

Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΝΗ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση στην οποία δεν έχει ακόμη θεσμοθετηθεί το νομικό πλαίσιο ίδρυσης, οργάνωσης και λειτουργίας μονάδων ημερήσιας νοσηλείας (M.H.N.). Το κενό αυτό καλύφθηκε όσον αφορά στο δημόσιο τομέα με τις διατάξεις περί Ολοήμερης Λειτουργίας των Νοσοκομείων. Με την παρούσα διάταξη θεσμοθετούνται οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας του Ιδιωτικού τομέα ως αυτοτελείς ή σε συνδυασμό με μία μελέδα ΠΦΥ.

Τα επιστημονικά δεδομένα στα πλαίσια άσκησης της ιατρικής αλλάζουν και εξελίσσονται ραγδαία. Και αυτό όχι μόνο με βάση την ανάπτυξη σύγχρονης τεχνολογίας αλλά και με βάση την επιστημονική τεκμηριωμένη γνώση.

Τα οφέλη από την χειρουργική της μιας ημέρας άρχισαν να παρατηρούνται από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Από το 1950 και ύστερα άρχισαν να στοχειοθετούνται οι ενδείξεις για την χειρουργική της μιας ημέρας, να ορίζονται οι αναισθησιολογικές και χειρουργικές αρχές αυτού του τρόπου εξάσκησης της χειρουργικής, άρχισαν δε να τεκμηριώνονται τα πρώτα οικονομο-κοινωνικά οφέλη. Το 1983 από το American College of Surgeons διατυπώθηκε η άποψη ότι συγκεκριμένες επεμβάσεις μπορούν να γίνουν με χειρουργική μιας ημέρας, αλλά με έμφαση στην εξασφάλιση ποιότητας. Από το Royal College Surgeons της Αγγλίας ανακοινώθηκε το 1992 ότι το 50% των προγραμματισμένων επεμβάσεων δύναται να γίνουν ως περιστασιακή μιας μέρας. Στις ΗΠΑ τα περιστασιακά αυξήθηκαν από 20% το 1981 σε 69% το 1996. Μόλις το 1995 πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες το πρώτο συνέδριο για την χειρουργική της μιας ημέρας.

Η τεχνολογική εξέλιξη των τελευταίων χρόνων έδωσε τη δυνατότητα στους χειρουργούς να κάνουν μικρότερες τομές για τις επεμβάσεις τους ώστε οι ασθενείς μετεγχειρητικά να παραμένουν λίγες μόλις ώρες στο νοσοκομείο και να επιστρέφουν στο σπίτι τους την ίδια ημέρα. Ο εστιασμός στη μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο με σκοπό την γρήγορη διακίνηση των ασθενών, την αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, τη μείωση της λίστας αναμονής, τη μείωση του κόστους νοσηλείας και των λειτουργικών δαπανών, είναι σήμερα ένα από τα σημεία προόδου στη χειρουργική. Αυτό επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της χειρουργικής της μιας ημέρας (one day surgery, day case surgery, out patient surgery), η οποία διενεργείται σε ένα περιβάλλον πολύ φιλικότερο και περισσότερο οικείο για τον ασθενή. Τα οφέλη είναι πολλά για τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος ωφελείται από την ανάπτυξη της τεχνολογίας, με την άμεση κινητοποίηση και επιστροφή στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Πέρα δε από τις επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής, χειρουργική μιας μέρας εφαρμόζεται για ορθοπεδικές, ουρολογικές, παιδοχειρουργικές, ΩΡΛ οφθαλμολογικές

και επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης αντενδείξεις της χειρουργικής μιας μέρας υπάρχουν μόνο για επεμβάσεις στις οποίες υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος, σοβαρός μετεγχειρητικός πόνος, επεμβάσεις που χρειάζεται παρατεταμένη χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών ή φαρμάκων μετεγχειρητικά, ασθενείς ASA III ή IV, ασθενείς με διαταραχές πήξεως, χρήσιες αντιυπερτασών, διαβητικοί ασθενείς, ασθενείς με BMI – δείκτη σωματικής μάζας > 35, ασθενείς που αδυνατούν να κατανοήσουν τις μετεγχειρητικές οδηγίες, να διασφαλίσουν την παρουσία συνοδού συνέχεια μετά το εξιτήριο για 48 ώρες, ασθενείς με αδυναμία πρόσβασης στο νοσοκομείο εάν χρειαστεί και τέλος ψυχιατρικοί ασθενείς και χρήστες ουσιών.

Πέρα από αιμιγώς επιστημονικούς λόγους, λόγοι πολιτικής της υγείας, αλλά και οικονομικοί επιπρόσθετα λόγοι επιβάλλουν την θεσμοθέτηση των ιδιωτικών και δημόσιων φορέων ημερήσιας νοσηλείας, οι οποίοι θα επικεντρωθούν μάλιστα στα νοσοκομεία και τις κλινικές (τους φορείς δηλαδή δευτεροβάθμιας περίθαλψης) να ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα στο ρόλο τους.

Το κόστος για τις επεμβάσεις αυτές που επιστημονικά μπορούν και επιβάλλεται να πραγματοποιούνται πλέον στους φορείς ημερήσιας νοσηλείας αυτονόητα θα μειωθεί σημαντικά. Είναι αληθές ότι με βάση το σύστημα κοινωνικής, αλλά και ιδιωτικής ασφάλισης ασθενείς νοσηλεύονται για μία ημέρα σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία μόνο και μόνο προκειμένου μία ιατρική πράξη να καλυφθεί ασφαλιστικά, αν και η νοσηλεία δεν απαιτείται για επιστημονικούς λόγους.

Η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (MHN) αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της οργάνωσης των νοσοκομείων στο εξωτερικό.

Στην Ελλάδα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, με μόλις μία MHN ενηλίκων και μία Παιδών στο λεκανοπέδιο Αττικής να λειτουργούν σε δημόσιο νοσοκομείο. Η διεκπεραίωση χειρουργικών ασθενών στο πλαίσιο της MHN κρίνεται απολύτως ασφαλής, με μικρά ποσοστά επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, με σημαντικά οφέλη για το σύστημα υγείας, λόγω καλύτερης διακίνησης των διαθέσιμων κλινών και μικρότερου κόστους συγκριτικά με την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και την υψηλή ποιότητα ιατρικής φροντίδας κατά την εξέλιξη αυτού του είδους της χειρουργικής.

Όλες οι οικονομοτεχνικές μελέτες δείχνουν ότι η χειρουργική της μιας μέρας είναι φθηνότερη από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Ενδεικτικά μόνο αναφέρονται τα ακόλουθα κατά ιατρική ειδικότητα:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ- ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΗ Μ. Η. Ν.
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Χειρουργική αφαίρεση σημηγματογόνων, Θηλωμάτων, Σπύλων, Μορφωμάτων πορισμού <4 cm	250€	150€
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Χειρουργική Διάνοιξη περιεδρικού αποστήματος, Εκτομή κύστεως κάλυψης	500€	250€
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	Καταρράκτης	1050€	350€
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	Γλαύκωμα	900€	250€
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	Αποκόλληση Αμφιβληστροειδούς	1.400€-1.900€	750€
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	Ακράτεια Ούρων	1.500€-2.000€	600€
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Αφαίρεση δερματικών καρκίνων και αποκατάσταση	500€-1.200€	250€-350€
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Επείγουσα συρραφή θλαστικών τραυμάτων	200€-1.000€	100-200€
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Διόρθωση εκτροπίου βλεφάρου	400€-700€	200€-300€

Ετσι, ενδεικτικά για την επέμβαση του καταρράκτη στην Ελλάδα όπου πραγματοποιούνται περίπου 100.000 επεμβάσεις κατ' έτος, το κόστος για τα Ασφαλιστικά Ταμεία ανέρχεται στο ποσό των 105.000.000€, ενώ αν αυτές πραγματοποιούνται σε Χειρουργείο ημέρας το κόστος θα πέσει στα 35.000.000€, δηλαδή θα υπάρξει ένα οικονομικό όφελος της τάξεως 300%.

Επίσης, οι ιδιωτικές κλινικές εισπράττουν από τους ασθενείς ποσό 200-400€ ευρώ για αλλαγή θέσης, δαπάνη που θα καταργηθεί στις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας.

Η ίδρυση αυτών των Μονάδων φυσικά θα δημιουργήσει παράλληλα πολλές νέες θέσεις εργασίας στον Ιατρικό κλάδο.

Η θεσμοθέτηση των φορέων ημερήσια νοσηλείας στον ιδιωτικό τομέα, των φορέων δηλαδή στους οποίους ο ασθενής προέρχεται περιστασιακά και μετά από

προαγχειρητικό έλεγχο υποβάλλεται σε μικρής ή μεσαίας βαρύτητας χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες επεμβατικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, για τις οποίες δεν απαιτείται νοσηλεία είναι σήμερα, με βάση όλα τα παραπάνω, μία πραγματική αναγκαιότητα.

Εξάλλου η μορφή αυτή των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας προβλέπονται στη νομοθεσία μόνο κατά περίπτωση. Χαρακτηριστικότερα παραδείγματα στον ιδιωτικό τομέα είναι οι Μονάδες Χρόνιας Αποκατάστασης (πρβλ. άρθρ. 31 του ν. 2646/1998 και ΠΔ 225/2000) και τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας (ΠΔ 393/1993). Περαιτέρω, η σύνταξη και λειτουργία τέτοιων φορέων στο δημόσιο τομέα σε επίπεδο ΠΕΣΥ (ή ΥΠΕ) προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 3 του ν. 3235/2004.

Στις διατάξεις των άρθρων 12 και 13 του ν. 2071/1992 προβλέπονται τα ακόλουθα:

«1. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Προς το σκοπό αυτόν μπορεί να συνιστώνται και να λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από ν.π.δ.δ. ή από ν.π.ι.δ. 2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, παθολόγους και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων των υγειονομικών σταθμών και των κέντρων υγείας, τους ιατρούς των ασφαλιστικών οργανισμών, τους οδοντίατρους, καθώς και από το νοσηλευτικό προσωπικό και τις επισκέπτριες που υπηρετούν αντίστοιχα σε επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 3. Τα συγκροτήματα εξωτερικών ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μπορεί να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων των ιδρυμάτων. Προς τούτο οργανώνονται κατάλληλοι χώροι υποδοχής και υποδοχής των ασθενών, που λειτουργούν ως ειδικό συγκρότημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. 4. Επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από τις ειδικές μονάδες και τμήματα της παραγράφου 1 του παρόντος και τις κινητές μονάδες που συνιστώνται σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου αυτού».

Περαιτέρω στη διάταξη του άρθρου 13 του ίδιου νόμου όπως είχε αντικατασταθεί με το άρθρο 4 του Ν.2256/1994 (Α 196) και συμπληρωθεί με το άρθρο 33 του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ Α 81/2005) αντικαταστάθηκε εκ νέου ως άνω με το άρθρο 28 του Ν.3846/2010 (ΦΕΚ Α 66/11-05-2010), ορίζοντας ότι: 1. Η ιατρική και οδοντιατρική Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους εξής φορείς: α. Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, β. Ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, γ. Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, δ. Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.» ενώ με τις επόμενες παραγράφους παρέχεται εξουσιοδότηση για την έκδοση ΠΔ με το οποίο θα ρυθμιστούν οι ειδικότερες προϋποθέσεις, όροι και προδιαγραφές αδειοδότησης και λειτουργίας των φορέων Π.Φ.Υ.

Απαιτείται συνακόλουθα τροποποίηση του άρθρου αυτού με προσθήκη μίας παραγράφου στην οποία θα προβλέπονται ως άλλη μορφή παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας οι ιδιωτικοί φορείς ημερήσιας νοσηλείας.

Σταθμοί στην χειρουργική της μιας μέρας

- Ries (1899) USA: Γρήγορη κινητοποίηση, λιγότερες επιπλοκές
- Nicoll (1909) UK: 8.988 επεμβάσεις σε 10 έτη σε παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες
- Churchill & Mc Nail (1927) UK : Παρατήρησαν την έκπτωση λειτουργίας των ζυγαριών οργάνων από την παρατεταμένη κατάκλιση
- Herzfeld (1938) UK : 1000 παιδιατρικοί ασθενείς με αποκατάσταση κήλης
- Wright (1951) UK : Πλεονεκτήματα της γρήγορης κινητοποίησης στην φλεβική κυκλοφορία
- Farguharson (1955) UK : Μείωση της λίστας αναμονής
- Stephens & Dudley (1961) UK: Καλή επιλογή ασθενών, υψηλή ποιότητα αναισθησίας, καλή χειρουργική τεχνική
- Dornette (1968) USA : Υποστήριξε και θεμελίωσε την ανεξάρτητη παροχή υπηρεσιών για την χειρουργική της μιας μέρας
- Williams (1968) & Ruddey (1971) UK : Κρατίδια για την χειρουργική μιας μέρας
- Reed & Ford (1974) USA: "Surgicenter" στο Φόινικς της Αριζόνας
- Corliss (1975) FRG: Αναισθησία μιας μέρας
- Ogg (1980) UK : Ορισμός των σταδίων ανάνηψης από την αναισθησία της μιας μέρας.
- USA: Σύσταση εταιρείας για την αναισθησία της χειρουργικής μιας μέρας
- UK : Guidelines από Royal College Surgeons of England
- 1989 UK : Σύσταση της Βρετανικής Εταιρείας για την χειρουργική μιας μέρας

Επιστημονική Βιβλιογραφία:

1. Παρουσίαση λειτουργίας χειρουργικής μονάδας ημερήσιας νοσηλείας σε Ογκολογικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο, Α. Παπαδόπουλος, Θ. Μπαθιασοπούλου, Κ. Αρμένη, Π. Παπαχαράλαμπος, Ε. Φιλίππουλος, Ε. Χονδρέλη, ΙΑΤΡΙΚΗ, 94(4), 579-582, 2008 - Ερευνητική εργασία
2. ACS SURGERY Principles and Practice 2003 p.538-553
3. Cannizzaro MA, Caruso L, Costanzo M. et al. Surgery of thyroid pathologies in one-day surgery, *Ann Ital Chir* 73 (5): 501-503, 2002
4. Pineault R, Constandriopoulos AP, Valois M. et al. Randomized clinical trial of the day surgery. Patient satisfaction, clinical outcomes and costs, *Med Car* 23 (2): 171-82, 1985.
5. Schecter W.P., Bogard F.S., Gainer B.J. et al. Pain control in outpatient surgery, *J Am Coll Surg.* 195: 95-104, 2002.
6. Jarrett P.E.M. Day Case Surgery, *Surgery*, 13: 1, 5-7, 1995.
7. Marei G., Chung F., Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery, *Ann Surg.* 230: 721, 1999.
8. Tony D., Chung F., Wong D, Predictive factors in global and anaesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients, *Anaesthesiology*, 87: 856, 1997.
9. Outpatient dermatology major surgery: a 1-year experience in a Spanish tertiary hospital, Fernández-Jorge B, Peña-Penabad C, Vieira V, Paradelo S, Rodríguez-Lozano J, Fernández-Entraigo A, García-Silva J, Fonseca E., *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006 Nov;20(10):1271-6
10. Current issues in dermatologic office-based surgery. The American Academy of Dermatology Joint AAD/ASDS Liaison Committee (No authors listed), *Dermatol Surg.* 1999 Oct;25(10):806-15. Erratum in: *Dermatol Surg* 2000 May;26(5):508.
11. Current surgical management of skin cancer in dermatology, Roenigk RK, Roenigk HH Jr., *J Dermatol Surg Oncol.* 1990 Feb;16(2):136-51. Review.