ότι το μέσο συνολικό κόστος για τους νοσηλευόμενους ασθενείς ανερχόταν σε £365,99 και για τους ημερήσιους σε £221,62, επομένως υπήρχε εξοικονόμηση κόστους της τάξεως του 39% όταν η επέμβαση καταρράκτη πραγματοποιούταν ως ημερήσια, ενώ αυτή η διαφορά οφειλόταν κατά κύριο λόγο στην παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι Fan, Boldy και Bowen¹¹, το 1997 διερεύνησαν τα αποτελέσματα της επέμβασης καταρράκτη σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία υπεβλήθησαν είτε σε χειρουργείο ημέρας είτε νοσηλεύθηκαν. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συνέλεξαν μέσω ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε ότι το μέσο συνολικό κόστος (ίδιες πληρωμές, κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης και κάλυψη από το Medicare) ανερχόταν σε \$1.974 για τις ημερήσιες επεμβάσεις και \$2.310 για τα περιστατικά με νοσηλεία, μια διαφορά της τάξεως του 14,5%. Χαρακτηριστικό είναι και το γεγονός ότι το 51% των ασθενών χειρουργείου ημέρας δεν κατέβαλλε κανένα άμεσο ποσό, ενώ για τους νοσηλευθέντες αυτό ίσχυε μόνο για το 20% αυτών.

Το 2001, οι Castells και συν¹², σε μία ακόμη έρευνα για τις επεμβάσεις καταρράκτη, υπολόγισαν ότι για τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο για τουλάχιστον ένα βράδυ μετά το χειρουργείο τους το κόστος της επέμβασης ήταν €1.218 ενώ για όσους έλαβαν εξιτήριο την ίδια μέρα ήταν €1.001. Η διαφορά των €217 (18%) που παρατηρείται μεταξύ των δύο ομάδων οφείλεται κυρίως στην παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο για ένα εικοσιτετράωρο. Τα κόστη που σχετίζονταν με την επέμβαση και την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Με βάση το γεγονός ότι στην Ισπανία διεξάγονται περίπου 320 επεμβάσεις καταρράκτη ανά 100.000 κατοίκους,

¹⁰ Percival SPB, Setty SS. Prospective audit comparing ambulatory day surgery with inpatient surgery for treating cataracts. *Quality in Health Care* 1992; 1:38-42

¹¹ Fan YP, Boldy D, Bowen D. Comparing patient satisfaction, outcomes and costs between cataract day surgery and inpatient surgery for elderly people. *Australian Health Review* 1997;20(4):27-39

¹² Castells X, Alonso J, Castilla M et al. Outcomes and costs of outpatient and inpatient cataract surgery: a randomised clinical trial. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(1): 23-29



εκτιμάται από την ίδια μελέτη ότι αν το 80% αυτών των χειρουργείων πραγματοποιούνταν μέσω ημερήσιων επεμβάσεων, θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν περίπου €30 εκ. ετησίως.

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή θεωρείται το πιο συχνό ελάχιστα επεμβατικό χειρουργείο και ενδείκνυται για ημερήσια νοσηλεία. Το 1999, οι Fleisher και συν¹³ πραγματοποίησαν μια ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας για τις ημερήσιες επεμβάσεις λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής συγκριτικά με επεμβάσεις νοσηλείας. Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή ως χειρουργείο ημέρας ενείχε συνολικό κόστος \$2.111, ενώ ως επέμβαση με νοσηλεία \$4.238. Η διαφορά μεταξύ των δύο ειδών χειρουργείου ήταν \$2.127 ήτοι 50%. Λίγο αργότερα, το 2001, οι Rosen και συν¹⁴, διεξήγαγαν μια αντίστοιχη έρευνα. Μέσω της ανάλυσής τους, υπολογίστηκε ότι για τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργείο ημέρας το κόστος ήταν κατά μέσο όρο 11% μικρότερο από το κόστος των ασθενών που νοσηλεύθηκαν.

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από επόμενες μελέτες για την ίδια επέμβαση. Το 2009, οι Athar, Tabish και Abid¹⁵ εκτίμησαν ότι το κόστος ήταν από 19,8% έως 47,6% μικρότερο για τα χειρουργεία ημέρας από τα χειρουργεία με νοσηλεία. Σε μία ακόμη πιο πρόσφατη μελέτη, το 2010, οι Ji και συν¹⁶ υπολόγισαν ότι το κόστος της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής ήταν 17,5% μικρότερο για τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ημερήσια επέμβαση συγκριτικά με το κόστος παραμονής στο νοσοκομείο.

Μία άλλη κατηγορία επεμβάσεων η οποία έχει αναλυθεί για τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την διεξαγωγή τους ως χειρουργείο ημέρας είναι οι ορθοπεδικές επεμβάσεις, καθώς τα κλινικά αποτελέσματα κρίνονται ως παρόμοια ανεξαρτήτως της παραμονής ή όχι στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση. Το 1995, οι Kao και συν¹⁷, πραγματοποίησαν μια συγκριτική μελέτη για την αποκατάσταση πρόσθιου χιαστού συνδέσμου ως ημερήσια επέμβαση και ως επέμβαση με νοσηλεία. Για τους ασθενείς οι

¹³ Fleisher LA, Yee K, Lillemoe KD et al. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective? A model to study transition in health. *Anesthesiology* 1999; 90:1746-1755

¹⁴ Rosen MJ, Malm JA, Tarnoff M et al. Cost-effectiveness of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11(3):182-4

¹⁵ Athar A, Tabish C, Abid J. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: Is it safe and cost effective? *J Minim Access Surg* 2009; 5(1):8-13

¹⁶ Ji W, Ding K, Li LT et al. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: a single center clinical analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2010; 9(1):60-64

¹⁷ Kao JT, Giangarra CE, Singer G, Martin S. A comparison of outpatient and inpatient anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Arthroscopy* 1995; 11(2):151-156



οποίοι νοσηλεύθηκαν μετά τη συγκεκριμένη επέμβαση, το μέσο κόστος υπολογίστηκε σε \$9.220, ενώ για όσους υπεβλήθησαν σε χειρουργείο ημέρας \$3.905, δηλαδή 58% μικρότερο από τους νοσηλευθέντες. Την ίδια επέμβαση διερεύνησαν οι Kumar και συν¹⁸, οι οποίοι εκτίμησαν ότι το μέσο κόστος της επέμβασης για τους ημερήσιους ασθενείς της έρευνας ήταν £1.111 και για τους νοσηλευθέντες £1.474, το οποίο μεταφράζεται σε 25% εξοικονόμηση πόρων.

Μία ακόμη μελέτη η οποία αφορά τον τομέα της ορθοπεδικής είναι αυτή των Levy και Mashoof¹⁹, οι οποίοι συνέκριναν το κόστος της ανοιχτής επέμβασης Bankart για τις επαναλαμβανόμενες εξάρθρωσεις του ώμου ως ημερήσια με την ίδια επέμβαση με νοσηλεία. Το μέσο κόστος της ημερήσιας επέμβασης ήταν \$3.500, ενώ το αντίστοιχο κόστος με παραμονή στο νοσοκομείο για μία νύχτα ανερχόταν σε \$8.000, επομένως η επέμβαση Bankart εκτιμήθηκε ότι δύναται να εξοικονομήσει πόρους της τάξεως του 56%, πραγματοποιούμενη ως χειρουργείο ημέρας. Την ίδια περίοδο, οι Cordasco, McGinley και Charlton²⁰, διερεύνησαν την εξοικονόμηση κόστους που ενδεχομένως προέκυπτε από την επέμβαση αποκατάστασης στροφικού πετάλου ως ημερήσια. Από τα στοιχεία που συνέλεξαν, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αποκατάσταση στροφικού πετάλου ως χειρουργείο ημέρας οδηγούσε σε μείωση του κόστους κατά 43% σε σύγκριση με την αντίστοιχη επέμβαση με νοσηλεία.

Οι Lemos και συν²¹ το 2003 πραγματοποίησαν έρευνα για τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από τη λαπαροσκοπική απολίνωση των σαλπίνγων ως χειρουργείο ημέρας και εκτίμησαν ότι υπήρχε κατά μέσο όρο 62,4% μικρότερη δαπάνη από τις περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύθηκαν μετά την επέμβαση. Επιπλέον, ανήγαγαν τα αποτελέσματα στο σύνολο των επεμβάσεων λαπαροσκοπικής απολίνωσης των σαλπίνγων για το έτος 1999 που πραγματοποιήθηκαν σε συγκεκριμένο νοσοκομείο και υπολόγισαν ότι, αν οι εν λόγω επεμβάσεις είχαν γίνει ημερήσιες, θα είχαν εξοικονομηθεί €107.372,82.

¹⁸ Kumar A, Bickerstaff DR, Johnson TR, Appleton DFJ. Day surgery anterior cruciate ligament reconstruction: Sheffield experiences. *The Knee* 2001; 8:25-27

¹⁹ Levy HJ, Mashoof AA. Outpatient open Bankart repair. *The American Journal of Sports Medicine* 2000; 28(3):377-379

²⁰ Cordasco FA, McGinley BJ, Charlton T. Rotator cuff repair as an outpatient procedure. *J Shoulder Elbow Surg* 2000; 9(1):27-30

²¹ Lemos P, Regalado A, Marques D et al. The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic ligation. *Ambul Surg* 2003; 10:61-65



Από την προηγηθείσα ανάλυση, αποδεικνύεται ότι το χειρουργείο ημέρας ενέχει σημαντικά μικρότερο κόστος από τις αντίστοιχες επεμβάσεις με νοσηλεία. Οι αποκλίσεις που υπάρχουν στο εύρος των οικονομικών ωφελειών μεταξύ μελετών για την ίδια επέμβαση οφείλονται κατά κύριο λόγο στα διαφορετικά πρωτόκολλα και κλινικές πρακτικές που εφαρμόζονται για τις ίδιες παθήσεις μεταξύ νοσοκομείων, συστημάτων υγείας και χωρών, καθώς και στα διαφορετικά συστήματα τιμολόγησης που χρησιμοποιούν τα συστήματα υγείας διεθνώς. Εμπόδιο στην εξάπλωση του θεσμού αποτελεί το σύστημα αποζημίωσης που ισχύει σε πολλές χώρες, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα νοσοκομεία ωφελούνται οικονομικά από την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 24 ώρες, διότι τότε η αποζημίωση από το σύστημα υγείας είναι μεγαλύτερη ή ,ακόμη, οι ασθενείς χειρουργείο ημέρας υποχρεούνται να καταβάλλουν ένα ποσοστό του συνολικού κόστους της επέμβασης, ενώ ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται καλύπτονται πλήρως από το σύστημα υγείας¹. Παράδειγμα προόδου και ανάπτυξης σε αυτό τον τομέα αποτελεί η Σλοβενία, η οποία υιοθέτησε το σύστημα αποζημίωσης των DRGs, σύμφωνα με το οποίο το ποσό που καταβαλλόταν για κάθε επέμβαση, ημερήσια ή με νοσηλεία, ήταν σταθερό. Αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η αύξηση των ημερήσιων επεμβάσεων κατά 70% μέσα σε διάστημα 3 ετών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των αναλύσεων κόστους του χειρουργείου ημέρας δεν διερευνάται το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη μείωση της εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων λόγω της μη παραμονής των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου για μεγάλα διαστήματα, αλλά ούτε και το κόστος χρόνου που μειώνεται εξαιτίας της μείωσης των λιστών αναμονής. Ο συνυπολογισμός αυτών των παραγόντων στο συνολικό κόστος των επεμβάσεων θα μπορούσε να οδηγήσει στην εκτίμηση μεγαλύτερου οικονομικού οφέλους από την εφαρμογή των ημερήσιων επεμβάσεων σε σχέση με τις ήδη πραγματοποιηθείσες μελέτες.

Επιπλέον, το χειρουργείο ημέρας μειώνει την ανάγκη των νοσοκομείων για κλίνες, οι οποίες επίσης αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην εκτίμηση του κόστους μιας επέμβασης. Στις μελέτες που αναλύθηκαν νωρίτερα, το όφελος από τη μη παραμονή των ημερήσιων ασθενών στο νοσοκομείο κατά τη νύχτα, από την πλευρά μη χρήσης κλινών, υπολογίστηκε μόνο ως προς το άμεσο κόστος που δημιουργείται όταν χρησιμοποιούνται. Είναι σημαντικό, όμως, να αναγνωριστεί ότι ουσιώδης εξοικονόμηση στο κόστος είναι δυνατή μόνο όταν περιστατικά μεταφέρονται από τις μονάδες νοσηλείας στις ημερήσιες κλινικές με



ταυτόχρονη αντίστοιχη μείωση των διαθέσιμων κλινών προς νοσηλεία¹. Αυτό συμβαίνει είτε διότι πάντα θα υπάρχουν περιστατικά προς νοσηλεία όσο υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες είτε λόγω του λειτουργικού κόστους που συνεπάγεται μια νοσοκομειακή κλίνη ακόμη και όταν δεν χρησιμοποιείται.

2.2 Κοινωνικά οφέλη

Εκτός από τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από το χειρουργείο ημέρας, ιδιαίτερης σημασίας χρήζουν και τα κοινωνικά αποτελέσματα που απορρέουν από την εφαρμογή του θεσμού. Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται μείζονος σημασίας κριτήριο για την αξιολόγηση των ημερήσιων επεμβάσεων. Ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από την επάρκεια της παρεχόμενης αναισθησίας κατά την επέμβαση, τη συμπεριφορά του προσωπικού, την επάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας, την ταχύτερη κινητοποίησή τους και την επιστροφή στην καθημερινότητά τους, μεταξύ άλλων.

Το 1992, οι Davies και Tyers²² πραγματοποίησαν μια μελέτη για την ικανοποίηση των ασθενών μετά από ημερήσια επέμβαση καταρράκτη, βασισμένη σε ερωτηματολόγια, από την οποία προέκυψε ότι το 87% των ερωτηθέντων ασθενών θα επέλεγε ξανά το χειρουργείο ημέρας για την ίδια επέμβαση. Από το σύνολο των ασθενών της έρευνας, μόνο 4% αντιμετώπισε υπερβολικό πόνο μετά το χειρουργείο, ενώ το 93% αξιολόγησε την παρακεταμόλη ως επαρκές αναλγητικό.

Την ικανοποίηση των ασθενών μετά από επέμβαση καταρράκτη ημερήσια ή με νοσηλεία διερεύνησαν και οι Fan, Boldy και Bowen¹¹ το 1997. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, περίπου το 94% όλων των ασθενών, ημερήσιων και νοσηλευθέντων, δήλωσε πολύ ικανοποιημένο με όλες τις πτυχές της περίθαλψής του, ενώ μόνο 6% δήλωσε δυσαρεστημένο από το σύνολο της εμπειρίας. Για το 92% των ερωτηθέντων, η επέμβαση ήταν πρακτικά λιγότερο ανησυχητική και άβολη από όσο περίμεναν. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι από τη συγκεκριμένη μελέτη προέκυψε ότι το 70% των νοσηλευθέντων ασθενών δεν παρουσίασε κανένα απολύτως πρόβλημα μετά την επέμβαση, κάτι που εγείρει το ερώτημα αν η παραμονή στο νοσοκομείο για ένα τουλάχιστον βράδυ ήταν πραγματικά απαραίτητη ή ακόμη και επιθυμητή για την πλειοψηφία αυτών των ασθενών.

²²Davies B, Tyers AG. Do patients like day case cataract surgery? British Journal of Ophthalmology 1992; 76:262-263



Την ικανοποίηση των ασθενών μετά από ημερήσιες επεμβάσεις οδοντιατρικής, δερματολογίας, ωτορινολαρυγγολογίας, γυναικολογίας, ορθοπεδικής, οφθαλμολογίας, γενικής χειρουργικής και ουροποιογεννητικού συστήματος διερεύνησαν οι Ghosh και Sallam²³ το 1994. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου περιελάμβαναν μια κλίμακα ικανοποίησης με τέσσερις διαβαθμίσεις: άριστη, πολύ καλή, καλή και αμφίβολη. Από το σύνολο των ερωτηθέντων, μόνο το 6% χαρακτήρισε τη συνολική εμπειρία του χειρουργείου ημέρας ως αμφίβολη, ενώ και στον τομέα των μετεγχειρητικών οδηγιών και της αναλγησίας μόνο 4% και 10% των ασθενών αντίστοιχα δήλωσε αμφίβολη ικανοποίηση.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Lee, Chen, Yap και συν²⁴, το 2007, κατά την οποία οι ερωτηθέντες είχαν υποβληθεί σε ένα πλήθος επεμβάσεων, όπως γενικής χειρουργικής, ορθοπεδικής, γυναικολογίας και ωτορινολαρυγγολογίας. Το 90% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι προτιμά τις ημερήσιες επεμβάσεις ως πρακτική. Ο βασικός λόγος για τον οποίο οι ασθενείς δήλωσαν να προτιμούν το χειρουργείο ημέρας από το να νοσηλευθούν ήταν η σύντομη παραμονή στο νοσοκομείο. Παράγοντες που συντελούν σε αυτή την επιλογή, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών, είναι: η απαρésκεια για το νοσοκομειακό περιβάλλον, η άποψη ότι τα νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα μολυσματικά, η ύπαρξη οικογένειας την οποία είχαν να φροντίσουν, η ταχύτερη επιστροφή στην εργασία και η συμβουλή του γιατρού. Οι βασικοί λόγοι μη προτίμησης της ημερήσιας επέμβασης ήταν ο φόβος εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και η πεποίθηση ότι στο νοσοκομείο παρέχεται καλύτερη φροντίδα. Το 86% των ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργείο ημέρας δήλωσαν ότι θα το επέλεγαν ξανά.

Η ικανοποίηση των ασθενών του χειρουργείου ημέρας επηρεάζεται επίσης από το πόσο σύντομα επιστρέφουν τα άτομα στην καθημερινότητά τους μετά την επέμβαση. Το 2006, οι Tysome και Padgham² μελέτησαν τις ημερήσιες μείζονες επεμβάσεις του ωτός ως προς την ικανοποίηση των ασθενών, σε σύγκριση με τη νοσηλεία. Από τα δεδομένα που συνέλεξαν, τα επίπεδα ικανοποίησης από την επέμβαση και τα επίπεδα μετεγχειρητικού πόνου ήταν παρόμοια για τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ημερήσια επέμβαση όσο και για αυτούς που νοσηλεύθηκαν. Επιπλέον, ο μέσος χρόνος επιστροφής στην εργασία ή το σχολείο ήταν 10 ημέρες για τους ασθενείς χειρουργείου ημέρας και 13,6 ημέρες για τους νοσηλευθέντες.

²³Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *British Journal of Surgery* 1994; 81:1635-1638

²⁴Lee YC, Chen PP, Yap J et al. Attitudes towards day-case surgery in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Med J* 2007; 13:298-303



Σημαντικά μεγαλύτερο ήταν και το ποσοστό των ασθενών ημερήσιας επέμβασης που επέστρεψαν στην καθημερινότητά τους μία εβδομάδα μετά χειρουργείο (66%) συγκριτικά με όσους νοσηλεύθηκαν (42%), ενώ σημαντική παρέμεινε η διαφορά αυτή δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση (90% Χ.Η., 72% νοσηλευθέντες). Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν φαίνεται να υπάρχει επαρκής δικαιολόγηση της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο μετά από τέτοιου είδους επέμβαση, διότι δεν είναι ούτε ιατρικά απαραίτητη αλλά ούτε και αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών.

Μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών θεωρούνται τα παιδιά. Θεωρούνται ευρέως ως ιδανικοί υποψήφιοι για το χειρουργείο ημέρας, διότι είναι συνήθως πιο υγιή και οι επεμβάσεις που χρειάζονται είναι πιο μικρής σοβαρότητας. Στην περίπτωση των παιδιατρικών επεμβάσεων, η ικανοποίηση εκφράζεται περισσότερο από τους γονείς, οι οποίοι είναι συνήθως ιδιαίτερα απαιτητικοί όταν πρόκειται για τη φροντίδα των παιδιών τους. Σημαντικό κριτήριο για την ικανοποίηση σε αυτού του είδους τις επεμβάσεις είναι η επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το 2006, οι Erden και συν²⁵, διεξήγαγαν μια μελέτη προκειμένου να εκτιμήσουν το βαθμό ικανοποίησης των γονέων μετά από ημερήσια επέμβαση στα παιδιά τους. Οι επεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθησαν τα παιδιά της μελέτης ήταν: ωτορινολαρυγγολογικές, παιδιατρικές, οφθαλμολογικές, ορθοπεδικές, πλαστικές, ουρολογικές και οδοντιατρικές. Η ικανοποίηση των γονέων για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ήταν 91%, για τη νοσηλευτική περίθαλψη 100%, για την πληροφόρηση που τους παράχθηκε 70% και για την ανταπόκριση του προσωπικού στις απορίες τους 80%. Το 97% των ερωτηθέντων γονέων δήλωσε ότι θα επέλεγαν το χειρουργείο ημέρας ξανά στο μέλλον ως πρακτική για το παιδί τους.

Το βασικό συμπέρασμα το οποίο μπορεί να εξαχθεί από τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών είναι ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την εμπειρία του χειρουργείου ημέρας είναι υψηλός. Η ταχεία επιστροφή των ατόμων στην καθημερινότητά τους, καθώς και η παροχή επαρκούς αναλγησίας φαίνονται να είναι καθοριστικοί παράγοντες στην αίσθηση ικανοποίησης του ασθενούς, επομένως πρέπει να αποτελούν και βασικούς στόχους ενός οργανισμού ο οποίος υιοθετεί το θεσμό του χειρουργείου ημέρας.

²⁵Erden L, Pamuk AG, Ocal T, Aypar U. Parental satisfaction with pediatric day case surgery. M.E.J. Anesth 2006; 18(6):1113-1122



2.3 Κλινικά οφέλη

Η θεμελιώδης λογική υιοθέτησης του χειρουργείου ημέρας είναι η εξοικονόμηση πόρων. Επιπρόσθετη επιχειρηματολογία στην εξάπλωση του θεσμού αποτελούν τα κλινικά οφέλη τα οποία απορρέουν από το θεσμό. Τέτοια οφέλη είναι τα πολύ χαμηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών όπως οι εισαγωγές και επανεισαγωγές στο νοσοκομείο, οι χαμηλοί δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκαλούνται από την επέμβαση και η σπανιότητα των επιπλοκών κατά το χειρουργείο.

Τα αποτελέσματα του χειρουργείου ημέρας στη Σκωτία μελέτησαν οι Bain και συν²⁶ το 1999. Το ποσοστό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο μετά από ημερήσια επέμβαση ήταν για τη συγκεκριμένη έρευνα 7,8%, με πιο συχνή την επιστροφή μετά από ουρολογικές επεμβάσεις (13,6%), ενώ τη μικρότερη συχνότητα είχαν οι ωτορινολαρυγγολογικές και οι οφθαλμολογικές (4%). Οι συχνότερες επιπλοκές που εμφανίστηκαν στους ασθενείς της έρευνας, ανεξάρτητα από την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση, ήταν το αίσθημα πόνου (26%) και ελάσσοнос σημασίας ιατρικά προβλήματα (23%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης ότι οι ασθενείς που χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο δήλωσαν μικρότερη κλίμακα ικανοποίησης για το σύνολο της εμπειρίας τους σε σχέση με όσους δεν χρειάστηκαν, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι οι κάθε είδους επιπλοκές μετά από το χειρουργείο ημέρας επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Το 1994, οι Ghosh και Sallam²³, σε μελέτη που περιελάμβανε την ανάγκη για νοσοκομειακές και κοινωνικές υπηρεσίες μετά το χειρουργείο ημέρας διαφόρων ειδικοτήτων, εκτίμησαν ότι μόνο το 2,5% των ασθενών της έρευνας χρειάστηκε να επικοινωνήσει με το νοσοκομείο μέσα στις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση, ενώ 48 ώρες μετά, 4,3% των ασθενών επικοινωνήσε με τον προσωπικό του γιατρό, κυρίως λόγω προβλημάτων διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου. Επίσης, συμπέραναν ότι το χειρουργείο ημέρας δεν δημιουργεί αυξημένες ανάγκες σε κοινωνικές υπηρεσίες. Το 1998, σε μια ακόμη μελέτη για τη διερεύνηση της ανάγκης για υπηρεσίες μετά από ημερήσια επέμβαση, οι Lewis και Bryson²⁷ υπολόγισαν τον αριθμό επισκέψεων από νοσηλευτή σε 0,03 ανά ασθενή μετά από

²⁶ Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Quality in Health Care* 1999; 8:86-91

²⁷ Lewis C, Bryson J. Does day case surgery generate extra workload for primary and community health service staff? *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80:200-202



ημερήσιες επεμβάσεις, ενώ για τους νοσηλευθέντες σε 0,69 επισκέψεις ανά ασθενή. Για τις επισκέψεις γιατρών στους ασθενείς η διαφορά ήταν μικρότερη, με 0,02 επισκέψεις ανά ημερήσιο ασθενή και 0,19 επισκέψεις ανά νοσηλευόμενο ασθενή. Επομένως, από τα ευρήματα των ερευνών ενισχύεται η άποψη ότι τα χειρουργεία ημέρας δεν δημιουργούν αυξημένες ανάγκες για νοσοκομειακές και κοινωνικές υπηρεσίες αλλά ούτε και αυξάνουν το φορτίο εργασίας για το προσωπικό, γεγονός που συντελεί και στη συγκράτηση του κόστους των ημερήσιων επεμβάσεων.

Τη συχνότητα των μη προγραμματισμένων επιστροφών ασθενών στο νοσοκομείο μετά από χειρουργείο ημέρας, σε διάστημα 30 ημερών από την επέμβαση μελέτησαν οι Twersky και συν²⁸. Το ποσοστό επιστροφών υπολογίστηκε σε 3%, 1,3% αφορούσε επιπλοκές που έρχονταν περίθαλψης, ενώ το υπόλοιπο 1,7% των επιστροφών δεν θεωρήθηκαν πραγματικές επιπλοκές. Δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή σχετική με την αναισθησία της επέμβασης ούτε και κανένα περιστατικό θανάτου. Βασική αιτία μη αναμενόμενης επίσκεψης στο νοσοκομείο ήταν η αιμορραγία (41,5%) και, από το σύνολο των επιστροφών τα υψηλότερα ποσοστά αφορούσαν ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση υδροκήλης ή κισσοκήλης και παρουσίασαν λοιμώξεις.

Οι Foo και συν²⁹, το 1999, διεξήγαγαν έρευνα για τα αποτελέσματα του χειρουργείου ημέρας σε επεμβάσεις ορθοπρωκτικής σε σύγκριση με αντίστοιχα νοσηλευόμενα περιστατικά. Από το σύνολο των ασθενών της έρευνας, οι ημερήσιοι ασθενείς δεν παρουσίασαν καμία επιπλοκή, ενώ στην ομάδα των νοσηλευθέντων υπήρξε ένα ποσοστό 5% περιστατικών κατακράτησης ούρων και άλλο ένα 5% με σημαντική αιμορραγία. Παρά το γεγονός ότι η διαφορά του 5% στην κατακράτηση ούρων μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών δεν είναι στατιστικά σημαντική, από τη συγκεκριμένη μελέτη αιτιολογείται η άποψη ότι το χειρουργείο ημέρας στην ορθοπρωκτική μειώνει την επίπτωση σε αυτό το μετεγχειρητικό πρόβλημα για διάφορους λόγους, όπως η ταχύτερη κινητοποίηση του ασθενούς.

Τη συχνότητα επανεισαγωγών στο νοσοκομείο μετά από χειρουργείο ημέρας σε διάστημα 30 ημερών μετά την επέμβαση διερεύνησαν οι Mezei και Chung³⁰. Οι συγγραφείς εκτίμησαν

²⁸Twersky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 84:319-324

²⁹Foo E, Sim R, Lim HY et al. Ambulatory anorectal surgery – Is it feasible locally? *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27:512-514

³⁰Mezei G, Chung F. Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. *Annals of Surgery* 1999; 230(5):721-727



ότι το ποσοστό εισαγωγών στο νοσοκομείο ήταν 1,1% και μόνο 0,15% όλων των ασθενών επέστρεψαν στο νοσοκομείο εξαιτίας επιπλοκών. Επίσης, δεν προέκυψε καμία επιπλοκή σχετική με την αναισθησία ούτε και περιστατικά θνησιμότητας. Για επεμβάσεις στα μάτια, όπως είναι η εξαγωγή καταρράκτη, τα χαμηλά ποσοστά επιστροφών στο νοσοκομείο φαίνονται να σχετίζονται με τη μικρή διάρκεια του χειρουργείου (λιγότερο από 1 ώρα) αλλά και με τη μικρής διάρκειας αίσθηση πόνου και δυσφορίας που συνεπάγονται.

Οι Castells και συν¹² μελέτησαν το 2001 τη συχνότητα επιπλοκών και επιστροφών μετά από επέμβαση καταρράκτη ως χειρουργείο ημέρας και ως επέμβαση με νοσηλεία. Από τα στοιχεία που συνέλεξαν, προέκυψε ότι κατά τις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση το 13,8% των ημερήσιων ασθενών και 9,1% των νοσηλευθέντων παρουσίασε τουλάχιστον μία επιπλοκή, με πιο συχνές την ενδοφθάλμια πίεση (ΙΟΡ) και το οίδημα του κερατοειδούς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μέτρηση της συχνότητας επιπλοκών για τους ασθενείς της ίδιας μελέτης 4 μήνες μετά την επέμβαση, η οποία έδειξε ότι μέσα σε αυτό το διάστημα τα ποσοστά επιπλοκών των δύο ομάδων είχαν σχεδόν εξισωθεί (18,8% για τους ημερήσιους και 18% για τους νοσηλευθέντες).

Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κλινικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης αλλά και κατά την ανάρρωση, γι' αυτό παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και στον τομέα των χειρουργείων ημέρας, κάτι το οποίο μελέτησαν το 2004 οι Fleisher και συν³¹. Οι ασθενείς της συγκεκριμένης μελέτης είχαν υποβληθεί σε ημερήσιες επεμβάσεις 16 διαφορετικών ειδικοτήτων σε 3 διαφορετικά είδη εγκαταστάσεων: μονάδες νοσοκομείων (64%), ανεξάρτητες και αυτόνομες μονάδες χειρουργείου ημέρας (31%) και ιδιωτικά ιατρεία (5%). Από τα δεδομένα της έρευνας, υπολογίστηκε η θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της επέμβασης σε 2,5 θανάτους ανά 100.000 περιστατικά σε νοσοκομεία, 2,3 ανά 100.000 σε ανεξάρτητα κέντρα και κανένα περιστατικό θανάτου σε ιδιωτικά ιατρεία. Ο μικρός αριθμός ιδιωτικών ιατρείων στο δείγμα δικαιολογεί την απουσία θνησιμότητας σε αυτή την κατηγορία. Σε διάστημα 7 ημερών από την επέμβαση υπήρξαν 6,2 θάνατοι ανά 100.000 περιστατικά σε νοσοκομεία, 3,1 ανά 100.000 σε ανεξάρτητα κέντρα και 4,4 ανά 100.000 σε ιδιωτικά ιατρεία, ενώ 30 ημέρες μετά την επέμβαση υπολογίστηκαν σε 7,3, 5,6 και 6,2 θανάτους ανά 100.000 περιστατικά στις αντίστοιχες δομές. Κανένα περιστατικό θανάτου δεν υπήρξε για επεμβάσεις απλής

³¹ Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients. Arch Surg 2004; 139:67-72



μαστεκτομής, μηροκήλης ή αποκατάστασης στροφικού πετάλου. Στο σύνολο του δείγματος, το ποσοστό θνησιμότητας σε διάστημα 7 ημερών από την επέμβαση ήταν 41 ανά 100.000 περιστατικά, το ποσοστό επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών 1.630 ανά 100.000 και η εισαγωγή στο νοσοκομείο εκτιμήθηκε σε 2.530 ανά 100.000 ασθενείς.

Οι απόψεις των ασθενών για το χειρουργείο ημέρας διερευνήθηκαν από τους Lee και συν²⁴ με τη χρήση ερωτηματολογίων. Από το σύνολο των ερωτηθέντων, μόνο ένα ποσοστό 11% δήλωσε ότι αντιμετώπισε κάποια μετεγχειρητική ανεπιθύμητη ενέργεια, με πιο κύριες τη ναυτία, τον εμετό και τις επιπλοκές στο τραύμα τους, κανείς εκ των οποίων δεν χρειάστηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι στους ημερήσιους ασθενείς η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν μικρότερη (9%) σε σχέση με τους νοσηλευθέντες (23%), γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται στον διαφορετικό τύπο αναισθησίας μεταξύ των δύο ειδών χειρουργείου.

Σε μία πρόσφατη μελέτη, το 2009, οι Pezier και συν³² διερεύνησαν τα χειρουργεία ημέρας σε ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις. Το 74% των ενήλικων ασθενών του δείγματος και το 73% των παιδιών ασθενών υπεβλήθησαν σε χειρουργείο ημέρας. Τα ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο ήταν πολύ χαμηλά, 0,7% για τους ενήλικες και 0,9% για τα παιδιά. Η βιοψία λεμφαδένων ήταν η επέμβαση με το υψηλότερο ποσοστό επιστροφών στο νοσοκομείο, με 11% όσων υπεβλήθησαν σε αυτή την επέμβαση να χρειάζονται εισαγωγή, αν και ο μικρός αριθμός ασθενών σε αυτή την επέμβαση δεν παρέχει ασφαλή συμπεράσματα. Η πιο κοινή επέμβαση για την οποία ασθενείς εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν η αφαίρεση αμυγδαλών, με 2,6% των ενηλίκων και 3,3% των παιδιών που υπεβλήθησαν στο συγκεκριμένο χειρουργείο και 56% και 78% αντίστοιχα για το σύνολο των νοσοκομειακών εισαγωγών της έρευνας. Η βασική αιτία εισαγωγής μετά από αμυγδαλεκτομή για τα παιδιά ήταν το αίσθημα πόνου, η ναυτία και η απροθυμία τους να πιούν ή να φάνε λόγω της επέμβασης. Επίσης, δεν υπήρξε κανένα περιστατικό θανάτου κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της επέμβασης.

Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από τις διάφορες δημοσιεύσεις διεθνώς είναι ότι τα κλινικά αποτελέσματα που προκύπτουν από το χειρουργείο ημέρας είναι παρόμοια με τις επεμβάσεις που περιλαμβάνουν νοσηλεία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια του χειρουργείου αλλά και μετά από αυτό, ενδεχομένως μειώνουν την ικανοποίηση και

³² Pezier T, Stimpson P, Kanegaonkar RG, Bowdler DA. Ear, nose and throat day-case surgery at a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91:147-151



αυξάνουν το συνολικό κόστος, επομένως η μειωμένη συχνότητα εμφάνισής τους στο χειρουργείο ημέρας, αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα για την εξάπλωση στην εφαρμογή του θεσμού.

2.4 Επίμετρο

Η πρακτική του χειρουργείου ημέρας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό πλεονέκτημα των συστημάτων υγείας στη μείωση της δαπάνης και την αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα, όπως αναλύθηκε, καθώς περισσότεροι ασθενείς μπορούν να περιθάλπονται με ασφάλεια και υψηλή αποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα μειώνεται η ανάγκη σε πόρους. Επιπλέον, τα οφέλη που αποκομίζουν οι ασθενείς λόγω της γρήγορης ανάρρωσης και επιστροφής τους στην καθημερινότητα, επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίησή τους από τις ημερήσιες επεμβάσεις, επομένως συμβάλλουν θετικά στην εξάπλωση του θεσμού. Τέλος, τα κλινικά οφέλη τα οποία απορρέουν από το χειρουργείο ημέρας ενισχύουν τις δύο προηγούμενες κατηγορίες ωφελειών, καθώς βοηθούν στη συγκράτηση του κόστους μέσω της σπανιότητας των μετεγχειρητικών επιπλοκών και της ανάγκης για εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ ταυτόχρονα η μικρή συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών αυξάνει την ικανοποίηση. Ζωτικής σημασίας για την υιοθέτηση και εξάπλωση του χειρουργείου ημέρας από τα συστήματα υγείας είναι η αντιμετώπιση των υφιστάμενων εμποδίων, τα οποία είναι κυρίως οικονομικής και οργανωτικής φύσεως, με τη χρησιμοποίηση παραδειγμάτων από συστήματα υγείας στα οποία ήδη λειτουργεί αποτελεσματικά ο θεσμός και την εναρμόνιση/προσαρμογή των κανονισμών στο ισχύον νομικό και θεσμικό πλαίσιο.



3. Ο καθορισμός των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας

Από την ανάλυση που προηγήθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, καθίσταται σαφές ότι η υιοθέτηση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας και η διαχείριση περιστατικών σε κλινικές ημέρας δύναται και οφείλει να αποτελέσει μια από τις παραμέτρους της στρατηγικής μείωσης και συγκράτησης των δαπανών της ασφάλισης και του κρατικού προϋπολογισμού. Παρότι τα οφέλη από την μετακίνηση επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας είναι αδιαμφισβήτητα από την ακαδημαϊκή κοινότητα καθώς και από αρκετά συστήματα υγείας αναπτυγμένων χωρών, η επιστημονική βιβλιογραφία αδυνατεί να παράσχει μια ολοκληρωμένη, μοναδική και ευρέως αποδεκτή κατεύθυνση ως προς το ποιες επεμβάσεις κρίνονται κατάλληλες για ημερήσια νοσηλεία.

Στο πλαίσιο αυτό οι αδυναμίες που έγκεινται στο ζήτημα αυτό παρατηρούνται σε δύο επίπεδα. Ειδικότερα, ο ορισμός ενός υπό διερεύνηση πεδίου μπορεί να επιτευχθεί μέσω δύο προσεγγίσεων: α) του εκτατικού ορισμού (definition in extension), δηλαδή στον ντετερμινιστικό καθορισμό των αντικειμένων τα οποία ενδιαφέρουν την υπόθεση εργασίας - στην συγκριμένη περίπτωση έναν κατάλογο με τις κατάλληλες επεμβάσεις για χειρουργείο ημέρας- και β) του εντατικού ορισμού (definition in intention) δηλαδή στον καθορισμό μιας κοινής αποδεκτής μεθοδολογίας και a priori κριτηρίων βάσει των οποίων προσεγγίζεται η υπόθεση εργασίας⁴⁵.

Υπό την έννοια αυτή, κατά την υιοθέτηση του θεσμού διεθνώς, η διαδικασία ορισμού των κατάλληλων επεμβάσεων έχει ακολουθήσει διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης. Εν τούτοις, παρά την διαφορετική προσέγγιση των a priori κριτηρίων, τα τελικά αποτελέσματα δεν εμφανίζουν σημαντικές αποκλίσεις.

⁴⁵ Copi IM, Cohen C. Introduction to Logic. Macmillan Publishing Company, New York 1990



3.1 Μεθοδολογία ορισμού των κατάλληλων επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας

Οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις οι οποίες έχουν αναπτυχθεί για τον ορισμό των κατάλληλων επεμβάσεων, ως επί το πλείστον ακολουθούν τον εντατικό ορισμό (definition in intention) και την ανάπτυξη εναλλακτικών a priori κριτηρίων. Στο παρόν κεφάλαιο αναπτύσσονται οι επικρατέστερες και περισσότερο πρόσφατες μεθοδολογίες στον ορισμό των χειρουργικών επεμβάσεων που δύνανται να μετακινηθούν σε κλινικές ημέρας και τα αποτελέσματα αυτών.

Μια από τις μεθόδους επιλογής των περιστατικών για χειρουργείο ημέρας προτάθηκε από τους Dexter και συν.⁴⁶ οι οποίοι εκτίμησαν ότι τα κριτήρια επιλογής οφείλουν να βασίζονται στην περιπλοκότητα της χορηγούμενης αναισθησίας. Η μεθοδολογία τους βασίστηκε στον προτεινόμενο οδηγό σχετικών βαρών (Relative Value Guide) για κάθε επέμβαση από την Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας (ASA) και στην σχετιζόμενη με αυτή κωδικοποίηση και ταξινόμηση των επεμβάσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες (Current Procedural Terminology, CPT). Οι βασικές μονάδες σχετικού βάρους αναισθησίας (anesthesia ASA RVG basic units) εκτιμούν το φόρτο εργασίας στην παροχή αναισθησίας για μία επέμβαση εκτός του χρόνου διάρκειας της αναισθησίας και συμβάλλουν στην κατηγοριοποίηση των επεμβάσεων αναλόγως της φυσιολογικής περιπλοκότητας τους (physiological complexity). Επί παραδείγματι, στην αρθροσκόπηση γόνατος αντιστοιχούν 3 βασικές μονάδες ASA RVG, στην προστατεκτομή 7, στη μεταμόσχευση νεφρού 10 και στη μεταμόσχευση καρδιάς 20.

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι συγγραφείς έθεσαν ως a priori κριτήριο καταλληλότητας για χειρουργείο ημέρας η εκάστοτε επέμβαση να μην κατηγοριοποιείται με περισσότερες από 7 βασικές μονάδες σχετικού βάρους. Παρόλα αυτά, η σύνδεση του κριτηρίου αυτού με την τρέχουσα κωδικοποίηση των επεμβάσεων CPT στις ΗΠΑ εκτιμήθηκε ότι δεν καθιστά δυνατή τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλα συστήματα υγείας καθώς η εν λόγω ταξινόμηση δεν τυγχάνει ευρείας εφαρμογής. Ως εκ τούτου, το κριτήριο των βασικών μονάδων σχετικού βάρους χρησιμοποιήθηκε στην αναγνώριση και των ιατρικών πράξεων οι οποίες

⁴⁶ Dexter F, Macario A, Penning DH, Chung P: Development of an appropriate list of surgical procedures of a specified maximum anesthetic complexity to be performed at a new ambulatory surgery facility. *Anesth Analg* 2002, 95:78-82.



κωδικοποιούνται βάσει της διεθνούς ταξινόμησης ICD-9. Από την πρότερη μεθοδολογία οι συγγραφείς κατέληξαν στην αναγνώριση συγκεκριμένων κατηγοριών επεμβάσεων, βάσει ICD-9, των οποίων οι ιατρικές πράξεις που περιλαμβάνουν δεν αξιολογούνται με περισσότερες από 7 βασικές μονάδες σχετικού βάρους. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρατίθενται στον Πίνακα 3.1.

Πίνακας 3.1 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει της περιπλοκότητας της χορηγούμενης αναισθησίας

ICD-9-CM ταξινόμηση	Κατηγορίες επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας
8 έως 16	Οφθαλμός με εξαίρεση τον βολβό
18 έως 19	έξω και μέσο αυτί
21	μύτη
49	πρωκτός
51	Χοληδόχος κύστη
53	Κήλες εκτός διαφραγματοκήλης
54.21, 54.4, 54.51	Διαγνωστική λαπαροσκόπηση καταστροφή περιτοναϊκού ιστού, λύση συμφύσεων
58, 59.7	Ουρήθρα ή αυχένας κύστεως
65	Ωθήκες
67	Τράχηλος μήτρας
70	Κόλπος
71	Περίναιο
86	Δέρμα

Πηγή: Dexter και συν., 2002

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της διαδικασίας αυτής αμφισβητούνται τόσο λόγω της αδυναμίας μεταφοράς τους σε άλλα συστήματα υγείας, παρά τη σύνδεση τους με την κωδικοποίηση ICD-9, όσο και λόγω της επιλογής της περιπλοκότητας της αναισθησίας ως κριτήριο καταλληλότητας⁴⁷. Όσο αφορά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων η αδυναμία συνίσταται στο γεγονός ότι η ταξινόμηση βάσει σχετικών βαρών (RVG) δεν χρησιμοποιείται σε άλλα συστήματα υγείας και η προσαρμογή του στην κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων βάσει ICD-9 εμπίπτει σε περιορισμούς, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι μόνο

⁴⁷ Gilliard N., Egli Y., Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. BMC Health Services Research 2006, 6:78



συχνός διενεργούμενες ιατρικές πράξεις έχουν αναλυθεί επαρκώς⁴⁶. Εν τέλει, το κριτήριο της περιπλοκότητας αναισθησίας έχει τύχει κριτικής δεδομένου ότι ενδέχεται υψηλού ρίσκου και επίπονες επεμβάσεις να απαιτούν σχετικά μικρό αναισθησιολογικό φόρτο εργασίας και ως εκ τούτου να κατατάσσονται εσφαλμένα ως επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας όπως η λύση συμφύσεων (ASA RVG 6), στην οποία σύμφωνα με τη μεθοδολογία απόδοσης σχετικών βαρών (ASA RVG) αντιστοιχούν 6 βασικές μονάδες και συνεπώς πληροί το κριτήριο των μέγιστων 7 βασικών μονάδων των Dexter και συν.

Υπό τους περιορισμούς που επιβάλλει η ανωτέρω μεθοδολογία, οι Gilliard και συν⁴⁷ προέβησαν στη σύσταση μια εναλλακτικής μεθοδολογίας καθορισμού των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας η οποία σύμφωνα με τους συγγραφείς απαλλάσσεται από τους περιορισμούς που επιβάλλει το κριτήριο της περιπλοκότητας της αναισθησίας και θέτει ως *a priori* προϋπόθεση τον βαθμό παρέμβασης στο χειρουργικό τραύμα του οργάνου. Ο βαθμός παρέμβασης σχετίζεται τόσο με την απώλεια αίματος όσο και το μετεγχειρητικό πόνο και τη δυσκολία ανάκτησης των φυσιολογικών λειτουργιών, και συνεπώς σύμφωνα με τους Junger και συν.⁴⁸ δύναται να προσδιορίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια την απαιτούμενη διάρκεια νοσηλείας.

Στο πλαίσιο αυτό χρησιμοποιήθηκε η διεθνής ταξινόμησης ιατρικών πράξεων ICD-9 και το σύνολο των επεμβάσεων κατηγοριοποιήθηκε βάσει τεσσάρων οδών προσπέλασης: 1) ανοιχτή προσπέλαση που προϋποθέτει οργανική υποστήριξη (π.χ. υποστήριξη της κυκλοφορικής λειτουργίας), 2) άλλες επεμβάσεις ανοιχτής προσπέλασης (συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης μέσω μικρής τομής του κοιλιακού ή θωρακικού τοιχώματος εάν χρησιμοποιείται οπτική συσκευή), 3) άλλες προσπελάσεις μέσω μικρής τομής (χωρίς οπτική συσκευή), διαδερμική ενδοαυλική προσπέλαση, ενδοσκοπική προσπέλαση μέσω κοίλου οργάνου και κλειστή ανάταξη κατάγματος με συσκευή σταθεροποίησης, 4) άμεση προσπέλαση επιφανειακής περιοχής (δέρμα ή σωματική κοιλότητα με μητροσκόπιο). Οι επεμβάσεις ανοικτής προσπέλασης κατηγοριοποιήθηκαν επίσης, βάσει του μεγέθους του χειρουργούμενου οργάνου (μικρό, μεσαίο, μεγάλο) και τριών χειρουργικών κατηγοριών (ελάχιστης παρεμβατικότητας, μέτριας παρεμβατικότητας, υψηλής παρεμβατικότητας).

⁴⁸ Junger A, Klasen J, Benson M, Sciuc G, Hartmann B, Sticher J, Hemp-elmann G: Factors determining length of stay of surgical day-case patients. Eur J Anaesthesiol 2001, 18:314-321.



Οι επεμβάσεις ανοικτής προσπέλασης που απαιτούσαν υποστήριξη του κυκλοφορικού κρίθηκαν ακατάλληλες για χειρουργείο ημέρας δεδομένου του υψηλού κινδύνου θνησιμότητας. Ενδοσκοπικές επεμβάσεις όπως και ελάχιστης παρεμβατικότητας επεμβάσεις ανοικτής προσπέλασης κρίθηκαν κατάλληλες για ημερήσια νοσηλεία. Αντίθετα, υψηλής παρεμβατικότητας επεμβάσεις ανοικτής προσπέλασης δεν κρίθηκαν κατάλληλες εκτός εάν διενεργούνταν σε μικρό όργανο (οφθαλμός, δάχτυλα). Μέτριας παρεμβατικότητας επεμβάσεις σε μικρά ή πολύ μικρά όργανα θεωρήθηκαν ότι δύνανται να διενεργηθούν σε κλινικές ημέρας. Από την παραπάνω διαδικασία εξαιρέθηκαν εξαρχές οι παρεμβάσεις αναρρόφησης, ενέσεις, καθετηριασμός, και παρεμβάσεις κλειστής ανάταξης κατάγματος χωρίς σταθεροποίηση οστού. Οι επεμβάσεις στις οποίες κατέληξε ο αλγόριθμος των Gilliard και συν. συγκρίθηκε με τις επεμβάσεις που διενεργούνται στο πλαίσιο χειρουργείου ημέρας στις ΗΠΑ και στην Ελβετία και τα αποτελέσματα παρατίθενται στους Πίνακες 3.2 και 3.3.

Πίνακας 3.2 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει του βαθμού παρέμβασης στο τραύμα του χειρουργούμενου οργάνου (σύγκριση με τη συνήθη πρακτική στην Ελβετία)

Επεμβάσεις κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας
Χειρουργείο καταρράκτη
Αρθροσκοπική επέμβαση γόνατος
Διαστολή τραχήλου και απόξεση ενδομητρίου
Αμυγδαλεκτομή με ή χωρίς αδενοειδεκτομή
Αποκατάσταση κήλης (βουβωνική ή μηριαία)
Απολίνωση φλεβικών κισμών των άκρων
Αφαίρεση ορθοπεδικού υλικού
Ελάσσονες επεμβάσεις στο δέρμα, χειρουργικός καθαρισμός, μόσχευμα χωρίς flap
Άλλες επεμβάσεις στον οφθαλμό (κυρίως στραβισμός και γλαύκωμα)
Ρινοπλαστική ή αφαίρεση βλεννογόνου
Άλλες υστεροσκοπικές επεμβάσεις
Επεμβάσεις για αιμορροΐδες
Εξαίρεση ογκιδίου μαστού
Ελάσσονα επέμβαση στο χέρι (εκτός από αφαίρεση υλικού και απελευθέρωση μέσου νεύρου)



Επεμβάσεις κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας
Αδενοειδεκτομή (χωρίς αμυγδαλεκτομή)
Ορχιδοπηξία-κισσοκήλη-υδροκήλη χειρουργείο σπερματικού τόνου (χωρίς ορχιδεκτομή)
Ενδοσκοπική επέμβαση κύστεως και ουρήθρας
Περιτομή
Ενδοσκοπική αφαίρεση βλάβης γαστρεντερικού σωλήνα(εκτός πρωκτικών επεμβάσεων)
Επέμβαση στο μέσο αυτί (μυριγγεκτομή και αναβολεκτομή) (myringotomy and stapedectomy)
Ενδοσκοπική σαλπγγική στείρωση
Εμφυτεύσιμη αγγειακή συσκευή
Ελάσσονες επεμβάσεις σε οδόντες, στόμα και σιελογόνους αδένες
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα

Πηγή: Gilliard και συν., 2006

Πίνακας 3.3 Επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας καθορισμένες βάσει του βαθμού παρέμβασης στο τραύμα του χειρουργούμενου οργάνου (σύγκριση με τη συνήθη πρακτική στις ΗΠΑ)

Τύποι επεμβάσεων
Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων
Εισαγωγή ή αντικατάσταση βηματοδότη
Ενδοσκοπική επέμβαση κύστεως και ουρήθρας
Υστεροσκοπικές επεμβάσεις εκτός από διαστολή και απόξεση ενδομητρίου
Ελάσσονες επεμβάσεις στο δέρμα, χειρουργικός καθαρισμός, μόσχευμα
Αμυγδαλεκτομή με ή χωρίς αδενοειδεκτομή
Διαδερμικός ενδοαγγειακός καυτηριασμός καρδιακού τμήματος
Αποκατάσταση κήλης
Ενδοσκοπική αφαίρεση βλάβης γαστρεντερικού σωλήνα (εκτός πρωκτικών επεμβάσεων)
Επεμβάσεις για αιμορροΐδες
Ενδοσκοπικό χειρουργείο χοληφόρων αγγείων
Ελάσσονες επεμβάσεις σε οδόντες, στόμα και σιελογόνους αδένες
Διαστολή τραχήλου και απόξεση ενδομητρίου

Πηγή: Gilliard και συν., 2006



Η τρίτη μέθοδος που παρουσιάζεται για τον καθορισμό των επεμβάσεων χειρουργείου ημέρας ακολουθεί την ταξινόμηση των χειρουργικών επεμβάσεων από τους Davis και Sugioka⁴⁹ και η οποία υιοθετήθηκε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας ως αρτιότερη στην οριοθέτηση του πεδίου δραστηριότητας των χειρουργείων ημέρας. Σύμφωνα με τους ανωτέρω συγγραφείς οι χειρουργικές επεμβάσεις ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες (Τύπου I, Τύπου II, Τύπου III, Τύπου IV) και λαμβάνεται υπόψη το είδος της αναισθησίας, το είδος της φροντίδας που χρειάζονται οι ασθενείς όπως και ο βαθμός και η ένταση της μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

Ως εκ τούτου, οι τέσσερις τύποι επεμβάσεων ορίζονται ως ακολούθως:

Τύπου I: Επεμβάσεις οι οποίες διενεργούνται στα γραφεία/εξεταστήρια ιατρών με τοπική αναισθησία και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση

Τύπου II: Επεμβάσεις οι οποίες δύνανται να διενεργηθούν με τοπική αναισθησία, γενική αναισθησία ή μέθη και απαιτούν συγκεκριμένη αλλά όχι εντατική μετεγχειρητική φροντίδα και χορήγηση όπου κρίνεται απαραίτητο μόνον από του στόματος χορηγούμενων αναλγητικών.

Τύπου III: Επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν ιδιαίτερη νοσοκομειακή μετεγχειρητική παρακολούθηση

Τύπου IV: Επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν υψηλή εξειδίκευση ή κρίσιμη μετεγχειρητική παρακολούθηση

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Ισπανίας⁵⁰ και της Αγγλίας⁵¹ οι επεμβάσεις Τύπου I είναι προτιμότερο για λόγους αποδοτικότητας να μην διενεργούνται σε δομές χειρουργείου ημέρας. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι οι δομές οι οποίες είναι προσανατολισμένες στην διενέργεια χειρουργείου ημέρας είναι υψηλού κόστους και εξειδίκευσης και κατά συνέπεια οι πόροι υποαπασχολούνται με υψηλό κόστος ευκαιρίας καθιστώντας τις παρεμβάσεις

⁴⁹ Davis J.E., Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluation. *Surg. Clin. North AM*, 1987; 67:721.

⁵⁰ Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, Madrid, Spain 2008

⁵¹ Department of Health. Day surgery guide: Operational Guide. Waiting, Booking and Choice. DoH, 2002



αυτές μη αποδοτικές. Οι επεμβάσεις Τύπου I καθίστανται αποδοτικότερες όταν διαχειρίζονται σε ιδιωτικά ιατρεία με τις κατάλληλες υποδομές και το ανάλογα εξειδικευμένο προσωπικό. Οι πράξεις οι οποίες εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή παρατίθενται στον Πίνακα 3.4.

Πίνακας 3.4 Επεμβάσεις Τύπου I κατάλληλες προς διενέργεια σε ιδιωτικά ιατρεία

Επεμβάσεις Τύπου I
Εμβολισμοί
Βιοψίες κοίλων οργάνων
Γενική διαστολή πόρων (εκτός δακρυϊκού πόρου)
Διερεύνηση με χρήση ενδοφλέβιου ή ενδοσκληρίδιου σκιαστικού
Αμνιοπαρακέντηση
Υστερογραφία
Ελάσσονα απόξεση
Παρακέντηση για παροχέτευση, περικαρδιοπαρακέντηση (επεμβατική ακτινολογία)
Μαγνητική ή αξονική τομογραφία σε βρέφη, ασθενείς σε κώμα και σε άλλα άτομα με αδυναμία συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό
Επεμβάσεις σχετικές με εμβρυομεταφορά
Επεμβάσεις παρακέντησης οσφύος
Ηλεκτροθεραπεία
Κολποσκόπηση
Υστεροσκόπηση
Ελάσσονες επεμβάσεις με τοπική ή στελεχειαία αναισθησία
Βρογχοσκόπηση
Κολοσκόπηση
Κυστεοσκόπηση
Οισοφαγοσκόπηση, Γαστροσκόπηση, δωδεκαδακτυλοσκόπηση
Σιγμοειδοσκόπηση
Χημειοθεραπεία
Μεταγγίσεις αίματος
Ανακούφιση πόνου

Πηγή: Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008

Οι επεμβάσεις Τύπου II παραδοσιακά αξιολογούνται ως μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις παρόλα αυτά λόγω της βελτίωσης των πρακτικών και τεχνικών διαχείρισής τους και των



εξελίξων στον τομέα της αναισθησίας κρίνονται πλέον κατάλληλες για ημερήσια νοσηλεία. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Ισπανίας όλες οι επεμβάσεις Τύπου II μπορούν και συνιστώνται προς διενέργεια σε χειρουργεία ημέρας. Η διαδικασία ορισμού των επεμβάσεων αυτών ακολούθησε την ταξινόμηση των Diagnostic Related Groups (DRGs) και τα αποτελέσματά της εμφανίζονται στον Πίνακα 3.5.

Πίνακας 3.5 Επεμβάσεις Τύπου II κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας

Επεμβάσεις Τύπου II
Ανδρική στείρωση
Περιτομή
Διαδικασίες στον φακό με ή χωρίς βιτρεκτομή
Εξωφθαλμικές διαδικασίες εκτός βολβού
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα
Μυριγγεκτομή με τοποθέτηση σωλήνα
Ενδοσκοπική λύση της συνέχειας των σαλπίνγων
Πρωτοπαθείς επεμβάσεις ίριδος
Διαστολή, απόξεση και κωνοειδής εκτομή εκτός από κακοήθεια
Εξωφθαλμικές επεμβάσεις εκτός βολβού
Περιπρωκτικές και περιεδρικές επεμβάσεις
Αρθροσκόπηση
Βιοψία μαστού και τοπική αφαίρεση για μη κακοήθεια
Επεμβάσεις κήλης
Επεμβάσεις σε άκρο χέρι και καρπό εκτός από μείζονες επεμβάσεις συνδέσμων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
Ενδοφθαλμικές επεμβάσεις εκτός κερατοειδούς, ίριδος και φακού
Φλεβική απολίνωση
Αμυγδαλεκτομή με ή χωρίς αδενοειδεκτομή για ηλικίες <18
Επεμβάσεις άκρου ποδός
Τοπική εξαίρεση και αφαίρεση ενδοπροθέσεων εκτός ισχίου και μηριαίου
Λασπαροσκοπική και ανοιχτή χειρουργική διακοπή της συνέχειας των σαλπίνγων



Επεμβάσεις Τύπου II

Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις για βουβωνοκήλη και μηροκήλη χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις στους όρχεις για μη κακοήθεια

Μείζονες επεμβάσεις στον αντίχειρα ή άλλες επεμβάσεις στο χέρι/ καρπό με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αμυγδαλεκτομή με ή χωρίς αδενοειδεκτομή μόνο για ηλικίες >18

Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς διερεύνηση του πόρου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Πηγή: Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008

Οι επεμβάσεις Τύπου III κατά κανόνα απαιτούν ιδιαίτερη μετεγχειρητική φροντίδα σε νοσοκομειακό περιβάλλον, εν τούτοις κάποιες εξ αυτών δύνανται να πραγματοποιηθούν σε δομές χειρουργείου ημέρας (Πίνακας 3.6). Στην περίπτωση αυτή η δομή η οποία διενεργεί την επέμβαση οφείλει να διαθέτει υποστήριξη από κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα είτε ανήκει διοικητικά σε αυτό είτε μέσω προγραμματικής συμφωνίας αν αποτελεί μια αυτόνομη δομή⁵⁰. Οι επεμβάσεις Τύπου IV απαιτούν εξειδικευμένη υποστήριξη και εντατική μετεγχειρητική παρακολούθηση και συνεπώς εκτεταμένη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Πίνακας 3.6 Επεμβάσεις Τύπου III κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας

Επεμβάσεις Τύπου III

Διουρηθρική αφαίρεση όγκου κύστεως χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Μερική θυροειδεκτομή

Υφολική μαστεκτομή για κακοήθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Laser προστατεκτομή (διουρηθρική) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Υποδόρια μαστεκτομή (επέμβαση μαστού για μη κακοήθεια εκτός βιοψίας και τοπικής αφαίρεσης)

Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου του αναπαραγωγικού συστήματος του θήλεος

Επεμβάσεις στόματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Μυριγγεκτομή με τοποθέτηση σωλήνα

Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος



Επεμβάσεις Τύπου III

Επεμβάσεις δέρματος, υποδόριου ιστού και πλαστικής μαστού

Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου ενδοκρινών αδένων, διατροφής και μεταβολισμού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις κόλπου, τραχήλου και αιδοίου

Επεμβάσεις στο πέος

Επεμβάσεις χειρουργείου για μυελοϋπερπλαστικές διαταραχές και νεοπλάσματα χαμηλής διαφοροποίησης

Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου για κακοήθειες του αναπαραγωγικού συστήματος του άρρενος

Οφθαλμικές επεμβάσεις με μείζονες συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Μη εκτεταμένες επεμβάσεις χειρουργείου μη σχετιζόμενες με την αρχική διάγνωση

Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις μη σχετιζόμενες με την αιτία αναζήτησης υπηρεσιών υγείας

Διαστολή, απόξεση, κωνοειδής εκτομή και εμφυτεύματα ακτινοβολίας για κακοήθεια

Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου για αίμα και αιμοποιητικά όργανα

Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Διάφορες επεμβάσεις για αυτί, μύτη, στόμα και τράχηλο

Επεμβάσεις σιελογόνων αδένων εκτός σιελοαδενεκτομής

Επεμβάσεις στον κερατοειδή

Πρωκτικές επεμβάσεις και επεμβάσεις στομιών χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις για βουβωνοκήλη εκτός επεμβάσεων μηροκήλης χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Επεμβάσεις περιφερικών και κρανιακών νεύρων και άλλες επεμβάσεις στο νευρικό σύστημα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Ενδοφθάλμιες επεμβάσεις

Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδόριου ιστού και πλαστικής μαστού με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις γόνατος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αντικατάσταση καρδιακού βηματοδότη

Αποκατάσταση καρδιακού βηματοδότη εκτός αντικατάστασης συσκευής βηματοδότη

Επεμβάσεις στους όρχεις για μη κακοήθεια



Επεμβάσεις Τύπου III

Ρινοπλαστική

Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για μη κακοήθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Διουρηθρικές επεμβάσεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επεμβάσεις παραθυροειδών (Αδένωμα παραθυροειδούς)

Επεμβάσεις θυροειδούς (μερική θυροειδεκτομή)

Υφολική μαστεκτομή για κακοήθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Επέμβαση μαστού για μη κακοήθεια εκτός βιοψίας και τοπικής αφαίρεσης

Πηγή: Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008

Από την πρότερη ανάλυση προκύπτει ότι τα κριτήρια καταλληλότητας που έχουν αναπτυχθεί προς καθορισμό της δέσμης επεμβάσεων οι οποίες δύνανται να διενεργηθούν αποτελεσματικά και αποδοτικά σε δομές χειρουργείου ημέρας, οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τόσο το είδος της αναισθησίας και το φόρτο εργασίας που αυτή συνεπάγεται όσο και την ένταση της μετεγχειρητικής φροντίδας που κρίνεται αναγκαία. Από τα αποτελέσματα των ερευνών που αναπτύχθηκαν προκύπτει ότι ένας σημαντικός όγκος επεμβάσεων μπορεί να διενεργηθεί σε κλινικές ημέρας. Παρά την διαφορετική προσέγγιση των a priori κριτηρίων, τα αποτελέσματα των μελετών συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό καθώς παρατηρείται ισχυρή συμφωνία στην καταλληλότητα επεμβάσεων που αφορούν περιστατικά συγκριμένων οργάνων, με κυριότερο αυτό των οφθαλμών. Η καταλληλότητα των επεμβάσεων ωστόσο που προέκυψαν από τους παραπάνω αλγόριθμους προς ημερήσια νοσηλεία, οφείλεται να εξετάζεται εκ νέου και κατά περίπτωση, ενσωματώνοντας στη διαδικασία λήψης απόφασης τα ιδιαίτερα κλινικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς ενώ ταυτόχρονα έχει διασφαλιστεί ότι οι δομές οι οποίες πρόκειται να διαχειριστούν το περιστατικό πληρούν τις κατά το εκάστοτε σύστημα υγείας θεσμοθετημένες προϋποθέσεις λειτουργίας και πιστοποίησης.



4. Οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων ημέρας

4.1 Οι δομές του χειρουργείου ημέρας

Το χειρουργείο ημέρας αποτελεί ειδικότερη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία ανταποκρίνεται σε προσδιορισμένη κατηγορία ιατρικών πράξεων και ως εκ τούτου απαιτεί ειδικά δομικά στοιχεία και λειτουργικά μέσα, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι αποτελεσματικές, πληρούν τις προδιαγραφές ασφάλειας και εγγυώνται υψηλό επίπεδο ποιότητας.

Δεδομένου ότι μέσω του χειρουργείου ημέρας πραγματοποιούνται θεραπευτικές ή/και διαγνωστικές επεμβάσεις με γενική ή τοπική αναισθησία, με ή χωρίς καταστολή, οι οποίες απαιτούν μικρή μετεγχειρητική φροντίδα και έτσι δεν απαιτείται νοσηλεία του ασθενούς σε νοσοκομειακές μονάδες, είναι ιδιαίτερα κρίσιμος ο προσδιορισμός των δομών στις οποίες δύνανται να παρέχονται οι ανάλογες υπηρεσίες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται τέσσερα κύρια υποδείγματα οργάνωσης και λειτουργίας του χειρουργείου ημέρας με βασικό κριτήριο τον τόπο παροχής των υπηρεσιών φροντίδας. Η οργάνωση της ημερήσιας νοσηλείας δύναται να δομείται εντός μίας νοσοκομειακής μονάδας, ωστόσο, δύναται επίσης, να αυτονομηθεί μέσω της δημιουργίας ειδικών μονάδων με διακριτούς χώρους και χωροταξική δομή και ανεξάρτητο διοικητικό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να εξειδικεύονται αποκλειστικά στη διαχείριση ημερήσιας νοσηλείας και χειρουργείων ημέρας, είτε στο πλαίσιο ήδη υπάρχοντων νοσοκομειακών εγκαταστάσεων (στο κεντρικό κτίριο ή σε ανεξάρτητη κτιριακά πτέρυγα), είτε με τη μορφή πλήρως ανεξάρτητων μονάδων χωρίς διοικητική ή άλλη σχέση με τις νοσοκομειακές μονάδες.



Ειδικότερα, τα τέσσερα δομικά και οργανωτικά σχήματα είναι τα εξής¹:

- Ενσωματωμένη σε νοσοκομειακή μονάδα, δομή χειρουργείου ημέρας (**hospital-integrated facility**).
- Αυτόνομη δομή, η οποία υπάγεται και διασυνδέεται με νοσηλευτική μονάδα (**self-contained unit on hospital site**).
- Ανεξάρτητη αυτόνομη δομή (**free-standing self-contained unit**), η οποία δεν τελεί υπό διασύνδεση (διοικητική, χωρική ή άλλη) με κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Δομή η οποία εδράζεται σε ιδιωτικό ιατρείο (**physician's office-based unit**) η οποία αποτελεί μικρού μεγέθους αυτόνομη μονάδα.

Η εμπειρική παρατήρηση και πρακτική έχει αναδείξει από μακρού τη σημαντική συμβολή των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας και των κέντρων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας. Μάλιστα, στις Η.Π.Α. και τον Καναδά το 90% περίπου όλων των χειρουργικών περιστατικών αντιμετωπίζονται ήδη ως περιστατικά μίας ημέρας², αποτέλεσμα της αύξησης των κέντρων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας (ASCs) από 239 το 1983³ σε πάνω από 3300 το 2003⁴ και 5.174 το 2008⁵, με παράλληλη αύξηση των επεμβάσεων και ιατρικών πράξεων οι οποίες εκτελούνται στις δομές αυτές, καθώς το 1983 καταγράφονται 380.000 πράξεις και το 1996 περίπου 31 εκατομμύρια⁶.

Ένα από τα σημαντικότερα σημεία το οποίο αποτέλεσε έντονο αντικείμενο ερευνητικής δραστηριότητας και διαβούλευσης, αφορά την ανάδειξη της βέλτιστης, σε όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, δομικής μορφής των χειρουργείων ημέρας. Επιπροσθέτως, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει τον ιδιαίτερο και ιδιόμορφο χαρακτήρα των χειρουργείων ημέρας, η λειτουργία των οποίων αναπτύσσει αυτοτελείς διαδικασίες οι

¹ Castoro C., Bertinato L., Baccaglini U., Drace C., McKee M. (2007). Policy Brief. Day Surgery: Making it Happen. Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.

² Toftgaard C and Parmentier G (2006). International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds). Day surgery – development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery: 35–60.

³ Durant G. Ambulatory surgery centers: Surviving, thriving into the 1990s. (1989). J Medical Group Management 36(2):16–8, 20.

⁴ Casalino LP, Devers KJ, Brewster LR. (2003). Focused factories? Physician-owned specialty facilities. Health Affairs 22(6):56–67.

⁵ David G., Neuman M. (2011) The Changing Geography of Outpatient Procedures. Issue Brief. Leonard Davis Institute of Health Economics; 16(5).

⁶ Hall MJ, Lawrence L. Ambulatory surgery in the United States, 1996. Advance data from vital and health statistics; no 300. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 1998.



οποίες διαφοροποιούνται σημαντικά από τη συνήθη νοσηλεία και χειρουργική πρακτική στις νοσοκομειακές μονάδες.

4.1.1 Ενσωματωμένη, εντός νοσοκομείου, δομή χειρουργείου ημέρας (*hospital-integrated facility*)

Στη συγκεκριμένη οργανωτική δομή, οι υπηρεσίες χειρουργικής ημερήσιας ημέρας διενεργούνται στο πλαίσιο του συνολικού χειρουργικού προγραμματισμού το οποίο αφορά το σύνολο των περιστατικών τα οποία φιλοξενούνται στις δομές της νοσοκομειακής μονάδας. Μολονότι, προβλέπονται ξεχωριστές κλίνες για ημερήσια χειρουργεία, οι εγκαταστάσεις (π.χ. θάλαμοι, αίθουσες χειρουργείου, ανάνηψης κ.α.) είναι κοινές τόσο για τα περιστατικά (μακροχρόνιας) νοσηλείας, όσο και για τα περιστατικά του χειρουργείου ημέρας, ενώ, παράλληλα, δεν υπάρχει καμία διάκριση στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο χρησιμοποιείται αδιακρίτως για το σύνολο των περιστατικών.

4.1.2 Αυτόνομη δομή, η οποία υπάγεται και διασυνδέεται με νοσηλευτική μονάδα (*self-contained unit on hospital site*)

Πρόκειται για μονάδα η οποία αν και αναπτύσσεται στο πλαίσιο μίας ευρύτερης νοσοκομειακής μονάδας, είτε εντός του νοσοκομείου, είτε σε διακριτό κτιριακό συγκρότημα, και ανήκει και υπάγεται διοικητικά και οικονομικά στο νοσοκομείο, διατηρεί την αυτονομία και ανεξαρτησία της, δεδομένου ότι έχει ξεχωριστή είσοδο, χώρο αναμονής ασθενών και συγγενών, ίδιες προς εκμετάλλευση δομές όπως θαλάμους και χειρουργεία τα οποία χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για τα χειρουργεία ημέρας και διακρίνονται από τις αντίστοιχες δομές οι οποίες προορίζονται για τα περιστατικά μακροχρόνιας νοσηλείας, ενώ το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό απασχολείται πλήρως με τα περιστατικά του χειρουργείου ημέρας.

4.1.3 Ανεξάρτητη και αυτόνομη δομή (*free-standing self-contained unit*)

Η ανεξάρτητη αυτόνομη δομή χειρουργείου ημέρας παρουσιάζει παρεμφερή χαρακτηριστικά με τις αυτοδύναμες δομές των νοσοκομείων, εν τούτοις δεν τελεί υπό διασύνδεση (διοικητική, χωρική ή άλλη) με το νοσοκομείο και παρέχει τη δυνατότητα



πραγματοποίησης είτε ευρέως φάσματος χειρουργικών επεμβάσεων είτε εξειδικευμένων παρεμβατικών διαδικασιών (πχ οφθαλμιατρική χειρουργική, μονάδες αισθητικής χειρουργικής, ορθοπεδική χειρουργική κα) σε σημεία εγγύτερα στον τόπο διαμονής των ασθενών.

Οι μονάδες αυτές συνεργάζονται με νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής στην οποία βρίσκονται μέσω προγραμματικών συμφωνιών και συνεργασιών⁷, προκειμένου να διασφαλίσουν την έγκαιρη μεταφορά των ασθενών οι οποίοι κατά τη διάρκεια της επέμβασης παρουσιάζουν επιπλοκές ή κρίνεται, μέσω της διαδικασίας μετεγχειρητικής αξιολόγησης, ότι δεν μπορούν να λάβουν αυθημερόν εξιτήριο. Στις δομές αυτές είναι υποχρεωτική η παρουσία αναισθησιολόγου και χειρουργού καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής ασθενών σε αυτές, ενώ παράλληλα διατηρούν τμήμα εικοσιτετράωρης συμβουλευτικής υποστήριξης των ασθενών και συγγενών τους.

Η πρακτική αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις Η.Π.Α., όπου καταγράφεται ισομερής κατανομή των αυτόνομων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας σε αστικές και αγροτικές περιοχές, με ποσοστά 40% και 43% αντίστοιχα, και παροχή υπηρεσιών μίας συγκεκριμένης δεσμίδας χειρουργικών παρεμβάσεων, με πιο συχνές τις ειδικότητες της οφθαλμολογίας και της ορθοπεδικής (Πίνακας 4.1)⁸, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη των Neuman και συν⁹, η δημιουργία ολοένα και περισσότερων κλινικών ημέρας οδηγεί στην κατά μέσο όρο χιλιομετρική απόσταση του μισού χιλιομέτρου των κλινικών αυτών από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

⁷ Day Surgery Unit Guide. Standards and Recomendations. Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid, Spain, 2008. ανακτήθηκε στις 22/3/2013
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf

⁸ Gregg W, Wholey D., Moscovice I. (2010). The Impact of Freestanding Ambulatory Surgery Centers on Rural Community Hospital Performance, 1997-2006. UMRHRC Policy Brief.

⁹ M.D. Neuman, G. David, J.H. Silber, J.S. Schwartz, L.A. Fleisher. (2010). Changing access to emergency care for patients undergoing outpatient procedures at Ambulatory Surgery Centers: Evidence from Florida. Medical Care Research and Review, doi: 10.1177/1077558710375430, published online July 30



Πίνακας 4.1 Κατανομή των αυτόνομων μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας ανάλογα με το βαθμό αστικότητας, 2006, ΗΠΑ

Παρεχόμενες υπηρεσίες ανά Ειδικότητα/Επεμβάσεις	Αστικές περιοχές		Αγροτικές περιοχές	
	Κατάταξη	Ποσοστό %	Κατάταξη	Ποσοστό %
Οφθαλμιατρική	1	54	1	65
Πλαστική χειρουργική	2	40	7	35
Ορθοπαιδική	3	50	2	50
Επεμβάσεις ποδός	4	48	4	46
Γενική Χειρουργική	5	43	3	49
Ωτορινολαρυγγολογία	6	40	5	44
Γυναικολογία	7	38	6	42
Ουρολογία	8	35	6	42
Επεμβάσεις Στόματος	9	25	8	24
Νευρολογία	10	14	9	10
Καρδιολογία	11	5	10	4
Χειρουργική Θώρακος	112	4	11	3

Δεδομένου ότι οι ανεξάρτητες δομές ημερήσιας νοσηλείας, συνδέονται με υψηλότερο κόστος λόγω των επενδύσεων για τη δημιουργία και λειτουργία τους και στερούνται του ευρέος πλαισίου επεμβάσεων τα οποία πραγματοποιούν τα νοσοκομεία με αποτέλεσμα τη περιορισμένη ευελιξία τους, ο σχεδιασμός αυτών των δομών οφείλει να γίνεται μετά την εκπόνηση μελετών οι οποίες αναδεικνύουν τις επιμέρους τεχνικές και οικονομικές παραμέτρους¹.

4.1.4 Δομή η οποία εδράζεται σε ιδιωτικό ιατρείο (office based surgery)

Επεμβάσεις και ιατρικές πράξεις με τη μορφή χειρουργείου ημέρας διενεργούνται επίσης, στα ιδιωτικά ιατρεία των θεραπόντων ιατρών, δίχως κατά συνέπεια να απαιτείται η επίσκεψη από τον ασθενή σε νοσοκομειακή μονάδα ή σε αυτόνομη μονάδα χειρουργείου ημέρας. Πρόκειται για μικρού μεγέθους ιδιωτικές μονάδες, οι οποίες πραγματοποιούν ιατρικές πράξεις στο στενό πλαίσιο της ιατρικής ειδικότητας του ιατρού με αναλγησία, αναισθησία ή νάρκωση.



4.2 Καθορισμός επεμβάσεων και ιατρικών πράξεων ανάλογα με τον τύπο οργάνωσης της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Η πρόοδος στις τεχνικές του χειρουργικού τομέα και στην αναισθησιολογία έχει επιτρέψει τη διενέργεια πολλών χειρουργικών πράξεων με τη μορφή του χειρουργείου ημέρας, ελαχιστοποιώντας την πολυπλοκότητα και το βαθμό επικινδυνότητάς τους¹⁰, με αποτέλεσμα να ανάγεται σε κύριο τρόπο διαχείρισης μεγάλου αριθμού περιστατικών και όχι σε δευτερεύουσας σημασίας, εναλλακτική φροντίδα για λίγους¹¹, και ως εκ τούτου αποτελεί σημαντική συνιστώσα συγκράτησης της υγειονομικής δαπάνης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ποιοτικούς όρους.

Ωστόσο, στις επιμέρους δομές ημερήσιας νοσηλείας ιδιαίτερα κρίσιμο στοιχείο αναδεικνύεται η επιλογή των υπηρεσιών οι οποίες πραγματοποιούνται στο πεδίο κάθε μονάδος, καθώς και η διαδικασία καθορισμού των κριτηρίων για την επιλογή αυτή, ενώ παράλληλα καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η εισαγωγή και λειτουργία ενός συστήματος επιλογής των ασθενών το οποίο συνεκτιμά κοινωνικά, ιατρικά και χειρουργικά κριτήρια¹².

Κατά τη διαδικασία επιλογής των επεμβάσεων εκείνων οι οποίες δύνανται να πραγματοποιηθούν σε δομές χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την υγεία και τις πολιτικές υγείας¹, θέτει επιμέρους βασικές αρχές οι οποίες εγγυώνται τις ασφαλέστερες δυνατές επιλογές επεμβάσεων για ποιοτική παροχή υπηρεσιών στον ασθενή και ελαχιστοποίηση των κινδύνων εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων. Ειδικότερα, οι αρχές αυτές αφορούν:

- το μέγεθος και βαθμό του χειρουργικού τραύματος
- την παρέμβαση σε κοιλότητες, όπως η κοιλιακή και η θωρακική, με τις ελάχιστα δυνατές επεμβατικές τεχνικές
- τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου αποκλειστικά με δια του στόματος χορηγούμενα αναλγητικά ή εκτεταμένη τοπική αναισθησία
- απουσία σημαντικού κινδύνου απώλειας αίματος ή τυχόν ανάγκης μετάγγισης

¹⁰ Warner MA, Shields SE, Chute CG. (1993). Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA 270(12):1437–41.

¹¹ NHS Modernisation Agency (2004). The 10 high impact changes for service improvement and delivery. London: Department of Health Publications.

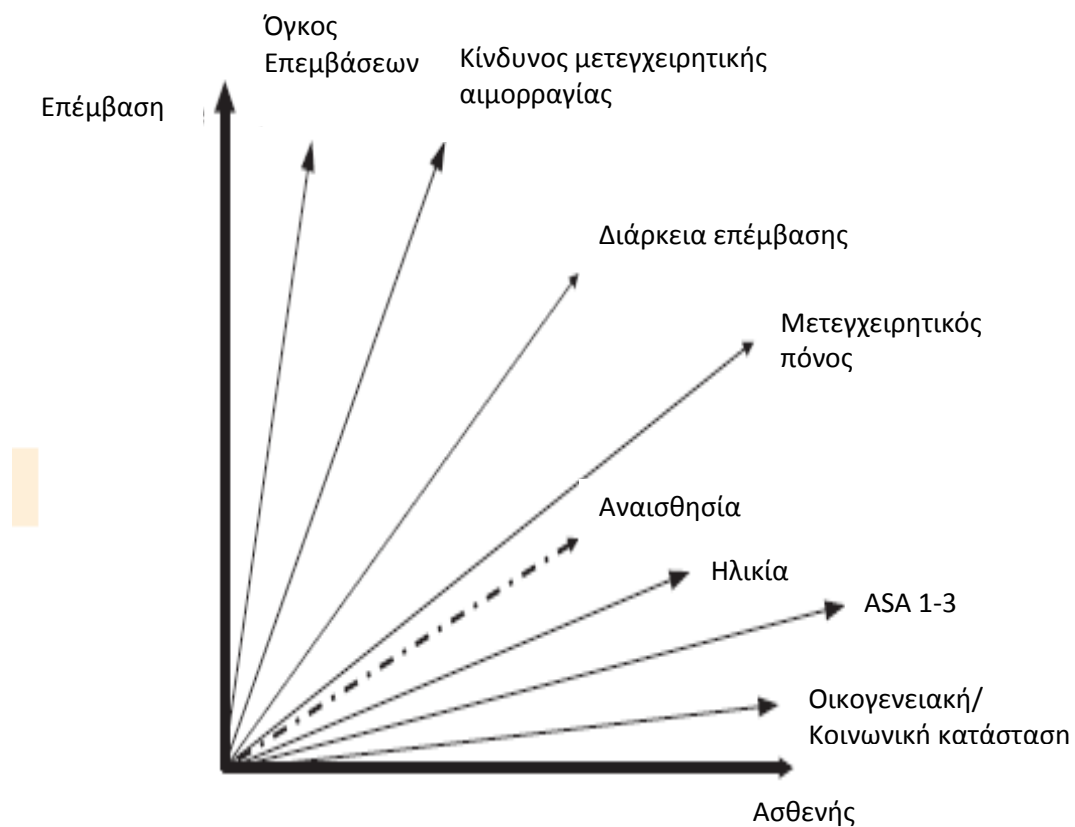
¹² Royal College of Nursing, Day Surgery Information. Selection criteria and suitable procedures, London, 2004



- διάρκεια της επέμβασης, η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά τις δύο ώρες

Στα κριτήρια αυτά προστίθενται επιπλέον παράμετροι, δεδομένου ότι η επιλογή των χειρουργικών επεμβάσεων ημέρας αποτελεί διαδικασία κατά την οποία οφείλουν να λαμβάνονται υπ' όψιν και να συνεκτιμώνται χειρουργικά, κοινωνικά και ιατρικά κριτήρια, ενώ σε κάθε περίπτωση ο κίνδυνος σε σχέση με τα επιδιωκόμενα οφέλη θα πρέπει να αξιολογείται επαρκώς σε ατομική βάση¹³.

Διάγραμμα 4.1. Κριτήρια καθορισμού των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας



Πηγή: Smith I., mcWhinnie D., Jackson I. *Day Case Surgery. Oxford Specialist Handbooks. Oxford University Press, 2012, p.44*

¹³ Smith I., mcWhinnie D., Jackson I. *Day Case Surgery. Oxford Specialist Handbooks. Oxford University Press, 2012, p.42-45*



Τόσο οι αρχές του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου, όσο και η βιβλιογραφία η οποία παραπέμπει σε επιμέρους κριτήρια, αποτελούν μηχανισμό αναπλήρωσης της απουσίας σαφούς και οριοθετημένου πεδίου αναφοράς των χειρουργείων ημέρας, καθώς δεν υιοθετείται ένα κοινώς αποδεκτό πλαίσιο ορισμού των επεμβάσεων εκείνων οι οποίες πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις και κρίνονται κατάλληλες για την εισαγωγή και διαχείρισή τους με τη μορφή των χειρουργείων ημέρας. Η απουσία κοινής διεθνούς ταξινόμησης και καθορισμού των χειρουργείων ημέρας, ωστόσο, δεν αποκλείει τη συστηματική προσέγγιση της ημερήσιας νοσηλείας, υπό διαφορετικές σκοπιές με μικρές, μάλιστα, διαφοροποιήσεις.

Τα κυριότερα κριτήρια τα οποία επιλέγονται για τον καθορισμό των επεμβάσεων χειρουργείου ημέρας, και υιοθετούνται στα επιμέρους θεωρητικά υποδείγματα, είτε μεμονωμένα είτε σωρευτικά, είναι τα εξής,

- ο βαθμός παρεμβατικότητας στο όργανο το οποίο χειρουργείται
- η πολυπλοκότητα και το σχήμα της χορηγούμενης αναισθησίας
- το είδος της περίθαλψης
- ο βαθμός της μετεγχειρητικής παρακολούθησης του ασθενούς

Ένα από τα σημαντικότερα υποδείγματα καθορισμού των περιστατικών τα οποία δύναται να διαχειριστούν με τη μορφή του χειρουργείου ημέρας, θέτει ως κεντρική παράμετρο των κριτηρίων επιλογής το σχήμα της χορηγούμενης στον ασθενή αναισθησίας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και τον οδηγό των σχετικών βαρών (Relative Value Guide) για κάθε επέμβαση, όπως τίθενται από την Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας (ASA)¹⁴.

Σύμφωνα με τη βασική φιλοσοφία της θεωρίας αυτής, μέσω του οδηγού των μονάδων σχετικού βάρους αναισθησίας (anesthesia ASA RVG basic units), καταρτίζεται κλίμακα η οποία απεικονίζει το βαθμό της παρεχόμενης αναισθησίας για μια επέμβαση και συμβάλλει στην ταξινόμηση των χειρουργικών επεμβάσεων σύμφωνα με τη φυσιολογική τους

¹⁴ Dexter F, Macario A, Penning DH, Chung P. Development of an appropriate list of surgical procedures of a specified maximum anesthetic complexity to be performed at a new ambulatory surgery facility. *Anesth Analg* 2002; 95:78-82.



περιπλοκότητα. Οι συγγραφείς θέτουν το βαθμό των επτά (7) βασικών μονάδων σχετικού βάρους ως το όριο για την επιλογή μίας επέμβασης ως κατάλληλης για ημερήσια νοσηλεία.

Ωστόσο, το κριτήριο της περιπλοκότητας της αναισθησίας επιδέχεται έντονης κριτικής και αδυνατεί να ανταποκριθεί στις προϋποθέσεις ασφαλείας κατά τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης, δεδομένου ότι συχνά επίπονες επεμβάσεις κατατάσσονται σύμφωνα με τη λογική των 7 βασικών μονάδων, σε επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας, μολοντί είναι ιδιαίτερα επίπονες για τον ασθενή, παραβλέποντας τη συνιστώσα του πόνου η οποία τεκμαίρεται ως ιδιάζουσας σημασίας συγκριτικά με το σχήμα της αναισθησίας¹³.

Υπό μία άλλη οπτική, οι Davis και Sugioka, εισηγούνται τετράβαθμη κλίμακα η οποία οριοθετεί τα κριτήρια επιλογής των ειδικότερων τύπων διαγνωστικών ή/και θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες κρίνονται κατάλληλες προς εφαρμογή σε χειρουργείο ημέρας σύμφωνα με (α) το είδος της αναισθησίας¹⁵, (β) το είδος περίθαλψης του ασθενούς και (γ) το βαθμό της μετεγχειρητικής παρακολούθησης και φροντίδας¹⁶,

Τύπου I:

Πρόκειται για επεμβάσεις οι οποίες διενεργούνται σε ιατρεία/εξεταστήρια με τοπική αναισθησία και για τις οποίες δεν απαιτείται ιδιαίτερη μετεγχειρητική φροντίδα. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως μη-χειρουργικές θεραπευτικές-διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επεμβάσεις, ώστε να λάβουν τη μορφή χειρουργείου ημέρας.

¹⁵ Η μέθοδος, η δοσολογία και ο τρόπος χορήγησης αναισθησίας ποικίλλει ανάλογα με το είδος και τη διάρκεια της επέμβασης. Ειδικότερα, διακρίνονται οι εξής υποκατηγορίες:

Γενική αναισθησία η οποία επιφέρει τον ασθενή κατά τη χειρουργική επέμβαση σε κατάσταση πλήρους καταστολής, ενώ ο ασθενής επανέρχεται στην αίθουσα ανάνηψης. Η αναισθησία είτε εισπνέεται είτε χορηγείται ενδοφλέβια. *Περιοχική αναισθησία*, η οποία μουδιάζει ένα καθορισμένο μέρος του σώματος και επιτυγχάνεται μέσω ένεσης στη σπονδυλική στήλη (νωτιαία αναισθησία) ή μέσω ενός καθετήρα προς το κάτω τμήμα της πλάτης (επισκληρίδιο) ή διάφορα blocks νεύρων. Η ενδοφλέβια αναισθησία επιδέχεται κλιμάκωσης, ξεκινώντας από απλή μέθη (νευροληπτοαναλγησία) όπου ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, ελαφρά μέθη, κανονική Μέθη και φθάνει ανάλογα με το βάθος της αναισθησίας και τις απαιτήσεις του χειρουργείου στην κανονική γενική αναισθησία όπου ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση πλήρους ύπνου-μυοχάλασης και αναλγησίας. Τέλος, η *τοπική αναισθησία*, όπου ο ασθενής παραμένει σε συνειδητή λειτουργία, ωστόσο προκαλείται αναστρέψιμος αποκλεισμός της μετάδοσης των ώσεων κατά μήκος των κεντρικών και περιφερικών νευρικών οδών.

¹⁶ Davis J.E., Sugioka K., Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluations». Surg. Clin. North AM 1987;67:721.

**Τύπου II:**

Επεμβάσεις οι οποίες χρήζουν μέθης, τοπικής, περιοχικής ή γενικής αναισθησίας και απαιτούν ειδική μετεγχειρητική φροντίδα η οποία ωστόσο είναι σύντομη και αφορά αποκλειστικά τη λήψη αναλγητικών δια της στοματικής οδού. Στην κατηγορία αυτή, εντάσσεται ένα μεγάλο ποσοστό επεμβάσεων, οι οποίες λόγω των εξελίξεων στη φαρμακολογία και τις χειρουργικές τεχνικές επιτρέπουν την πραγματοποίησή τους σε χειρουργείο ημέρας μολονότι απαιτούν ειδική μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Τύπου III:

Επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν ιδιαίτερη και εκτεταμένη μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Ωστόσο, ορισμένες από αυτές τις παρεμβάσεις και για συγκεκριμένους ασθενείς κατόπιν επιλογής, δύναται να λάβουν τη μορφή χειρουργείου ημέρας, ιδιαίτερα όταν πραγματοποιούνται σε μονάδες χειρουργείου οι οποίες βρίσκονται είτε σε διασύνδεση είτε συστεγάζονται με νοσοκομειακές δομές.

Τύπου IV:

Επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν υψηλή εξειδικευμένη ή ειδική μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα.

Δεδομένου ότι, διεθνώς, η διαχείριση ενός μεγάλου ποσοστού ιατρικών πράξεων μεταφέρεται από το ενδονοσοκομειακό επίπεδο σε αυτόνομες μονάδες χειρουργείων ημέρας και σε ιδιωτικά ιατρεία, η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τίθενται στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας. Η πλειοψηφία των χωρών με παράδοση και υψηλό ποσοστό επεμβάσεων στα ιδιωτικά ιατρεία, εκδίδουν κανονισμούς



και θεσπίζουν κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να τίθεται ένα ελάχιστο επίπεδο διασφάλισης του ασθενούς κατά τη διάρκεια επεμβάσεων σε ιατρεία ιατρών οι οποίες απαιτούν τη χορήγηση γενικής, περιοχικής ή τοπικής αναισθησίας.

Επιπρόσθετα, η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών¹⁷, δίδει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ενιαίο πλαίσιο και σύμφωνα με κοινές προς όλους κατευθύνσεις αναφορικά με τις προδιαγραφές του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων του ιατρείου, των προσόντων του βοηθητικού προσωπικού εφόσον αυτό απαιτείται, καθώς και τις διαδικασίες αξιολόγησης και επιλογής των ασθενών.

Η διασφάλιση αποτελεσματικής και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών στο πλαίσιο των ιδιωτικών ιατρείων επιδιώκεται, επίσης, μέσω της πιστοποίησης των ιατρείων από επιμέρους φορείς και οργανισμούς οι οποίοι διαπιστεύουν ότι πληρούνται οι εκάστοτε απαιτούμενες προδιαγραφές ποιότητας, ασφάλειας και ιατρικής δεοντολογίας για τη διενέργεια των αντίστοιχων ιατρικών πράξεων¹⁸. Για παράδειγμα, σε πολλές πολιτείες των Η.Π.Α., πέραν της πιστοποίησης από τον επίσημο φορέα (αρμόδιο τμήμα του Medicare), είναι υποχρεωτική η διαπίστευση των ιδιωτικών ιατρείων από εξωτερικούς οργανισμούς, όπως η National Committee for Quality Assurance, η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, η Accreditation Association for Ambulatory Health Care και η American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities, προκειμένου να νομιμοποιούνται στη διενέργεια χειρουργείων ημέρας εντός των εγκαταστάσεων των ιδιωτικών ιατρείων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία και στα εγχειρίδια κατευθυντήριων οδηγιών, οι ιατρικές επεμβατικές ή μη πράξεις οι οποίες διενεργούνται σε ιδιωτικά ιατρεία κατηγοριοποιούνται και ταξινομούνται σε τριτοβάθμια κλίμακα, με βάση την απαιτούμενη φροντίδα¹⁹, όπως προκύπτει από το βαθμό πολυπλοκότητας της παρέμβασης με αντίστοιχη διαβάθμιση τα

¹⁷ Ενδεικτικά αναφέρονται οι κατευθυντήριες οδηγίες από το Αμερικάνικο Κολλέγιο .Χειρουργών (American College of Surgeons) (<http://www.ausanet.org/content/practice-resources/office-based-surgery/ASC-guidelines.pdf>) και της Ιατρικής Κοινότητας της Μασσαχουσέτης (Massachusetts Medical Society) (<http://www.massmed.org/AM/Template.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=35990>).

¹⁸ Saksena S. The physician's office: now accrediting the environment of care. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2000;23(1):128-9.

¹⁹ Kavic M. S. Guidelines for an Office-Based Surgical Facility: Quality not Bureaucracy, *JLS* 1998; 2(2): 121.



επίπεδα I,II,II²⁰ και της απαιτούμενης ή μη αναισθησίας για τη διενέργεια του χειρουργείου ημέρας, ήτοι διαβάθμιση κλίμακας A-C²¹, έτσι ώστε ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού να πληρούνται επιμέρους προϋποθέσεις ασφαλείας, καθώς και ειδικότερες προδιαγραφές για τον αναγκαίο εξοπλισμό και τη χωροταξική δομή του ιατρείου.

Στον Πίνακα 4.2, επιχειρείται, μέσω της συνδυαστικής προσέγγισης των κατευθυντήριων οδηγιών σε διεθνές επίπεδο, η παρουσίαση της κλίμακας των χειρουργείων ημέρας τα οποία μπορούν να διεξάγουν οι γιατροί στα ιδιωτικά τους ιατρεία εφόσον πληρούνται οι αντίστοιχες προδιαγραφές αναφορικά με τις δομές, το προσωπικό, τον ιατροτεχνολογικό μηχανισμό και τα αναλώσιμα.

Πίνακας 4.2 Καθορισμός χειρουργείων ημέρας σε ιδιωτικά ιατρεία

Βαρύτητα χειρουργείου ημέρας	
Επίπεδο I/ Βαθμίδα A	<p>Στο επίπεδο αυτό εντάσσονται μικρές χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες εκτελούνται με τοπική αναισθησία και δεν επιφέρουν τη μεταβολή της συνείδησης του ασθενούς (χωρίς καταστολή).</p> <p>Δεν επιτρέπεται προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Εξαιρείται η νωτιαία/επισκληρίδιος αναισθησία καθώς και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, καθώς εντάσσονται στα επίπεδα II και III.</p>
Επίπεδο II/ Βαθμίδα B	<p>Πρόκειται για μικρές ή/και μεγαλύτερες επεμβάσεις οι οποίες εκτελούνται σε συνδυασμό με τη δια της στοματικής οδού, παρεντερική ή ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή νάρκωση του ασθενούς.</p>
Επίπεδο III/ Βαθμίδα C	<p>Στην κατηγορία αυτή υπάγονται πιο σύνθετες χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν γενική ή τοπική νάρκωση/αναισθησία και υποστήριξη με πρόσθετα μέσα των ζωτικών λειτουργιών του σώματος</p>

Μολονότι, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι τα κριτήρια επιλογής της καταλληλότητας των επεμβάσεων οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν σε δομές ημερήσιας χειρουργικής δεν είναι ενιαία, εν τούτοις, όπως προκύπτει από τη συνδυαστική

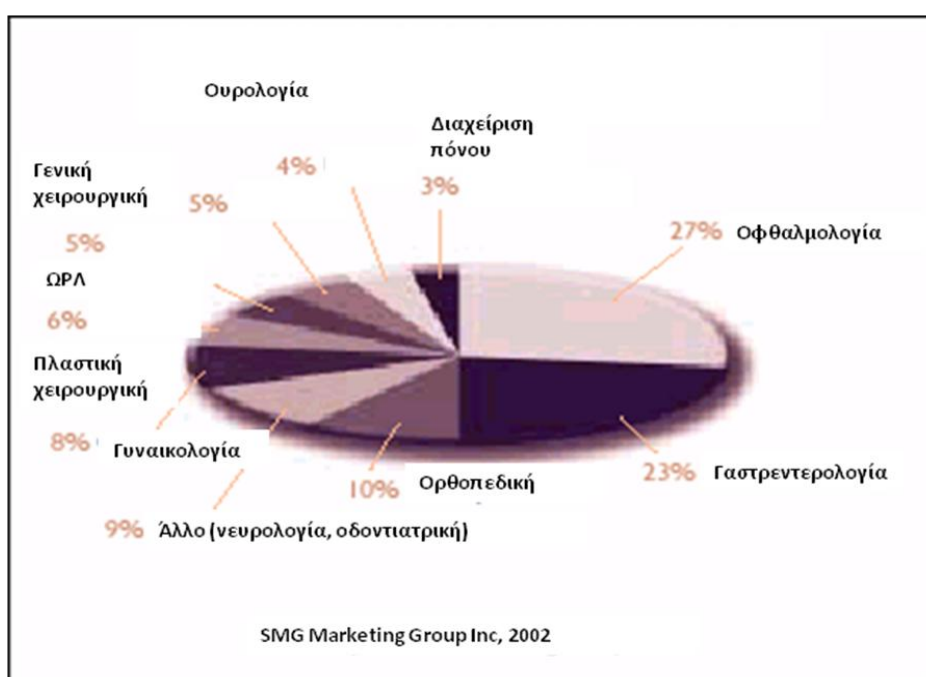
²⁰ Office-Based Surgery Guidelines, Massachusetts Medical Society, 2011.

²¹ Guidelines for Optimal Office-Based Surgery, second edition. American College of Surgeons. 2000.



μελέτη των θεωρητικών υποδειγμάτων καθώς και των κατευθυντήριων οδηγιών από επιστημονικές εταιρείες και οργανισμούς, στο σύνολό τους συντείνουν στην υιοθέτηση είτε κοινώς αποδεκτών κριτηρίων, όπως το είδος της αναισθησίας, ο βαθμός μετεγχειρητικού πόνου και η έκταση της μετεγχειρητικής φροντίδας, είτε συναινούν στην αναγνώριση συγκεκριμένων επεμβάσεων ανά ιατρική ειδικότητα τις οποίες θεωρούν πλέον κατάλληλες και ενδεδειγμένες για χειρουργείο ημέρας (Διάγραμμα 4.2).

Διάγραμμα 4.2. Ποσοστό επεμβάσεων χειρουργείου ημέρας ανά ιατρική ειδικότητα



Το χειρουργείο ημέρας αποτελεί ευρέως αποδεκτή πρακτική και αναδεικνύεται σε σημαντική συνιστώσα συγκράτησης της δαπάνης η οποία υιοθετείται διεθνώς ως εργαλείο μείωσης του φόρτου εργασίας των μεγάλων νοσοκομειακών δομών, αλλά και μορφή περίθαλψης η οποία επιλέγεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Το γεγονός της απουσίας κοινής και ενιαίας θεωρητικής τεκμηρίωσης των επεμβάσεων ή των κριτηρίων καθορισμού των επεμβάσεων εκείνων οι οποίες κρίνονται ως κατάλληλες για ημερήσια νοσηλεία, δεν μπορεί να αποτελέσει αιτιολογική βάση για τη μη λειτουργία των δομών αυτών. Άλλωστε, η διαρκής εξέλιξη στην ιατρική τεχνολογία και τη φαρμακολογία, αποτελούν την αφορμή για διαρκή επικαιροποίηση και επέκταση των χειρουργείων ημέρας σε νέες επεμβάσεις οι οποίες παλαιότερα προϋπέθεταν την εισαγωγή και νοσηλεία σε νοσοκομειακή μονάδα.



4.3 Προδιαγραφές μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Η άρση τυχόν επιφυλάξεων έναντι της αυτόνομης λειτουργίας των μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, και ειδικότερα αναφορικά με το ζήτημα της ασφάλειας, επιτυγχάνεται μέσω της υποχρεωτικής υιοθέτησης προκαθορισμένων, υψηλών προδιαγραφών και χωροταξικών διαρρυθμίσεων στις δομές των χειρουργείων ημέρας, στοιχείο μάλιστα το οποίο αποτελεί ένα από τα πλέον διακριτά χαρακτηριστικά της ιδιαιτερότητας των δομών αυτών. Ο καθορισμός των αναγκαίων δομών και του απαραίτητου εξοπλισμού των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας προκύπτει από το βαθμό αυτονομίας τους καθώς και από το εύρος της επεμβατικής τους δραστηριότητας⁷.

Κατά το σχεδιασμό μίας μονάδας ημερήσιας νοσηλείας οφείλεται να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τρόπο διεξοδικό όλα τα στάδια διεκπεραίωσης της χειρουργικής σε ημερήσια βάση από τη στιγμή της εισόδου του ασθενή στη μονάδα, την προεγχειρητική, την κύρια επεμβατική και μεταεγχειρητική διαδικασία, αλλά και τις διαδικασίες εξόδου του ασθενή και τη μετέπειτα υποστήριξή του. Η κύρια χωροταξική διάρθρωση των κλινικών ημέρας περιλαμβάνει τρεις βασικές λειτουργικές υπομονάδες, ήτοι:

- τον κλινικό και διοικητικό τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει χώρους για
 - τη διοικητική υποστήριξη της εισαγωγής, νοσηλείας και εξόδου των ασθενών,
 - τα γραφεία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,
 - την αναμονή των ασθενών και των συγγενών, δεδομένου ότι η αναμονή δίπλα στο χώρο των χειρουργείων ή η παραμονή στους χώρους νοσηλείας δεν αποτελεί ενδεικνυόμενη πρακτική, καθώς προκαλεί προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της μονάδας και αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων,
 - τον προεγχειρητικό έλεγχο των ασθενών. Σημειώνεται, ότι ο παρακλινικός έλεγχος δεν αποτελεί αντικείμενο των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας και ως εκ τούτου ο έλεγχος αυτός δύναται να πραγματοποιηθεί σε εξωτερικά διαγνωστικά εργαστήρια και κέντρα.
- τον χειρουργικό τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει
 - το χώρο προετοιμασίας του ασθενή για την επέμβαση,
 - τα χειρουργεία, στις αίθουσες των οποίων για τις επεμβάσεις με τοπική αναισθησία θα πρέπει να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός και τα αναγκαία αναλώσιμα εφόσον προκύψει ανάγκη για διασωλήνωση ή καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, ενώ δεν απαιτείται διαχωρισμός αιθουσών σε σηπτικές και άσηπτες, δεδομένου ότι στα



- χειρουργεία ημέρας υιοθετούνται τα κριτήρια της επιλογής των ασθενών οι οποίοι εισέρχονται για επέμβαση καθώς και της επιλογής των κατάλληλων επεμβάσεων,
- το χώρο ανάνηψης, στον οποίο παραμένουν υπό ειδική επιτήρηση οι ασθενείς μετά το τέλος της επέμβασης τους για όση ώρα κρίνει απαραίτητο ο αναισθησιολόγος
 - το χώρο νοσηλείας πριν τη διαδικασία εξόδου του ασθενή από τη μονάδα, ο οποίος δύναται να αναπτύσσεται είτε σε θαλάμους νοσηλείας με μικρό αριθμό κλινών, είτε σε ενιαίο θάλαμο με πολλές κλίνες με δυνατότητα απομόνωσής τους με παραβάν, ενώ ο ιδιαίτερος χαρακτήρας ορισμένων επεμβάσεων και η ολιγόωρη παραμονή των ασθενών έχει οδηγήσει στην συχνή χρήση ειδικών πολυθρόνων έναντι κλινών. Οι χώροι νοσηλείας εξοπλίζονται με ιατροτεχνολογικά μέσα μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών και καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, καθώς και με υποδομές για παροχή οξυγόνου και αναρρόφησης.

Οι προδιαγραφές των δομών και του εξοπλισμού στις κλινικές ημέρες, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικάνικου Κολλεγίου Χειρουργών προκύπτουν σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του ασθενή, σημείο το οποίο αναδεικνύει εκ νέου το ζήτημα της επιλογής των ασθενών, την υπό διενέργεια επέμβαση και τον τύπο της αναισθησίας²². Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας με βάση την κλίμακα A-C, όπως αναλύθηκε εκτενέστερα ανωτέρω, συνδυαστικά με τη διάκριση των ασθενών σύμφωνα με την κλίμακα της Αμερικανικής Κοινότητας Αναισθησιολόγων (ASA), όπου οι μονάδες A παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς στις κλίμακες ASA #1 και #2, ενώ οι δομές B και C σε ασθενείς βαθμίδος ASA #3 και #4, οι δομές αυτές οφείλουν να πληρούν γενικά και ειδικά προαπαιτούμενα χωροταξικής διαρρύθμισης και εξοπλισμού, καθώς και προσωπικού στελέχωσης των μονάδων όπως προκύπτει από τους Πίνακες 4.3-4.5 αντίστοιχα.

²² Board of Governors Committee on Ambulatory Surgical Care. Guidelines for Optimal Ambulatory Surgical Care and Office-based Surgery. Medical College of Surgeon. Third edition, 2000, p.16-17



Πίνακας 4.3 Γενικά προαπαιτούμενα δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Ταξινόμηση Δομής	Προαπαιτούμενα/Προδιαγραφές
A,B,C	Εξοπλισμός παρακολούθησης και ανάνηψης Εξειδικευμένο προσωπικό (γιατρός ή νοσοκόμα) επαρκώς καταρτισμένο και διαθέσιμο καθ' όλη τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου.
A,B,C	Μέσα αποστείρωσης
B,C	Υποστήριξη ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών

Πίνακας 4.4 Ειδικά προαπαιτούμενα δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Ταξινόμηση Δομής	Προαπαιτούμενα/Προδιαγραφές
A,B,C	Ύπαρξη ενός τουλάχιστον επαρκούς σε έκταση και μέγεθος χειρουργείου το οποίο χρησιμοποιείται αποκλειστικά για χειρουργικές επεμβάσεις
B,C	Ύπαρξη μίας επαρκούς σε μέγεθος αίθουσας ανάνηψης ή διακριτού χώρου
A,B,C	Ασηπτική διεργασία
A,B,C	Επαρκής φωτισμός
A,B,C	Χειρουργικό τραπέζι κατάλληλο για όλους του τύπους επεμβάσεων
A	Επαρκής εξοπλισμός ανάνηψης
B,C	Επαρκής εξοπλισμός ανάνηψης. Αεραγωγοί, ενδοτραχειακοί σωλήνες, λαρυγγοσκόπια, παροχείς οξυγόνου, εξοπλισμός αναρρόφησης, και αναζωογονητικά φάρμακα
B,C	Όλες οι επιφάνειες του δωματίου πρέπει να είναι ομαλές, να πλένονται και να απολυμαίνονται σε προκαθορισμένο πρόγραμμα.
A,B,C	Πετσέτες και ιματισμός μίας χρήσης
A,B,C	Σύστημα εξαερισμού και θερμοκρασίας δωματίου, καθώς και ελέγχου των εισόδων του εξωτερικού αέρα
Κατάλληλος εξοπλισμός παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς	
A,B,C	Ειδική συσκευή αρτηριακής πίεσης, στηθοσκόπια, παλμογράφοι
B,C	Απινιδωτής, παλμικό οξύμετρο, σύστημα παρακολούθησης θερμοκρασίας



C	Σε επεμβάσεις στις οποίες χρησιμοποιείται εισπνεόμενη αναισθησία αναγκαία η ύπαρξη μηχανισμού παρακολούθησης του επιπέδου αναισθησίας με βάση τα παραδεδεγμένα ανεκτά επίπεδα
B,C	Κατάλληλες δομές και εξοπλισμός για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών
B,C	Επάρκεια σε φορεία και αναπηρικά αμαξίδια
A,B,C	Επαρκείς χώροι αναμονής για τον ασθενή και τους συνοδούς και χώροι εξέτασης
B,C	Οι διάδρομοι πρέπει να είναι κατάλληλοι ώστε να επιτρέπουν την εύκολη διέλευση των αναπηρικών αμαξιδίων, φορειών, και του εξοπλισμού έκτακτης ανάγκης
A,B,C	Απαγόρευση καπνίσματος
B,C	Υποστηρικτικός μηχανισμός παροχής ρεύματος σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, εφεδρικός φωτισμός
B,C	Ενδεδειγμένη χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
B,C	Λήψη μέτρων για την απομόνωση ασθενών όταν πιθανολογείται η ύπαρξη μεταδοτικής νόσου

Πίνακας 4.5 Προσωπικό στελέχωσης δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Ταξινόμηση Δομής	Προαπαιτούμενα/Προδιαγραφές
A,B,C	Επίβλεψη από εξειδικευμένο γιατρό
B,C	Ορισμός υπευθύνου διαχείρισης και επιθεώρησης των τομέων της χειρουργικής μονάδας
A,B,C	Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απασχολούνται υποχρεούνται να έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
A,B,C	Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να καταρτίζεται σε μεθόδους πρώτων βοηθειών και να πιστοποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα
A,B,C	Εκπαίδευση σε βασικές ασηπτικές τεχνικές
A,B,C	Κατάλληλη ενδυμασία, υπόδηση και μέσα όπως μάσκες, γάντια σκούφοι για το χειρουργικό προσωπικό

Ειδικότερα, αναφορικά με τις προδιαγραφές οι οποίες πρέπει να πληρούνται στα ιατρεία των γιατρών κατά τη διενέργεια χειρουργείων ημέρας και σύμφωνα με την κλίμακα τριών



επιπέδων²⁰, στα ιατρεία τα οποία πραγματοποιούν ιατρικές επεμβάσεις επιπέδου I (Πίνακας 6) και επιπέδων II και III, (Πίνακας 7) δηλαδή μικρές ή/και μεγαλύτερες επεμβάσεις οι οποίες εκτελούνται σε συνδυασμό με τη δια της στοματικής οδού, παρεντερική ή ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή νάρκωση του ασθενούς ή σύνθετες χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν γενική ή τοπική νάρκωση/αναισθησία και υποστήριξη με πρόσθετα μέσα των ζωτικών λειτουργιών του σώματος αντίστοιχα, συνιστάται ο εξοπλισμός με τεχνολογικά μέσα και φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διασφάλιση του ασθενή σε περίπτωση ανεπιθύμητων συμβάντων.

Πίνακας 4.6 Συνιστώμενος εξοπλισμός ιατρείων κατά τη διεξαγωγή χειρουργείων ημέρας επιπέδου I²³

Επίπεδο I	
Υποδομές για παροχή οξυγόνου	
Υποδομές για διασωλήνωση	
Φορητοί αναπνευστήρες	
Συσκευή αναρρόφησης	
Φάρμακα	Επινεφρίνη, ατροπίνη, αντισταμινικά, υδροκορτιζόνη
Συσκευές παρακολούθησης	- εφόσον ενέχεται ο κίνδυνος λόγω της αναισθησίας να παρουσιαστεί αιμοδυναμική αστάθεια του ασθενή προκρίνεται ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της παλμικής οξυμετρίας μέσω κατάλληλων μέσων παρακολούθησης. - εφόσον πρόκειται για τοπική αναισθησία με σκοπό τη αγχολυτική επενέργεια στον ασθενή δεν απαιτείται παρακολούθηση.

Πίνακας 4.7 Συνιστώμενος εξοπλισμός ιατρείων κατά τη διεξαγωγή χειρουργείων ημέρας επιπέδων II και III

	Επίπεδο II	Επίπεδο II
Υποδομές για παροχή οξυγόνου		
Υποδομές για διασωλήνωση		
Συσκευή μέτρησης πίεσης		
Εξοπλισμός	Απινιδωτής, καπνογράφος, εξοπλισμός για μέτρησης πίεσης με αναίμακτη μέθοδο, παλμικό οξύμετρο, ηλεκτροκαρδιοσκόπιο, θερμόμετρο για επεμβάσεις διάρκειας άνω των 30 λεπτών.	
Συσκευή αναρρόφησης		

²³ Board Opinion relating to Office-Based Surgery, <http://www.kbml.ky.gov/NR/rdonlyres/F0C4F93F-50E0-4A5F-8902-96E45359C2A3/0/OpinionOfficeBasedSurgery061611.pdf> ανακτήθηκε 28 Μαρτίου 2013



Φάρμακα

Επινεφρίνη, ατροπίνη, αντισταμινικά, υδροκορτιζόνη, εφεδρίνη, αγγειοσυσπαστικά, γλυκονικό ασβέστιο, γλυκόζη, ναλοξόνη, οποιοειδή, αντιεμετικά, διττανθρακικό νάτριο, λιδοκαΐνη, αδενοσίνη, θειικό μαγνήσιο, διγοξίνη, φουροσεμίδα, χλωριούχο κάλιο, νατριούχος ηπαρίνη, ασπιρίνη, αμιωδαρόνη, βεραπαμίλη, προκαΐναμίδη, νιτρογλυκερίνη, εσμολόλη, λαβεταλόλη

Η σύντομη παρουσίαση της χωροταξικής διαρρύθμισης και των εξοπλιστικών αναγκών σε ιατροτεχνολογικά μέσα και φαρμακευτικές ουσίες των επιμέρους διακριτών σχημάτων οργανωτικής λειτουργίας των μονάδων ημερήσιας χειρουργικής φροντίδας, αποτυπώνει τις τάσεις προαγωγής του θεσμού των αυτόνομων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, εφόσον αυτές πληρούν ιδιαίτερα υψηλές προδιαγραφές ασφάλειας και ποιότητας των δομών και κατά συνέπεια των διαδικασιών οι οποίες διεξάγονται σε αυτές, ενώ σημαίνοντα ρόλο έχουν οι φορείς πιστοποίησης των μονάδων αυτών και έγκρισης της ασφάλειας λειτουργίας τους.

4.4 Συγκριτική αποτίμηση εναλλακτικών δομών χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας

Η υιοθέτηση ενός αυτόνομου ή μη σχήματος, εντός ή εκτός νοσοκομειακής μονάδας ως το καταλληλότερο πρότυπο οργανωτικής και λειτουργικής ανάπτυξης της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας αποτελεί μείζον ζήτημα το οποίο θέτει ανταγωνιστικά κριτήρια μεταξύ των επιμέρους οργανωτικών προτύπων αναφορικά με την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς.

Το πρότυπο της ενσωματωμένης σε νοσοκομείο, μονάδας χειρουργείου ημέρας (*hospital - integrated facility*), θεωρείται ακατάλληλο από πολλούς ερευνητές, δεδομένου ότι αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ιδιαιτερότητες της ημερήσιας νοσηλείας και των χειρουργείων ημέρας και ως εκ τούτου να επιτύχει τη μεγιστοποίηση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υπό όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας²⁴,

²⁴ Department of Health. Day surgery: Operational guide. London, 2002.



ενώ παράλληλα ενέχει το κίνδυνο σημαντικής αύξησης του δείκτη εισαγωγών στα νοσηλευτικά ιδρύματα²⁵.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τη μελέτη των Healy και συν²⁶, τίθεται υπό αμφισβήτηση η οικονομική αποδοτικότητα συγκριμένων υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται από τα νοσοκομεία έναντι των ίδιων υπηρεσιών όταν διενεργούνται στα κέντρα χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, καθώς το κόστος διενέργειας της ίδιας χειρουργικής επέμβασης αυξάνεται κατά 43% στις μονάδες εξειδικευμένων νοσοκομείων χειρουργικής και 64% της ορθοπαιδικής χειρουργικής, συγκριτικά με το κόστος των προσφερόμενων αντίστοιχων επεμβάσεων από τις αυτόνομες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας.

Επιπρόσθετα, η ανάμιξη των περιστατικών ημερήσιας και μακροχρόνιας νοσηλείας συχνά οδηγεί στη δημιουργία οργανωτικών δυσλειτουργιών και χρονικών καθυστερήσεων με αποτέλεσμα τη προβληματική διακίνηση και φροντίδα των ασθενών, εξαιτίας για παράδειγμα της αναβολής των χειρουργείων ημέρας λόγω εμβόλιμης χρήσης των κοινών εγκαταστάσεων από επείγοντα περιστατικά, της μη τήρησης του προγράμματος χειρουργείου η οποία οδηγεί σε αναβολές των χειρουργείων ημέρας, της δυσχερούς διαχείρισης και εξυπηρέτησης από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού από κοινού των περιστατικών τακτικής και ημερήσιας νοσηλείας, του αυξημένου κινδύνου ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κ.α.²⁷ Μάλιστα, ο δείκτης ανεπιτυχούς εξόδου του ασθενή μετά από επέμβαση ημερήσιας νοσηλείας από τις νοσοκομειακές δομές αυξάνεται σε ποσοστό 14% εφόσον το χειρουργείο ημέρας πραγματοποιείται σε δομή ενσωματωμένη σε νοσοκομείο έναντι ποσοστού 2,4% στις αυτόνομες κλινικές ημέρας²⁵.

Ως εκ τούτου, η λειτουργία των χειρουργείων ημέρας εντός των νοσοκομείων από κοινού με τα περιστατικά μακροχρόνιας νοσηλείας, ακυρώνει τη βασική φιλοσοφία και το θεωρητικό υπόβαθρο της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, καθώς οδηγεί σε εκ νέου απομείωση των οικονομικών και κοινωνικών ωφελειών οι οποίες παρατηρούνται από την υιοθέτηση του θεσμού.

²⁵ Comparative Audit of Day Surgery in the South West Thames region. Cahill J. & Tillin T., Kingston District Audit Centre 1995.

²⁶ Healy D, Cromwell J, Thomas FG. Repricing specialty hospital outpatient services using ambulatory surgery center prices. Health Care Financ Rev. 2007-2008;29(2):81-90.

²⁷ Aranaz J.M. (Dir). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Spanish National Health System Quality Agency, Ministry of Health and Consumer Affairs. February 2006 report.



Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στα οποία καλούνται να απαντήσουν οι υποστηρικτές του θεσμού των χειρουργείων ημέρας, αφορά τις προδιαγραφές ασφάλειας και την καταλληλότητα επιμέρους επεμβάσεων ανά ιατρική ειδικότητα, ώστε να νοείται η μετακίνηση της διαχείρισης των παθήσεων αυτών από το νοσοκομειακό επίπεδο στις αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας. Αρκετές μελέτες εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία με στόχο τη διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής των χειρουργείων ημέρας σε μεγαλύτερη δέσμη επεμβατικών διαδικασιών, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφάλειας και ποιότητας, ενώ παράλληλα τεκμηριώνεται η αποδοτική λειτουργία των αυτόνομων δομών συγκριτικά με τις δομές οι οποίες εδράζονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Σύμφωνα με δύο πρόσφατες μελέτες μεταανάλυσης τυχαιοποιημένων μελετών οι οποίες συγκρίνουν αφενός την ασφάλεια και τα οφέλη από τη διενέργεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε αυτόνομες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και νοσοκομεία²⁸ και αφετέρου την αποτελεσματικότητα της συγκριμένης επέμβασης σε μορφή χειρουργείου ημέρας για επιλεγμένους ασθενείς²⁹, διαπιστώνεται η αποτελεσματική, ασφαλής και οικονομικά αποδοτική εφαρμογή της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ασθενείς κατόπιν εφαρμογής των κριτηρίων επιλογής αυτών, καθώς δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά των ποσοστών εισαγωγής σε νοσοκομειακή μονάδα κατά την μετεγχειρητική διαδικασία μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών (OR, 0.964; 95% CI, 0.318-2.922) ή αποκλίσεις στην ποιότητα ζωής τους ($p = 0.195$).

Τα ευρήματα της αναδρομικής μελέτης των Paquette και συν.³⁰, σύμφωνα με την οποία το χειρουργείο ημέρας ενδείκνυται ως ασφαλής τρόπος διαχείρισης της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής και μάλιστα καταγράφονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μέσο κόστος, καθώς στις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας ανέρχεται σε \$6.028 έναντι \$10.876 στις μονάδες των νοσοκομείων, επιβεβαιώνουν παλαιότερη μελέτη³¹ σύμφωνα με την οποία σε ποσοστό 69% του δείγματος η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή πραγματοποιήθηκε με

²⁸ Gurusamy KS, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16;(3):CD006798. doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub3.

²⁹ Ahmad NZ, Byrnes G, Naqvi SA. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2008;22(9):1928-34. doi: 10.1007/s00464-008-9867-2.

³⁰ Paquette IM, Smink D, Finlayson SR. Outpatient cholecystectomy at hospitals versus freestanding ambulatory surgical centers. *J Am Coll Surg*. 2008;206(2):301-5. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.07.042.

³¹ Dirksen CD, Schmitz RF, Hans KM, Nieman FH, Hoogenboom LJ, Go PM. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy is as effective as hospitalization and from a social perspective less expensive: a randomized study. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;15;145(50):2434-9.



απόλυτη επιτυχία και ασφάλεια σε αυτόνομες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας με χαμηλότερο κόστος και μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας κατά 1,5 περίπου ημέρα έναντι των δομών οι οποίες συνδέονται με νοσοκομειακές μονάδες.

Οι επεμβάσεις του οφθαλμολογικού τομέα αποτελούν μία από τις κατηγορίες επεμβάσεων οι οποίες έχουν μελετηθεί αρκετά ως χειρουργεία ημέρας. Σύμφωνα, με στοιχεία από την ετήσια έκθεση του Medicare³², ο όγκος των επεμβάσεων καταρράκτη οι οποίες πραγματοποιούνται σε αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας έναντι των εντασσόμενων σε νοσοκομεία δομών ημερήσιας νοσηλείας, αγγίζει σε ποσοστό το 70% του συνόλου των επεμβάσεων καταρράκτη για το έτος 2010 στις ΗΠΑ, καθώς η εξοικονόμηση η οποία προκύπτει από τη διαχείριση της επέμβασης καταρράκτη σε αυτόνομη δομή ανέρχεται σε \$671. Επιπρόσθετα, καταγράφεται ένα πρόσθετο πλεονέκτημα των αυτόνομων δομών, δεδομένου ότι οι ασθενείς αποφεύγουν τη γραφειοκρατία των νοσοκομειακών μονάδων και τους προσφέρεται η δυνατότητα επιλογής του τόπου αλλά και του χρόνου, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής.

Μολονότι, στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται μικρός αριθμός μελετών με αντικείμενο τη σύγκριση, σε όρους ποιότητας, των μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας και των δομών ημερήσιας νοσηλείας οι οποίες βρίσκονται στα νοσοκομεία και διαχειρίζονται περιστατικά ημέρας και περιστατικά νοσηλείας, εν' τούτοις, τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από τις υφιστάμενες μελέτες καθιστούν τη χειρουργική ημερήσιας νοσηλείας ισότιμη και ασφαλή, από άποψη εκροών, μορφή εναλλακτικής φροντίδας, εφ' όσον πληρούνται συγκεκριμένα πρωτόκολλα ασφάλειας, επιλογής των ασθενών, των επεμβάσεων και των δομικών προδιαγραφών των μονάδων ημερησίας νοσηλείας.

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο για τη συγκριτική αξιολόγηση των αυτόνομων και ενσωματωμένων σε νοσοκομεία δομών ημερήσιας νοσηλείας, αποτελεί η τελική έκβαση της επέμβασης και των υγειονομικών εκροών από τη διαχείριση των ασθενών στις επιμέρους δομές, καθώς η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων, επιπλοκών και η ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο κατά τη μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί κριτήριο καθορισμού της ιατρικής αποτελεσματικότητας και παράμετρο ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

³² Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare Payment Policy, Washington, 2013



Η ποιότητα των υγειονομικών εκροών σε συνάρτηση με τον τόπο διεξαγωγής της ιατρικής παρέμβασης αποτελεί το αντικείμενο της μελέτης των Fleisher και συν³³ οι οποίοι παρατηρούν ότι το ποσοστό θνησιμότητας σε κλίμακα επτά (7) ημερών διαφοροποιείται ανάλογα με τη δομή στην οποία διενεργείται η χειρουργική ημερήσιας νοσηλείας, με διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας στις δομές ημερήσιας νοσηλείας των νοσοκομείων έναντι των αυτόνομων κλινικών ημέρας (50:100.000/25:100.000) ανά 100.000 επεμβάσεις, ενώ αναφορικά με το ποσοστό εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα κατά το μετεγχειρητικό χρόνο λόγω επιπλοκών, παρατηρείται ακόμη μεγαλύτερη διαφοροποίηση με 21 εισαγωγές ανά 1.000 επεμβάσεις, έναντι 8,41 εισαγωγών αντίστοιχα.

Η πρόσφατη μελέτη των Munnich και Parente³⁴, καταγράφει αντίστοιχα εύρημα με αυτά της μελέτης των Fleisher και συν, αναφορικά με την εισαγωγή ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες, για τα έτη 2007-2009, μετά τη διεξαγωγή χειρουργείων ημέρας είτε σε αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας είτε σε δομές οι οποίες εντάσσονται σε νοσοκομειακά ιδρύματα και πραγματοποιούν χειρουργεία ημέρας. Το σημαντικό εκείνο στοιχείο το οποίο προσθέτει η μελέτη αυτή, ανάγεται στη διαπίστωση ότι η μετατόπιση ασθενών υψηλότερου κινδύνου σε αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας δεν συνεπάγεται την αύξηση των δυσμενών συνεπειών για την υγεία τους, ούτε αυξάνει την πιθανότητα εισαγωγής τους για νοσηλεία.

Το ζήτημα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας σε σύγκριση με τις εκροές των ανάλογων μονάδων οι οποίες βρίσκονται ενσωματωμένες σε νοσοκομειακές δομές στον τομέα της παιδιατρικής, αποτελεί το αντικείμενο της μελέτης των Grisel και Arjmand,³⁵ σύμφωνα με την οποία, σε σύνολο 486 περιστατικών, τεκμαίρεται η ασφαλής διεξαγωγή επεμβάσεων στις αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας δεδομένου ότι δεν παρατηρείται κανένα ανεπιθύμητο συμβάν στις μονάδες αυτές, ενώ σημαντικές είναι οι εξοικονομήσεις από την οπτική του κόστους χρόνου καθώς καταγράφεται διαφοροποίηση στους απαιτούμενους χρόνους ολοκλήρωσης των

³³ Fleisher, L. A., L. R. Pasternak, R. Herbert, and G. F. Anderson. Inpatient Hospital Admission and Death after Outpatient Surgery in Elderly Patients: Importance of Patient and System Characteristics and Location of Care. *Archives of Surgery* 2004;139 (1): 67-72.

³⁴ Munnich E., Parente S. Costs and benefits of Competing Health Care Providers: Trade-Offs in the Outpatient Surgery Market, University of Notre Dame.2013

³⁵ Grisel J, Arjmand E. Comparing quality at an ambulatory surgery center and a hospital-based facility: preliminary findings. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;141(6):701-9. doi: 10.1016/j.otohns.2009.09.002.



επεμβάσεων μεταξύ των επιμέρους δομών σε ποσοστό 30%, με πιο σύντομες τις αυτόνομες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας.

Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει από τη μελέτη των Trentman και συν.³⁶, η οποία συνέκρινε τον περιεγχειρητικό χρόνο ο οποίος απαιτήθηκε σε περιστατικά τα οποία αφορούν το μαστό, ανάμεσα σε ενσωματωμένες στο νοσοκομείο δομές χειρουργείων ημέρας και ανεξάρτητες μονάδες, προκύπτει η στατιστικά σημαντική αύξηση του χρόνου διαχείρισης των περιστατικών κατά την εισαγωγή τους σε μονάδες του νοσοκομείου έναντι των χρόνων στις ανεξάρτητες μονάδες χειρουργείων ημέρας, με αποτέλεσμα να τίθενται εύλογα ερωτήματα αναφορικά με τις προοπτικές και τη δυναμική αύξησης της παραγωγικότητας της νοσηλευτικής μονάδας.

Η διάρκεια της επέμβασης και της συνολικής διαχείρισης του περιστατικού, δηλαδή από τη στιγμή εισαγωγής του ασθενή στο χειρουργείο μέχρι το χρόνο ολοκλήρωσης της μετεγχειρητικής φροντίδας, αποτελεί ακόμη έναν δείκτη όπου οι αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας παρουσιάζουν καλύτερα ποσοστά επιδόσεων συγκριτικά με τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας οι οποίες διασυνδέονται με τα νοσοκομεία, όπως προκύπτει από τη μελέτη των Cullen και συν.³⁷, όπου οι απαιτούμενοι χρόνοι (μ.ο.) διαμορφώνονται σε 34,2 λεπτά έναντι 25,1 λεπτών εντός του χειρουργείου, σε 53,1 λεπτά έναντι 79 λεπτών για τη μετεγχειρητική διαχείριση, ενώ η συνολική μέση διάρκεια διαχείρισης των επεμβάσεων ανέρχεται σε 97,7 λεπτά στις αυτόνομες μονάδες έναντι 146,6 λεπτών στις δομές ημερήσιας νοσηλείας των νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μέση συνολική διάρκεια της συνολικής διαχείρισης του καταρράκτη σε αυτόνομες δομές ημερήσιας νοσηλείας ανέρχεται σε 57,3 λεπτά έναντι 88,4 στις δομές ημερήσιας νοσηλείας των νοσοκομείων, ενώ ο χρόνος διεξαγωγής της επέμβασης διαφέρει κατά περίπου οκτώ λεπτά, με συντομότερη τη διαδικασία στις αυτόνομες δομές.

Επιπρόσθετα, η λειτουργία των αυτόνομων μονάδων χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, δύναται, να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, δεδομένου ότι σύμφωνα με τη συνήθη πρακτική οι δομές αυτές παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εξειδίκευσης σε συγκεκριμένες επεμβάσεις ανά ιατρική

³⁶ Trentman TL, Mueller JT, Gray RJ, Pockaj BA, Simula DV. Outpatient surgery performed in an ambulatory surgery center versus a hospital: comparison of perioperative time intervals. *Am J Surg.* 2010; 200(1):64-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.06.029.

³⁷ Cullen K., Hall M., Golosinskiy A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics Reports, no 11,2009.



ειδικότητα³⁸ και ως εκ τούτου ο ασθενής απολαμβάνει του πλεονεκτήματος ιατρικών υπηρεσιών από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σε πλήρως εξοπλισμένο⁴, με βάση τις ανάγκες των επιμέρους επεμβάσεων, περιβάλλον³⁹.

Σημειώνεται, επίσης, ότι η διαδικασία επιλογής των ασθενών, η οποία αποτελεί θεμελιώδες προαπαιτούμενο και εχέγγυο ασφαλούς υλοποίησης του θεσμού των χειρουργείων ημέρας, ενδέχεται να επηρεάζει τα ποσοστά των μελετών αναφορικά με τις επιδόσεις των αυτόνομων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, δεδομένου ότι το μείγμα των ασθενών οι οποίοι χρησιμοποιούν τις δομές αυτές, συνήθως, αποτελείται από νεότερα σε ηλικία άτομα, με απουσία συν-νοσηρότητας και ως εκ τούτου καλύτερο επίπεδο υγείας, με αποτέλεσμα καλύτερες υγειονομικές εκροές, απουσία επιπλοκών, μικρότερο κόστος και καλύτερες επιδόσεις⁴⁰.

Το επιχείρημα αυτό, ωστόσο, δεν ακυρώνει τα οφέλη και τις εξοικονομήσεις οι οποίες δύναται να επιτευχθούν μέσω της εισαγωγής αυτόνομων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, ενώ αντιπαραβάλλεται από τη διαπίστωση ότι, δεδομένου ότι πολλές από τις επεμβάσεις με τη μορφή χειρουργείου ημέρας έχουν διαγνωστικό και εξεταστικό χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα κολonosκοπήσεις και ενδοσκοπήσεις, είναι συχνή η μετεγχειρητική εισαγωγή του ασθενή σε νοσοκομειακή μονάδα, όχι για λόγους που αφορούν την επεμβατική διαδικασία του χειρουργείου ημέρας, αλλά ενδεχομένως εξαιτίας ευρημάτων σοβαρότερων ασθενειών³⁴.

Μολονότι, ο κίνδυνος επιπλοκών στα χειρουργεία ημέρας είναι συγκριτικά μικρότερος έναντι των χειρουργείων νοσηλείας, μελέτες αποδεικνύουν ότι σε αρκετά χειρουργεία ημέρας, ενυπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων, με σημαντική, μάλιστα, διαφοροποίηση σε επιμέρους επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα στις κολonosκοπήσεις με πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών σε ποσοστό 2.8 ανά 1.000 επεμβάσεις⁴¹, έναντι ποσοστού 0,4% για ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε

³⁸ Shactman, D. Specialty Hospitals, Ambulatory Surgery Centers, and General Hospitals: Charting a Wise Public Policy Course. *Health Affairs* 2005; 24 (3): 868–73.

³⁹ Winter A. Comparing the Mix of Patients in Various Outpatient Surgery Settings. *Health Affairs*, 2003;22;6:68-75

⁴⁰ Chukmaitov A., Menachemi, Brown S., Saunders C. A Comparative Study of Quality Outcomes in Freestanding Ambulatory Surgery Centers and Hospital-Based Outpatient Departments: 1997-2004. *HSR*2008; 43:5.

⁴¹ American Society of Gastrointestinal Endoscopy. Complications of Colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2011;74(4): 754-752.



επέμβαση για καταρράκτη⁴², εύρημα το οποίο τονίζει την ανάγκη σαφούς πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας της ημερήσιας νοσηλείας.

Στο σημείο αυτό, σημειώνεται ότι η γεωγραφική κατανομή των αυτόνομων κλινικών ημέρας ανάλογα με το βαθμό αστικότητας της περιοχής οργάνωσης και λειτουργίας τους, σύμφωνα με τη μελέτη των Gregg και συν.⁴³, αποτελεί στατιστικά σημαντική μεταβλητή για την επίτευξη οικονομιών κλίμακας στις νοσοκομειακές μονάδες των αγροτικών περιοχών οι οποίες έχουν σε κοντινή απόσταση (<1,60 χιλιομέτρου) αυτόνομες δομές χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, ενώ η χιλιομετρική αυτή απόσταση διασφαλίζει αυξημένες πιθανότητες σύναψης συνεργασιών και προγραμματικών συμφωνιών των αυτόνομων δομών με τα νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή.

Τα επιμέρους ζητήματα τα οποία ανακύπτουν στο πλαίσιο της λειτουργίας των χειρουργείων ημέρας εντός της νοσοκομειακής μονάδας, ανέδειξαν τον αυτόνομο χαρακτήρα των μονάδων αυτών σε συστατικό στοιχείο της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, καθώς και της ασφάλειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σειρά επιστημονικών ερευνών καθιερώνουν το πρότυπο της αυτόνομης μονάδας ως το καταλληλότερο οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας των χειρουργείων ημέρας, δεδομένου ότι επιτυγχάνει τη μεγιστοποίηση της ασφάλειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ελαχιστοποίηση των λαθών, ενώ παράλληλα προκρίνεται ως το πλέον συμφέρον δομικό σχήμα σε όρους κόστους-αποτελεσματικότητας⁴⁴ και κόστους-αποδοτικότητας.

Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν, επίσης, και οι μελέτες οι οποίες αποσκοπούν στη συγκριτική αποτίμηση των εκροών σε ανεξάρτητες μονάδες χειρουργείων ημερήσιας νοσηλείας και ιδιωτικές μονάδες ιατρείων, καθώς θέτουν προβληματικές αναφορικά με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών και θανάτων κατά τη διάρκεια ιατρικών πράξεων στα ιδιωτικά ιατρεία, με αποτέλεσμα η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων να

⁴² Stein, Joshua D., Daniel S. Grossman, Kevin M. Mundy, Alan Sugar, and Frank A. Sloan. Severe Adverse Events After Cataract Surgery Among Medicare Beneficiaries. *Ophthalmology*, 2011; 118(9): 1716-1723.

⁴³ Gregg W, Wholey D., Moscovice I. The Impact of Freestanding Ambulatory Surgery Centers on Rural Community Hospital Performance, 1997-2006. UMRHRC Policy Brief, 2010

⁴⁴ Development of the Health Resources Administration USA. Comparative evaluation of costs, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources, 1997.



δεκαπλασιάζεται στα ιδιωτικά ιατρεία⁴⁵ και να προσεγγίζει σε ποσοστό τις 66 επιπλοκές ανά 100.000 επεμβάσεις στα ιδιωτικά ιατρεία έναντι 5,3 στις ανεξάρτητες μονάδες, ενώ ο δείκτης θνησιμότητας να εκτιμάται σε 9,2 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους στα ιατρεία και 0,78 στις αυτόνομες κλινικές ημέρας⁴⁶.

Η κύρια αιτιολογία των σημαντικών διαφοροποιήσεων οι οποίες παρατηρούνται σε ανεξάρτητες μονάδες και ιδιωτικά ιατρεία, έγκειται πρωτίστως στην αδυναμία των ιατρών να επιλέξουν με ασφαλή και σαφή κριτήρια το μείγμα των ασθενών εκείνων οι οποίοι δύνανται να διαχειριστούν στις επιμέρους μονάδες, με αποτέλεσμα να διενεργούνται υψηλής επικινδυνότητας και ακατάλληλες επεμβάσεις σε ασθενείς με όχι ικανοποιητικό επίπεδο υγείας, κυρίως στον τομέα της κοσμητικής χειρουργικής^{47,48}, καθώς και στη συχνά ελλιπή πιστοποίηση και τον έλεγχο των προδιαγραφών στα ιδιωτικά ιατρεία⁴⁹ και την απουσία κατευθυντήριων οδηγιών για την ασφάλεια των ασθενών⁵⁰.

4.5 Επίμετρο

Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής και της φαρμακολογίας, με νέα αναισθησιολογικά σχήματα τα οποία επιτρέπουν στους ασθενείς να επανακτήσουν τις αισθήσεις τους γρηγορότερα και αποτελεσματικότερα, αναλγητικά για την ανακούφιση του πόνου, καθώς επίσης και των συστημάτων πληροφορικής και μικροχειρουργικής, τα οποία καθιστούν λιγότερο πολύπλοκες και επικίνδυνες τις επεμβάσεις⁵¹, έχουν αναδείξει το χειρουργείο ημέρας και την ημερήσια νοσηλεία σε πολλά

⁴⁵ Vila H. Surgery in the ASC or office – is there any difference? Park Ridge, IL: Society for Ambulatory Anesthesia, 2004

⁴⁶ Vila H, Soto R., Cantor A., Mackey D. Comparative Outcomes Analysis of Procedures in Physician Offices and Ambulatory Surgery Centers. Arch Surg 2003;138: 991-995

⁴⁷ Grazer FM., de Jing RH. Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. Plast Reconstr Surg. 2000; 105:436-446

⁴⁸ Schulte F. Cosmetic surgery deaths on increase despite new rules. SunStentinel. September 7:A1, 2002

⁴⁹ Rohrich RJ, White PF. Safety of outpatient surgery: is mandatory accreditation of outpatient surgery centers enough? Plast Reconstr Surg. 2001;107:189-192.

⁵⁰ Raval M., Hamilton H., Ingraham A., Ko C., Hall B. The Importance of Assessing Both Inpatient and Outpatient Surgical Quality. Annals of Surgery 2011; 253(3):611-618.

⁵¹ Lumsdon K, Anderson HJ, Burke M. New surgical technologies reshape hospital strategies. Hospitals 1992 ;40-2 66(9):30-6.



υποσχόμενες εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και φροντίδας υγείας οι οποίες υιοθετούνται σε πολλά κράτη της ευρωπαϊκής ηπείρου και των Ηνωμένων Πολιτειών⁵².

Τα κύρια ζητήματα τα οποία προκύπτουν κατά την εφαρμογή του θεσμού των χειρουργείων ημέρας και ημερήσιας νοσηλείας αφορούν το δομικό και οργανωτικό σχήμα το οποίο λαμβάνουν οι δομές χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας και κατά συνέπεια τις προδιαγραφές λειτουργίας τους, το προσδιορισμό της δέσμης των επεμβάσεων οι οποίες πραγματοποιούνται με τη μορφή χειρουργείου ημέρας, καθώς και τα κριτήρια επιλογής των ασθενών.

Η επιλογή ενός αυτόνομου ή μη σχήματος, εντός ή εκτός νοσοκομειακής μονάδας ως του καταλληλότερου υποδείγματος οργανωτικής και λειτουργικής ανάπτυξης της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, αποτελεί μείζον ζήτημα στη βιβλιογραφία, το οποίο προσεγγίζεται με μελέτες οι οποίες εστιάζουν σε επιμέρους συνιστώσες, όπως η ασφάλεια, το κόστος χρήματος και χρόνου, η ποιότητα και οι εκροές υγείας με στόχο την ανάδειξη του πλέον ασφαλούς, αποδοτικού και αποτελεσματικού προτύπου.

Συνοπτικά, και σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία πραγματοποιήθηκε, η επιλογή του υποδείγματος της ενσωματωμένης σε νοσοκομείο, μονάδας χειρουργείου ημέρας αδυνατεί να ανταποκριθεί στη βασική φιλοσοφία και να εκμεταλλευτεί τα πλεονεκτήματα και οφέλη της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας, δεδομένου ότι τα περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας αναμειγνύονται με εκείνα της μακροχρόνιας νοσηλείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία οργανωτικών δυσλειτουργιών και χρονικών καθυστερήσεων, την προβληματική διακίνηση και φροντίδα των ασθενών (αύξηση ποσοστού ματαιώσεων και αναβολών των χειρουργείων ημέρας), τις φθίνουσες επιδόσεις σε υγειονομικά αποτελέσματα (αύξηση ποσοστού ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και εισαγωγών) και την αύξηση της υγειονομικής δαπάνης, καθώς απαιτούν υψηλό κόστος και επιφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας.

Ειδικότερα, η σύγκριση των αυτόνομων δομών ημερήσιας νοσηλείας και των δομών ημερήσιας νοσηλείας οι οποίες εδράζονται ή διασυνδέονται με νοσοκομειακές μονάδες τεκμηριώνει την επιτυχημένη και ασφαλή διεξαγωγή ευρέος φάσματος επεμβάσεων με τη μορφή χειρουργείων ημέρας, με σημαντικά κέρδη σε κόστος χρήματος και χρόνου, αλλά και

⁵² Tham C. & Koh K.F. Unanticipated admission after day surgery, Royal College of Surgeons of England, Commission on the provision of surgical Singapore Medical Journal 2002; 43(10), 522-526.



σε μονάδες ποιοτικής διαχείρισης των παθήσεων και υγειονομικών αποτελεσμάτων, καθώς η πλειοψηφία των μελετών καταγράφει σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μέση διάρκεια διαχείρισης του περιστατικού, στη μέση διάρκεια διεξαγωγής της επέμβασης, στο ποσοστό εισαγωγής σε νοσοκομείο κατά το μετεγχειρητικό στάδιο και στους δείκτες θνησιμότητας.

Επιπρόσθετα, μέσω της λειτουργίας των αυτόνομων μονάδων χειρουργικής ημερήσιας επιτυγχάνονται καλύτερες επιδόσεις αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, καθώς οι μονάδες αυτές εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες επεμβάσεις με σαφή πλεονεκτήματα ως προς την εμπειρία και κατάρτιση του προσωπικού και την καινοτομία ως προς τα ιατροτεχνολογικά μέσα.

Τέλος, η λειτουργία των αυτόνομων κλινικών ημέρας ενδέχεται να συμβάλλει στη μείωση των παθογενειών του νοσοκομειακού τομέα, καθώς θα αποφορτίσει σε σημαντικό βαθμό την ένταση εργασίας και θα αποδεσμεύσει πόρους, με άμεσο στόχο την επίτευξη οικονομικών κλίμακας και φάσματος και την ανάπτυξη συνεργασιών και προγραμματικών συμφωνιών με τις αυτόνομες δομές προς την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαχείριση των περιστατικών.

Η διενέργεια συγκεκριμένων χειρουργικών ιατρικών πράξεων διαγνωστικού και θεραπευτικού μέσα σε ημερήσιο χρονικό πλαίσιο το οποίο δεν απαιτεί την εισαγωγή και παραμονή του ασθενούς στη μονάδα υγείας για διάστημα μεγαλύτερο της μίας ημέρας, αναδεικνύεται σε ιδιαίτερα διαδεδομένη πρακτική καθώς αποτελεί υψηλής ποιότητας, ασφαλή και οικονομικά αποδοτική προσέγγιση της χειρουργικής φροντίδας υγείας και σε θεσμό ευρέως αποδεκτό από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας^{53,54}.

⁵³ Wong LS, Kaukuntla HK, Lam FT, Fraser IA. A survey of patient satisfaction after day case surgery. *Int J Clin Pract.* 1999; 53(3):189-91.

⁵⁴ Markovic M., Bandyopadhyay M., Vu T & Manderson L. Gynaecological day surgery and quality of care, *Australian Health Review* 2002;25(3), 52-59.



5. Κριτήρια επιλογής ασθενών

Όπως αναλύθηκε ήδη, το χειρουργείο ημέρας αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική πρακτική στη διενέργεια επεμβάσεων, ενώ παράλληλα μειώνει το κόστος. Εν τούτοις, για τη διασφάλιση αυτών των ωφελειών και τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων, έχουν καθοριστεί κλινικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες ορίζουν κριτήρια για τη βέλτιστη επιλογή των ασθενών οι οποίοι μπορούν να υποβληθούν με ασφάλεια σε ημερήσια νοσηλεία. Τα κριτήρια αυτά χωρίζονται σε 3 γενικές κατηγορίες: χειρουργικά, κλινικά και κοινωνικά/ψυχολογικά.

5.1 Χειρουργικά κριτήρια

Τα χειρουργικά κριτήρια αφορούν την ατομική αξιολόγηση του ασθενούς σε συνδυασμό με το είδος της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. Σύμφωνα με την Έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου του Π.Ο.Υ. για το χειρουργείο ημέρας¹, ο μοναδικός παράγοντας ο οποίος θα μπορούσε να αποκλείσει την ημερήσια επέμβαση είναι ο χειρουργός να αξιολογήσει την επέμβαση ως ιδιαίτερα περίπλοκη ή εκτενή για κάποιον συγκεκριμένο ασθενή. Στην Έκθεση Κατευθυντήριων Οδηγιών χειρουργείου ημέρας της Μεγάλης Βρετανίας² γίνεται μια περισσότερο αναλυτική αναφορά στα χειρουργικά κριτήρια. Συγκεκριμένα, η επέμβαση δεν πρέπει να ενέχει σημαντικό κίνδυνο ή σοβαρές επιπλοκές οι οποίες θα απαιτούν άμεση ιατρική αντιμετώπιση (αιμορραγία, καρδιαγγειακή αστάθεια), ενώ τα μετεγχειρητικά συμπτώματα πρέπει να είναι ελεγχόμενα με τη χρήση συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και τοπικών αναισθητικών. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να καθίσταται δυνατή η λήψη αναλγητικών από του στόματος λίγες ώρες μετά το πέρας της επέμβασης και ιδανική θεωρείται η δυνατότητα του ασθενούς να έχει ανακτήσει τη λειτουργικότητά του ως προς την κίνηση πριν αποχωρήσει από την κλινική, αν και αυτό το κριτήριο δεν κρίνεται τόσο αυστηρό.

¹ Castoro C, et al. Day surgery: Making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2007

² Verma R, Alladi R, Jackson I, et al. Day case and short stay surgery: 2, Anaesthesia 2011;66:417-434



5.2 Κλινικά κριτήρια

Όσον αφορά τη δεύτερη κατηγορία κριτηρίων, τα κλινικά κριτήρια, σύμφωνα με τον Οδηγό Χειρουργείου Ημέρας της Ισπανίας³, όλοι οι ασθενείς θεωρούνται κατάλληλοι για χειρουργείο ημέρας. εφόσον ανήκουν στις κατηγορίες ASA I και II, σύμφωνα με το σύστημα κωδικοποίησης για τη φυσική κατάσταση των ασθενών το οποίο έχει αναπτύξει η American Society of Anaesthesiologists⁴. Οι ασθενείς οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία ASA I θεωρούνται ως υγιείς, όσοι ανήκουν στην ASA II είναι ασθενείς με ήπιες συστηματικές παθήσεις, ενώ όσοι ανήκουν στην κατηγορία ASA III πάσχουν από σοβαρές συστηματικές παθήσεις. Αναφορικά, υπάρχουν άλλες τρεις κατηγορίες στο σύστημα ASA, οι οποίες αφορούν ακόμη πιο σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή παθήσεις. Επιπλέον, ορισμένοι ασθενείς της κατηγορίας ASA III μπορούν να υποβληθούν σε ημερήσια επέμβαση, εφόσον αξιολογηθούν ατομικά. Η ηλικία δεν αποτελεί αυτομάτως αιτία αποκλεισμού ενός ασθενούς από το χειρουργείο ημέρας. Αντιθέτως, οι ηλικιωμένοι ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται με βάση την κλινική τους κατάσταση και όχι την ηλικία τους, ενώ για τα παιδιά η ημερήσια επέμβαση θεωρείται ιδανική πρακτική, διότι η παραμονή στο νοσοκομείο κατά τη νύχτα αυξάνει το άγχος και την ψυχολογική αναστάτωση σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

Ένας φυσιολογικός παράγοντας, σύμφωνα με τον ίδιο Οδηγό³, ο οποίος αποτελεί αρνητικό παράγοντα για υποβολή σε ημερήσια επέμβαση είναι ο βαθμός παχυσαρκίας. Οι ασθενείς με Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.) μεγαλύτερο του 30 (Παχυσαρκία τύπου I) και μεγαλύτερο από 35 (Παχυσαρκία τύπου II) θα πρέπει να αξιολογούνται ατομικά, ενώ για τους ασθενείς με Δ.Μ.Σ. μεγαλύτερο του 40 (τύπου III) το χειρουργείο ημέρας αντενδείκνυται, πλην σπανίων ξεχωριστών περιπτώσεων. Επιπρόσθετα, αναφέρονται και άλλες κατηγορίες ασθενών για τις οποίες δεν ενδείκνυται οι ημερήσιες επεμβάσεις ως πρακτική, όπως οι ασθενείς οι οποίοι ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με αντιπηκτικά, ενώ για όσους έχουν προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχών πήξης του αίματος, επιπλοκών αναισθησίας σε προηγούμενες επεμβάσεις, κακοήθους υπερθερμίας ή ξαφνικού θανάτου θεωρείται απαραίτητη η ατομική αξιολόγηση, όπως και για τους ασθενείς οι

³ Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, Madrid 2008

⁴ American Society of Anaesthesiologists. Physical Status Classification System. <http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>



οποίοι έχουν ιστορικό μυοπαθειών, νευροπαθειών ή αντιμετωπίζουν πρόβλημα εθισμού σε ουσίες.

Η Έκθεση Κατευθυντήριων Οδηγιών της Μεγάλης Βρετανίας² και η Έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου του Π.Ο.Υ.¹ δίνουν μία πιο γενική προσέγγιση των κλινικών κριτηρίων καταλληλότητας των ασθενών. Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως οι κατηγορίες ASA, η ηλικία και ο Δείκτης Μάζας Σώματος θεωρούνται αυθαίρετοι περιορισμοί, ενώ η ατομική προεγχειρητική αξιολόγηση είναι αυτή που μπορεί να καθορίσει αντικειμενικά την κλινική κατάσταση του ασθενούς και επομένως την καταλληλότητά του για υποβολή σε χειρουργείο ημέρας. Ενδεικτική είναι η έρευνα των Ansell και Montgomery⁵ για τα αποτελέσματα του χειρουργείου ημέρας σε ασθενείς κατηγορίας ASA III, σύμφωνα με την οποία δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις μη προγραμματισμένες επιστροφές στο νοσοκομείο ούτε και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά τις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση μεταξύ ασθενών ASA III και ASA I ή II.

5.3 Κοινωνικά/Ψυχολογικά κριτήρια

Η τρίτη κατηγορία παραγόντων αξιολόγησης της καταλληλότητας των ασθενών για χειρουργείο ημέρας είναι οι κοινωνικοί/ψυχολογικοί. Όλοι οι ασθενείς οφείλουν να δίνουν τη συγκατάθεσή τους για την χειρουργική επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθούν. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ισπανίας³, ακατάλληλοι για χειρουργείο ημέρας θεωρούνται οι ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν την ικανότητα να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν προφορικές και γραπτές οδηγίες για την επέμβαση, εκτός αν συνοδεύονται από ενήλικα ο οποίος αναλαμβάνει πλήρη ευθύνη, αλλά και όσοι ασθενείς πάσχουν από ψυχιατρικές παθήσεις οι οποίες δεν τους επιτρέπουν τη συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό.

Οι ασθενείς πρέπει να συνοδεύονται από έναν υπεύθυνο ενήλικα, ο οποίος θα κατανοεί το είδος της επέμβασης και τη φροντίδα που απαιτεί, κατά το μετεγχειρητικό διάστημα ανάρρωσης από την αναισθησία στην κλινική, κατά τη μεταφορά στο σπίτι και για

⁵ Ansell GL, Montgomery JE. Outcome of ASA 3 patients undergoing day case surgery. Br J Anaesth 2004; 92:71-74



τουλάχιστον τις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση. Επιπλέον, η οικία του ασθενούς πρέπει να βρίσκεται σε μια σχετικά λογική απόσταση από την κλινική ημέρας, ιδανικά όχι περισσότερο από μίας ώρας διαδρομή με συμβατικό όχημα, αν και αυτή η παράμετρος δεν είναι το ίδιο αυστηρή για επεμβάσεις κατά τις οποίες χρησιμοποιούνται ήπιες αναισθητικές και χειρουργικές τεχνικές. Ακόμη, στον χώρο ανάρρωσης του ασθενούς θα πρέπει να υπάρχει πρόσβαση σε τηλέφωνο και ένα ελάχιστο επίπεδο άνεσης, προσβασιμότητας και υγιεινής. Οι ίδιες προϋποθέσεις ισχύουν στην Έκθεση Κατευθυντήριων Οδηγιών της Μεγάλης Βρετανίας² και στην Έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου του Π.Ο.Υ.¹, ενώ στην τελευταία τονίζεται και η σύσταση προς τους ασθενείς να μην οδηγήσουν κατά τις πρώτες 24 ώρες μετά την επέμβαση.

5.4 Επίμετρο

Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι το χειρουργείο ημέρας είναι ασφαλές και, όπως αναλύθηκε νωρίτερα, η συχνότητα επιπλοκών είναι πολύ μικρή. Εφόσον ακολουθούνται τα πρότυπα ασφαλείας που θέτουν τα συστήματα υγείας, καθώς και οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα κλινικά πρωτόκολλα που εκδίδει είτε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είτε πιστοποιημένοι οργανισμοί διεθνώς, ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας μπορεί να αναδειχθεί ως η συνήθης πρακτική επεμβάσεων αντί να λειτουργεί ως υποκατάσταση των επεμβάσεων με νοσηλεία, όπως ισχύει ακόμη σε πολλές χώρες σήμερα.



6. Αναισθησία και κριτήρια για εξιτήριο

Όπως έχει γίνει σαφές από προηγούμενη ανάλυση, στόχους του χειρουργείου ημέρας αποτελούν η γρήγορη ανάκτηση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας του ασθενούς και η μη παραμονή στο νοσοκομείο κατά τη νύχτα. Ο τύπος αναισθησίας που επιλέγεται για κάθε επέμβαση επηρεάζει αυτό το στόχο, γι' αυτό και συνήθως χρησιμοποιούνται αναισθητικά φάρμακα τοπικής εφαρμογής και μικρής διάρκειας¹. Επιπλέον, η διάρκεια της επέμβασης ιδανικά δεν θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από δύο ώρες, καθώς έχει εκτιμηθεί ότι ο κίνδυνος επακόλουθης εισαγωγής στο νοσοκομείο αυξάνεται πολλαπλασιαστικά σε επεμβάσεις που υπερβαίνουν αυτό το διάστημα^{2,3}.

6.1 Αναισθησία

Σύμφωνα με την Έκθεση Κατευθυντήριων Οδηγιών της Μεγάλης Βρετανίας⁴, οι τεχνικές αναισθησίας που εφαρμόζονται σε κάθε ημερήσια επέμβαση θα πρέπει να διασφαλίζουν ένα συνδυασμό ελαχιστοποίησης του άγχους με τη μεγαλύτερη δυνατή άνεση για τους ασθενείς. Για συγκεκριμένες επεμβάσεις, όπως η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, έχει αποδειχθεί ότι τα πρωτόκολλα και οι τεχνικές προτυποποιημένης αναισθησίας βελτιώνουν το αποτέλεσμα. Επιπρόσθετα, πρέπει να υπάρχουν πολιτικές διαχείρισης των περιστατικών μετεγχειρητικής ναυτίας και εμετού, με τη χρήση ενδοφλέβιας ενυδάτωσης να ενδείκνυται ως ωφέλιμη.

Η κεντρική νευροαξονική αναισθησία (ραχιαία ή επισκληρίδιος) είναι χρήσιμη στο χειρουργείο ημέρας, με τη δημοτικότητά της να αυξάνεται συνεχώς, όμως μπορεί να προκαλέσει ορθοστατική υπόταση ή κατακράτηση ούρων, παρά την ανάκτηση επαρκούς

¹ Dechene JP. Anaesthesia for ambulatory surgery. *Canad Anaesth Soc J* 1978; 25(6):512-516

² Castoro C, et al. Day surgery: Making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2007

³ Lau H, Brooks DC. Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001; 136(10):1150-1153

⁴ Verma R, Alladi R, Jackson I, et al. Day case and short stay surgery: 2, *Anaesthesia* 2011;66:417-434



κινητικότητας και αισθητικής λειτουργίας⁴. Αυτού του είδους τα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της σωστής επιλογής του κατάλληλου τοπικού αναισθητικού παράγοντα ή με τη χρήση μικρών δόσεων μείγματος τοπικών αναισθητικών με οπιοειδή. Για την καλύτερη διαχείριση του πόνου μετεγχειρητικά, προτείνεται η χορήγηση αναλγητικών από του στόματος προτού εξασθενήσει η τοπική αναισθησία.

Η μετεγχειρητική ανάρρωση από την αναισθησία χωρίζεται σε 3 στάδια^{4,5}. Το πρώτο στάδιο είναι η πρώιμη ανάρρωση, η οποία ξεκινάει από τη διακοπή της αναισθησίας μέχρι ο ασθενής να ξυπνήσει και να ανακτήσει τα προστατευτικά αντανακλαστικά του. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να πραγματοποιείται σε μονάδα ανάρρωσης με τον κατάλληλο εξοπλισμό και προσωπικό. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου αντιμετωπίζονται μετεγχειρητικά προβλήματα όπως ναυτία, εμετός και πόνος, καθώς και πιο σοβαρές επιπλοκές όπως αιμορραγία και καρδιαγγειακά επεισόδια, ενώ απαιτείται η παρουσία αναισθησιολόγου και χειρουργού. Κριτήρια για την αποχώρηση ενός ασθενούς από την κλινική όπως η ανοχή υγρών, η δυνατότητα ούρησης και η δυνατότητα λήψης από του στόματος δεν θεωρούνται πλέον απαραίτητα στις περισσότερες περιπτώσεις. Χρήσιμη θεωρείται η θέσπιση πρωτοκόλλων για την λήψη εξιτηρίου από ασθενείς χαμηλού κινδύνου, χωρίς την αναμονή για τήρηση των παραδοσιακών κριτηρίων, καθώς και για τη διαχείριση περιστατικών μη αναμενόμενων εισαγωγών, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ανεξάρτητη μονάδα. Το δεύτερο στάδιο ανάρρωσης ολοκληρώνεται με το εξιτήριο του ασθενούς. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο αφορά τη διαδικασία πλήρους ανάρρωσης του ασθενούς, φυσιολογικής και ψυχολογικής, και το οποίο μπορεί να διαρκέσει αρκετές εβδομάδες ή μήνες.

6.2 Κριτήρια για απόδοση εξιτηρίου

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η απόφαση για απόδοση εξιτηρίου στους ασθενείς, διότι η επιθυμητή σύντομη παραμονή τους στην ημερήσια κλινική δεν πρέπει να οδηγήσει στην πρόωρη αποδέσμευσή τους αλλά ούτε και να επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα, οι κυριότεροι λόγοι εισαγωγής ασθενών σε νοσοκομείο μετά από ημερήσια επέμβαση είναι η αιμορραγία και ο

⁵ Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999; 88:508-517



μετεγχειρητικός πόνος, επομένως πρέπει να διασφαλίζεται η αντιμετώπισή τους πριν επιτραπεί στους ασθενείς να λάβουν εξιτήριο.

Χρήσιμη θεωρείται η πληροφόρηση των ασθενών και των συνοδών τους για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, η παροχή οδηγιών που πρέπει να ακολουθήσουν κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης και η ενημέρωση του γενικού γιατρού των ασθενών για την επέμβαση που πραγματοποιήθηκε, την αναισθητική τεχνική που εφαρμόστηκε και τα αναλγητικά που χορηγήθηκαν. Απαραίτητη κρίνεται η τηλεφωνική επικοινωνία κατά τις πρώτες 24 ώρες από την επιστροφή στο σπίτι, κάτι το οποίο εκτιμάται από τους ασθενείς, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησής τους, ενώ παράλληλα με αυτό τον τρόπο μπορεί να παραχθεί υποστήριξη για ενδεχόμενες ελάχιστον επιπλοκές⁴.

6.3 Επίμετρο

Συμπερασματικά, οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν εκδοθεί διεθνώς, παρά τις όποιες διαφορές τους, συγκλίνουν στην επιθυμία για τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια του ασθενούς. Η επιλογή των κατάλληλων αναισθητικών και χειρουργικών τεχνικών για την ασφαλή και αποτελεσματική διεξαγωγή του χειρουργείου ημέρας αποτελεί μια διαδικασία η οποία χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και πρέπει να συντελείται με επιστημονικά τεκμηριωμένη μεθοδολογία.



7. Υλικό και μέθοδος

Η διαδικασία εκτίμησης των ωφελειών από την υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας εστιάστηκε στην προσέγγιση των παρακάτω ενδιάμεσων στόχων και αποτελεσμάτων: α) αναγνώριση των επεμβάσεων που δύνανται να διενεργηθούν αποτελεσματικά, αποδοτικά και ασφαλώς σε χειρουργεία ημέρας β) αναγνώριση των εναλλακτικών δομών χειρουργείου ημέρας που κρίνονται κατάλληλες να διαχειριστούν κάθε μια από τις επεμβάσεις που επιλέχτηκαν από την πρότερη διαδικασία γ) ανάπτυξη ενός υποδείγματος κοστολόγησης των επιλεχθέντων παρεμβάσεων σε ημερήσια νοσηλεία δ) εκτίμηση της εξοικονόμησης που θα προκύψει για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και για τον κρατικό προϋπολογισμό από την μετακίνηση των εν λόγω παρεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας.

7.1 Καθορισμός των επεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας

Ως καταλληλότερη μέθοδος προσέγγισης της δέσμης υπηρεσιών των χειρουργείων ημέρας επιλέχθηκε η μέθοδος των Davis και Sugioka¹ η οποία αναπτύχθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο και υιοθετήθηκε από το ισπανικό σύστημα υγείας. Οι λόγοι υιοθέτησης της εν λόγω μεθόδου συνίσταται τόσο στην πληρότητά της όσο και στην δυνατότητα που παρέχει η αντίστοιχη μελέτη του Υπουργείου Υγείας της Ισπανίας στην αντιστοίχιση των τύπων επεμβάσεων στις εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας.

Επιπλέον, αν και οι μέθοδοι των Dexter και συν.² και Gilliard και συν.³ αξιολογούνται επιστημονικά άρτιες, η υιοθέτηση τους από την εν λόγω μελέτη κρίθηκε δυσχερής λόγω της απουσίας συστήματος κατηγοριοποίησης των μεθόδων βάσει περιπλοκότητας της

¹ Davis J.E., Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluation. Surg. Clin. North AM, 1987; 67:721.

² Dexter F, Macario A, Penning DH, Chung P: Development of an appropriate list of surgical procedures of a specified maximum anesthetic complexity to be performed at a new ambulatory surgery facility. Anesth Analg 2002, 95:78-82

³ Gilliard N., Egli Y., Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. BMC Health Services Research 2006, 6:78



αναισθησίας, όπως το σύστημα βασικών μονάδων σχετικού βάρους (ASA RVG basic units), και λόγω της ταξινόμησης ICD-9 που επέλεξαν οι συγγραφείς και των δυο μελετών. Η αδυναμία που έγκειται στην χρήση της διεθνούς ταξινόμησης ICD-9 είναι ότι αν και έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα⁴, η υιοθέτηση της από το σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντική υστέρηση ενώ ταυτόχρονα δεν υφίσταται ένα αξιολογικό σύστημα καταγραφής και κοστολόγησης των πράξεων αυτών.

Ως εκ τούτου, η επιλογή των επεμβάσεων βάσει της κατηγοριοποίησης των Davis και Sugioka κρίθηκε καταλληλότερη και για το γεγονός ότι οι επεμβάσεις αυτές έχουν αναγνωριστεί μέσω του συστήματος ταξινόμησης των ισπανικών Diagnostic Related Groups (DRGs) γεγονός που καθιστά εφικτή την αντιστοίχησή τους με τα ελληνικά KEN-DRG και συνεπώς την κοστολόγησή τους. Η τελική αντιστοίχηση των ισπανικών DRG με τα ελληνικά KEN-DRG επαληθεύθηκε και συμπληρώθηκε από τον κατάλογο των πιο συχνών διενεργούμενων επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας της Αγγλίας⁶.

7.2 Αντιστοίχιση των κατάλληλων επεμβάσεων με εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας

Σύμφωνα με την ανάλυση που προηγήθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι διαφορετικοί τύποι επεμβάσεων απαιτούν τις ανάλογες δομές για τη διαχείρισή τους, τόσο για λόγους αποτελεσματικότητας και ασφαλείας όσο και για λόγους αποδοτικότητας. Η αναγνώριση των δομών αυτών προσεγγίστηκε μέσω των οδηγιών που παρέχουν οι κατευθυντήριες οδηγίες για χειρουργείο ημέρας των Υπουργείων Υγείας της Ισπανίας⁵, της Αγγλίας⁶ και του συμβουλίου χειρουργείου ημέρας της Αυστραλίας⁷.

⁴ ICD 10

⁵ Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, Madrid 2008

⁶ Department of Health. Day surgery guide: Operational Guide. Waiting, Booking and Choice. DoH, 2002

⁷ Australian Day Surgery Council. Day Surgery in Australia. Revised Edition 2004. ADSC, 2004



7.3 Κατασκευή υποδείγματος κοστολόγησης

Η εκτίμηση του κόστους από την ημερήσια νοσηλεία και τη διενέργεια των επεμβάσεων που επιλέχθηκαν από την παραπάνω διαδικασία σε χειρουργείο ημέρας ακολούθησε την μέθοδο της οριακής ανάλυσης. Η συγκεκριμένη μέθοδος εκτιμά το επιπλέον κόστος ή το οριακό κόστος που προσθέτει στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου ή της ασφάλισης ή αύξηση του προϊόντος ή της εκροής κατά μια μονάδα, στη συγκεκριμένη περίπτωση οι ημέρες νοσηλείας.

Για την προσέγγιση του οριακού κόστους εκτιμήθηκε ο συντελεστής β_1 ή η παράμετρος (coefficient) b_1 ενός γραμμικού υποδείγματος της μορφής:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \varepsilon_1, \varepsilon_1 \sim N(0, \sigma^2)$$

όπου y : συνολικό λειτουργικό κόστος νοσοκομείου, β_0 : σταθερά (intercept), β_1 : συντελεστής παλινδρόμησης ή οριακό κόστος x_1 : ημέρες νοσηλείας και ε_1 : κατάλοιπα υποδείγματος (residuals).

Για την εκτίμηση της ανεξάρτητης μεταβλητής y (λειτουργικό κόστος νοσηλευτικών μονάδων) και της εξαρτημένης μεταβλητής x (ημέρες νοσηλείας) χρησιμοποιήθηκαν παρατηρήσεις από το σύνολο των νοσοκομείων του ΕΣΥ (118 νοσοκομεία), εξαιρουμένων των νοσηλευτικών μονάδων ειδικών παθήσεων, για το έτος 2011 σχετικά με τη μισθολογική δαπάνη και τα λοιπά μεταβλητά κόστη της διαδικασίας παραγωγής (υγειονομικό υλικό, εξοπλισμός κτλ). Τα δεδομένα αυτά επεξεργάστηκαν οικονομετρικά και δια της μεθόδου της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) εκτιμήθηκε το μέσο οριακό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ.

Εν συνεχεία, στα ΚΕΝ τα οποία κρίθηκαν ως κατάλληλα για ημερήσια νοσηλεία αντιστοιχήθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας που προβλέπει το ΦΕΚ 1702 Β⁸ και από αυτή εκτιμήθηκε μέσω του οριακού κόστους το συνολικό κόστος που προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς εντός νοσοκομείου μετά το πέρας των 12³ και των 6^{9,10,11} ωρών

⁸ Υπ' αριθμ. Υ 4α/οικ 85649/27-7-2011 Κοινής Υπουργικής Απόφασης, ΦΕΚ 1702 Β'

⁹ Dechene JP. Anaesthesia for ambulatory surgery. *Canad Anaesth Soc J* 1978; 25(6):512-516

¹⁰ Castoro C, et al. Day surgery: Making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2007

¹¹ University Health System. Outpatient surgery. <http://www.universityhealthsystem.com> [Προσπελάστηκε 3/2013]



από την εισαγωγή του έως το χρονικό διάστημα που προβλέπει η μέση διάρκεια νοσηλείας του εκάστοτε ΚΕΝ.

7.4 Εκτίμηση εξοικονομήσεων από την μείωση του άμεσου κόστους

Δεδομένου ότι τα ΚΕΝ όπως έχουν κοστολογηθεί και αποζημιώνονται στο ελληνικό σύστημα υγείας υπολογίζουν μόνο το κόστος των τεχνολογικών πόρων που καταναλώνει η αντιμετώπιση κάθε περιστατικού, το υπόδειγμα κοστολόγησης της παρούσας μελέτης προέβη στην εκτίμηση και του κόστους του ανθρώπινων πόρων ώστε να προσεγγιστεί το σύνολο των πόρων που απαιτεί η διαχείριση κάθε ΚΕΝ. Η εκτίμηση του κόστους των ανθρώπινων πόρων έγινε μέσω των αντίστοιχων πόρων που προβλέπουν τα Αυστραλιανά DRG και της προσαρμογής αυτών στα ελληνικά δεδομένα.

Ως εκ τούτου καθίσταται δυνατή η εκτίμηση των εξοικονομήσεων που προκύπτουν για την ασφάλιση και τον ΕΟΠΥΥ μέσω της θεσμοθετημένης τιμής κάθε ΚΕΝ αλλά και για τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της ενσωμάτωσης του κόστους των ανθρώπινων πόρων στην τιμή του εκάστοτε ΚΕΝ. Κατ' επέκταση υπολογίστηκε τόσο η δαπάνη του ΕΟΠΥΥ όσο και η συνολική δαπάνη του κράτους για το σύνολο των ΚΕΝ που πραγματοποιήθηκαν από τα κρατικά νοσοκομεία το 2011, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα ετήσια δεδομένα.



8. Αποτελέσματα

8.1 Προτεινόμενες επεμβάσεις για χειρουργείο ημέρας

Σύμφωνα με την μεθοδολογία που περιγράφηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο επιχειρήθηκε η αντιστοίχιση των Ισπανικών DRG, τα οποία προέκυψαν σύμφωνα με την μεθοδολογία των Davis και Sugioka¹ κατάλληλα για διεξαγωγή τους σε χειρουργείο ημέρας, και η επαλήθευση και συμπλήρωση της λίστας από τις αντίστοιχες επεμβάσεις που προτείνονται και διενεργούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Από τη διαδικασία αυτή προέκυψε ότι δύνανται να διενεργηθούν σε χειρουργείο ημέρας 73 χειρουργικά KEN (Πίνακας 8.1), τα οποία αντιστοιχούν σε 17 κατηγορίες παθήσεων και δυσλειτουργιών. Εν τούτοις, η αντιστοίχιση των κατάλληλων επεμβάσεων στα ελληνικά KEN δεν ήταν εφικτή σε όλες τις περιπτώσεις λόγω της απουσίας κάποιων εξ αυτών από τα ελληνικά KEN αλλά και της διαφοράς της ομαδοποίησης των επεμβάσεων σε κλειστά ενοποιημένα νοσηλεία. Αναλυτικότερα, τα KEN, Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές (N03X) , Άλλες καρδιοθωρακικές χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (K09X), Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (K18M), Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (K18X), Άλλες επεμβάσεις ώμου (M16A), Επεμβάσεις άκρας χειρός (M30A), Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού (Δ06A), Χειρουργικές επεμβάσεις πλαστικής δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού (Δ10A), Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές (Θ20X) και Κωνοειδής εκτομή τραχήλου μήτρας, και επεμβάσεις κόλπου, τραχήλου μήτρας και αιδοίου (Γ09A) περιελάμβαναν τις επεμβάσεις που σύστηνε η βιβλιογραφία για χειρουργείο ημέρας αλλά στο ίδιο KEN ενσωματώνονταν και άλλες επεμβάσεις με αποτέλεσμα να καθίσταται δυσχερής η κοστολόγησή τους. Επιπλέον, δεν κατέστη δυνατόν να αντιστοιχηθούν στα ανάλογα KEN οι επεμβάσεις: Άλλες επεμβάσεις χειρουργείου για μυελούπερπλαστικές διαταραχές ή χαμηλής διαφοροποίησης νεοπλάσματα, Μετάγγιση αίματος, Ουροδυναμικές δοκιμασίες, Διερεύνηση με χρήση

¹ Davis J.E., Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluation. Surg. Clin. North AM, 1987; 67:721.



ενδοφλέβιου ή ενδοσκληρίδιου σκιαστικού, Υστερογραφίες, Μαγνητική ή αξονική τομογραφία σε βρέφη, ασθενείς σε κώμα και σε άλλα άτομα με αδυναμία συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό και Γενική διαστολή πόρων (εκτός δακρυϊκού πόρου). Ως εκ τούτου, ο τελικός κατάλογος των επεμβάσεων που προτείνονται για ημερήσια νοσηλεία περιορίστηκε σε 63 ΚΕΝ.

Πίνακας 8.1 Προτεινόμενα ΚΕΝ για χειρουργείο ημέρας

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΔ. ΚΕΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας		
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (Ν)	ΤΚΑ 01	
Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*	N03X	5
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα	N05A	1
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	N07X	2
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (Ο)	ΤΚΑ 02	
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	3
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	1
Ασκορινοστομία	O05A	1
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	1
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	1
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	1
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	1
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	1
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	2
Επεμβάσεις φακού	O16A	1
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)	ΤΚΑ 03	
Επεμβάσεις παρωτίδας	Ω05A	2
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10A	1
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11A	1
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12A	1
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13A	1
Επεμβάσεις στόματος και σιελογόνων αδένων	Ω14A	2
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20A	1



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΔ. ΚΕΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας		
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)	ΤΚΑ 04	
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	A12X	7
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)	ΤΚΑ 05	
Άλλες καρδιοθωρακικές χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές*	K09X	3
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K12X	4
Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές*	K18M	7
Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές*	K18X	2
Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	K20A	1
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)	ΤΚΑ 06	
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Π10X	1
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	Π11A	2
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Π27X	4
Κολονοσκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28X	4
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	ΤΚΑ 07	
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	H08X	2
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	ΤΚΑ 08	
Άλλες επεμβάσεις ώμου*	M16A	2
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	M18A	1
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	M20A	2
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	M23A	1
Αρθροσκόπηση	M24A	1
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	M27X	2
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος	M29A	1



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΔ. ΚΕΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας		
Επεμβάσεις άκρας χειρός*	Μ30Α	1
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	ΤΚΑ 09	
Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού*	Δ06Α	3
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	Δ07Α	1
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Δ08Χ	2
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	Δ09Α	2
Χειρουργικές επεμβάσεις πλαστικής δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού*	Δ10Α	1
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού	Δ11Α	1
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	ΤΚΑ 10	
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Θ05Χ	2
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Θ06Χ	2
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Θ09Χβ	3
Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*	Θ20Χ	7
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	ΤΚΑ 11	
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ02Χ	2
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ05Χ	3
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ07Χ	1
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ08Χ	2
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ09Χβ	2
Ουρηθροσκόπηση	Υ20Α	2
Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία	Υ21Α	1
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού	ΤΚΑ 12	



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΔ. ΚΕΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας		
συστήματος (Β)		
Επεμβάσεις πέους	B03A	2
Επεμβάσεις όρχεων	B04A	1
Περιτομή	B05A	1
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	B06X	2
Ανδρική στειρωση	B23A	1
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13	
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Γ04X	3
Ωοθηκεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίγγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Γ05X	2
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Γ06X	2
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	Γ08A	1
Κωνοειδής εκτομή τραχήλου μήτρας, και επεμβάσεις κόλπου, τραχήλου μήτρας και αιδοίου*	Γ09A	2
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	Γ10A	1
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Γ12X	4
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	TKA 14	
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05A	1
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26A	1
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	TKA 16	
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Ξ02X	2
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλασμάτα) (Σ)	TKA 17	
Χημειοθεραπεία	Σ23A	1
Λοιπές ομάδες (Γ)	TKA 24	
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	G01X	3

*τα συγκεκριμένα ΚΕΝ περιλαμβάνουν παρεμβάσεις πλέον αυτών που συστήνει η βιβλιογραφία



Εξ αυτών το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (15,9%) και ακολουθούν οι παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και στόματος (11,1%), οι παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (11,1%), οι παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και του συνεκτικού ιστού (9,5%), οι παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (9,5%), και οι παθήσεις και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (7,9%), του πεπτικού συστήματος (6,3%) και του δέρματος του υποδόριου ιστού και του μαστού (6,3%)

Η διερεύνηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) των ΚΕΝ που αναγνωρίστηκαν ως κατάλληλα για χειρουργείο ημέρας κατέδειξε ότι το 47,2% (34) αυτών απαιτούσαν κατά μέσο όρο νοσηλεία μιας ημέρας και το 32% (23) μέση διάρκεια νοσηλείας δυο ημερών γεγονός που αποτελεί ένδειξη της δυνατότητας που προτείνει η βιβλιογραφία για μεταφορά τους σε χειρουργείο ημέρας. Εκ των υπολοίπων στο 9,7% (7) αντιστοιχούσε ΜΔΝ τριών ημερών, στο 5,6% (4) αντιστοιχούσε ΜΔΝ τεσσάρων ημερών και στο εναπομείναν 5,6% (4) αντιστοιχούσε ΜΔΝ πέντε έως επτά ημέρες. Από τα ΚΕΝ τα οποία εμπίπτουν στην τελευταία κατηγορία με ΜΔΝ άνω των πέντε ημερών, τρία εξ αυτών (Θ20Χ, Κ18Μ και Ν03Χ) εξαιρέθηκαν από τη διαδικασία κοστολόγησης δεδομένου ότι ανήκουν στην κατηγορία αυτών για τα οποία δεν κατέστη δυνατή η ακριβής αντιστοίχισή τους με τις επεμβάσεις που προτείνει η βιβλιογραφία.

Τέλος, ο κατάλογος των ΚΕΝ τα οποία χρησιμοποιούνται για αποζημίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη χώρα προέβλεπε ήδη 6 χειρουργικά ΚΕΝ για ημερήσια νοσηλεία, όπου για 4 από αυτά η καταλληλότητα επαληθεύεται και από τη μεθοδολογία που ακολούθησε η μελέτη (Πίνακας 8.2). Ως εκ τούτου, οι επεμβάσεις αυτές δεν κρίθηκε απαραίτητο να κοστολογηθούν εκ νέου. Η εξοικονόμηση πόρων από την μεταφορά των 4 ΚΕΝ σε χειρουργείο ημέρας βασίστηκε στην τιμή που προσδίδει σε αυτά το ΦΕΚ 1702 Β² και στη διαφορά τιμής από το αντίστοιχο ΚΕΝ το οποίο προβλέπει ΜΔΝ άνω της μίας ημέρας. Από την διαδικασία κοστολόγησης και εκτίμησης εξοικονόμησης πόρων εξαιρέθηκε το ΚΕΝ, Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία (Υ21Α) καθώς για το εν λόγω ΚΕΝ δεν προβλέπεται νοσηλεία άνω του εικοσιτετραώρου.

² Υπ' αριθμ. Υ 4α/οικ 85649/27-7-2011 Κοινής Υπουργικής Απόφασης, ΦΕΚ 1702 Β'



Πίνακας 8.2 ΚΕΝ για τα οποία προβλέπεται ημερήσια και μη νοσηλεία από το Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας		
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	2
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία	O15B	1
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	A12X	7
Βρογχοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία	A12A	1
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π27X	4
Άλλες γαστροσκοπήσεις, ημερήσια νοσηλεία	Π27A	1
Κολonosκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28X	4
Κολonosκόπηση, ημερήσια νοσηλεία	Π28A	1
Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*	Θ20M	7
Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές, ημερήσια νοσηλεία *	Θ20X	1
Διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές*	K32X	3
Διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, ημερήσια νοσηλεία*	K32A	1

* Δεν συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση λόγω αδυναμίας πλήρους αντιστοίχισης με τη βιβλιογραφία



8.2 Εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας και επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας

Εκτός της αναγνώρισης των επεμβάσεων που κρίνονται κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί επαρκώς, ότι η διενέργειά τους οφείλει να λαμβάνει υπόψη και την καταλληλότητα των δομών που δύνανται να τις διαχειριστούν. Στην κατεύθυνση αυτή τα ΚΕΝ που αναγνωρίστηκαν από την πρότερη διαδικασία ταξινομήθηκαν βάσει της μεθοδολογίας των Davis και Sugioka³ στις ανάλογες κατηγορίες που έχουν περιγραφεί σε προηγούμενα κεφάλαια και στη συνέχεια αντιστοιχήθηκαν (Πίνακας 8.3) στις αντίστοιχες δομές, οι οποίες βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών και κριτηρίων κρίνονται κατάλληλες για τη διεξαγωγή τους.

Οι εναλλακτικές δομές οι οποίες αναγνωρίστηκαν από την διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική κατάλληλες για επεμβάσεις ημέρας συνοψίζονται σε τέσσερις κατηγορίες οι οποίες αναλύονται διεξοδικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο. Οι επεμβάσεις Τύπου Ι δύνανται να διεξαχθούν σε όλες τις εναλλακτικές δομές χειρουργείου ημέρας. Εν τούτοις, κρίνεται περισσότερο κατάλληλη η διενέργειά τους σε ιδιωτικά ή σε δημόσια ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατάλληλα στελεχωμένα, για λόγους αποδοτικότητας καθώς η ενσωμάτωσή τους στο πεδίο δραστηριότητας δομών οι οποίες διαθέτουν υψηλή εξειδίκευση και τεχνολογία για περισσότερη εργώδεις επεμβάσεις, οδηγεί σε υποαπασχόληση πόρων και κατά συνέπεια σε φαινόμενα μη αποδοτικής χρήσης των παραγωγικών συντελεστών^{3,4}. Οι επεμβάσεις Τύπου Ι που αντιστοιχήθηκαν στα ελληνικά ΚΕΝ αποτελούν το 9,7% των συνολικών ΚΕΝ και 1,6% αυτών (1 ΚΕΝ) ταξινομείται και ως Τύπου ΙΙ. Η αντιστοίχιση κάποιων εκ των παρεμβάσεων σε παραπάνω από ένα Τύπο επεμβάσεων έγκειται στο γεγονός ότι κάθε ΚΕΝ δύναται να εμπεριέχει διαφορετικού Τύπου επεμβάσεις γεγονός το οποίο οφείλεται είτε στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς (π.χ. ηλικία) είτε στην διαφορετική ομαδοποίηση των ισπανικών DRG, στις περιπτώσεις δηλαδή όπου περισσότερα από ένα ισπανικά DRG αντιστοιχούσαν σε ένα ελληνικό ΚΕΝ.

³ Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide: Standards and Recommendations. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, Madrid 2008

⁴ Department of Health. Day surgery guide: Operational Guide. Waiting, Booking and Choice. DoH, 2002



Οι επεμβάσεις οι οποίες ταξινομούνται ως Τύπου II μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά και αποδοτικά τόσο σε δομές χειρουργείου ημέρας οι οποίες είναι ενσωματωμένες σε κάποια νοσηλευτική μονάδα όσο και σε αυτόνομες και ανεξάρτητες κλινικές ημέρας (free-standing) οι οποίες δεν θεωρείται απαραίτητο να είναι διοικητικά ή μέσω προγραμματικής συμφωνίας διασυνδεδεμένες με κάποιο νοσοκομείο³. Ως αμιγώς Τύπου II επεμβάσεις εκτιμήθηκε το 30,6% των συνολικών προς ημερήσια νοσηλεία ΚΕΝ και 14,5% επίσης του συνόλου των ΚΕΝ, ταξινομήθηκε ως Τύπου II και Τύπου III.

Ως αμιγώς Τύπου III ταξινομήθηκε το 43,5% των ΚΕΝ. Οι επεμβάσεις αυτές καθώς και κάποιες εκ των επεμβάσεων των ΚΕΝ τα οποία ταξινομήθηκαν ως Τύπου II ή III (14,5%) δύνανται να διεξαχθούν σε δομές χειρουργείου ημέρας οι οποίες διατηρούν κάποια διασύνδεση με νοσηλευτική μονάδα. Στην περίπτωση αυτή, ιδιωτικές ανεξάρτητες και αυτόνομες δομές χειρουργείου ημέρας οφείλουν μέσω προγραμματικής συμφωνίας να υποστηρίζονται από νοσοκομειακές μονάδες για λόγους ασφάλειας και ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Δεδομένου αυτού, οι ανεξάρτητες και αυτόνομες δομές κρίνεται ότι δύνανται να διαχειριστούν περισσότερο αποτελεσματικά και αποδοτικά επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας από ότι νοσηλευτικές μονάδες και δομές χειρουργείου ημέρας οι οποίες είναι ενσωματωμένες εντός κάποιου νοσοκομείου. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και τη συγκριτική αποτίμηση των επιδόσεων των ανεξάρτητων αυτόνομων δομών και των χειρουργείων ημέρας εντός νοσηλευτικών μονάδων αποδεικνύεται ότι οι αυτόνομες δομές μπορούν να διαχειριστούν τις ίδιες επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας με συγκρίσιμα αποτελέσματα και εκβάσεις υγείας αλλά και με μικρότερο κόστος. Η μείωση της αποδοτικότητας της διεξαγωγής έγκειται στις οργανωτικές δυσλειτουργίες των νοσοκομειακών μονάδων όσο και στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων καθώς και στο κόστος χρόνου που προκύπτει για τον ασθενή (Κεφάλαιο 4).



Πίνακας 8.3 Ταξινόμηση ΚΕΝ βάσει Τύπου επέμβασης

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		Τύπος επέμβασης
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδικός ΚΕΝ	
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (Ν)	ΤΚΑ 01	
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα	N05A	II
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	N07X	III
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (Ο)	ΤΚΑ 02	
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	III
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	III
Ασκορινοστομία	O05A	II
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	II
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	II,III
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	II
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	II
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	II
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	II
Επεμβάσεις φακού	O16A	II
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)	ΤΚΑ 03	
Επεμβάσεις παρωτίδας	Ω05A	III
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10A	III
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11A	II
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12A	II,III
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13A	II,III
Επεμβάσεις στόματος και σιαλογόνων αδένων	Ω14A	III
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20A	II, III
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)	ΤΚΑ 04	
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	A12X	I
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)	ΤΚΑ 05	
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K12X	III
Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	K20A	II



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		Τύπος επέμβασης
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδικός ΚΕΝ	
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)	TKA 06	
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	P10X	II,III
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	P11A	III
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	P27X	I
Κολονοσκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	P28X	I
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	TKA 07	
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	H08X	II
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	TKA 08	
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	M18A	III
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	M20A	II
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	M23A	II
Αρθροσκόπηση	M24A	II
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	M27X	II
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος	M29A	III
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	TKA 09	
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	D07A	II,III
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	D08X	III
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	D09A	II
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού	D11A	III
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	TKA 10	
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ05X	III
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ06X	III



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		Τύπος επέμβασης
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδικός ΚΕΝ	
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ09XB	III
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	TKA 11	
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Y02X	III
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y05X	III
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y07X	II,III
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Y08X	III
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y09XB	III
Ουρητηροσκόπηση	Y20A	I
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (Β)	TKA 12	
Επεμβάσεις πέους	B03A	III
Επεμβάσεις όρχεων	B04A	II,III
Περιτομή	B05A	II
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	B06X	III
Ανδρική στείρωση	B23A	II
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13	
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G04X	III
Ωθηεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίγγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G05X	III
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G06X	III
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	G08A	II,III
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	G10A	I,II



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		Τύπος επέμβασης
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδικός ΚΕΝ	
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ12Χ	III
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	TKA 14	
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05Α	II
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26Α	I
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	TKA 16	
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Ξ02Χ	III
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλασμάτα) (Σ)	TKA 17	
Χημειοθεραπεία	Σ23Α	I
Λοιπές ομάδες (Γ)	TKA 24	
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Γ01Χ	III

8.3 Υπόδειγμα κοστολόγησης προτεινόμενων παρεμβάσεων για χειρουργείο ημέρας

Το υπόδειγμα κοστολόγησης των παρεμβάσεων νοσηλείας πέραν του εικοσιτετραώρου σε χειρουργείο ημέρας βασίστηκε στην εκτίμηση του οριακού κόστους ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος. Η οριακή ανάλυση χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της βέλτιστης κατανομής των σπάνιων πόρων της οικονομίας προς επίτευξη της μεγιστοποίησης του οφέλους και αποτελεί μία από τις βασικές μαθηματικές τεχνικές βελτιστοποίησης βασιζόμενη στην ανάλυση του βαθμού επιρροής στα εκτιμώμενα οφέλη και κόστη που προκύπτουν από μικρές οριακές μεταβολές μίας μεταβλητής.

Ως εκ τούτου, κρίθηκε ως καταλληλότερη τεχνική εκτίμησης του κόστους το οποίο επιβάλλει η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο πέραν του χρόνου της απαραίτητης μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι, δεδομένης της



μικρής διάρκειας νοσηλείας που προβλέπουν τα προτεινόμενα ΚΕΝ για ημερήσια νοσηλεία, σκοπός είναι η εκτίμηση του κόστους της οριακής αύξησης της διάρκειας νοσηλείας.

Το υπόδειγμα βασίστηκε στις συνολικές δαπάνες ή λειτουργικό κόστος των νοσοκομείων του ΕΣΥ για το 2011 και στις συνολικές ημέρες νοσηλείας ως προϊόν της διαδικασίας παραγωγής. Για την εκτίμηση του οριακού κόστους που επιβάλλει η αύξηση του προϊόντος κατά μία μονάδα (ημέρες νοσηλείας) τα αντίστοιχα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω της τεχνικής της γραμμικής παλινδρόμησης.

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson εκτιμήθηκε ίσος με 0,98 (Πίνακας 8.4) γεγονός που υποδεικνύει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των δαπανών και των ημερών νοσηλείας. Το γραμμικό μοντέλο που κατασκευάστηκε όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.5 παρουσιάζει σημαντική προβλεπτική ικανότητα καθώς σύμφωνα με τον προσαρμοσμένο συντελεστή R^2 δύναται να εξηγήσει το 96% της μεταβλητότητας των δαπανών των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Δηλαδή, η αύξηση ή μείωση των ημερών νοσηλείας εξηγεί κατά 96% την αντίστοιχη αύξηση ή μείωση του συνολικού κόστους.

Πίνακας 8.4 Συσχέτιση ημερών νοσηλείας και δαπάνης

		Συνολική δαπάνη	Ημέρες νοσηλείας
Pearson Correlation	Συνολική δαπάνη	1,000	,980
	Ημέρες νοσηλείας	,980	1,000
Sig. (1-tailed)	Συνολική δαπάνη	.	,000
	Ημέρες νοσηλείας	,000	.
N	Συνολική δαπάνη	112	112
	Ημέρες νοσηλείας	112	112



Πίνακας 8.5 Προβλεπτική ικανότητα υποδείγματος γραμμικής παλινδρόμησης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,980 ^a	,960	,960	7950929,25089

a. Predictors: (Constant), Ημέρες νοσηλείας

b. Dependent Variable: Συνολική Δαπάνη

Τα αποτελέσματα και της γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ δαπανών και ημερών νοσηλείας ($P\text{-value} < 0,000$) γεγονός που επιχειρηματολογεί περί της γραμμικής σχέσης και της συσχέτισης των δύο μεταβλητών. Οι παράμετροι του μοντέλου εκτιμήθηκαν όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.6, με το συντελεστή b_1 να εκτιμάται ίσος με 563,32 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης [541,55 , 585,08]. Η εκτίμηση αυτή υποδηλώνει ότι μία μεταβολή της μεταβλητής ημέρες νοσηλείας κατά μία μονάδα (αύξηση των ημερών νοσηλείας κατά μία ημέρα) αυξάνει τη συνολική δαπάνη κατά 563,32 ευρώ.

Πίνακας 8.6 Εκτίμηση παραμέτρων του μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	4181620,548	1046963,029		3,994	,000	2106785,565	6256455,531
	Ημέρες νοσηλείας	563,318	10,982	,980	51,294	,000	541,554	585,082

Κατ' επέκταση, το μέσο οριακό κόστος των νοσοκομείων του ΕΣΥ από την επιπλέον παραμονή ενός περιστατικού εντός νοσοκομείου κατά μία ημέρα ισούται με 563 ευρώ. Το οριακό κόστος που υπολογίστηκε χρησιμοποιήθηκε στην εκτίμηση του κόστους μίας παρέμβασης από την μείωση της διάρκειας νοσηλείας του ασθενούς σε χρονικό διάστημα μικρότερο της μίας ημέρας.



Σύμφωνα με τους Gilliard και συν.⁵ στις επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας συγκαταλέγονται μη επείγοντα περιστατικά των οποίων η διαχείριση δεν ξεπερνά τις 12 ώρες. Κατά συνέπεια, στην εκτίμηση του κόστους των επεμβάσεων τέθηκε ως ανώτατο όριο η δωδεκάωρη παραμονή ή νοσηλεία του ασθενούς στη δομή όπου διενεργείται η επέμβαση. Ως εκ τούτου το υπόδειγμα κοστολόγησης των παρεμβάσεων ημερήσιας νοσηλείας εκτίμησε το κόστος που επιφέρει στο νοσοκομείο η νοσηλεία του ασθενούς μετά το πέρας των 12 ωρών έως τη μέση διάρκεια νοσηλείας που προβλέπει το αντίστοιχο ΚΕΝ. Εν τούτοις, δεδομένου ότι για το σύνολο των επεμβάσεων η παραμονή 12 ωρών εντός του νοσοκομείου κρίνεται σε αρκετές περιπτώσεις υπερβολική, γεγονός το οποίο προσδίδει μία υποεκτίμηση των αποτελεσμάτων του υποδείγματος, η παραπάνω διαδικασία διεξήχθη και για μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 ωρών. Η εξάωρη παραμονή στην δομή όπου διενεργείται η επέμβαση, επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική καθώς τα χειρουργεία ημέρας δεν ξεπερνούν συνήθως τις 2 ώρες^{6,7} και η μετεγχειρητική παραμονή τις 3 ώρες συμπεριλαμβανομένης 1 επιπλέον ώρας στην προεγχειρητική διαδικασία⁸.

Η εκτίμηση του κόστους κάθε επέμβασης σε χειρουργείο ημέρας υπολογίστηκε όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο της μεθοδολογίας ξεχωριστά για τον ΕΟΠΥΥ και τον κρατικό προϋπολογισμό. Η διαφορά μεταξύ των δύο έγκειται στο γεγονός ότι η τιμή του κάθε ΚΕΝ όπως αυτή ορίζεται από το ΦΕΚ 1702 Β' και αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνει την αποζημίωση μόνο των τεχνολογικών συντελεστών παραγωγής και όχι το κόστος των ανθρώπινων πόρων (ιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό). Συνεπώς, το κόστος του εκάστοτε ΚΕΝ επανακοστολογήθηκε ώστε να ενσωματωθεί σε αυτό το κόστος των ανθρώπινων πόρων τους οποίους απαιτεί η διαχείριση του.

Η διαδικασία αυτή βασίστηκε στην μεθοδολογία των αυστραλιανών DRG και της προσαρμογής τους στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ο υπολογισμός του κόστους των ανθρωπίνων πόρων καθιστά εφικτή την εκτίμηση του πραγματικού κόστους κάθε ΚΕΝ συμπεριλαμβάνοντας στην εξοικονόμηση πόρων από την μεταφορά του σε χειρουργείο ημέρας και το κόστος ευκαιρίας των ανθρωπίνων πόρων. Δεδομένου ότι το οριακό κόστος

⁵ Gilliard N., Egli Y., Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. BMC Health Services Research 2006, 6:78

⁶ Dechene JP. Anaesthesia for ambulatory surgery. Canad Anaesth Soc J 1978; 25(6):512-516

⁷ Castoro C, et al. Day surgery: Making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2007

⁸ University Health System. Outpatient surgery. <http://www.universityhealthsystem.com> [Προσπελάστηκε 3/2013]



το οποίο εκτιμήθηκε συμπεριλαμβάνει τόσο το κόστος των ανθρωπίνων πόρων όσο και αυτό των τεχνολογικών πόρων, για την εκτίμηση του κόστους του χειρουργείου ημέρας κάθε παρέμβασης για τον ΕΟΠΥΥ, αφαιρέθηκε από το οριακό κόστος το μέσο κόστος των ανθρωπίνων πόρων το οποίο σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προσαρμογής των Αυστραλιανών DRG υπολογίστηκε ίσο με το 60,1% του συνολικού κόστους (ανθρωπίνων και τεχνολογικών πόρων) των ΚΕΝ. Τα αποτελέσματα και το κόστος που επιβάλλει κάθε ΚΕΝ στον ΕΟΠΥΥ και στον κρατικό προϋπολογισμό με την προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας και με ημερήσια νοσηλεία παρουσιάζονται για τα δυο εναλλακτικά σενάρια (παραμονή 6 ωρών και 12 ωρών) στους Πίνακες 8.7 και 8.8.



Πίνακας 8.7 Διαφορά κόστους μεταξύ ημερήσιας και μη νοσηλείας για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ ανά ΚΕΝ για μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 ωρών

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθενείας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (N)	TKA 01							
Αποσυμπίση καρπιαίου σωλήνα	N05A	1	980	561	42,7%	439	272	38,1%
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	N07X	2	2758	1781	35,4%	1110	720	35,1%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (O)	TKA 02							
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	3	4559	3023	33,7%	1611	998	38,0%
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	1	2074	1655	20,2%	837	670	20,0%
Ασκορινοστομία	O05A	1	2234	1815	18,7%	896	729	18,6%
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	1	1732	1314	24,2%	650	483	25,7%
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	1	1687	1268	24,8%	639	472	26,1%
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	1	1596	1177	26,2%	583	416	28,7%
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	1	1026	607	40,8%	336	169	49,7%
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	1	1231	812	34,0%	406	239	41,2%
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταράκτη	O15A	2	2963	1504*	49,2%	1026	687*	33,0%
Επεμβάσεις φακού	O16A	1	1322	903	31,7%	592	425	28,2%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)	TKA 03							
Επεμβάσεις παρωτίδας	Ω05A	2	4673	3696	20,9%	1859	1469	21,0%
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10A	1	2006	1587	20,9%	787	620	21,2%
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11A	1	1527	1108	27,4%	526	359	31,8%
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12A	1	2371	1952	17,7%	946	779	17,7%
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13A	1	935	516	44,8%	347	180	48,2%
Επεμβάσεις στόματος και σιαλογόνων αδένων	Ω14A	2	2029	1052	48,2%	740	350	52,7%
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20A	1	1459	1040	28,7%	557	390	30,0%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)	TKA 04							
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	A12X	7	5265	980*	81,4%	1798	294**	83,6%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)	TKA 05							
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K12X	4	5425	3331	38,6%	3694	2859	22,6%
Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	K20A	1	1983	1564	21,1%	760	593	22,0%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)	TKA 06							



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π10X	1	2097	1678	20,0%	868	701	19,2%
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	Π11Α	2	1573	596	62,1%	566	176	68,9%
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π27X	4	2895	729*	74,8%	988	265*	73,2%
Κολonosκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28X	4	2553	775*	69,6%	872	290*	66,7%
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	ΤΚΑ 07							
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Η08X	2	3237	2260	30,2%	1273	883	30,6%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	ΤΚΑ 08							
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	Μ18Α	1	1778	1359	23,6%	743	576	22,5%
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	Μ20Α	2	3054	2077	32,0%	1286	896	30,3%
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	Μ23Α	1	1482	1063	28,3%	661	494	25,3%
Αρθροσκόπηση	Μ24Α	1	1710	1291	24,5%	710	543	23,5%
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες	Μ27X	2	2325	1348	42,0%	902	512	43,2%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
παθήσεις - επιπλοκές								
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος	M29A	1	3647	3228	11,5%	1903	1736	8,8%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	TKA 09							
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	Δ07A	1	1573	1154	26,6%	605	438	27,6%
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Δ08X	2	1981	1004	49,3%	791	401	49,3%
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	Δ09A	2	2074	1097	47,1%	688	298	56,7%
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού	Δ11A	1	1049	630	39,9%	404	237	41,4%
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	TKA 10							
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ05X	2	3054	2077	32,0%	1218	828	32,0%
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ06X	2	3875	2898	25,2%	1581	1191	24,7%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ09Χβ	3	4331	2795	35,5%	1765	1152	34,7%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	ΤΚΑ 11							
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ02Χ	2	2918	1940	33,5%	1189	799	32,8%
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ05Χ	3	3054	1519	50,3%	1000	387	61,3%
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ07Χ	1	1824	1405	23,0%	680	513	24,6%
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ08Χ	2	1755	778	55,7%	631	241	61,8%
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ09Χβ	2	2530	1553	38,6%	1035	645	37,7%
Ουρητηροσκόπηση	Υ20Α	2	1876	899	52,1%	767	377	50,8%
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού	ΤΚΑ 12							



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
αναπαραγωγικού συστήματος (Β)								
Επεμβάσεις πέους	B03A	2	2029	1052	48,2%	771	381	50,6%
Επεμβάσεις όρχεων	B04A	1	1755	1336	23,9%	652	485	25,6%
Περιτομή	B05A	1	1162	744	36,0%	458	291	36,5%
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	B06X	2	3510	2533	27,8%	1659	1269	23,5%
Ανδρική στείρωση	B23A	1	821	402	51,0%	316	149	52,9%
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13							
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G04X	3	4354	2818	35,3%	1525	912	40,2%
Ωθηκεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίγγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G05X	2	3715	2738	26,3%	1374	984	28,4%
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G06X	2	3260	2282	30,0%	1264	874	30,8%
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	G08A	1	1710	1291	24,5%	719	552	23,2%
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	G10A	1	1026	607	40,8%	425	258	39,3%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ12Χ	4	5790	3696	36,2%	1963	1128	42,6%
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	ΤΚΑ 14							
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05Α	1	957	539	43,7%	334	167	50,0%
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26Α	1	752	333	55,7%	257	90	65,0%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	ΤΚΑ 16							
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Ξ02Χ	2	2485	1507	39,3%	781	391	49,9%
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα) (Σ)	ΤΚΑ 17							
Χημειοθεραπεία	Σ23Α	1	2485	2066	16,9%	781	614	21,4%
Λοιπές ομάδες (Γ)	ΤΚΑ 24							
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Γ01Χ	3	3373	1838	45,5%	2182	1569	28,1%

* Στα εν λόγω ΚΕΝ δεν χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση του οριακού κόστους αλλά η τιμή που προβλέπει το ΦΕΚ 1702 Β' συμπεριλαμβάνοντας το κόστος των ανθρωπίνων πόρων στην ανάλογη στήλη

** Στην περίπτωση της βρογχοσκόπησης με ημερήσια νοσηλεία το ΦΕΚ 1702 Β' προέβλεπε τιμή αποζημίωσης μεγαλύτερη αυτής με νοσοκομειακή νοσηλεία οπότε και επανακοστολογήθηκε βάσει οριακού κόστους



Πίνακας 8.8 Διαφορά κόστους μεταξύ ημερήσιας και μη νοσηλείας για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ ανά ΚΕΝ για μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 12 ωρών

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (N)	TKA 01							
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα	N05A	1	980	701	28,5%	439	328	25,4%
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	N07X	2	2758	1921	30,4%	1110	776	30,1%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (O)	TKA 02							
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	3	4559	3163	30,6%	1611	1054	34,6%
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	1	2074	1795	13,5%	837	726	13,3%
Ασκορινοστομία	O05A	1	2234	1955	12,5%	896	785	12,4%
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	1	1732	1453	16,1%	650	539	17,1%
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	1	1687	1408	16,6%	639	528	17,4%
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	1	1596	1316	17,5%	583	472	19,1%
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	1	1026	747	27,2%	336	225	33,2%
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	1	1231	952	22,7%	406	295	27,4%
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	2	2963	1504	49,2%	1026	687	33,0%
Επεμβάσεις φακού	O16A	1	1322	1043	21,1%	592	481	18,8%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του	TKA 03							



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
ΩΡΛ και Στόματος (Ω)								
Επεμβάσεις παρωτίδας	Ω05Α	2	4673	3835	17,9%	1859	1525	18,0%
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10Α	1	2006	1727	13,9%	787	676	14,2%
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11Α	1	1527	1248	18,3%	526	415	21,2%
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12Α	1	2371	2091	11,8%	946	835	11,8%
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13Α	1	935	655	29,9%	347	236	32,1%
Επεμβάσεις στόματος και σιαλογόνων αδένων	Ω14Α	2	2029	1191	41,3%	740	406	45,2%
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20Α	1	1459	1180	19,1%	557	446	20,0%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)								
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Α12Χ	7	5265	980*	81,4%	1798	350**	80,5%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)								
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Κ12Χ	4	5425	3471	36,0%	3694	2914	21,1%
Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	Κ20Α	1	1983	1704	14,1%	760	649	14,7%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)								
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς	Π10Χ	1	2097	1818	13,3%	868	757	12,8%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές								
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	Π11Α	2	1573	735	53,3%	566	232	59,0%
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Π27Χ	4	2895	729*	74,8%	988	265*	73,2%
Κολονοσκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28Χ	4	2553	775*	69,6 %	872	290*	66,7%
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	TKA 07							
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Η08Χ	2	3237	2399	25,9%	1273	939	26,3%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	TKA 08							
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	M18Α	1	1778	1499	15,7%	743	632	15,0%
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	M20Α	2	3054	2217	27,4%	1286	952	26,0%
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	M23Α	1	1482	1202	18,8%	661	550	16,9%
Αρθροσκόπηση	M24Α	1	1710	1430	16,3%	710	599	15,7%
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	M27Χ	2	2325	1487	36,0%	902	568	37,0%
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση	M29Α	1	3647	3368	7,7%	1903	1792	5,9%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
αρθροπλαστικής γόνατος								
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	TKA 09							
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	Δ07Α	1	1573	1294	17,8%	605	494	18,4%
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Δ08Χ	2	1981	1143	42,3%	791	457	42,2%
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	Δ09Α	2	2074	1237	40,4%	688	354	48,6%
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού	Δ11Α	1	1049	769	26,6%	404	293	27,6%
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	TKA 10							
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ05Χ	2	3054	2217	27,4%	1218	884	27,4%
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ06Χ	2	3875	3037	21,6%	1581	1247	21,1%
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές	Θ09Χβ	3	4331	2935	32,2%	1765	1208	31,6%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές								
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	TKA 11							
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ02Χ	2	2918	2080	28,7%	1189	855	28,1%
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ05Χ	3	3054	1658	45,7%	1000	443	55,7%
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ07Χ	1	1824	1544	15,3%	680	569	16,4%
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ08Χ	2	1755	918	47,7%	631	297	53,0%
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ09Χβ	2	2530	1693	33,1%	1035	701	32,3%
Ουρητηροσκόπηση	Υ20Α	2	1876	1038	44,6%	767	433	43,6%
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (Β)	TKA 12							
Επεμβάσεις πέους	Β03Α	2	2029	1191	41,3%	771	437	43,3%
Επεμβάσεις όρχεων	Β04Α	1	1755	1476	15,9%	652	541	17,1%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Περιτομή	B05A	1	1162	883	24,0%	458	347	24,3%
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	B06X	2	3510	2673	23,9%	1659	1325	20,1%
Ανδρική στειρώση	B23A	1	821	541	34,0%	316	205	35,3%
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13							
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ04X	3	4354	2958	32,1%	1525	968	36,5%
Ωθηκεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίνγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ05X	2	3715	2878	22,5%	1374	1040	24,3%
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ06X	2	3260	2422	25,7%	1264	930	26,4%
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	Γ08A	1	1710	1430	16,3%	719	608	15,5%
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	Γ10A	1	1026	747	27,2%	425	314	26,2%
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ12X	4	5790	3835	33,8%	1963	1183	39,7%



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΚΟΣΤΟΣ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΚΟΣΤΟΣ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	ΜΔΝ ΦΕΚ	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %	Κόστος ΜΔΝ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας	Διαφορά %
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	TKA 14							
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05Α	1	957	678	29,2%	334	223	33,4%
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26Α	1	752	473	37,1%	257	146	43,3%
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	TKA 16							
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Ξ02Χ	2	2485	1647	33,7%	781	447	42,8%
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα) (Σ)	TKA 17							
Χημειοθεραπεία	Σ23Α	1	2485	2205	11,2%	781	670	14,3%
Λοιπές ομάδες (Γ)	TKA 24							
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Γ01Χ	3	3373	1978	41,4%	2182	1625	25,5%

* Στα εν λόγω ΚΕΝ δεν χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση του οριακού κόστους αλλά η τιμή που προβλέπει το ΦΕΚ 1702 Β' συμπεριλαμβάνοντας το κόστος των ανθρωπίνων πόρων στην ανάλογη στήλη

** Στην περίπτωση της βρογχοσκόπησης με ημερήσια νοσηλεία το ΦΕΚ 1702 Β' προέβλεπε τιμή αποζημίωσης μεγαλύτερη αυτής με νοσοκομειακή νοσηλεία οπότε και επανακοστολογήθηκε βάσει οριακού κόστους



8.4 Εκτίμηση της εξοικονόμησης από την εισαγωγή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας

Η ετήσια εξοικονόμηση για τον ΕΟΠΥΥ όπως και το κόστος ευκαιρίας από την απασχόληση των ανθρωπίνων πόρων και η εξοικονόμηση για τον κρατικό προϋπολογισμό από την μεταφορά των εν λόγω ΚΕΝ σε χειρουργείο ημέρας εκτιμήθηκε μέσω του υπολογισθέντος κόστους κάθε ΚΕΝ με ημερήσια νοσηλεία 6 και 12 ωρών και των συνολικών πραγματοποιηθέντων ΚΕΝ για το έτος 2011 από τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Λόγω της ύπαρξης αριστερά περικομένων δεδομένων, όσο αφορά το σύνολο των ΚΕΝ που αποζημιώθηκαν το έτος 2011⁹, η συμπλήρωση της χρονοσειράς έγινε με προβολή των αντίστοιχων δεδομένων από το έτος 2010. Ως εκ τούτου, υπολογίσθηκε η συνολική ετήσια δαπάνη για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ για την αποζημίωση του κάθε ΚΕΝ και αντιπαραβλήθηκε με τα εναλλακτικά σενάρια χειρουργείου ημέρας με μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 και 12 ωρών.

Από τα αποτελέσματα του υποδείγματος αποδεικνύεται ότι οι εξοικονομήσεις για το ΕΟΠΥΥ ξεπερνούν τα 93 εκατομμύρια ευρώ ετησίως για το σενάριο της νοσηλείας των 6 ωρών και τα 71 εκατομμύρια ευρώ όταν υπολογισθεί η μέγιστη παραμονή του ασθενούς στην δομή, ήτοι 12 ώρες. Αντίστοιχα, για τον κρατικό προϋπολογισμό η εξοικονόμηση που προκύπτει συμπεριλαμβάνοντας το κόστος ευκαιρίας των ανθρωπίνων πόρων οδηγεί σε υπερδιπλάσια ετήσια εξοικονόμηση η οποία εκτιμήθηκε στα 225 εκατομμύρια υπό το πρώτο σενάριο (διάρκεια νοσηλείας 6 ωρών) και στα 171 εκατομμύρια υπό το δεύτερο σενάριο (διάρκεια νοσηλείας 12 ώρες) (Πίνακες 8.9 και 8.10).

Πίνακας 8.9 Συνολική και ανά γενική κατηγορία ΚΕΝ εξοικονόμηση για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ από την υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας (μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 ώρες)

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθενείας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού	ΤΚΑ 01				4841796			1931877



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθενείας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
συστήματος (N)								
Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα	N05A	7364	7217965	4134042	3083923	3232902	2002417	1230485
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	N07X	1799	4961794	3203921	1757873	1996908	1295517	701391
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (O)	TKA 02				47629279			18767358
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	671	3058110	2028076	1030035	1080688	669704	410984
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	7889	16363426	13059806	3303620	6602980	5284836	1318144
Ασκορινοστομία	O05A	2807	6271391	5095695	1175696	2515519	2046416	469103
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	973	1686048	1278467	407581	632632	470008	162625
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	4129	6963923	5234985	1728938	2638182	1948336	689846
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	3551	5665383	4178460	1486923	2070053	1476771	593282
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	782	802200	474688	327512	262779	132102	130677
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	2807	3455665	2279968	1175696	1139844	670742	469103
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	973	2884029	1463814	1420216	998586	668644	329942
Επεμβάσεις φακού	O16A	84947	11230316 5	76730102	35573062	50288351	36094699	14193652



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)	TKA 03				15037314			5999888
Επεμβάσεις παρωτίδας	Ω05A	346	1617788	1279488	338300	643619	508637	134982
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10A	3924	7871837	6228409	1643428	3088516	2432788	655728
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11A	9206	14058732	10203695	3855038	4842156	3303996	1538160
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12A	4118	9761467	8037063	1724404	3895423	3207385	688037
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13A	4446	4154618	2292940	1861678	1542618	799809	742809
Επεμβάσεις στόματος και σιαλογόνων αδένων	Ω14A	1881	3815329	1977623	1837706	1391731	658487	733245
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20A	9019	13156555	9379795	3776761	5023416	3516488	1506928
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)	TKA 04				11249984			6737705
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	A12X	2625	13822676	2572693	11249984	4720104	772325	3947779
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)	TKA 05				6992297			2789927
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K12X	2612	14169954	8700818	5469136	9648728	7466543	2182185
Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	K20A	3637	7212865	5689704	1523161	2764291	2156550	607741
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του	TKA 06				26600195			9702317



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
πεπτικού συστήματος (Π)								
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π10X	10904	22866643	18300265	4566378	9464899	7642914	1821985
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	Π11A	8701	13684744	5182734	8502010	4924767	1532465	3392302
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π27X	4166	12059005	3036805	9022199	4115725	1103914	3011811
Κολονοσκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28X	2536	6475363	1965755	4509607	2211792	735573	1476219
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	TKA 07				18446026			7359964
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	H08X	18878	61102239	42656213	18446026	24031389	16671425	7359964
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	TKA 08				13262449			5291717
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	M18A	8526	15158670	11588214	3570457	6334860	4910248	1424612
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	M20A	3544	10823198	7360737	3462461	4556941	3175420	1381522



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	M23A	5365	7948643	5701986	2246658	3546197	2649780	896416
Αρθροσκόπηση	M24A	960	1640595	1238714	401881	681366	521015	160351
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	M27X	3021	7022670	4071215	2951455	2724522	1546891	1177630
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος	M29A	1503	5482579	4853040	629538	2860786	2609600	251186
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	TKA 09				11577974			4619611
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	Δ07A	2299	3615138	2652566	962571	1390634	1006568	384066
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Δ08X	3438	6811565	3451754	3359810	2719812	1379248	1340564
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	Δ09A	927	1923858	1017571	906287	638119	276511	361608
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού	Δ11A	15162	15897425	9548120	6349305	6125366	3591993	2533373
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	TKA 10				2944997			1175054



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ05X	440	1344263	914218	430045	536054	364466	171588
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ06X	2374	9200103	6880157	2319946	3753681	2828022	925658
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ09Xβ	127	550016	355009	195007	224155	146347	77808
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	TKA 11				1284323			512445
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Y02X	71	207642	138101	69541	84619	56872	27747
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y05X	110	335422	166800	168623	109817	42536	67280
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς	Y07X	1312	2392762	1843263	549499	892278	673028	219250



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές								
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Y08X	205	359142	159198	199945	129118	49340	79778
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y09Xβ	244	617350	378930	238420	252540	157411	95129
Ουρητηροσκόπηση	Y20A	60	111924,60 3	53628	58297	45760,218 73	22500	23260
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (B)	TKA 12				7058839			2816477
Επεμβάσεις πέους	B03A	1407	2854057	1479361	1374696	1084698	536194	548504
Επεμβάσεις όρχεων	B04A	4800	8424819	6414675	2010144	3129674	2327627	802047
Περιτομή	B05A	3102	3606585	2307364	1299222	1420932	902542	518389
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	B06X	588	2062879	1488648	574232	974947	745829	229118
Ανδρική στειρώση	B23A	4300	3528169	1727623	1800546	1358675	640258	718418
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13				21539068			8594088
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ04X	5132	22344258	14463622	7880636	7826798	4682424	3144374



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Ωθηκετομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίνγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ05X	1584	5886859	4338648	1548211	2177030	1559294	617736
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ06X	2869	9353084	6549247	2803837	3627000	2508269	1118731
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	Γ08Α	7057	12064381	9109084	2955296	5074045	3894882	1179163
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	Γ10Α	10133	10393841	6150374	4243467	4306596	2613453	1693143
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ12X	1007	5827724	3720103	2107621	1975910	1134970	840941
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	TKA 14				20906233			8341587
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05Α	14249	13641437	7674271	5967165	4759255	2378356	2380899
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26Α	35674	26833677	11894609	14939068	9168136	3207448	5960688
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές	TKA 16				397436			158577



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ		ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ				ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθενείας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
δυσλειτουργίες (Ξ)								
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Ξ02Χ	407	1010555	613119	397436	317663	159086	158577
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα) (Σ)	ΤΚΑ 17				22024726			8787866
Χημειοθεραπεία	Σ23Α	52594	13067116 4	108646438	22024726	41075796	32287930	8787866
Λοιπές ομάδες (Γ)	ΤΚΑ 24				274676			109596
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Γ01Χ	179	603468	328791	274676	390327	280731	109596
Σύνολο ετήσιας εξοικονόμησης					225.075.313			93.696.054



Πίνακας 8.10 Συνολική και ανά γενική κατηγορία ΚΕΝ εξοικονόμηση για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ από την υιοθέτηση του χειρουργείου ημέρας (μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 12 ώρες)

ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (N)	TKA 01				3562697			1421516
Αποσμπίση καρπιαίου σωλήνα	N05A	7364	7217965	5162016	2055949	3232902	2412578	820324
Επεμβάσεις σε περιφερικά νεύρα και εγκεφαλικές συζυγίες και άλλες επεμβάσεις του νευρικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	N07X	1799	4961794	3455046	1506748	1996908	1395715	601192
Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (O)	TKA 02				32475963			12721185
Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	O02A	671	3058110	2121715	936395	1080688	707066	373622
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	7889	16363426	14161013	2202413	6602980	5724217	878763
Ασκορινοστομία	O05A	2807	6271391	5487594	783797	2515519	2202783	312735
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	973	1686048	1414328	271720	632632	524216	108416
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	4129	6963923	5811297	1152625	2638182	2178285	459898
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	3551	5665383	4674101	991282	2070053	1674532	395522
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	782	802200	583859	218341	262779	175661	87118
Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	O14A	2807	3455665	2671867	783797	1139844	827109	312735
Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	O15A	973	2884029	1463814	1420216	998586	668644	329942
Επεμβάσεις φακού	O16A	84947	112303165	88587790	23715375	50288351	40825917	9462435
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)	TKA 03				10439353			4165302
Επεμβάσεις	Ω05A	346	1617788	1327817	289971	643619	527920	115699



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
παρωτίδας								
Επεμβάσεις ρινικές	Ω10Α	3924	7871837	6776218	1095619	3088516	2651364	437152
Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή	Ω11Α	9206	14058732	11488707	2570025	4842156	3816716	1025440
Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας	Ω12Α	4118	9761467	8611864	1149603	3895423	3436731	458691
Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού	Ω13Α	4446	4154618	2913499	1241118	1542618	1047412	495206
Επεμβάσεις στόματος και σιαλογόνων αδένων	Ω14Α	1881	3815329	2240153	1575177	1391731	763236	628495
Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	Ω20Α	9019	13156555	10638715	2517840	5023416	4018797	1004618
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (Α)	ΤΚΑ 04				11249984			6243432
Βρογχοσκόπηση χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Α12Χ	2625	13822676	2572693	11249984	4720104	918539	3801565
Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού (Κ)	ΤΚΑ 05				6119968			2441867
Εμφύτευση ή αντικατάσταση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	Κ12Χ	2612	14169954	9065427	5104527	9648728	7612022	2036706
Απολίπωση και εκκρίωση φλέβας	Κ20Α	3637	7212865	6197424	1015441	2764291	2359131	405161
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)	ΤΚΑ 06				23863496			8610374
Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π10Χ	10904	22866643	19822391	3044252	9464899	8250243	1214656
Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες	Π11Α	8701	13684744	6397307	7287437	4924767	2017080	2907687
Άλλες γαστροσκοπήσεις χωρίς καταστροφικές	Π27Χ	4166	12059005	3036805	9022199	4115725	1103914	3011811



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές								
Κολονοσκόπηση χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Π28Χ	2536	6475363	1965755	4509607	2211792	735573	1476219
Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος (Η)	ΤΚΑ 07				15810879			6308541
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Η08Χ	18878	61102239	45291359	15810879	24031389	17722848	6308541
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού (Μ)	ΤΚΑ 08				10063330			4015269
Άλλες επεμβάσεις γόνατος	Μ18Α	8526	15158670	12778366	2380304	6334860	5385118	949741
Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός	Μ20Α	3544	10823198	7855374	2967823	4556941	3372780	1184161
Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του ισχίου και μηριαίου	Μ23Α	5365	7948643	6450871	1497772	3546197	2948586	597611
Αρθροσκόπηση	Μ24Α	960	1640595	1372675	267921	681366	574465	106900
Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Μ27Χ	3021	7022670	4492851	2529818	2724522	1715124	1009397
Επανορθωτική επέμβαση γόνατος ή αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος	Μ29Α	1503	5482579	5062886	419692	2860786	2693329	167457
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού (Δ)	ΤΚΑ 09				8531239			3403964
Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	Δ07Α	2299	3615138	2973423	641714	1390634	1134590	256044
Άλλες επεμβάσεις για δερματικό μόσχευμα και/ή χειρουργικό καθαρισμό χωρίς συνυπάρχουσες	Δ08Χ	3438	6811565	3931727	2879837	2719812	1570757	1149055



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
παθήσεις – επιπλοκές								
Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)	Δ09Α	927	1923858	1147040	776817	638119	328169	309950
Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού	Δ11Α	15162	15897425	11664555	4232870	6125366	4436450	1688915
Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες (Θ)	TKA 10				2534414			1011231
Επεμβάσεις παραθυρεοειδών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ05Χ	440	1344263	975653	368610	536054	388979	147075
Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ06Χ	2374	9200103	7211578	1988525	3753681	2960259	793421
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για ενδοκρινολογικές, διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Θ09Χβ	127	550016	372737	177279	224155	153421	70734
Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	TKA 11				1004942			400972
Επεμβατική εισαγωγή καθετήρα περιτοναϊκής κάθαρσης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	Υ02Χ	71	207642	148036	59606	84619	60836	23783
Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Υ05Χ	110	335422	182129	153293	109817	48653	61164



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y07X	1312	2392762	2026430	366333	892278	746111	146167
Επεμβάσεις ουρήθρας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y08X	205	359142	187761	171381	129118	60737	68381
Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Y09XB	244	617350	412990	204360	252540	171000	81540
Ουρητηροσκόπηση	Y20A	60	111925	61956	49969	45760	25823	19938
Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (B)	TKA 12				5077117			2025770
Επεμβάσεις πέους	B03A	1407	2854057	1675746	1178311	1084698	614552	470146
Επεμβάσεις όρχεων	B04A	4800	8424819	7084723	1340096	3129674	2594976	534698
Περιτομή	B05A	3102	3606585	2740438	866148	1420932	1075339	345593
Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	B06X	588	2062879	1570681	492199	974947	778560	196387
Ανδρική στείρωση	B23A	4300	3528169	2327805	1200364	1358675	879730	478945
Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	TKA 13				17660829			7046671
Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G04X	5132	22344258	15180044	7164214	7826798	4968276	2858521
Ωθηκεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίγγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	G05X	1584	5886859	4559821	1327038	2177030	1647542	529488



ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ06Χ	2869	9353084	6949795	2403289	3627000	2668088	958912
Ενδοσκοπικές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	Γ08Α	7057	12064381	10094183	1970197	5074045	4287937	786109
Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	Γ10Α	10133	10393841	7564863	2828978	4306596	3177834	1128762
Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Γ12Χ	1007	5827724	3860611	1967113	1975910	1191032	784878
Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία (Λ)	ΤΚΑ 14				13937489			5561058
Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	Λ05Α	14249	13641437	9663327	3978110	4759255	3171989	1587266
Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή	Λ26Α	35674	26833677	16874298	9959379	9168136	5194344	3973792
Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	ΤΚΑ 16				340660			135923
Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	Ξ02Χ	407	1010555	669895	340660	317663	181739	135923
Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλασματα) (Σ)	ΤΚΑ 17				14683151			5858577
Χημειοθεραπεία	Σ23Α	52594	130671164	115988013	14683151	41075796	35217219	5858577
Λοιπές ομάδες (Γ)	ΤΚΑ 24				249706			99633
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με	Γ01Χ	179	603468	353762	249706	390327	290695	99633

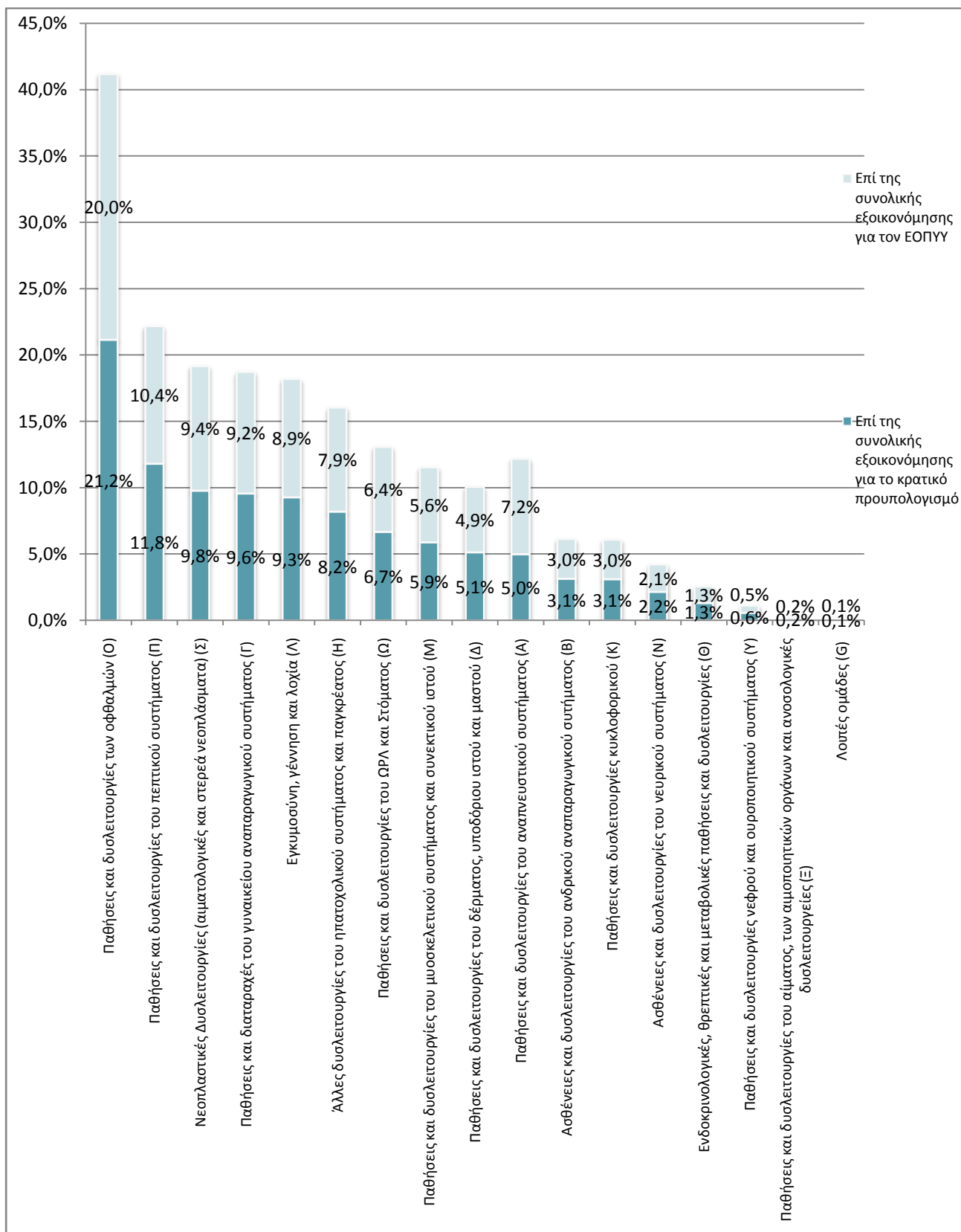


ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ			ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΟΠΥΥ		
Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας	Κωδ. ΚΕΝ	Σύνολο ΚΕΝ 2011	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση	συνολική δαπάνη ΜΔΝ	συνολική δαπάνη ημερήσιας νοσηλείας	εξοικονόμηση
κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές								
Σύνολο ετήσιας εξοικονόμησης					171.485.248			71.471.285

Η μεγαλύτερη εξοικονόμηση προκύπτει από την μεταφορά των οφθαλμολογικών επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας τόσο για τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και για τον ΕΟΠΥΥ και ακολουθούν οι επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, των νεοπλασμάτων, του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, οι ιατρικές πράξεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη λοχεία και οι επεμβάσεις του ηπατοχολικού συστήματος και του παγκρέατος. Η ποσοστιαία εξοικονόμηση ως προς τη συνολική για κάθε γενική κατηγορία ΚΕΝ για τον κρατικό προϋπολογισμό και τον ΕΟΠΥΥ παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 8.1.



Διάγραμμα 8.1 Ποσοστιαία εξοικονόμηση επί της συνολικής για κάθε γενική κατηγορία ΚΕΝ



* τα δεδομένα του γραφήματος αφορούν του σενάριο ημερήσιας νοσηλείας 6 ωρών



8.5 Επίμετρο

Οι επεμβάσεις που προτείνονται για ημερήσια νοσηλεία επιλέχθηκαν με αυστηρά a priori κριτήρια και η δυνατότητα διεξαγωγής τους σε χειρουργείο ημέρας επιβεβαιώνεται ισχυρά από πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών και διεθνών πρακτικών. Η διαδικασία επιλογής των κατάλληλων για ημερήσια νοσηλεία ΚΕΝ κατέληξε ότι 63 ΚΕΝ δύνανται να πραγματοποιηθούν σε χειρουργεία ημέρας αριθμός που ξεπερνά κατά πολύ τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων που προβλέπει ήδη το σύστημα υγείας για ημερήσια νοσηλεία (6 ΚΕΝ). Η ενσωμάτωση αυτών στον κατάλογο των επεμβάσεων του ΕΣΥ για χειρουργείο ημέρας μπορεί να αποτελέσει μια αξιόλογη πηγή εξοικονόμησης πόρων και να συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στην αύξηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στον πολίτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του υποδείγματος της μελέτης προκύπτει ότι η μεταφορά συγκεκριμένων και υπό ορισμένων κριτηρίων καθορισμένων επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας δύνανται να αποφέρει σημαντική εξοικονόμηση πόρων στον ΕΟΠΥΥ και ακόμα μεγαλύτερη στον κρατικό προϋπολογισμό αν συμπεριληφθεί το κόστος ευκαιρίας του συντελεστή παραγωγής ανθρωπίνου κεφαλαίου. Η εξοικονόμηση όπως αναφέρθηκε υπολογίσθηκε με την εισαγωγή στο υπόδειγμα δυο διαφορετικών σεναρίων τα οποία προβλέπουν μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 6 και 12 ωρών. Η παράθεση των δυο σεναρίων επιλέχθηκε ως κατάλληλη για την διεξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων και για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της αβεβαιότητας την οποία ενέχουν τέτοιου είδους υποδείγματα κοστολόγησης.

Εν τούτοις, εκτιμάται ότι το σενάριο των 6 ωρών αποτελεί ρεαλιστικότερη προσέγγιση της κλινικής πρακτικής δεδομένου ότι η πλειοψηφία των επεμβάσεων που επιλέχθηκαν χαρακτηρίζονται ως μη σημαντικά εργώδης και συνεπώς η εξέτασή τους υπό την οπτική του δεύτερου σεναρίου (μέγιστη διάρκεια νοσηλείας) θα προσέδιδε μια σημαντική πιθανότητα υποεκτίμησης των αποτελεσμάτων. Παρόλα αυτά, η αντιπαραβολή των δύο σεναρίων προσδίδει ένα αξιόπιστο εύρος διακύμανσης των εξοικονομήσεων το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 171 και 225 εκατομμυρίων για τον κρατικό προϋπολογισμό και 71 έως 93 εκατομμύρια για τον ΕΟΠΥΥ.

Η μεγαλύτερη πηγή εξοικονόμησης προκύπτει από την μεταφορά των οφθαλμολογικών επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας η οποία υπολογίσθηκε περί του 21,2 % της συνολικής εξοικονόμησης και ακολουθούν οι επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος (11,8%) των



νεοπλασμάτων (9,8%), του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (9,6%) η διαχείριση περιστατικών εγκυμοσύνης και λοχείας (9,3%) οι επεμβάσεις του ηπατοχολικού και του παγκρέατος (8,2%) και του ΩΡΛ συστήματος (6,7%). Η κατηγοριοποίηση αυτή προδίδει τη δυνατότητα προτεραιοποίησης των επεμβάσεων που οφείλουν να εξετασθούν σχολαστικά από την πολιτική υγείας προς μεταφοράς τους σε δομές χειρουργείου ημέρας ώστε να καταστούν άμεσα αξιοποιήσιμα τα οφέλη που προκύπτουν από την αλλαγή της οπτικής διαχείρισής τους.



9. Συμπεράσματα και προτάσεις

Ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας ως καθιερωμένη κλινική πρακτική και αντιμετώπιση χειρουργικών επεμβάσεων αποτελεί στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών βασικό άξονα της πολιτικής συγκράτησης των δαπανών υγείας και βελτίωσης των εκβάσεων υγείας. Η εμπειρία από την υιοθέτηση του θεσμού ξεπερνά τα 30 έτη και αποδεικνύεται ότι δύναται να αποτελέσει βασικό εργαλείο της πολιτικής υγείας στη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εν τούτοις, η ενσωμάτωση του θεσμού στους βασικούς άξονες πολιτικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντική υστέρηση με αποτέλεσμα την αδυναμία αποκόμισης των ωφελειών που δύναται να παρέχει τόσο από τη σκοπιά των δαπανών όσο και από την οπτική της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες και προτιμήσεις των πολιτών.

Η ανάδειξη των ωφελειών που προδίδει η ημερήσια νοσηλεία συγκεκριμένων περιστατικών δύναται να κριθεί πλεονάζουσα, στο πλαίσιο της διεθνούς εμπειρίας και βιβλιογραφίας, δεδομένης της πολυετούς εγκαθίδρυσης του θεσμού και της εμπιστοσύνης που έχουν αποδώσει σε αυτόν ανεπτυγμένα και συναφούς προτύπου, με το ελληνικό, συστήματα υγείας. Παρόλα αυτά, η επιχειρηματολογία περί της εισαγωγής του θεσμού του χειρουργείου ημέρας ως ευρέως ασκούμενη κλινική πρακτική καθιστά την τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του κρίσιμη.

Στα κεφάλαια που προηγούνται στην παρούσα έκθεση αποδεικνύεται ενδελεχώς ότι η εισαγωγή του θεσμού αποτιμάται με σημαντική εξοικονόμηση δαπανών, βελτιστοποίηση των εκβάσεων υγείας και αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, γεγονός που αποτελεί πολιτική η οποία ικανοποιεί το σύνολο των στόχων των συστημάτων υγείας. Η μείωση του κόστους και οι εξοικονομήσεις που προκύπτουν έγκεινται κυρίως στην μείωση των δαπανών που προέρχονται από την ημερήσια νοσηλεία αλλά και από την σημαντική μείωση της πιθανότητας εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Επιπλέον, η ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής εντός νοσοκομείου προσδίδει τη δυνατότητα αποσυμφόρησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των κλινών με αποτέλεσμα την μείωση των λιστών αναμονής και συνεπώς του κόστους χρόνου για τον πολίτη και της απώλειας παραγωγικότητας για το σύνολο της οικονομίας.



Ως εκ τούτου, το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας πλέον προσανατολίζεται στην αναγνώριση περισσότερων επεμβάσεων για ημερήσια νοσηλεία και αύξηση του πεδίου δραστηριοποίησης των χειρουργείων ημέρας. Οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής και χειρουργικής αναδεικνύει διαρκώς νέες τεχνικές και πρακτικές οι οποίες αποτελούν “όχημα” για τη μετακίνηση επεμβάσεων από συμβατικά χειρουργεία και πολυήμερη νοσηλεία σε χειρουργεία ημέρας. Στο πλαίσιο αυτό, ο κατάλογος με τις εν λόγω επεμβάσεις διαρκώς αυξάνει και αισιόδοξες απόψεις εκτιμούν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των χειρουργικών επεμβάσεων θα μπορεί στο σύντομο μέλλον να διενεργείται ευρέως σε κλινικές ημέρας.

Παρόλα αυτά, η διαδικασία αναγνώρισης των επεμβάσεων αυτών στερείται μιας κοινώς αποδεκτής μεθοδολογίας καθώς ο ορισμός του πεδίου αυτού τόσο εκτατικά όσο και εντατικά παρουσιάζει δυσχέρειες. Οι μεθοδολογίες που έχουν αναπτυχθεί ακολουθούν κατά κύριο λόγο τον εντατικό ορισμό των παρεμβάσεων με την καθιέρωση a priori κριτηρίων που οφείλονται να πληρούνται ώστε να κριθεί κατάλληλη μια επέμβαση για διεξαγωγή της σε δομές χειρουργείου ημέρας. Η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε από την παρούσα μελέτη έθετε ως κριτήριο το είδος της χορηγούμενης αναισθησίας καθώς και την ένταση της μετεγχειρητικής φροντίδας. Βάσει της μεθόδου αυτής κατέστη δυνατή η αντιστοίχιση συγκεκριμένων επεμβάσεων σε 63 ΚΕΝ του καταλόγου του ΕΣΥ.

Η ανακοστολόγηση των επεμβάσεων αυτών σε ημερήσια νοσηλεία έδειξε ότι το κόστος των επιλεγμένων ΚΕΝ μπορεί να μειωθεί έως και 80% σε ορισμένες περιπτώσεις με μεσοσταθμική μείωση του συνόλου αυτών περί του 36%. Το υπόδειγμα της μελέτης εξέτασε την εξοικονόμηση που δύναται να προκύψει στη συνολική δαπάνη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από την οριακή μεταβολή των ημερών νοσηλείας. Με την τεχνική αυτή εκτιμήθηκαν τα οφέλη από τη μείωση του άμεσου κόστους για δυο εναλλακτικά σενάρια, της μέγιστης νοσηλείας του ασθενούς για 6 και για 12 ώρες. Η επιλογή των δύο σεναρίων βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική και κρίθηκε ως κατάλληλη καθώς προσδίδει τη δυνατότητα δημιουργίας ενός αξιόπιστου εύρους διακύμανσης της εξοικονόμησης καθώς και την δυνατότητα εκτίμησης οικονομικών ωφελειών μέσω διαφορετικών συνδυασμών επεμβάσεων και μέγιστης διάρκειας νοσηλείας.

Τα οφέλη από την εισαγωγή του θεσμού υπολογίσθηκαν τόσο από την πλευρά του κρατικού προϋπολογισμού όσο και της ασφάλισης προσδίδοντας την δυνατότητα εναλλακτικών αναλύσεων για την πολιτική υγείας. Η εξοικονόμηση που προέκυψε από την εφαρμογή του υποδείγματος στο σύνολο των επιλεγμένων ΚΕΝ κυμαίνεται μεταξύ των 171 και 225 εκατομμυρίων ευρώ για τον



κρατικό προϋπολογισμό για το σενάριο των 12 και 6 ωρών νοσηλείας αντίστοιχα, και μεταξύ 71 και 93 εκατομμύρια ευρώ για τον ΕΟΠΥΥ. Αν και η εκδοχή της μέγιστης διάρκειας νοσηλείας των 6 ωρών θεωρείται ότι προσεγγίζει ρεαλιστικότερα την διαχείριση των υπό εξέταση ΚΕΝ, η τάξη μεγέθους των εξοικονομήσεων που προκύπτουν και υπό τις δυο εκδοχές αποτελούν ένδειξη της δυνατότητας που δίνεται για σημαντική μείωση των δαπανών. Ακόμα και αν δεν διεξαχθούν όλα τα αντίστοιχα περιστατικά που θα προκύψουν σε διάστημα ενός έτους σε χειρουργείο ημέρας αλλά μόνον το 65% αυτών, το οποίο αποτελεί το μέσο δείκτη υποκατάστασης (substitution index) μεταξύ των κατάλληλων επεμβάσεων για ημερήσια νοσηλεία που διεξήχθησαν σε χειρουργείο ημέρας και σε συμβατικό χειρουργείο και σε χειρουργείο ημέρας, η εξοικονόμηση που προκύπτει εξακολουθεί να είναι σημαντική.

Η ποσοστιαία εξοικονόμηση ανά γενική κατηγορία ΚΕΝ εμφανίζει ότι η μεγαλύτερη πηγή αυτής προέρχεται από τις οφθαλμολογικές επεμβάσεις και από τις επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, οι οποίες αποφέρουν αθροιστικά άνω του 30% του συνολικού οικονομικού οφέλους, γεγονός που αποτελεί οδηγό στην προτεραιοποίηση των επεμβάσεων οι οποίες οφείλεται να εξετασθούν άμεσα ως χειρουργεία ημέρας, χωρίς να υποεκτιμάται σε καμία των περιπτώσεων η σημασία διαχείρισης και των υπόλοιπων ΚΕΝ με ημερήσια νοσηλεία.

Η επιλογή μεταξύ των εναλλακτικών δομών χειρουργείου ημέρας αποτελεί σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία βασική παράμετρο στην μεγιστοποίηση του οφέλους που προσδίδει η υιοθέτηση του θεσμού. Από τη διερεύνηση της παραμέτρου αυτής προκύπτει ότι οι ανεξάρτητες και αυτόνομες δομές διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα τις ίδιες επεμβάσεις από ότι νοσοκομεία ή δομές χειρουργείου ημέρας εντός κάποιας νοσηλευτικής μονάδας. Η αδυναμία των δομών αυτών έγκειται στο γεγονός ότι αυξάνουν σημαντικά το κόστος χρόνου, εμφανίζουν σημαντική ακαμψία στη διαχείριση των περιστατικών αυτών δεδομένου του φόρτου εργασίας και της ανάμειξης των περιστατικών ημερήσιας και μη νοσηλείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία οργανωτικών δυσλειτουργιών και χρονικών καθυστερήσεων, φθινουσών επιδόσεων και αύξηση του κόστους. Επιπλέον, το πλεονέκτημα της άμεσης πρόσβασης και της μείωσης της πιθανότητας ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων σε αρκετές των περιπτώσεων αναιρείται με αποτέλεσμα την αδυναμία άρσης των εμποδίων που ενέχει η συμβατική αντιμετώπιση των ίδιων επεμβάσεων. Υπό το πρίσμα αυτό, και υπό την προϋπόθεση υιοθέτησης του θεσμού κρίνεται απαραίτητη η εξέταση μετατροπής δομών του ΕΣΥ αποκλειστικά σε χειρουργεία ημέρας ή η προγραμματική σύμβαση συνεργασίας του ΕΟΠΥΥ με ήδη υπάρχουσες ιδιωτικές δομές προς βελτίωση της αποδοτικότητας και της πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.



Η ανάλυση που διεξήχθη στην παρούσα μελέτη δύναται να υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Όπως αναφέρθη προηγούμενα, η αντιστοίχιση των επεμβάσεων που προτείνονται από τη βιβλιογραφία δεν κατέστη δυνατή σε όλες τις περιπτώσεις. Το ποσοστό αυτών είναι αρκετά περιορισμένο και έγκειται στην διαφορά ομαδοποίησης των ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων που ακολουθούν τα ελληνικά ΚΕΝ. Εν τούτοις, το σύνολο των επεμβάσεων που κρίνονται κατάλληλες για χειρουργείο ημέρας παρατίθενται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 3 προσδίδοντας στον αναγνώστη μια πλήρη εικόνα αυτών που προτείνονται από διαφορετικές μεθοδολογίες διεθνώς. Ο περιορισμός αυτός προσδίδει μια πηγή υποεκτίμησης της εξοικονόμησης που εκτιμήθηκε καθώς η ενσωμάτωση των εν λόγω παρεμβάσεων στην ανάλυση θα οδηγούσε σε αύξηση των οικονομικών ωφελειών τόσο για τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και για τον ΕΟΠΥΥ. Αν και οι επεμβάσεις που επιλέχθηκαν απολαμβάνουν, στην πλειοψηφία τους, την ισχυρή υποστήριξη της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, ενδιαφέρον θα αποτελούσε η μελλοντική σύσταση μιας ομάδας εμπειρογνομόνων από την ελληνική επιστημονική κοινότητα προς επιβεβαίωση της καταλληλότητας των επεμβάσεων που επιλέχθηκαν ώστε να καταστεί αρτιότερη η μεταφορά τους στο ελληνικό περιβάλλον.

Επιπλέον, η κοστολόγηση των επιλεχθέντων ΚΕΝ προς ημερήσια νοσηλεία θα ήταν προτιμότερο να προσεγγιστεί μέσω ενός υποδείγματος το οποίο θα εξετάζει την συγκριτική και ακριβή κατανάλωση πόρων του εκάστοτε ΚΕΝ μεταξύ ημερήσιας και μη νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ανεξάρτητες δομές. Παρόλα αυτά, η προσέγγιση αυτή αν και θεωρείται επιστημονικά αρτιότερη, δεν υιοθετήθηκε καθώς καθίσταται εξαιρετικά χρονοβόρα και υψηλού κόστους. Εν τούτοις, η μέθοδος του οριακού κόστους που χρησιμοποιήθηκε αποτελεί μια επιστημονικά τεκμηριωμένη και άρτια προσέγγιση της υπόθεσης εργασίας καθώς η εκτίμηση της εξοικονόμησης από τη μεταφορά των επεμβάσεων σε χειρουργείο ημέρας έγκειται στην οριακή μεταβολή της μεταβλητής ημέρες νοσηλείας και συνεπώς η οριακή ανάλυση καθίσταται ικανή στην εκτίμηση του βαθμού επιρροής των δαπανών όταν μεταβάλλεται οριακά το παραγόμενο προϊόν.

Τέλος, η παρούσα μελέτη εστιάζει στην μείωση του άμεσου κόστους από τον περιορισμό της διάρκειας νοσηλείας και δεν συμπεριλαμβάνει τόσο το κόστος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που δύναται να προκύψει είτε οι επεμβάσεις αυτές διεξαχθούν με τη συμβατική πρακτική είτε σε χειρουργείο ημέρας εντός κάποιας νοσηλευτικής μονάδας, όσο και το έμμεσο κόστος που προκύπτει από το υψηλό κόστος χρόνου και την απώλεια παραγωγικότητας που αυτό προσδίδει. Η μη ενσωμάτωση των παραμέτρων αυτών στο υπόδειγμα της παρούσας μελέτης αποτελεί μια ακόμα πηγή υποεκτίμησης των αποτελεσμάτων καθώς η εξοικονόμηση που θα προέκυπτε από την



συνεκτίμηση αυτών εκτιμάται ότι θα ενδυνάμωνε την επιχειρηματολογία υπέρ της υιοθέτησης του θεσμού.

Εν κατακλείδι, υπό την τρέχουσα οικονομική συγκυρία και των περιοριστικών συνθηκών που υπόκεινται οι υπηρεσίες υγείας και η ελληνική οικονομία, η λήψη μέτρων προς αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και των διαθέσιμων επενδύσιμων πόρων καθίσταται επιτακτική για την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και την διασφάλιση της υγείας των πολιτών. Η υιοθέτηση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας αποδεικνύεται ότι δύναται να συμβάλλει στην κατεύθυνση αυτή και οφείλει να εξετασθεί σχολαστικά ως παρέμβαση πολιτικής υγείας. Η εξοικονόμηση που προκύπτει από την εισαγωγή του θεσμού και από την αύξηση των επεμβάσεων προς ημερήσια νοσηλεία μπορεί να αποφέρει σημαντική μείωση στη δαπάνη του κρατικού προϋπολογισμού και της ασφάλισης και να συμβάλλει στη μείωση του ελλείμματος του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ το οποίο αποτελεί τροχοπέδη στην διασφάλιση μιας ικανοποιητικής δέσμης υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Ως εκ τούτου, το χειρουργείο ημέρας δύναται να αποτελέσει μία αξιόλογη πηγή ανεύρεσης πόρων προς ενδυνάμωση των υπηρεσιών υγείας, και δει της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως και της κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών, προς διασφάλιση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού και της διατήρησης της κοινωνικής συνοχής.