

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
"Μελέτη Κλινικών Δεδομένων & εφαρμογή στο Αρεταίειο
Νοσοκομείο"**

**Εισηγητής : Δρ. Παπουτσής Ιωάννης
Επ. καθηγητής**

**Σπουδάστριες
Βουτσιλάκου Αθανασία & Μαρμάρου Μαρία**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1998

Αφιερωμένη

Στους γονείς μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

A. ΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1-1.
A.1 Ανάλυση κλινικών δεδομένων.....	1-5.
A.2 Κλινικά δεδομένα και ΙΦΑ.....	1-8.
A.3 Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.....	1-11.
A.4 Η φύση των αποτελεσμάτων.....	1-12.
A.5 Οικονομική και κλινική βάση δεδομένων.....	1-14.
A.6 Συγκρίσεις δεδομένων.....	1-16.
A.7 Ακρίβεια κλινικών δεδομένων- Συστήματα Ολικής Ποιότητας.....	1-17.

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

B.1 Συγκέντρωση δεδομένων Νοσοκομείων – Περίπτωση Illinois..	1-20.
B.2 Η δραστηριοποίηση του σχεδίου των κλινικών δεικτών των Maryland και MAYO.....	1-26.
B.3 Κλινικά δεδομένα τραύματος.....	1-30.

Γ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	1-32.
---------------------------------	-------

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ . ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Εισαγωγή	2-1.
2.1. Ο ορισμός των ουσιωδών δεικτών της ποιότητας.....	2-4.
2.2. Εξέλιξη.....	2-5.
2.3. Η πολιτική του ΑCHCS.....	2-7.
2.4. Τι είναι ένας κλινικός δείκτης	2-7.
2.5 Δομή των κλινικών δεικτών.....	2-9.
2.6. Πως πρέπει να συλλέγονται τα δεδομένα των δεικτών	2-10.
2.7. Πιστότητα των δεδομένων των κλινικών δεικτών.....	2-10.
2.8. Σκοποί της ανάπτυξης των κλινικών δεικτών	2-11.
2.9. Διαμόρφωση των κλινικών δεικτών από τα τρέχοντα ποιοτικά προγράμματα	2-12.
2.10. Νοσοκομειακές αναλογίες	2-13.

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ - ΤΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ.**

Εισαγωγή.....	1-1.
1.1. Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα Αρεταίειου.....	1-2.
1.2. Στόχοι.....	1-3.
1.3. ΙΦΑ Αρεταίειου.....	1-4.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΒΑΣΗΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ.**

2.1.Εισαγωγή.....	2-1.
2.2.Χειρουργική κλινική.....	2-5.
2.3.Συμπεράσματα Χειρουργικής κλινικής.....	2-12.
2.4.Γυναικολογική κλινική.....	2-13.
2.5.Συμπεράσματα Γυναικολογικής κλινικής.....	2-21.
2.6.Χειρουργική και Γυναικολογική κλινική.....	2-23.
2.7.Συμπεράσματα Χειρουργική και Γυναικολογική κλινικής.....	2-34.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ - ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ.

3.1.Γενικά.....	3-1.
3.2.Είδη δεικτών.....	3-2.
3.3.Δείκτες Μέτρησης της Απόδοσης του Νοσοκομειακού Συστήματος.....	3-4.
3.4.Συμπεράσματα δεικτών.....	3-9.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Γενικά Συμπεράσματα.....	1.
--------------------------	----

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ACHCS =	Australian Council on Health Care Standards: Αυστραλιανό Συμβούλιο Υγείας σχετικά με τα Πρότυπα Θεραπείας.
AHA =	American Hospital Association: Αμερικανική Νοσοκομειακή Οργάνωση.
CCE =	Clinical Claim Edit : Κλινική Υποστήριξη των Εντύπων που εκδίδονται.
CHA =	Colorado Hospital Association: Νοσοκομειακή Οργάνωση του Κολοράντο.
DRG - APR =	Diagnostic Related Groups - All Patients Refined: Διαγνωστικά Συσχετισμένες Ομάδες - Οι προς βελτίωση ασθενείς.
ERL =	Electronic Reference Library: Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη Αναφορών.
JCAHCO =	Join Commission on Accreditation of Health Care Organizations: Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας.
HDA =	Health Data Analysis: Ανάλυση των Δεδομένων Υγείας.
HELIOS =	Hellenic Integrated Hospital Information System: Ελληνικό Ολοκληρωμένο Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Σύστημα.
HCIS =	Health Care Information System: Πληροφορικό Σύστημα Υγείας.
NHA =	New Hospital Association: Νέα Νοσοκομειακή Οργάνωση.
QA =	Quality Activities: Δραστηριότητες Ποιότητας.
TQM =	Total Quality Management: Ολική Διαχείριση Ποιότητας.
UB -82 =	Uniform Billing - 82: Τυποποιημένος Λογαριασμός του 82.

UHDC =	Utah Health Data Committee: Επιτροπή των Δεδομένων Υγείας του Utah.
ΑΕΠ =	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.
ΔΕΗ =	Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού.
ΔΥ =	Δημόσιοι Υπάλληλοι.
ΙΚΑ =	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
ΙΠΣΝ =	Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου.
ΙΦΑ =	Ιατρικός Φάκελος Ασθενών.
ΟΓΑ =	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων.
ΟΟΣΑ =	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΝΣ =	Πληροφοριακό Νοσοκομειακό Σύστημα.
ΤΕΒΕ =	Ταμείο Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδος.
ΤΣΑΥ =	Ταμείο Συνταξιοδότησης Αυτοκινητιστών

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία, έγινε με σκοπό την εκμετάλλευση και έρευνα των κλινικών στοιχείων που συγκεντρώνονται με σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων κλινικών δεικτών. Αυτή έγινε μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος στο Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, που πιστεύετε ότι δεν υπάρχει μέχρι σήμερα παρόμοιο στον Ελληνικό Δημόσιο χώρο, το οποίο να συλλέγει κλινικά δεδομένα κατά την φάση του κύκλου νοσηλείας του ασθενή.

Αρχικά γίνεται μια θεωρητική παρουσίαση των κλινικών δεδομένων και των δεικτών που προκύπτουν από αυτά. Ποια είναι δηλαδή αυτά τα δεδομένα και τι είδους δείκτες θα πρέπει να εξάγονται.

Στη συνέχεια, στηριζόμενοι στα στοιχεία που πήραμε από τη Βάση Δεδομένων του Αρεταίειου Νοσοκομείου προσπαθήσαμε να δώσουμε μια εικόνα της απόδοσης του Νοσοκομείου και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη λειτουργικότητα του.

Βέβαια, θα πρέπει να επισημάνουμε την αδυναμία του συστήματος να μας δώσει πλήρη και ακριβή στοιχεία, λόγω της μερικής του λειτουργίας στην οποία βρίσκεται σήμερα (περίοδος διεξαγωγής της έρευνας αυτής).

Ο παράγοντας αυτός δεν επέτρεψε την επιτυχία της προσπάθειάς μας να καταλήξουμε σε καίρια και ουσιώδη αποτελέσματα, παρατηρήσεις και προτάσεις για τη λειτουργία και απόδοση του Νοσοκομείου.

Παρ' όλα αυτά, πιστεύουμε πως έχουμε κάνει ένα σημαντικό πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση βελτίωσης της νοσοκομειακής απόδοσης, μέσω κλινικών δεικτών που προκύπτουν άμεσα από τα δεδομένα του ίδιου του Νοσοκομείου. Έτσι ελπίζουμε να βοηθήσουμε όσους ασχοληθούν στο μέλλον με την ανάλογη έρευνα παρέχοντας την πρώτη επεξεργασία στοιχείων που συλλέχθηκαν μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος.

Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε όσους βοήθησαν και συνεργάστηκαν πρόθυμα για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας. Ιδιαίτερα την Διευθύντρια Οικονομικών του Αρεταίειου Νοσοκομείου, κ.Γεωργίου Αικατερίνη, για την βοήθειά της. Στη συνέχεια, ευχαριστούμε τον καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας, κ.Χρήσιμο Σταύρο, για τη βοήθειά του στην ανάλυση των κλινικών δεικτών, οι οποίοι προκύπτουν από τα κλινικά δεδομένα της βάσης. Τέλος, εκφράζουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον εισηγητή του θέματος, κ.Παπουτσή Ιωάννη, για την άριστη συνεργασία του και βοήθειά του στην ολοκλήρωση της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθούμε στην παρούσα εργασία είναι η επεξεργασία κλινικών δεδομένων και ο έλεγχος της ποιότητας τους, καθώς επίσης και η επεξεργασία αυτών στη Βάση δεδομένων του Αρεταίειου.

Θα κινηθούμε σε τρεις βασικούς άξονες οι οποίοι ανάγονται στα εξής :

- ◆ Θεωρητική μελέτη των κλινικών δεδομένων.
- ◆ Τα κλινικά δεδομένα στον Ιατρικό Φάκελο του Αρεταίειου.
- ◆ Επεξεργασία κλινικών στοιχείων και συμπεράσματα της έρευνας.

Το **Πρώτο Μέρος** αποτελείται από τα εξής :

- Α. Κλινικά δεδομένα
- Β. Στοιχεία εφαρμογής κλινικών δεδομένων
- Γ. Ελληνική πραγματικότητα
- Δ. Στοιχεία κλινικών δεικτών

Το πρώτο μέρος (Α) περιλαμβάνει:

Μια περιγραφή των Πληροφοριακών Συστημάτων των Νοσοκομείων καθώς και των κλινικών αναγκών που οδηγούν στην χρησιμοποίησή τους. Ειδικότερα αναφέρει :

- Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των κλινικών δεδομένων και είναι αυτά που καταγράφονται στον ΙΦΑ (Ιατρικός Φάκελος Ασθενή)
- Τις περιοχές στις οποίες γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και ποια είναι η φύση (μορφή) αυτών.
- Στη συνέχεια δίνεται η οικονομική και κλινική υπόσταση των δεδομένων και οι συγκρίσεις που μπορούν να γίνουν μεταξύ διαφόρων δεδομένων.
- Γίνεται αναφορά στις μεθόδους αξιολόγησης, της ακρίβειας και πιστότητας των δεδομένων και στο πώς αυτά επηρεάζουν τη Συνολική Διαχείριση της Ποιότητας (TQM).

Το δεύτερο μέρος (Β) περιλαμβάνει:

- Τη συγκέντρωση των δεδομένων των Νοσοκομείων και γίνεται αναφορά στην περιοχή του Illinois.
- Στη συνέχεια παρουσιάζεται το σχέδιο των κλινικών δεικτών στους οργανισμούς Maryland και Mayo.
- Τέλος, γίνεται αναφορά σε μια ειδική περίπτωση κλινικών δεδομένων τραύματος.

Στο τρίτο μέρος (Γ) γίνεται :

- Μια σύντομη παρουσίαση της επικρατούσας Ελληνικής κατάστασης.

Όσον αφορά το κεφάλαιο των δεικτών, κάνουμε αρχικά μια γενική παρουσίαση τους. Στη συνέχεια αναφερόμαστε στην αρχική εμφάνιση και την εξελικτική τους πορεία, μέσω της συμβολής και της βοήθειας οργανισμών, όπως το JCAHCO. Δίνεται ο ακριβής ορισμός του δείκτη και η δομή αυτού. Στη συνέχεια αναφερόμαστε στον τρόπο συλλογής των δεδομένων και στην διαδικασία αξιολόγησής τους, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η πιστότητα και ακρίβεια των εξαγόμενων δεικτών. Αναφέρονται στη συνέχεια οι σκοποί της ανάπτυξης και κλείνει το πρώτο μέρος με κάποιες ενδεικτικές Νοσοκομειακές αναλογίες, που θα χρησιμοποιήσουμε στο δεύτερο, ερευνητικό μέρος.

Το **Δεύτερο Μέρος** είναι το κατ' εξοχήν ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας και αποτελείται από :

- Μια αναφορά στο ΠΝΣ του Αρεταίειου
- Την επεξεργασία των στοιχείων της Βάσης Δεδομένων
- Κλινικούς δείκτες της απόδοσης του Νοσοκομείου
- Τελικά συμπεράσματα

Τα παραπάνω μέρη αναλύονται ως εξής :

- Αρχικά γίνεται μια αναφορά στο ΠΝΣ του Αρεταίειου, χωρίς την ύπαρξη του οποίου θα ήταν αδύνατο να δουλέψουμε στη συνέχεια δίνονται οι

στόχοι του και μια ανάλυση του ΙΦΑ, που διατηρείται στο Νοσοκομείο, για το είδος, την ποιότητα και ποσότητα των στοιχείων που περιλαμβάνει.

- Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η επεξεργασία των στοιχείων της Βάσης Δεδομένων, με τη βοήθεια του προγράμματος Excel. Η διαδικασία αυτή χωρίζεται σε τρεις φάσεις.
 - Πρώτα επεξεργαζόμαστε, με πίνακες και σχεδιαγράμματα, τα στοιχεία που αναφέρονται στη Χειρουργική Κλινική.
 - Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για τη Μαιευτική Κλινική.
 - Τρίτον, χρησιμοποιούμε πίνακες που συσχετίζουν τις δύο κλινικές και δείχνουν τη συνολική εικόνα του Νοσοκομείου.

- Στο κεφάλαιο των δεικτών, αφού γίνει μια σύντομη αναφορά στους δείκτες, το σκοπό και τη χρήση τους, παρουσιάζονται σε δύο πίνακες οι κλινικοί δείκτες που εξάγονται από τα δεδομένα του Νοσοκομείου κατά τα έτη 1996 και 1997.

- Τέλος, καταλήγουμε σε συμπεράσματα που προκύπτουν από το σύνολο της εργασίας.

Βέβαια για την επίτευξη των παραπάνω απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ακρίβεια και η αντικειμενικότητα των στοιχείων που επεξεργαζόμαστε. Και στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το Πληροφοριακό Σύστημα εγκαταστάθηκε στο Νοσοκομείο το Μάιο του 1996 και για τον πρώτο τουλάχιστο χρόνο η χρήση του ήταν σε μεγάλο βαθμό δοκιμαστική, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις. Ακόμα και σήμερα θα λέγαμε ότι το σύστημα βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο. Πραγματικά κλινικά δεδομένα σχεδόν δεν υπάρχουν. Η εργασία μας είναι ουσιαστικά μια πρώτη πιλοτική έρευνα ενός συστήματος που απαρτίζεται από δύο μόνο κλινικές. Αρκετά από τα στοιχεία που θα επεξεργαστούμε δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική εικόνα του και είναι υπαίτια για την εξαγωγή κάποιων μη αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Δυστυχώς εμείς δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα γι' αυτό, μια που είμαστε οι απλοί μελετητές του συστήματος και θα επιχειρήσουμε την όσο το δυνατό καλύτερη παρουσίασή του. Ελπίζουμε οι μελλοντικοί ερευνητές να έχουν στα χέρια τους πιο αξιόπιστα στοιχεία, έτσι ώστε να αποδώσουν πραγματικά αυτό που εμείς θα επιχειρήσουμε στη συνέχεια. Γι' αυτό το λόγο ζητάμε την κατανόηση όσων θα μελετήσουν την εργασία μας, λαμβάνοντας υπόψην τους όλα τα παραπάνω.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

A. ΜΕΡΟΣ

ΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σήμερα όλες οι βιομηχανικές χώρες έχουν αναπτύξει σύγχρονα συστήματα υγείας με αποτέλεσμα να εφαρμόζουν κάποια μορφή σφαιρικής συγκράτησης των δαπανών. Τα συστήματα υγείας σε όλον τον κόσμο εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν μια σοβαρή κρίση που συνδέεται άμεσα με το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παραχής των υπηρεσιών υγείας.

Το μεγαλύτερο υποσύστημα στο σύστημα υγείας είναι το Νοσοκομειακό. Ένας σημαντικός συντελεστής του συνολικού υγειονομικού λειτουργικού κόστους είναι τα κόστη των νοσοκομείων. Σήμερα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τον προϋπολογισμό. Τα νοσοκομεία αποστέλλουν στο Υπουργείο Υγείας στατιστικές καταστάσεις από τις οποίες προκύπτουν τα κλινικά δεδομένα στο χώρο της Υγείας. Δεν υπάρχει σήμερα στην ουσία κανένα ακριβές σύστημα διασφάλισης της ποιότητας, της καταλληλότητας και ιδιαίτερα της αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας. Τα νοσοκομεία του ελληνικού χώρου παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα σε θέματα οργάνωσης – διαχείρισης πόρων και ελέγχου.

Ένας από τους άμεσους στόχους του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών πληροφόρησης. Η σύγχρονη διοικητική διαχείριση προϋποθέτει σημαντική διεύρυνση και τελειοποίηση της πληροφόρησης και της στατιστικής ανάλυσης. Η λήψη αποφάσεων πρέπει να βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια, διότι η ακριβής πληροφόρηση είναι το κλειδί για την σύγχρονη διοίκηση των νοσοκομείων.

Στα νοσοκομεία προβλέπεται να ακολουθηθεί η πολιτική της αυτόνομης διαχείρισης. Η πολιτική οργάνωσης ενός Ενοποιητικού Ταμείου πιθανόν να οδηγήσει σε ανταγωνιστική βάση των οργανισμών φροντίδας για την προσέλκυση ασθενών. Έτσι η απώλεια ασθενών συνεπάγεται την απώλεια χρηματοδότησης, την οποία στη συνέχεια ακολουθεί το σύστημα χρηματοδότησης με βάση την απόδοση.

Οι διεθνείς εφαρμογές των συστημάτων υγείας καθώς επίσης και η πολιτική για ορθολογική διαχείριση και έλεγχο των πόρων στα νοσοκομεία, έχουν οδηγήσει στην ανάγκη μιας μορφής διαχείρισης, η οποία για να εφαρμοστεί στα νέα δεδομένα και στις νέες απαιτήσεις, απαιτεί να καταμετρηθούν οι δοσοληψίες και τα στοιχεία που δημιουργούνται. Η γνώση του μεγέθους των πόρων που διατίθενται για την Ιατρική και Νοσηλευτική πρακτική είναι καθοριστικής σημασίας για τη διοίκηση και τις αποφάσεις που πρέπει να παίρνει.

Τα νοσοκομεία προκειμένου να βελτιώσουν και να επεκτείνουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν, να βελτιώσουν τη χρήση των πόρων που κατέχουν και να μειώσουν το κόστος λειτουργίας τους, επιδίδονται όλο και περισσότερο στην πρόβλεψη της μελλοντικής ζήτησης για παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας.

Σε καμιά περίπτωση η σωστή διαχείριση των πόρων δεν πρέπει να γίνεται σε βάρος των κλινικών αναγκών, μια που η κλινική δραστηριότητα είναι σε τελική ανάλυση το κύριο αντικείμενο των νοσοκομείων. Από κλινική άποψη τα ιατρικά δεδομένα, όπου αυτά τηρούνται, χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια και έλλειψη μηχανογράφησης. Η διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών είναι σχεδόν ανύπαρκτη και αποκλίνουν από τις πληροφορίες που δίνουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

Αποκλειστικός στόχος πλέον των ΠΝΣ, Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας, είναι η παροχή κατάλληλων πληροφοριών για έρευνα ή εκπαίδευση ή κλινική αξιολόγηση ή για οικονομικούς λόγους ή για προγραμματισμό. Δυστυχώς όμως οι σύγχρονες τάσεις δεν θεωρούν αυτοσκοπό το γεγονός ότι οι πληροφορίες πρέπει να εξάγονται από τα αναλυτικά δεδομένα της κλινικής δραστηριότητας. Και έτσι οι πληροφορίες είναι κατάλληλες μόνο επιμέρους λειτουργίες ή για διοικητική χρήση και όχι για κλινική.

Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων

Η αναγκαιότητα των ΠΝΣ διακρίνεται σύμφωνα με τις διοικητικές και ιατρικές ανάγκες. Οι επιχειρησιακές ανάγκες που οδηγούν κατά κύριο λόγο σε εγκατάσταση πληροφορικών συστημάτων σε ορισμένο είναι :

- η συγκράτηση κόστους στην ελεγχόμενη παροχή φροντίδας
- η αποτελεσματική διαχείριση του Νοσοκομείου
- ο σχεδιασμός των Νοσοκομειακών υπηρεσιών
- η εξάλειψη χρονοβόρων χειρόγραφων διαδικασιών
- η υποστήριξη της συγχώνευσης και συνεργασίας των μονάδων παροχής φροντίδας

Οι κλινικές ανάγκες οι οποίες οδηγούν σε εγκατάσταση συστημάτων είναι κυρίως:

- η αυτοματοποίηση ιατρικού φακέλου
- η εξαγωγή συγκριτικών αποτελεσμάτων
- η ιατρική και κλινική έρευνα
- η παροχή υποστήριξης αποφάσεων
- η παροχή και αξιοποίηση κλινικών κατευθύνσεων

Η ανάπτυξη των Εθνικών παροχών υγείας σε όλο τον κόσμο έχει αναδείξει νέες απαιτήσεις για στοιχεία στο ΠΝΣ και κυρίως στο φάκελο του ασθενή. Πολλοί ενδιαφερόμενοι φορείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν και να αξιολογήσουν τα στοιχεία αυτά.

Τα αρχεία υγείας είναι η πηγή για πολλές πληροφορίες που χρειάζονται για την γέννηση, τον θάνατο, το πιστοποιητικό θανάτου τα οποία με τη σειρά τους είναι χρήσιμα για κάθε ζωτικό αρχείο της πολιτείας.

Οι επαγγελματίες στη διοίκηση των πληροφοριών της υγείας πρέπει να καταλάβουν τη σημασία της γρήγορης και ακριβούς ολοκλήρωσης αυτών των νόμιμων εντύπων. Η αναγνώριση της ακρίβειας των δεδομένων του

ασθενή και η επιβεβαίωση της πληροφορίας και πιστοποίησης θανάτου, ολοκληρώνεται από το νοσοκομείο και τους παθολόγους και το αποτέλεσμα της πληροφορίας φτάνει στην ολοκλήρωση από το νεκροτομείο του νοσοκομείου. Αντίγραφα ή έντυπα από αυτές τις αιτήσεις διατηρούνται στο αρχείο για μελλοντική αναφορά.

Οι ειδικοί στη διοίκηση των πληροφοριών της υγείας πρέπει να είναι εντελώς εξοικειωμένοι με τους κανονισμούς της πολιτείας τους, έτσι ώστε να ακολουθούνται σωστές διαδικασίες.

A.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η φύση των κλινικών δεδομένων διακρίνεται από τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά :

A) Πολυπλοκότητα : Τα δεδομένα στον χώρο της ιατρικής παρουσιάζουν μεγάλες ιδιαιτερότητες και η προσπάθεια αποτύπωσής τους σ' ένα πληροφοριακό σύστημα απαιτεί λεπτομερή ανάλυση και σχεδιασμό.

Πολλά απλά στοιχεία, όπως π.χ. η καταγραφή της πίεσης του ασθενή απαιτούν σύνθετες δομές. Το παράδειγμα της αρτηριακής πίεσης που αναλύουμε στη συνέχεια αποτελεί μια απλή ένδειξη της πολυπλοκότητας που υπάρχει στα δεδομένα.

Η μέτρηση της πίεσης για πολλούς κλινικούς σκοπούς μπορεί να καταγραφεί με μια συνδυασμένη είσοδο συστολικής – διαστολικής (π.χ. 120/80) και αυτό θεωρείται αρκετό. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όμως, που για την παρακολούθηση της εξέλιξης των αποτελεσμάτων να απαιτείται μια γραφική παρουσίαση της πίεσης, η οποία είναι μεν βοηθητική, αλλά δεν συνεπάγεται την δυνατότητα διαχωρισμού στην ανάγνωση σε συστολική – διαστολική.

Άλλες φορές η καταγραφή της πίεσης στο σύστημα μπορεί να είναι ένα συνδυασμός μιας αριθμητικής και μίας αλφαβητικής εισόδου, π.χ. «συστολή : 60, διαστολή :Μη μετρήσιμη).

B) Ακρίβεια και αβεβαιότητα : Δεδομένα όλων των τύπων όταν αποτυπώνονται, μεταφέρουν βαθμούς αβεβαιότητας. Αυτό σχετίζεται με όλες τις πληροφορίες αλλά ειδικά με τα κλινικά ευρήματα και τις ερμηνείες. Η χρήση γλώσσας για περιγραφή των αβεβαιοτήτων είναι συχνά ασαφής.

Διάφοροι ερευνητές έχουν αποδείξει τη μεγάλη διαφωνία για τη σημασία κοινών όρων, όπως π.χ. ο προσδιορισμός της οξύτητας ή του κινδύνου σε μια κατάσταση είναι συχνά τόσο σημαντικός όσο και η καταγραφή των

ευρημάτων και μπορεί να είναι η μοναδική βάση για τη διαχειριστική απόφαση. Ο φάκελος του ασθενή απαιτεί αναγνώριση αυτών των πληροφοριών για δυνατή έκφραση των απόψεων των κλινικών.

Πολλά δεδομένα καταγράφονται αφηγηματικά, ενώ άλλα καταγράφονται με συγκοπτόμενο τύπο. Υπάρχουν εκφράσεις που έχουν τυποποιηθεί, όπως «οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου» και συνήθως χρησιμοποιούνται από ένα σύνολο όρων. Πολλά δεδομένα έχουν αριθμητικές τιμές (π.χ. βάρος, χοληστερίνη).

Γ) Τύποι δεδομένων. Γενικά τα δεδομένα του ΙΦΑ του ΠΝΣ είναι δύο ειδών:

- Δομημένα (π.χ. αριθμός μητρώου, ονοματεπώνυμο κ.λ.π.).
- Μη δομημένα, όπου περιλαμβάνονται:
 - Ελεύθερα κείμενα (π.χ. σημειώσεις νοσοκόμων και ιατρών, περιγραφικές γνωματεύσεις κ.α.)
 - Απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και απλές τομογραφίες, υπέρηχοι κ.λ.π.) που βρίσκονται σε μορφή στατικών εικόνων.
 - Ηλεκτροκαρδιογραφήματα που βρίσκονται σε μορφή βιοσημάτων και αποτελούν ηλεκτρονικά κωδικοποιημένα έξοδα κάποιας καταγραφικής συσκευής.
 - Ενδοσκοπικές εξετάσεις (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση κ.λ.π.) που βρίσκονται σε μορφή VIDEO.
 - Ηχοκαρδιογραφήματα σε μορφή ήχου.
 - Εικόνες (π.χ. αξονικές τομογραφίες, ακτινοβολίες) καθώς και σήματα (π.χ. καρδιογραφήματα, εγκεφαλογραφήματα).

Δ) Ασφάλεια και Απόρρητο Δεδομένων: Μεταξύ των σημαντικών προτεραιοτήτων είναι η ανάπτυξη πολιτικών και τεχνολογιών που εξασφαλίζουν την ασφάλεια και το απόρρητο των ιατρικών δεδομένων.

Πολλές τεχνολογίες είναι διαθέσιμες και παρέχουν ακεραιότητα και ασφάλεια.

Σε μια πρόσφατη έρευνα παρατηρήθηκε ότι προσπελάσιμα στοιχεία είναι τα δημογραφικά στοιχεία, ορισμένες πληροφορίες κατάστασης υγείας, ατυχήματα και τραύματα κ.λ.π. Ενώ αντίθετα απόρρητα στοιχεία είναι π.χ. τρόπος ζωής του ασθενή, επικοινωνία ασθενών – ιατρού, ψυχιατρικά κ.λ.π.

A.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΙΦΑ

Ο βασικός πυρήνας του ΠΝΣ είναι ο Ιατρικός Φάκελος Ασθενών **ΙΦΑ** (Ιατρικός Φάκελος Ασθενών) που αφορά την υποστήριξη της διαδικασίας παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς, με το μικρότερο δυνατό κόστος. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη θεωρούμε ότι όλες οι πληροφορίες του ΙΦΑ, όπως αυτές παράγονται και χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της παροχής ιατρικής φροντίδας προς τους ασθενείς, αποτελούν τη μόνη ρεαλιστική βάση για την κατασκευή και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου ΠΝΣ.

Τα δεδομένα του Ιατρικού Φακέλου, όπως αυτός διαμορφώνεται σε χώρες του εξωτερικού, ομαδοποιούνται σε δώδεκα κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής παρακάτω :

- Δημογραφικά στοιχεία.
- Στοιχεία διεύθυνσης του ασθενή.
- Περίληψη της διάγνωσης.
- Αρχική διάγνωση και το ιστορικό του ασθενή.
- Δεδομένες εξετάσεις και μετρήσεις στις οποίες υποβάλλουν τους ασθενείς οι παθολόγοι.
- Προγράμματα θεραπείας.
- Διαγνωστικά τέστ.
- Πληροφορίες για την θεραπευτική αγωγή που χορηγήθηκε στον ασθενή σύμφωνα πάντα με την ιατρική άποψη.
- Σημειώσεις προόδου του ασθενή και κλινικά αποτελέσματα.
- Χορηγούμενες θεραπείες και διαδικασίες αυτών.
- Συνολική χρέωση του ασθενή.

Τα δεδομένα που καταγράφονται για κάθε ασθενή και αφορούν αυτές τις δώδεκα κατηγορίες αναλύονται παρακάτω.

- Περιγραφή της κατάστασης του ασθενή κατά την είσοδο του.
- Περιγραφή της κατάστασης του ασθενή κατά την έξοδο του.

- Όνομα.
- Όνομα μητέρας.
- Ημερομηνία γέννησης.
- Γένος.
- Εθνικότητα.
- Διεύθυνση.
- Τηλέφωνο.
- Οικογενειακή κατάσταση.
- Αριθμός λογαριασμού.
- Λογαριασμός κοινωνικής ασφάλειας.
- Κωδικός ιατρού.
- Κωδικός συμβούλου.
- Αρχικός ιατρός.
- Χρόνος άμεσης επαφής.
- Αναφορά του άμεσα συγκαταβαλομένου για τις ιατρικές αποφάσεις.
- Δωρητής οργάνων.
- Αναμενόμενη αρχική πηγή πληρωμής.
- Πραγματική πηγή πληρωμής.
- Πρωταρχική κατάσταση του ασθενή.
- Κωδικός συνολικής χρέωσης.
- Τύπος συμβάντος.
- Ημερομηνία, χρόνος διεξαγωγής του συμβάντος.
- Εξέταση αν το γεγονός σχετίζεται με χρήση ναρκωτικών.
- Προτεινόμενη αγωγή.
- Γεγονός που προκλήθηκε από ή κατά την διάρκεια εργασίας.
- Απασχόληση του ασθενή.
- Περιγραφή του γεγονότος του τραυματισμού.
- Διεύθυνση του σημείου όπου προκλήθηκε το συμβάν.
- Μηχάνημα που προκάλεσε τον τραυματισμό.
- Εξωτερική περίπτωση τραύματος.
- Κατηγοριοποίηση της περίπτωσης του τραύματος.
- Εξέλιξη του τραύματος.
- Ημερομηνία και χρόνος άφιξης.

- Ουσιαστική συστολή της πίεσης του αίματος.
- Ουσιαστική διαστολή της πίεσης του αίματος.
- Πραγματικοί σφυγμοί.
- Τρέχουσα θερμοκρασία.
- Ενδεικτική για την περίπτωση ιατρική αγωγή.
- Ημερομηνία / χρόνος ουσιαστικής φυσικής επαφής.
- Διαδικασία που λαμβάνει χώρα.
- Ημερομηνία / χρόνος της διαταγής για την έναρξη της διαδικασίας.
- Ημερομηνία / χρόνος εκκίνησης.
- Ημερομηνία / χρόνος τελειοποίησης.
- Τύπος αποτελέσματος.
- Αναφορά αποτελέσματος.
- Ημερομηνία / χρόνος αναφερόμενου αποτελέσματος.
- Κωδικός διάγνωσης.
- Τελικό αποτέλεσμα.
- Διάφορες διευκολύνσεις
- Κατάσταση εξόδου του ασθενή.
- Περιγραφή της ιατρικής αγωγής και χρέωση της στον τελικό λογαριασμό.

Α.3 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι περιοχές εφαρμογής στις οποίες έχουμε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι:

- Κλινική επιδημιολογία
- Βιοστατιστική
- Εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας
- Έρευνα των αποτελεσμάτων
- Ανάπτυξη κλινικής κατευθυντήριας γραμμής (πρωτόκολλο θεραπείας)
- Συνεχή ποιοτική βελτίωση
- Ποσοτική, ποιοτική περιγραφή
- Υποστήριξη κλινικών αποφάσεων (DSS)

Κοινό σε όλες αυτές τις περιοχές είναι η αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων.

A.4 Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα κλινικά αποτελέσματα τα προερχόμενα από την έρευνα είναι πρακτικά και εντάσσονται σε μια ομάδα περιπτώσεων, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν προέλθει από έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας και στις οποίες είναι εμφανής η συνεχή ποιοτική βελτίωση. Ο στόχος της διεργασίας αυτής είναι να ανακαλύψει τις μεθοδολογίες της έρευνας, όπως είναι η κλινική επιδημιολογία, να βρει συνδέσμους και μεσολαβήσεις, οι οποίες τελικά θα μεγιστοποιήσουν τα καλά αποτελέσματα.

Καταβάλλονται φιλόδοξες προσπάθειες για να δρομολογηθούν τα κλιμακώμενα αποτελέσματα της ποιότητας της υγείας. Μερική από την τεράστια επιτυχία των προσπαθειών κατά το γύρισμα του αιώνα, για την αύξηση των επιπέδων της κλινικής φροντίδας αποδίδεται στην προσοχή και αξιοποίηση των κλινικών αποτελεσμάτων. Η φροντίδα των ασθενών και η έρευνα διευκολύνονταν πολύ ύστερα από την εισαγωγή τους και τη συμπλήρωση του ιατρικού φακέλου, ο οποίος συσχετίζει το νοσοκομείο και τις πληροφορίες για την φροντίδα των εξωτερικών ασθενών, μέσα σ' ένα απλό αρχείο. Η καθιέρωση ενός ευρετηρίου για τις ιατρικές διαγνώσεις και τις χειρουργικές διαδικασίες που έλαβαν χώρα, παρέχει μια βάση για τις μετέπειτα μελέτες των αποτελεσμάτων των ασθενών. Αυτή η έρευνα των αρχείων συνεχίζεται για να διορθωθεί σήμερα, παρέχοντας μεγαλύτερη λεπτομέρεια από τα ήδη υπάρχοντα αρχεία.

Τελικά, η διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας απαιτεί λεπτομερή καταγραφή των συνθηκών υγείας των ασθενών και των αποτελεσμάτων αυτής. Στα περισσότερα ιδρύματα, αυτό παραμένει ένα τεράστιο θέμα για τα βασικά αρχεία. Κάθε μελέτη πρέπει να καθορίζει τις λεπτομέρειες, να γίνεται προσεκτικά και να εκδίδει τα αποτελέσματα για υπεράριθμους ασθενείς. Η διαδικασία είναι χρονοβόρα και μπορεί να γίνει περισσότερο αποδοτική μόνο με τη χρήση κάποιων μεθόδων που θα εξετάζουν αν είναι αληθή τα δεδομένα του ασθενή.

Το πρόβλημα σ' εθνικό επίπεδο είναι περισσότερο οξύ, γιατί οι λεπτομερείς πηγές δεδομένων που είναι διαθέσιμες αφορούν μεγάλους πληθυσμούς και περιέχουν τις αρχικές συνθήκες του ασθενή, μεσολαβήσεις και επόμενα αποτελέσματα με πολλές λεπτομέρειες για την κατάστασή του.

Τα προεξέχοντα στοιχεία από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δίνονται παρακάτω :

1. Η εξέταση του ασθενή προσδιορίζει και το μέγεθος του προβλήματός του.
2. Ακολουθεί η αντίληψη του μεγέθους της αρρώστιας.
3. Δίνεται ένας χαρακτηρισμός της μεσολαβητικής διαδικασίας που ακολουθείται, όπως χειρουργείο, φαρμακευτική θεραπεία, ραδιενέργεια.
4. Η μέτρηση του αποτελέσματος που είχε η αγωγή η οποία χορηγήθηκε στον ασθενή περιέχει τις υποκατηγορίες νοσηρότητα, λειτουργικά επίπεδα και ικανοποίηση του ασθενή.

Η διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων απασκοπεί στην ανακάλυψη αρχικών κατευθυντήριων οδών, οι οποίες θα μεγιστοποιούν το αποτέλεσμα και θα ελαχιστοποιούν το κόστος.

A.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι κλινικές και ιατρικές πληροφορίες, που βρίσκονται στη βάση δεδομένων των ασθενών είναι από τα σημαντικότερα και αναγκαία στοιχεία στο πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου.

Η Βάση δεδομένων των ασθενών είναι μια πηγή κριτικής των πληροφοριών, η οποία καθιστά ικανό το νοσοκομείο να κατευθύνει σωστά τα θέματα τα σχετικά με το κόστος, την ποιότητα και τα αποτελέσματα της υγείας του ασθενή.

Υπάρχουν κλινικά και πολλαπλά αρχεία για τους ασθενείς, εξαιτίας των πολλαπλών περιπτώσεων στον τύπο της φροντίδας. Επίσης, υπάρχουν και βάσεις μη συγκρίσιμες με τα πρωτόκολλα και τα αποτελέσματα των διαδικασιών φροντίδας.

Οι σημαντικές και οικονομικές αποφάσεις που προκύπτουν μέσω της επεξεργασίας της βάσης των νοσοκομείων, προάγουν την παροχή φροντίδας καθώς επίσης σημαντικό βαθμό λαθών και την μείωση χρονοβόρων χειρόγραφων διαδικασιών. Προκύπτει επίσης μεγάλο οικονομικό όφελος από την συγκράτηση του κόστους και την αποφυγή εσόδων.

Η επεξεργασία των Βάσεων Δεδομένων γίνεται στα Νοσοκομεία είτε μέσω των αρμοδίων τμημάτων, μέσω εργαλείων πληροφορικής από τους τελικούς χρήστες (end user computing), είτε από το τμήμα πληροφορικής, το οποίο έχει την δυνατότητα να συσχετίζει δεδομένα από διαφορετικούς χώρους και τμήματα και την τεχνολογία που απαιτείται.

Υπάρχει άμεση συσχέτιση των κλινικών και των οικονομικών δεδομένων ενός Νοσοκομείου. Η κοστολόγηση των υπηρεσιών (ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές πράξεις, παροχή φαρμάκων, υγειονομικό υλικό), που παρέχεται στους ασθενείς αποτελεί τον κυριότερο όγκο των οικονομικών δεδομένων και βρίσκεται στην οικονομική βάση δεδομένων. Τα

στοιχεία όμως αυτά προέρχονται και παρέχονται μόνο από την καταγραφή των παρεχόμενων ιατρικών και κλινικών υπηρεσιών, οι οποίες βρίσκονται στη βάση των κλινικών δεδομένων.

A.6 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (BENCHMARKING)

Η μέθοδος benchmarking, εφαρμόζει κριτική σε μια συγκρινόμενη ποιοτική μέτρηση. Λόγω της απουσίας κανονικών στοιχείων, υποχρεώνεται να εξηγήει ευρήματα όπως την υψηλή κλίμακα θνησιμότητας. Έτσι, ένας στόχος κλειδί για αυτή είναι να ελαττώσει τις Νοσοκομειακές απαιτήσεις για τα δεδομένα που γεννιούνται από άλλα και συχνά δημοσιεύονται ευρέως από τον τύπο. Σε μια πρόσφατη έρευνα, των δραστηριοτήτων για την διασφάλιση της ποιότητας, μεταξύ των Νοσοκομείων, η έκδοση των πηγών των συγκρινόμενων δεδομένων, κατατάσσεται ως η δεύτερη πιο σημαντική, μετά τα πρότυπα του JCAHCO (Join Commission on Accreditation of Health Care Organizations), Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας.

Παρά την υποστήριξη της ιδέας ότι η μέτρηση της ποιότητας και η συνεχιζόμενη βελτίωση της είναι τώρα πλέον εξαρτώμενα, είναι δύσκολο να υιοθετηθεί μια διαδικασία που να βελτιώνει τη θεραπεία, χωρίς όμως να δίνονται μερικές βασικές πληροφορίες σχετικά με το τι απαιτείται να βελτιωθεί. Πολλοί συμφωνούν ότι οι κλινικοί δείκτες είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά για διαδικασίες ελέγχων και συγκρίσεων που περιλαμβάνονται στην ευρύτερη περιοχή Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (TQM).

A.7 ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (TQM)

Στα Νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρχει υπεύθυνο τμήμα για την ακρίβεια και την αξιοπιστία της συλλογής δεδομένων καθώς και για την προετοιμασία των στατιστικών εγγράφων ή τον υπολογισμό των νοσοκομειακών δεικτών-αναλογιών. Πολλά στατιστικά αποτελέσματα καταλήγουν σε λάθη, επειδή τα λάθη μπορούν να συμβούν στη διαδικασία εισαγωγής ή κατά τη χρήση των στατιστικών δεδομένων, κατά την υπολογιστική διαδικασία. Υπαλληλικά λάθη μπορούν πάντα να συμβούν, όπως επίσης και λάθη από απροσεξία.

Οι έλεγχοι πρέπει να διενεργούνται σε μια τακτική βάση, επειδή τα δεδομένα έχουν πολλές χρήσεις και είναι ουσιαστικό να είναι αξιόπιστα και η ακρίβειά τους να αντανακλά την φροντίδα που αποδίδεται σε μια δεδομένη περίοδο. Επιπρόσθετα, οι τεχνικές σχηματοποίησης των δεδομένων και επίδειξής τους πρέπει να επιθεωρούνται για να καθορίζεται, όπου χρειάζεται, περισσότερο αποτελεσματική μεθοδολογία. Καθημερινές μελέτες στην ποιότητα ελέγχου, στα ετήσια και στα στατιστικά υπολογιστικά συστήματα, εξασφαλίζουν ότι η ανάγκη επιλογής πληροφοριών γίνεται όσο πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά είναι δυνατόν.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι τα συναθροιζόμενα δεδομένα επιτρέπουν στους γιατρούς να εξετάζουν εξονυχιστικά διάφορα σημεία της θεραπείας, άλλοι πάλι σημειώνουν ότι η άσκηση είναι το πρωταρχικό σημείο για τους μη κλινικούς, αφού οι διαχειριστές δεν είναι εκπαιδευόμενοι σε κλινικές διαδικασίες. Το κύριο όφελος της T.Q.M. (Total Quality Management), Συνολικής Διαχείρισης της Ποιότητας είναι ότι οδηγεί τη διαχείριση πίσω, στη μελέτη των κλινικών διαδικασιών. Οι διαχειριστές μαθαίνουν ποιες κλινικές διαδικασίες πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικές διαγνώσεις και ποια θα είναι η επίδραση αυτών στην κατάσταση του ασθενή. Με το σχέδιο αυτό προάγεται η σκέψη και η συνεργασία μεταξύ των προμηθευτών. Είναι σχεδιασμένο ώστε να παρέχει εμπιστοσύνη και

απαντήσεις στην ερώτηση, πώς να προσδιορίσουν τα ιδρύματα ότι κάνουν το σωστό και αν το κάνουν το ίδιο καλά;

Μετά από μακροχρόνιες παρατηρήσεις των μετρήσεων της ποιότητας, αποδεικνύεται ότι οι γιατροί δεν ενδιαφέρθηκαν ποτέ για καλά κλινικά δεδομένα. Η έλλειψη διαχειριστικής υποστήριξης, είναι ο λόγος που η εξασφάλιση ποιοτικών δραστηριοτήτων δεν κατέληξε ποτέ πουθενά.

Τα προγράμματα T.Q.M. εξασφαλίζουν ένα είδος διαχείρισης η οποία στηρίζεται στην ανάμειξη της διεύθυνσης, καθώς και προμελετημένες δραστηριότητες που επιφέρουν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο διανέμεται η φροντίδα. Πρακτικά δεν φαίνεται τουλάχιστο ότι το ιατρικό προσωπικό δεν ενδιαφέρεται ή του λείπει η επιθυμία να συμμετάσχει σε προγράμματα, που αποτελούν κύριο κομμάτι της ποιοτικής μέτρησης.

Πριν αναφέρουμε τις επερχόμενες εξελίξεις στα ελληνικά νοσοκομεία, είναι σκόπιμο να αναφέρουμε την αποστολή του σύγχρονου μεγάλου νοσοκομείου και τις συνθήκες, μέσα στις οποίες θα λειτουργεί μελλοντικά. Αυτά τα δεδομένα καθορίζουν και το είδος του αναγκαίου Management, που θα πρέπει εσπευσμένα να εισαχθεί στους νοσοκομειακούς οργανισμούς.

Η εξειδίκευση και η ποιότητα αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της Ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Ταυτόχρονα εκπαίδευση / μετεκπαίδευση των στελεχών και η επιστημονική έρευνα, όχι μόνο πρέπει να εντατικοποιηθούν, αλλά είναι απαραίτητο να προσλάβουν σφαιρικές διαστάσεις και να καλύψουν το σύνολο των επαγγελματιών Υγείας.

Επιπλέον, οι παραπάνω σκοποί πρέπει να επιδιώκονται σ' ένα πλαίσιο, αφ' ενός συγκράτησης και ελέγχου του κόστους, αφ' ετέρου ανταπόκρισης στις αυξανόμενες ποιοτικές απαιτήσεις ενός πληθυσμού, που έχει πλέον υψηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο. Οι περιορισμοί αυτοί επιβάλλουν την παρουσία μιας σειράς νέων επιστημονικών παραμέτρων στην

νοσοκομειακή συγκρότηση και λειτουργία, όπως οι αναφερόμενες στον παρακάτω πίνακα.

1. ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
3. ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ
4. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
5. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ)
6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ - ΣΤΕΛΕΧΩΝ

Πίνακας 1.1: Νέες επιστημονικές δραστηριότητες στο Νοσοκομείο.

B.1 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ:

B.1.1 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ILLINOIS

Όταν ένα Νοσοκομείο εξάγει ένα μικρό μόνο αριθμό περιπτώσεων και συγκρίνει τα δεδομένα του με άλλα Νοσοκομεία, τα αποτελέσματα δεν θα είναι ιδιαίτερα σημαντικά, διότι ένας μικρός αριθμός περιπτώσεων δεν είναι ικανοποιητικός ώστε να εδραιωθεί μια μέθοδο θεραπείας. Από την αρχή, η κοινωνία δούλεψε, ώστε να διασφαλίσει τα καλύτερα δεδομένα ποιότητας, που ήταν δυνατό. Για να γίνει αυτό, πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα :

1. Το σχέδιο δεδομένων Υγείας οριοθετεί τα στοιχεία δεδομένων και παρέχει πρότυπα, έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλα τα Νοσοκομεία θα καταγράφουν όμοια δεδομένα.
2. Συστηματικές εκδόσεις έλαβαν χώρα προκειμένου να αναγνωρίσουν τα ελλιπή ή λανθασμένα δεδομένα που εμφανίζονται στα Νοσοκομεία και στους διάφορους τομείς και συνέβαλλαν ώστε για να τα διορθώσουν.
3. Όλα τα αρχεία εξαγωγών υπόκεινται σε ένα δεύτερο επίπεδο εκδόσεων, τα οποία ελέγχονται για ουσιώδη προβλήματα, σε ένα αρχείο που συνδέεται με πολύ απίθανες κλινικές καταστάσεις.
4. Κάθε Νοσοκομείο προάγεται μέσω 2 περιόδων 35 ημερών, όπου γίνεται επανεξέταση ώστε να συγκρίνει τα δεδομένα της επιτροπής έναντι των Νοσοκομειακών αρχείων του.

Παρά τη λεπτομερή μελέτη και την αξιολογη διαδικασία, η ποιότητα δεδομένων είναι ακόμα ένα θέμα, που αναμένεται να βελτιωθεί καθώς τα Νοσοκομεία συνηθίζουν να καταγράφουν δεδομένα που είναι διάσπαρτα. Η επιτροπή δουλεύει με μεμονωμένα Νοσοκομεία για να βελτιώσει την ποιότητα δεδομένων μέσω της σύγκρισης των λανθασμένων κωδικών με σταθερούς κανόνες / τύπους. Κάθε συγκριτική ανάλυση ή λήψη

απόφασης, βασίζεται σε τρία δεδομένα τα οποία θα πρέπει λάβουν χώρα μέσω υπολογισμών της ποιότητας δεδομένων.

Η **UHDC**, (Utah Health Data Committee), η Επιτροπή των Δεδομένων Υγείας του Utah, λαμβάνει κάθε τρίμηνο στοιχεία εξαγωγών από τα Νοσοκομεία με πολλούς τύπους και μέσα. Τα περισσότερα από τα μη σχετιζόμενα μεταξύ τους μικρά αγροτικά-επαρχιακά Νοσοκομεία υποβάλλουν ακριβή αντίγραφα μέσω των **UB-82**, (Uniform Billing '82), Τυποποιημένων Λογαριασμών του '82, ενώ αντίθετα οι εξαγωγές από σχετιζόμενα Νοσοκομεία υποτάσσονται σε ηλεκτρονικές φόρμες, διαδικασία η οποία συντελείται στο γραφείο συγκέντρωσης των δεδομένων. Τα στοιχεία των εξαγωγών έχουν ήδη μετατραπεί μέσω μιας δεδομένης κοινής φόρμας, από το γραφείο της **HDA**, (Health Data Analysis), Ανάλυση των Δεδομένων Υγείας.

Τα δεδομένα ελέγχονται για την εγκυρότητα τους μέσω μιας διαδικασίας αυτοματοποιημένης έκδοσης και ποικιλίας αναφορών. Κάθε καταγραφή υπόκειται σε μια σειρά από ελέγχους για την ακρίβεια, την συνέπεια, την συνοχή και την πληρότητα της. Οι ελλιπείς καταγραφές επιστρέφουν σε έναν παροχέα στοιχείων για διόρθωση ή σχολιασμό.

Πρόοδος, όπως παρουσιάζεται στο Illinois

Στο Illinois, σε περισσότερα από 200 Νοσοκομεία, η Κύρια Νοσοκομειακή Οργάνωση έχει επιβάλει τη συνάθροιση δεδομένων στη δική του βάση, καθώς οι κλινικοί δείκτες δεν έχουν ακόμα εδραιωθεί.

Γενικά, η ανάπτυξη αυτή που απαιτεί να γίνει στη βάση δεδομένων του κάθε νοσοκομείου, μπορεί να ανταποκριθεί πιο εύκολα στις πιέσεις αυτών που χρηματοδοτούν την εφαρμογή του προγράμματος. Αυτό που επίσης μπορούν να κάνουν τα νοσοκομεία για να έχουν μειωμένο κόστος ανάπτυξης, είναι να ενωθούν με τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα, καθώς έτσι δεν απαιτείται κανένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσό, προκειμένου να κάνουν πιο εύκολα εφικτή την απαίτηση του χρηματοδότη.

Η τοπική αποδοχή είναι επίσης ένα μεγάλο θέμα. Στη φάση αυτή ενεργοποιείται ένα σχέδιο έρευνας, το οποίο δεν βρίσκει αντιδράσεις αν άλλοι το αντιγράφουν. Εξάλλου δεν είναι ένα σχέδιο σχετικό με δεδομένα, αλλά σχετικό με τη σκέψη. Η σημαντική άποψη που επικρατεί είναι να κάνει τους ανθρώπους να εξετάσουν τα δεδομένα από κοινού, ώστε να προσδιορίσουν γιατί ένας μεμονωμένος μέτοχος παρατηρεί τα αποτελέσματα που προκύπτουν και σε τι τον εξυπηρετεί αυτό.

Όλο το φάσμα της ποιοτικής μέτρησης βαδίζει μέσω της αλλαγής, η οποία είναι εξελικτική και όχι επανεξελικτική. Δεν υπάρχει σωστός ή λάθος δρόμος για να εξετάσεις την ποιοτική μέτρηση. Οι διαφορές που υπάρχουν είναι πιθανώς καλές. Γιατί τι θα μαθαίναμε αν όλοι έκαναν τις ποιοτικές μετρήσεις με τον ίδιο τρόπο;

Πιθανές κατηγορίες λαθών στα κλινικά δεδομένα

Όλα τα αρχεία εξαγωγών υπόκεινται σε ένα δεύτερο επίπεδο ελέγχου βάση ενός προγράμματος CCE, (Clinical Claim Edit), Κλινική Υποστήριξη των εντύπων που εκδίδονται. Το CCE σημειώνει την καταγραφή όταν ανακαλύψει κάποια από τις 25 συνθήκες λανθασμένης σύνταξης.

Παρακάτω συγκεντρώνονται οι συνθήκες κατά τις οποίες οι ελλιπείς εγγραφές ενεργοποιούν τη διαδικασία του προγράμματος CCE και απαιτούν διόρθωση ή εξήγηση από το Νοσοκομείο.

Συνθήκες που σημειώνονται ως πιθανά λάθη από την CCE :

1. Ασυμβίβαστη πορεία νόσου με τη διάγνωση.
2. Οι διαδικασίες κωδικοποίησης της βασικής διάγνωσης δεν είναι συνήθως εκτελέσιμες.
3. Κωδικός συμπτωμάτων σύμφωνα με την αρχική διάγνωση.
4. Κλινικά μη λογικός χρόνος παραμονής (υψηλός ή χαμηλός).
5. Αμφισβητήσιμη εισαγωγή.
6. Αντιφατική ηλικία.

7. Αντιφατικό φύλο.
8. Ε-κωδικός ως βασική διάγνωση.
9. Κωδικός εκδήλωσης ως βασική διάγνωση.
10. Μη - ειδικευμένης βασικής διάγνωσης.
11. Έλεγχος ανοιχτής βιοψίας.
12. Μη αποδεκτές βασικές διαγνώσεις.
13. Διπλότυπο της βασικής διάγνωσης.
14. Δίπλευρη διαδικασία.
15. Λανθασμένη διαδικασία ή κωδικός διαδικασίας.
16. Λανθασμένος 4ος ή 5ος δάκτυλος / ψηφία αριθμός.
17. Διπλότυπος κωδικός.
18. Εκτίμηση προς τη βασική διάγνωση.
19. Απαιτούμενη δεύτερη διάγνωση.
20. Αντιφατική διάγνωση.
21. Αντίφαση διαδικασίας.
22. Αντίφαση Μητρικού κώδικα / νεογέννητου.
23. Λάθος ή άγνωστη ηλικία.

Περιπτώσεις outlier

Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν εξαιρετικά χαμηλή ή υψηλή διάρκεια παραμονής ή συνολικής χρέωσης. Η χρέωση του Νοσοκομείου μπορεί να επηρεαστεί μόνο από μερικές ασυνήθιστα μεγάλης (ή μικρής) διάρκειας, ακριβές (ή φτηνές) περιπτώσεις. Αυτές οι υψηλές ή χαμηλές αξίες μπορούν να είναι ένα αποτέλεσμα των κωδικών ή των λαθών των υποβαλλόμενων στοιχείων, ιδιαίτερα στη διάρκεια παραμονής, τη συνολική χρέωση ή τα στοιχεία δεδομένων που επηρεάζουν τις αναθέσεις έργου / εντολές των DRG (Diagnostic Related Groups), Διαγνωστικά Συσχετισμένες Ομάδες. Άλλοι λόγοι για μια ιδιαίτερα χαμηλή διάρκεια παραμονής ή χρέωση μπορεί να οφείλεται στο θάνατο ή στη μεταφορά σε άλλη μονάδα. Εξαιρετικά υψηλή διάρκεια παραμονής ή χρέωσης μπορεί να οφείλεται σε δύσκολες συνθήκες της υγείας του ασθενή.

Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι, αυτές οι τιμές αναφέρονται ως "Outliers" και διαστρέφουν το μέσω όρο που αποκλείστηκε από τους υπολογισμούς. Έτσι έχουμε τον ορισμό των Outliers περιπτώσεων που αναφέρονται στην διάρκεια παραμονής ή στην υψηλή χρέωση. Η σημασία και οι παρεκκλίσεις προτύπων, είναι τα ειδικευμένα **APR-DRG** (All Patient Refined-Diagnostic Related Group), Διαγνωστικά Συσχετισμένες Ομάδες-Οι προς βελτίωση Ασθενείς τα οποία υπολογίζονται σε μια πλατιά βάση.

Μια προκαταρκτική ανάλυση δείχνει ότι από 449 εξαγωγές, οι οποίες προσδιορίστηκαν σαν outliers, μια υψηλή αναλογία αυτών ανήκει στα DRG και αυτό γιατί "κάποιοι άλλοι τομείς επηρεάζουν την κατάσταση της Υγείας" και τους οποίους είναι δύσκολο να τους οριοθετήσουμε ενώ είναι πραγματικά περιπτώσεις outliers.

Δεδομένα που είναι διαθέσιμα για καταγραφή και ανάλυση

Η βάση δεδομένων αποτελείται από μεμονωμένες καταγραφές ασθενών, που έχουν εξαχθεί, περιέχοντας πληροφορίες σχετικά με όλη τη διάρκεια νοσηλείας τους.

Κάθε καταγραφή περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την ηλικία και το φύλο του ασθενή, την πραγματική διάρκεια παραμονής του, την διάγνωση του ασθενή, τις υπηρεσίες που παρέχονται και τη σχετική χρέωση του πληρωτή και του προμηθευτή.

Οι εξαγωγές αναλαμβάνονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τους ασφαλιστικούς φορείς. Είναι επίσης πιθανό να αναγνωριστούν και από τους ιδίους τους ιδιώτες ασθενείς / απόρους. Ειδικά δεδομένα εξαγωγών μπορούν να ομαδοποιηθούν και να καταγραφούν σε συνδυασμό του αριθμού των ιδιωτών ασθενών και του αριθμού των ασφαλιστικών φορέων. Όλα αυτά τα δεδομένα είναι χρήσιμα στην ανάλυση για τη χρέωση των ασθενών. Μια βάση δεδομένων για να στηρίξει μια τέτοια ανάλυση θα πρέπει να περιλάβει πληροφορίες σχετικές με την σοβαρότητα της αρρώστιας, τα αποτελέσματα των μετρήσεων κλπ.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα στοιχεία εξαγωγών που συγκεντρώθηκαν από τα Νοσοκομεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να αναλύσουν την νοσοκομειακή απόδοση. Για να εξαχθούν πιο ουσιώδη συμπεράσματα από τα στοιχεία εξαγωγών, έτσι ώστε να συγκριθούν Νοσοκομεία, απαιτείται ένα αρχείο που θα περιλαμβάνει πληροφορίες όπως είναι το μέγεθος ή ο τύπος του κρεβατιού, η πολιτική ιδιοκτησίας του κλπ.

B. ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

B.1.2 Η ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΩΝ MERYLAND ΚΑΙ ΜΑΥΟ

Ένα κοινό παράδειγμα αξιολόγησης της Ιατρικής φροντίδας είναι να γίνει σύγκριση μεταξύ των τρεχουσών ασθενών και με εκείνους που ήδη έχουν θεραπευτεί στο παρελθόν. Αυτή η πειραματική προσέγγιση δεσπάζει στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης, όπου η πρακτική αποτελεί περισσότερο μεταπτυχιακή μόρφωση.

Η ιατρική έχει έρθει στο φως στο τέλος του εικοστού αιώνα με τη μορφή της πληροφοριακής πρακτικής. Η ανθρωπίνη ανάμνηση, το ανέκδοτο και η λαϊκή παράδοση δεν μπορούν πια να εκπαιδεύσουν και να εξοπλίσουν τους ιατρούς, προκειμένου να κάνουν την καλύτερη δυνατή δουλειά τους, ούτε μπορούν οι ίδιοι να εξυπηρετήσουν καλύτερα τον ενδιαφερόμενο ασθενή στηριζόμενοι σ' αυτά. Σχετικά με την έκρηξη της ιατρικής γνώσης και την αύξηση των θεραπευτικών διαδικασιών είναι και η φροντίδα που κατανέμεται στους πληθυσμούς. Έτσι, η πολυπλοκότητα και ο σκοπός της διοίκησης των δεδομένων των ασθενών έχουν αναπτυχθεί ραγδαία τα τελευταία 10 χρόνια.

Γιατί δραστηριοποιείται το σχέδιο κλινικών δεδομένων του Maryland

Δεν θέλουμε να ξανακαλύψουμε τον τροχό, λέει ο Gary Carter, πρόεδρος του **NHA** (New Hospital Association), Νέα Νοσοκομειακή Οργάνωση και ο τροχός σ' αυτή την περίπτωση είναι το σχέδιο ποιοτικών δεικτών του Maryland στο οποίο μετέχουν περίπου 600 νοσοκομεία σε 46 πολιτείες.

Αυτό που όλοι προσπαθούν να κάνουν είναι να βρουν μια μέθοδο εφαρμόσιμη στα νοσοκομεία, ώστε να μετρούν αντικειμενικά την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που αυτά παρέχουν.

Ο Larry Wall, πρόεδρος του **(CHA)** Colorado Hospital Association, Νοσοκομειακής Οργάνωσης του Κολοράντο, αναφέρει ότι ένας μεγάλος

αριθμός Νοσοκομείων, δεν συνδιαλλάσσεται για την αποκάλυψη των συγκρινόμενων κλινικών δεδομένων, αλλά ζητάει σφόδρα να εμπλακεί σε προγράμματα ερευνών, όπως του Maryland, το οποίο παράγει μια βάση δεδομένων, διευκολύνοντας τέτοιες συγκρίσεις. Παρά τη διαφωνία σχετικά με την πιστότητα και την αξία των συγκεντρωμένων δεδομένων, ο Wall πιστεύει ότι τα νοσοκομεία συμφωνούν στο ότι είναι ώρα να φτιάξουν ισχυρές και καλύτερες βάσεις δεδομένων.

Όσον αφορά την ανάλυση του κόστους βάση του σχεδίου κλινικών δεδομένων του Maryland, υποστηρίζεται ότι ένα μεγάλο μέρος της έλξης που ασκεί το πρόγραμμα οφείλεται στο ότι είναι σχετικά φτηνή η συμμετοχή σ' αυτό. Η μετοχή είναι απλή, τα περισσότερα Νοσοκομεία μαζεύουν κιόλας τα δεδομένα που απαιτούνται. Και το σχέδιο τούτο είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για αυτά να μάθουν πώς να χρησιμοποιούν αποδοτικά τα στοιχεία τους.

Επειδή η διατίμηση της φροντίδας που διανέμεται είναι σχετικά περίπλοκη κάνει μερικά Νοσοκομεία να παρέχουν υπηρεσίες χωρίς να έχουν την αντίστοιχη οικονομική άνεση. Κι αυτό επειδή η διαδικασία κοστολόγησης γίνεται συχνά λάθος αντιληπτή, καθώς εστιάζεται μόνο στα σημεία της πρακτικής των γιατρών.

Το σχέδιο Maryland παρέχει ειδικούς δείκτες που οδηγούν στην έρευνα ειδικών υπηρεσιών. Γενικά, όταν γίνει εστίαση σε μια υπηρεσία, μπορεί να οδηγήσει σε ένα ειδικό-ιατρικό δείκτη, αλλά μπορεί επίσης, να οδηγήσει και σε άλλους δείκτες, όπως οι νοσηλευτικοί. Αν μπορεί αντικειμενικά να αποδειχθεί ότι υπάρχει ένας καλύτερος τρόπος για την παροχή φροντίδας, πιστεύεται ότι οι γιατροί θα αλλάξουν την πρακτική τους.

Το σχέδιο Maryland βοηθάει να εκπληρωθεί ο στόχος της αντικειμενικής διατίμησης για το πόσο και πώς η φροντίδα πρέπει να διανέμεται σε ένα ίδρυμα. Χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα Software αναπτυσσόμενο από το Maryland, τα νοσοκομεία υποβάλλουν στοιχεία σε ένα σχέδιο τρίμηνης ανάλυσης. Στη συνέχεια, οι πληροφορίες πηγαίνουν σε μια μεγάλη βάση

δεδομένων και διανέμονται στους μετέχοντες, δείχνοντας και την απόδοση του νοσοκομείου και κάνοντας σύγκριση με τις άλλες βάσεις δεδομένων, πράγμα που γίνεται σε τρίμηνη βάση. Οι μετέχοντες απαιτούν η απόδοση να είναι επίκαιρη, κατανοητή και χρήσιμη. Ο δείκτης πληροφόρησης που επιστρέφει σε ένα Νοσοκομείο είναι αναγνωρίσιμος από ένα ειδικό νοσοκομειακό κωδικό αριθμό.

Η συμβολή του MAYO στην χρησιμοποίηση των κλινικών δεδομένων

Το 1907 στην κλινική MAYO έγινε για πρώτη φορά η εισαγωγή των ιατρικών αρχείων με τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς ασθενείς. Αυτό ήταν το ξεκίνημα και έκανε πρακτικά εύκολη τη μελέτη των ασθενών και τη συνθετότητα της θεραπείας τους. Προσεχτικές διασταυρώσεις των αναφορών που γίνονται σ' αυτά τα αρχεία κρίθηκαν αναγκαίες το 1909 και πραγματοποιήθηκαν το 1919. Η κλινική διαδικασία του MAYO ξεκίνησε το 1929 επιτρέποντας ανοικτές κλινικές μελέτες παρότι είχε ξεκινήσει μια ανάλογη διαδικασία σ' όλον τον κόσμο. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα στην επιδημιολογική μεθοδολογία εστιάζεται στην ανάλυση των δεδομένων των ασθενών, από τους ερευνητές του MAYO.

Ο οργανισμός MAYO είχε επεκταθεί την τελευταία δεκαετία, χωρίς να χάσει την αυθεντική του οξυδέρκεια, έτσι ώστε να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς, συνδέοντας τις γεωγραφικά διασκορπισμένες ομάδες που κάνουν πρακτική. Έτσι, η βάση της Μινεσότας, αποτελείται από ένα δίκτυο δορυφορικών τηλεοράσεων, προκειμένου να διοχετεύει κλινικές συμβουλές και να κατευθύνει ξανά την πορεία της φροντίδας του ασθενή. Αυτές οι μέθοδοι αναπτύχθηκαν γρήγορα για να τοποθετήσουν τον ασθενή σε κοινή εστία προσοχής, μέσω ειδικών μελετών, που αφορούν στην έκβαση της κατάστασης του.

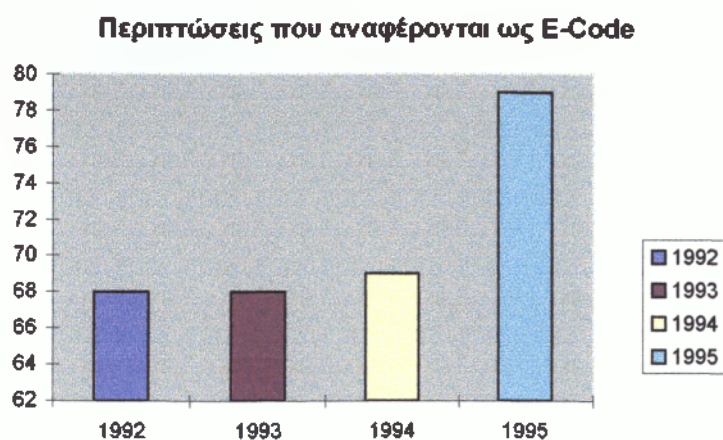
Σκοπός της αναφοράς αυτής, δεν είναι να περιγράψει την υπάρχουσα κλινική τηλεσυμβουλή του MAYO και την ευρεία περιοχή των δικτύων κλινικών δεδομένων. Ελπίζουμε να συγκεντρώσει τις διάφορες περιπτώσεις, έτσι ώστε να συμβάλλει στην απόκτηση εμπειρίας, συνδυάζοντας τα επεισόδια των ασθενών, ώστε να βγουν κλινικές

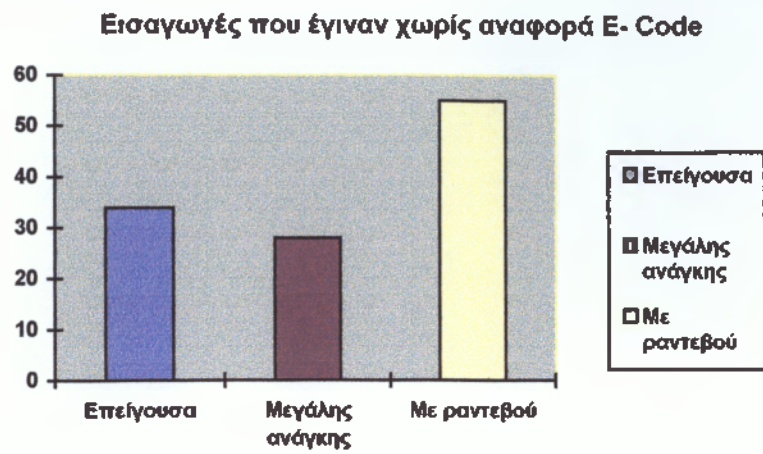
αποφάσεις και προχωρημένη ιατρική γνώση. Τα μοντέλα κλινικών δεδομένων πρέπει να έχουν ικανότητα ευρείας εφαρμογής και να μπορούν να διεξάγουν τον στόχο τους, δίνοντας την δυνατότητα στους παθολόγους οπουδήποτε, ανεξάρτητα από το γεωγραφικό περιβάλλον να αποκτήσουν συσσωρευμένη κλινική εμπειρία, για να θέσουν κατόπιν καίριες ερωτήσεις πάνω σ' αυτά τα δεδομένα.

Σήμερα περίπου 2.000 αναφορές γράφονται ετησίως από τα αρχειοθετημένα αρχεία των ασθενών στο MAYO, αναδεικνύοντας σε μας την σπουδαιότητα και χρησιμότητα που έχει η κατανόηση των αποτελεσμάτων του ασθενή.

Β.1.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Στη συνέχεια αναφερόμαστε σε κλινικά δεδομένα που αφορούν το τραύμα, τα οποία αποτελούν ιδιαίτερη περίπτωση στην καταγραφή και συμπλήρωση των αρχείων. Μια πολύ σημαντική πηγή για την παρακολούθηση του τραύματος και την καταγραφή των αρχείων του νοσοκομείου, είναι ο E- code. Αυτός είναι ένας δεύτερος κωδικός διάγνωσης για την περίπτωση ενός εξωτερικού τραυματισμού. Εάν ένα αρχείο εξαγωγής περιέχει την αρχική διάγνωση η οποία δεν αναφέρει τραυματισμό, τότε ο E- code σαν μια δεύτερη διάγνωση είναι δυνατό να το συμπληρώσει. Από τον Ιανουάριο του 1995 η επιτροπή του UTAH είχε απαιτήσει από τα νοσοκομεία να αναφέρουν τον E- code με τα αρχεία εξαγωγών των ασθενών. Τα επόμενα γραφήματα δείχνουν την αναφορά και τα σχήματα κωδικοποίησης τα τελευταία τρία χρόνια. Η ποιότητα των δεδομένων κωδικοποίησης έχει βελτιωθεί από το 1992.





Σχεδιάγραμμα 1.1: Γραφήματα ασθενών με αναφορά ή όχι E-Code.

Γ.ΜΕΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Γ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η μηχανογράφηση του Υπουργείου Υγείας βρίσκεται σε εμβρυακή κατάσταση. Εξάιρεση ίσως αποτελεί το Τμήμα Πληροφορικής του ΚΕΣΥ, που επεξεργάζεται στατιστικά στοιχεία νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας και εξέδωσε για πρώτη φορά το 1992 την «Επετηρίδα Υγείας» μέσα από το πρόγραμμα "Ίπποκράτης".

Οι πρώτες προσπάθειες μηχανογράφησης των διοικητικών και οικονομικών λειτουργιών έγιναν στο τέλος της δεκαετίας του '70, στο Νοσοκομείο "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" και στον "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ", όταν ήταν ακόμα ΝΠΙΔ και εφάρμοζαν διπλογραφικό σύστημα. Μετά την εφαρμογή του Ν.1397/83 και την ένταξη πολλών νοσοκομείων στο ΕΣΥ, τη μηχανογράφηση και τη μηχανοργάνωση της μισθοδοσίας σχεδόν πανελλαδικά ανέλαβε το ΚΗΥΚΗ.

Η μηχανογράφηση των ελληνικών νοσοκομείων ξεκίνησε το 1985 με την ένταξή τους στα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα (ΜΟΠ) με συνολικό προϋπολογισμό 17 εκατομ. ECU. Επιλέχθηκαν σαν πιλότοι, 15 μεγάλα νοσοκομεία όλης της χώρας (Ευαγγελισμός, Ίπποκράτειο, Αγία Σοφία, ΚΑΤ, Λαϊκό, Σισμανόγλειο, Τζάννειο, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Νίκαιας, Μεταξά, ΑΧΕΠΑ, Ίπποκράτειο Θεσσαλονίκης και τα τρία πανεπιστημιακά (Πάτρας, Ιωαννίνων και Ηρακλείου).

Παρά το γεγονός ότι σε πολλά νοσοκομεία εφαρμόστηκε η μηχανογράφηση, εξακολουθεί να διατηρείται ο Χειρόγραφος Ιατρικός Φάκελος. Αυτός περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που έχουν σχέση με τον ασθενή, και ονομάζονται **ατομικά στοιχεία**. Συγκεκριμένα ένας Ιατρικός Φάκελος Ασθενή περιέχει τα εξής:

- ◆ Εισιτήριο εισόδου
- ◆ Έντυπα – κάρτες
- ◆ Ιατρικές εξετάσεις
- ◆ Εμπιστευτικό φάκελο ασθενή

Μετά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο, αρχικά δημιουργούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό τα παρακάτω έντυπα, τα οποία γίνονται για κάθε ασθενή που εισάγεται στο κλινικό τμήμα :

- ◆ Κάρτα νοσηλείας ασθενή
- ◆ Κάρτα μέτρησης ζωτικών σημείων
- ◆ Κάρτα –διάγραμμα
- ◆ Λογοδοσία

Όσον αφορά την **κάρτα νοσηλείας**, είναι ατομική και περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Την κλινική που νοσηλεύεται ο ασθενής
- Το δωμάτιο και το θάλαμος
- Το ονοματεπώνυμο του ασθενή
- Τις ιατρικές εντολές που δίνονται από τους ιατρούς στο νοσηλευτικό προσωπικό
- Τα φάρμακα που θα χορηγηθούν στον ασθενή
- Τη δοσολογία
- Και τέλος την ημερομηνία που θα χορηγούνται τα φάρμακα

Η **κάρτα μέτρησης ζωτικών σημείων** δημιουργείται για την καταγραφή των αποτελεσμάτων της μέτρησης αυτών των σημείων και περιλαμβάνει τις εξής στήλες:

- Ονοματεπώνυμο ασθενή
- Κλινική που νοσηλεύεται
- Ημερομηνία και ώρα
- Αρτηριακή πίεση
- Σφύξεις
- Θερμοκρασία
- Προσλαμβανόμενα υγρά
- Αποβαλλόμενα υγρά
- Παρατηρήσεις

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην κάρτα - διάγραμμα είναι:

- Το ονοματεπώνυμο του ασθενή
- Το διαιτολόγιο που ακολουθεί
- Η ημερομηνία
- Τιμές ξεχωριστές για την πίεση και τη θερμοκρασία, προκειμένου να σχηματιστεί το διάγραμμα
- Το βάρος και το ύψος το ασθενή
- Η ομάδα αίματος και τυχόν αλλεργίες που παρουσιάζει
- Η παρούσα διάγνωση
- Τα προηγούμενα χειρουργεία που είχε υποβληθεί
- Προηγούμενες ασθένειες
- Η πορεία της κατάστασης και κλινικά ευρήματα
- Σάκχαρο αίματος και σάκχαρο ούρων

Η **λογοδοσία** τέλος, δεν είναι κάποιο έντυπο, αλλά βιβλίο το οποίο προϋπάρχει και αποτελεί οδηγό για το νοσηλευτικό προσωπικό, διότι σύμφωνα με αυτή παίρνουν πληροφορίες για τις νοσηλευτικές πράξεις που πρέπει να γίνουν.

Βλέπουμε λοιπόν ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί πραγματικά σήμερα στον Ελληνικό χώρο. Αν και γίνονται οργανωμένες προσπάθειες εκσυγχρονισμού, τα βήματα προόδου είναι αργά και χρονοβόρα. Για αυτό βέβαια ευθύνεται και η Ελληνική πολιτεία που, ναι μεν φαίνεται να προσπαθεί αλλά από την άλλη δεν παίρνει δραστικά μέτρα για την εφαρμογή των νέων μεθόδων και πρακτικών.

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα αφιερώνει στην έρευνα το μικρότερο ποσοστό του **ΑΕΠ** (Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος), από τις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης. Η εξεύρεση προσθέτων πόρων για έρευνα είναι εξαιρετικά δύσκολη σε συνθήκες περιοριστικής οικονομικής πολιτικής. Από την άλλη πλευρά οι συνολικές δαπάνες υγείας υπολογίζεται ότι είναι από τις υψηλότερες σε σχέση με το μέσο κατά κεφαλή εισόδημα στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η κατανάλωση φαρμάκων είναι από τις υψηλότερες, όπως και το συνολικό κόστος. Η προσφορά υψηλής τεχνολογίας διαγνωστικών μέσων είναι μεγάλη και γίνεται δυσανάλογα μεγάλος αριθμός εξετάσεων. Και όλα αυτά συνδυάζονται με το μεγαλύτερο ποσοστό απογοητευμένων πολιτών από την ποιότητα των υπηρεσιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξοικονόμησης πόρων, αύξησης της αποδοτικότητας του συστήματος παροχής υπηρεσιών και βελτίωσης της ποιότητας. Όμως στην Ελλάδα, όπως παντού, είναι εξαιρετικά δύσκολο να τροποποιηθεί η κλινική πράξη. Αυτό γίνεται δυσκολότερο τη στιγμή που στην Ελλάδα το management είναι εξαιρετικά ανίσχυρο.

Ένα σημαντικό ρόλο, λοιπόν, προς τη μείωση του κόστους, μπορεί να παίξει η έρευνα αξιολόγησης. Η ενθάρρυνση αυτού του τύπου της έρευνας, που είναι σχεδόν άγνωστη, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αναβάθμιση της συζήτησης, γύρω από το μέλλον των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Η έρευνα υπηρεσιών υγείας έχει να προσφέρει πολλά στους προβληματισμούς για ανισότητες στην παροχή υγείας, την υπερπροσφορά Ιατρικού δυναμικού, της χρηματοδότησης των υπηρεσιών, την ισορροπία μεταξύ προβλημάτων και θεραπευτικών πράξεων, την ισορροπία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η συνεργασία ειδικοτήτων, που είναι απαραίτητη στην εφαρμοσμένη έρευνα, θα προσφέρει ευρύτερα οφέλη στην παροχή υπηρεσιών πέρα από τα στενά ερευνητικά. Πρωτοβουλίες που να ενισχύουν το ρόλο της εφαρμοσμένης έρευνας θα πρέπει να βρουν θετική ανταπόκριση από την κυβέρνηση, τον Ιατρικό κόσμο, τη διοίκηση, τους ασθενείς, τον ιδιωτικό τομέα. Η ανεύρεση ενός κοινού πακέτου στόχων και η ανάπτυξη συνεργασιών ανάμεσα σ' όλους τους συμμετέχοντες κατέχουν πρωτεύοντα ρόλο στην ημερήσια διάταξη της εφαρμοσμένης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

**ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά από μια δεκαετία (1980-1990) κατά την οποία τα Κράτη μέλη του ΟΟΣΑ, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, προσάρμοσαν την πολιτική υγείας σε μια έντονη και εν πολλοίς αποτελεσματική προσπάθεια συγκρότησης των δαπανών το ενδιαφέρον στρέφεται τώρα προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της πολιτικής υγείας με βασικό ερώτημα "τι είδους και πόση υγεία αγοράζουμε με τις δαπάνες που πραγματοποιούμε;".

Κατά καιρούς γίνονται συζητήσεις για την μελλοντική κατεύθυνση των ερευνών στο χώρο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα για την έρευνα που έχει ως σκοπό την δημιουργία Δεικτών Αποτελεσμάτων Υγείας. Η κύρια έμφαση δίνεται σε δείκτες που βασίζονται σε "έρευνες πληθυσμών".

Υπάρχουν μερικοί διαφορετικοί δείκτες οι οποίοι έχουν προταθεί από την επιστημονική κοινότητα, αλλά όλοι παρουσιάζουν μεθοδολογικά και πρακτικά προβλήματα ως προς τη δυνατότητα γενικής εφαρμογής τους.

Μια δεύτερη προσέγγιση στο γενικότερο πρόβλημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η μελέτη "διαφοροποιήσεων στην άσκηση της Ιατρικής". Στην ουσία η οπτική αυτή γωνία δεν κοιτάζει το αποτέλεσμα αλλά τη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών υγείας και τους λόγους για τους οποίους παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο αντιμετώπισης ομοειδών περιπτώσεων μέσα στην ίδια χώρα ή μεταξύ κρατών.

Αρκετοί ερευνητές έχουν παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη εικόνα έρευνας, τεχνολογίας και παροχής υπηρεσιών. Οι τεχνολογικές καινοτομίες επιφέρουν νέες θεραπευτικές μεθόδους, νέες διαγνωστικές τεχνολογίες και νέες μεθόδους παροχής υπηρεσιών. Όμως οι νέες αυτές δυνατότητες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και την έννοια της μείωσης του κόστους.

Οι εφαρμογές της πληροφορικής στα συστήματα αντιμετώπισης ασθενών στηρίζονται στην καταγραφή στοιχείων του ασθενή, στην ανταπόκριση του ασθενή και στην τελική κατάσταση της υγείας του μετά τη θεραπεία. Η καταχώρηση αυτών των πληροφοριών από πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη σε βάσεις δεδομένων που θα είναι προσιτές σε κλινικούς και διοικητικούς, προσφέρει μεγάλες δυνατότητες παροχής υψηλών υπηρεσιών στο μικρότερο δυνατό κόστος. Σε συνδυασμό με βάσεις δεδομένων συστηματικών ανασκοπήσεων θεραπειών, που είδη χρησιμοποιούνται, αυξάνονται τα περιθώρια σωστής θεραπευτικής στόχευσης στις κατάλληλες κατηγορίες ασθενών, καθώς και οι δυνατότητες αποθάρρυνσης αναποτελεσματικών θεραπειών. Αυτές οι εφαρμογές θα πρέπει να εξασφαλίσουν το ιατρικό απόρρητο και η φιλοσοφία των θεραπευτικών συστάσεων - guidelines - να γίνει αποδεκτή από τον ιατρικό κόσμο.

Επιδημιολογικές πληροφορίες για το σύνολο του πληθυσμού και συγκριτικές έρευνες κόστους - οφέλους μεταξύ θεραπευτικών μέσων, σε συνδυασμό με διαδικασίες έκφρασης των προτιμήσεων των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητες για την εξισορρόπηση των αναγκών του πληθυσμού και του είδους, ποσότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έρευνα είναι θεμελιώδης για την παραγωγή γνώσης στη διαδικασία θέσπισης προτεραιοτήτων, ενώ αποτελεί η ίδια προτεραιότητα για τις υπηρεσίες Υγείας.

Ειδικότερα η έρευνα υπηρεσιών υγείας έχει υψηλή προτεραιότητα, καθώς βελτιώνει τη χρήση των πόρων και την ποιότητα των υπηρεσιών. Ο δεσμός αυτής της έρευνας και της καθημερινής πράξης πρέπει να τονωθεί με μέσα όπως οι κλινικές συστάσεις.

Μια καινοτομία που άρχισε πρόσφατα να εφαρμόζεται είναι το Εθνικό Μητρώο Ερευνητικών Προγραμμάτων. Όσοι συμμετέχουν σ' αυτό είναι εφοδιασμένοι με μια βάση δεδομένων που τρέχει σε περιβάλλον Windows. Σε τακτά χρονικά διαστήματα το κάθε κέντρο εισάγει λεπτομέρειες για τα ερευνητικά του προγράμματα στη βάση δεδομένων

και στέλνει τις δισκέτες στη συντονίστρια εταιρία. Εκεί ανανεώνεται η ενιαία βάση δεδομένων με τις καινούριες πληροφορίες από τα επιμέρους κέντρα και ξαναστέλνεται πίσω σε κάθε κέντρο. Το σύστημα κρατά τίτλους, λέξεις - κλειδιά, περιλήψεις καθώς επίσης και στοιχεία από διάφορους οργανισμούς. Αυτές οι πρωτοβουλίες, που ακόμη κάνουν τα πρώτα τους βήματα, αναμένεται να επεκταθούν και να αποτελέσουν σημαντικά κέντρα αναφοράς για ερευνητές, κλινικούς και διοικητικούς στο εγγύς μέλλον. Όλες αυτές οι πρωτοβουλίες στο χώρο της Υγείας αναμένεται να ωθήσουν σε εναρμονισμένο τρόπο καταγραφής και παρουσίασης ερευνητικού υλικού με απώτερο στόχο τη διεθνή προώθηση αποτελεσματικών θεραπειών και την εναρμόνιση της Ιατρικής πρακτικής, τόσο στο εσωτερικό κάθε χώρας όσο και ανάμεσα στα Κράτη.

Η ανάπτυξη και χρήση των παρεχόμενων δυνατοτήτων δεν μπορεί να είναι ανεξέλεγκτη. Αντίθετα, πρέπει να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική επιστημονική βάση γνώσης, με στόχους την αποδοτικότητα και τη βελτίωση του επιπέδου Υγείας.

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τα κλινικά αποτελέσματα δημιουργούν ουσιώδεις δείκτες της ποιότητας φροντίδας, παρέχοντας αριθμούς σε κλίμακες ποιοτικών μετρήσεων διαφόρων προγραμμάτων. Περισσότερα από τα προγράμματα αυτά έχουν κατασκευαστεί από ιδιωτικά Νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τον Dennis O'Leary M.D πρόεδρο του JCAHCO, (Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας), το σημαντικότερο είναι να βελτιωθεί η απόδοση μέσα από την χρήση των δεικτών. Από τις ποιοτικές μετρήσεις, κατά κάποιο τρόπο φαίνεται ότι, η ημερήσια διάταξη του JCAHCO μπορεί να έχει την πιο σημαντική άμεση εφαρμογή της στα Νοσοκομεία. Η προορισμένη για αλλαγή διάταξη αντικατοπτρίζει την προσπάθεια των διαπιστευμένων οργανισμών να αντικαταστήσουν την προσέγγιση της παραδοσιακής ποιότητας στην παροχή υγείας, μέσω της εστίασης μεθόδων σε μια συνεχή ποιοτική βελτίωση. Το θέμα είναι πώς τα

Νοσοκομεία θα χρησιμοποιήσουν τα δεδομένα για να προσδιορίσουν την ποιότητα, λέει ο O'Leary. Αλλά, προσθέτει, «Η ποιότητα έρχεται με διαφορετικά πακέτα και μορφές και έχει διαφορετικές συνθήκες αποτελεσματικότητας, μερικές αναφέρονται στην ασφάλεια, άλλες στη συνέχιση της φροντίδας και μερικές στην πρόσβαση. Τελικά, ένα καλό σύστημα μετρήσεων συσχετίζει τις μετρήσεις, σε όλες τις παραπάνω περιοχές».

2.2 ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο Οργανισμός Διαπίστευσης δέχεται κριτική για τα αργά βήματα με τα οποία εξελίσσεται η ανάπτυξη των δεικτών. Αρχικά, η επιτροπή αναμένονταν ότι θα είναι ικανή να αναπτύξει δείκτες δοκιμάζοντας τους σε ένα περιορισμένο αριθμό Νοσοκομείων και στη συνέχεια να δίνει κατάλληλες εντολές. Όλα αυτά θα γίνονταν σαν ένα κομμάτι από την επικύρωση της διαδικασίας της έρευνας. Τέσσερα χρόνια μετά κανένας δείκτης δε θεωρείται ότι είναι ολοκληρωμένος αν και ο περιορισμένος αριθμός Νοσοκομείων, που ήταν πεδία δοκιμών των δεικτών, αυξήθηκε στα 900.

Πιστεύεται ότι η διάθεση αυτή του JCAHCO να καθυστερήσει τα δρομολογημένα σχέδιά του, αντανακλά μια σοφιστική προσέγγιση των αποτελεσμάτων έρευνας. Είναι επίσης, μια δοκιμή για την αποτελεσματικότητα της ανάπτυξης, ενός συστήματος σταθερής συλλογής δεδομένων. Τα δεδομένα του JCAHCO, καταλήγουν σε δείκτες που απαιτούν την μέτρηση, για την εξειδίκευση των διαφόρων θεματικών περιοχών. Μέσω της διαδικασίας της τυποποίησης δεδομένων, τα δεδομένα είναι ικανά για χρήση σε σύγκριση μεταξύ των Νοσοκομείων, και είναι αυτό που το JCAHCO ανακάλυψε μέσω μιας ευρείας συλλογής δεδομένων ή διαμέσω της έλλειψης του συστήματος δεδομένων, στα Νοσοκομεία.

Στην πραγματικότητα, η δημιουργία κλινικών δεικτών μέσω της συλλογής δεδομένων απασχολεί τα Νοσοκομεία σε μεγάλο βαθμό, όσο βέβαια συγκεντρώνονται ποιοτικά συσχετισμένα δεδομένα. Το σύστημα αυτό κάνει τους ανθρώπους να αναγνωρίζουν ότι κανένας δεν μελετά αυτά τα στοιχεία δεδομένων με τον ίδιο τρόπο, σχήμα ή μορφή. Και αυτό είναι πολύ δύσκολο να τους φέρει ακόμα και σε συμφωνία, σχετικά με τους δείκτες. Στη φάση αυτή συστήνεται το JCAHCO για τη λειτουργική του προσέγγιση. Οι άνθρωποι μαθαίνουν από την εμπειρία τους, όσο προχωρούν. Θεωρείται ότι αυτό είναι πολύ σημαντικό, διότι όλοι μας εκπαιδευόμαστε στη νέα πρακτική. Ένας αριθμός εμποδίων φυσικά

παραμένει. Η έλλειψη κατάλληλου Πληροφοριακού Συστήματος, η έλλειψη οικονομικών και ανθρώπινων πηγών, είναι ένα ακόμα οξύ και ανησυχητικό γεγονός.

Η ανάμειξη των Νοσοκομείων στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι επίσης ένα φλέγον θέμα. Συχνά διερωτόμαστε πόσα από τη συλλογή δεδομένων για προκαθορισμένους δείκτες, θα εφαρμοστούν στα συνεχή προγράμματα ανάπτυξης ποιότητας. Πόσα από αυτά θα αποτελέσουν μέρος της συλλογής, αλλά όχι ιδιαίτερης αξίας για το ατομικό πρόγραμμα του Νοσοκομείου. Οι δείκτες που θα προκύψουν ως προϊόν ώριμης ανάπτυξης και μελέτης, μπορούν να δώσουν απάντηση από μόνοι τους. Και αυτό αποδίδεται στο ότι τα Νοσοκομεία προτιμούν να θέσουν τις προσπάθειες τους για τη συλλογή δεδομένων, καθώς και τις πηγές τους, σε περιοχές υψηλής προτεραιότητας και όχι στην περιοχή συλλογής δεδομένων για προκαθορισμένους δείκτες. Έτσι δημιουργείται ένα θέμα το οποίο μπορεί να γίνει διαπραγματεύσιμο μεταξύ των Νοσοκομείων και του επικυρωμένου οργανισμού έρευνας και μελετών.

Μέχρι το 1995 το JCAHCO δεν είχε κάποια ιδέα για το πώς η συλλογή δεδομένων για τους δείκτες, θα αποτελούσε ένα κομμάτι της επικυρωμένης έρευνας. Όταν το JCAHCO θα έρθει σε επαφή με τις βάσεις δεδομένων, που υπάρχουν και προσπαθήσει να τραβήξει ότι υπάρχει εκεί, είναι πιθανόν η διαδικασία αυτή να είναι αρκετά χρονοβόρα.

2.3 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ACHCS ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Η πολιτική αυτή επικεντρώνεται στα εξής :

1. Οι κλινικοί δείκτες απαιτούνται για να κατευθύνουν τις διαδικασίες της φροντίδας υγείας και αποτελούν μέρος των απαιτήσεων του **ACHCS** (Australian Council on Health Care Standards), Αυστραλιανό Συμβούλιο Υγείας σχετικά με τα Πρότυπα Θεραπείας, το οποίο χρησιμοποιεί ευρύτερους Νοσοκομειακούς Ιατρικούς δείκτες και άλλους σχετικούς ειδικούς δείκτες.
2. Οι μετρήσεις θα πρέπει να ορίσουν πότε μια μορφή της φροντίδας υγείας έχει κατευθύνει σωστά αυτούς τους δείκτες, οι οποίοι σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αντιδρούν κατάλληλα σε δεδομένα δεικτών.
3. Η ACHS μελετά την πιστότητα των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από ειδικούς κλινικούς δείκτες, και παραδέχεται ότι τα συναθροισθέντα δεδομένα είναι απαλλαγμένα από ορισμένες δεδομένες αρχές.
4. Η ACHCS μπορεί να προτείνει τροποποιήσεις στις μορφές της φροντίδας υγείας και να συμβουλεύει το σχετικό κολέγιο, όταν ένα πρόβλημα έχει αναγνωριστεί αλλά δεν είναι επιλυμένο.

2.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ

Ένας κλινικός δείκτης είναι η μέτρηση των κλινικών δεδομένων και του αποτελέσματος θεραπείας στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής. Είναι ουσιαστικά μια αντικειμενική μέτρηση και των δύο, της θεραπείας και του αποτελέσματος που έχει αυτή στον ασθενή, με ποσοτικούς όρους.

Οι κλινικοί δείκτες δεν είναι ακριβή πρότυπα, παρά το ότι είναι σχεδιασμένοι έτσι ώστε μέσω της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων να

μπορούν να επιλύουν αποτελεσματικά πιθανά προβλήματα ή να δίνουν ευκαιρίες για βελτίωση στη θεραπεία του ασθενή. Είναι, επιπλέον, εργαλεία μετρήσεων προκειμένου να βοηθήσουν στη διατίμηση των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι περιοχές μπορούν να ερευνηθούν ακόμα περισσότερο μέσω προγραμμάτων ποιοτικών δραστηριοτήτων.

Υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες κλινικών δεικτών οι **"βασισμένοι στην τιμή"** και οι **"βασισμένοι σε σκόπιμα γεγονότα"**. Οι βασισμένοι στην τιμή δείκτες είναι αυτοί οι οποίοι είναι κοινοί για έναν αριθμό περιπτώσεων.

Για παράδειγμα, αν μια μετεγχειρητική μόλυνση υπολογίζεται στο 5%, που είναι αρκετά συνηθισμένο, το 5% μπορεί να εδραιωθεί ως ένα επίπεδο αναφοράς. Ένα ποσοστό υψηλότερο από αυτό, παρακινεί ώστε να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή σε ουσιώδη προβλήματα και στη συνέχεια να γίνει πιο αποδοτική διανομή των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.

Τα σκόπιμα γεγονότα είναι αυτά που συμβαίνουν τόσο σπάνια ή αυτά τα οποία αναφέρονται σε κάποια κύρια γεγονότα, τα οποία θα πρέπει να μελετηθούν μεμονωμένα. Ένα παράδειγμα αυτού του είδους είναι ο μητρικός θάνατος.

2.5 ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Όλοι οι κλινικοί δείκτες ακολουθούν μια παρόμοια δομή, η οποία περιγράφεται και εξηγείται παρακάτω :

Περιοχή : Περιγράφετε η κατεύθυνση που παίρνει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας.

Θέμα : Στοχεύει σε μια πιο ειδικευμένη άποψη του τομέα φροντίδας.

Αιτιολογία : Ο λόγος για την ανάπτυξη του δείκτη.

Καθορισμός των όρων : Εξηγούνται οι όροι που χρησιμοποιούνται από το δείκτη, για τους σκοπούς της συλλογής δεδομένων.

Είδος του δείκτη : Εξηγείται ο σκοπός του δείκτη, ο οποίος βασίζεται σε κλίμακα ή σε κάποιο γεγονός.

Αριθμητής : Εξήγηση του αριθμητή για μια ορισμένη κλίμακα δεικτών.

Παρονομαστής : Εξήγηση του παρονομαστή για μια ορισμένη κλίμακα δεικτών.

Αποτέλεσμα : Εξήγηση του αποτελέσματος των δεικτών.

2.6 ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Η συλλογή κλινικών δεδομένων θα πρέπει να γίνεται σ' ένα συνηθισμένο τμήμα από ένα πρόγραμμα QA (Quality Activities), δραστηριοτήτων ποιότητας. Το ACHCS δεν είναι περιγραφικό όσον αφορά το πώς συλλέγονται τα στοιχεία. Όσο είναι δυνατό θα πρέπει να χρησιμοποιούνται υπάρχοντα κλινικά δεδομένα πηγών και μηχανισμών QA. Το πιο σημαντικό είναι να διατηρούνται όσο πιο απλά γίνεται τα κλινικά δεδομένα.

Για κάθε δείκτη θα πρέπει να συλλέγονται δεδομένα τριών μηνών. Είναι προφανές εξάλλου, ότι σαφή δεδομένα συλλέγονται ώστε να δώσουν μια λογική αντανάκλαση της πραγματικής πρακτικής που ασκείται σε περιοχές από όπου προέρχονται οι δείκτες. Η ανάλυση των δεδομένων τρεχουσών νοσοκομειακών ερευνών, δείχνει ότι είναι επιθυμητή η συνεχής παρακολούθηση της κλίμακας, η οποία να βασίζεται σε κλινικούς δείκτες.

2.7 ΠΙΣΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Τα δεδομένα κλινικών δεικτών συλλέγονται σαν ένα τμήμα της καθιερωμένης διαδικασίας ACHCS και προορίζονται να μεταχειριστούν με απόλυτη πιστότητα, όπως όλες οι πληροφορίες που δίνονται στους ερευνητές και είναι για επικυρωμένους σκοπούς. Το βιβλίο αποτελεσμάτων των κλινικών δεικτών περιλαμβάνει πληροφορίες όχι άμεσα αναγνωρίσιμες και απαιτείται να χρησιμοποιηθεί ένας κωδικός ACHCS κρίνεται απαραίτητος να ερμηνευτούν. Πρόσφατα το ACHCS δεν χρησιμοποιούσε καμία ειδική πληροφορία, παρ' όλα αυτά, συνολικά δεδομένα μπορεί να αξιολογηθούν πάλι και να δημοσιευτούν. Ασθενείς - προμηθευτές ειδικών δεδομένων δεν απαιτούνται στο βιβλίο αποτελεσμάτων και δεν θα πρέπει να περιέχονται υποχρεωτικά.

2.8 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Οι κύριοι σκοποί ανάπτυξης των κλινικών δεικτών είναι :

1. Να αυξηθεί η συμμετοχή των γιατρών στην όσο το δυνατό πιο ποιοτική παροχή υπηρεσιών και πιστή τήρηση των δραστηριοτήτων που προβλέπονται, για την παροχή φροντίδας υγείας.
2. Να προσθέσουν στις μεθόδους θεραπείας ασθενών και των αποτελεσμάτων αυτής την υπάρχουσα μέθοδο πιστότητας ACHCS.
3. Να δημιουργήσουν και να παρέχουν χρήσιμα εργαλεία για την επισήμανση ουσιωδών προβλημάτων ή περιοχών, με στόχο τη βελτίωση της υγείας.
4. Να διευκολύνουν σε Εθνικό επίπεδο τη συλλογή δεδομένων, σχετικών με τη μέθοδο και τα αποτελέσματα θεραπείας ασθενών βαριάς μορφής.

2.9 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Οι κλινικοί δείκτες δεν στοχεύουν να αντικαταστήσουν τα τρέχοντα προγράμματα μέτρησης ποιότητας των φροντίδων υγείας. Επίσης, πρέπει να αναφέρονται σαν συμπληρωματικά εργαλεία, τα οποία επιτρέπονται για την αντικειμενική αξιολόγηση της διοίκησης και του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενή.

Το περιεχόμενο του δείκτη, που ελέγχεται μέσω ποιοτικών προγραμμάτων, διακατέχεται από αντικειμενικότητα και παρουσιάζει ένα ειδικό ενδιαφέρον για τις διεργασίες που γίνονται για παροχή ποιότητας. Σκοπός δεν είναι οι νέοι κλινικοί δείκτες να αντικαταστήσουν τους δείκτες αποδοτικότητας που έχουν ήδη αναπτυχθεί, ούτε να προβάλλουν τις δικές τους απόψεις για τη φροντίδας υγείας, έτσι ώστε αυτοί να δρουν σαν προσδιορισμός των πρώτων.

Οι κλινικοί δείκτες έχουν αναπτυχθεί κυρίως από ιατρικά κολέγια για να παρακολουθήσουν τομείς της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή. Μια κοινή δυσκολία που εντοπίζεται στα ποιοτικά προγράμματα και τους δείκτες είναι η τοποθέτηση προτεραιοτήτων για δραστηριότητες και η αναγνώριση του μεγέθους των προβλημάτων. Η χρήση των δεικτών μπορεί να βοηθήσει να προσδιοριστούν οι διάφορες περιοχές, όπως είναι η εστίαση σε μια ποιοτική δραστηριότητα ή οι προσφερόμενες ιδέες για καινούργιες μελέτες ή τέλος η ανάπτυξη εσωτερικών δεικτών.

2.10 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ

Σ' αυτό το τμήμα δίνονται ορισμένα στατιστικά δείγματα υπολογισμών από επιλεγμένες νοσοκομειακές αναλογίες. Μια βασική αρχή για όλους τους τύπους των αναλογιών, είναι η πραγματική έννοια αυτών. Ο αριθμός των περιπτώσεων που ένα γεγονός συμβαίνει πραγματικά είναι ο αριθμητής του κλάσματος και ο αριθμός των περιπτώσεων που ένα γεγονός μπορεί πιθανότατα να έχει συμβεί είναι ο παρονομαστής.

Από τις αναλογίες που παρουσιάζονται το κάθε νοσοκομείο συγκεντρώνει τις περισσότερες δυνατές πληροφορίες, προκειμένου να συμπληρώσει ποικίλες αναφορές για οργανισμούς όπως το JCAHCO και το AHA (American Hospital Association), Αμερικανική Νοσοκομειακή Οργάνωση. Οι αιτήσεις των μελών του AHA και των νοσοκομείων μη μελών, σκοπό έχουν να συμπληρώσουν την ετήσια έρευνα που διεξάγεται από τα νοσοκομεία. Αυτός ο τύπος των αιτήσεων για πληροφορίες αφορά τις υπηρεσίες, τα κρεβάτια και τη χρησιμοποίησή τους, οικονομικά δεδομένα και πληροφορίες για το προσωπικό. Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται έπειτα για να παράγουν εθνικά στατιστικά δεδομένα των νοσοκομείων.

Μερικές από τις αναλογίες - δείκτες που χρησιμοποιούν τα νοσοκομεία δίνονται στη συνέχεια.

Αναλογία θνησιμότητας νεογέννητων =

$$\frac{\text{Αριθμός των θανάτων των νεογέννητων}}{\text{Αριθμό των συνολικών γεννήσεων συμπεριλαμβανόμενων και των θανάτων}} \times 100$$

Αναλογία εμβρυακού θανάτου =

$$\frac{\text{Αριθμός των ενδιάμεσων ή τελευταίων εμβρυακών θανάτων}}{\text{Αριθμό των γεννήσεων συμπεριλαμβάνοντας ενδιάμεσους και τελευταίους εμβρυακούς θανάτους}}$$

Αναλογία καισαρικών τομών =

$\frac{\text{Αριθμός πραγματοποιηθέντων καισαρικών τομών}}{\text{Αριθμός των διανομών συμπεριλαμβανόμενων των καισαρικών τομών}} \times 100$

Μέσως ορός νοσηλείας =

$\frac{\text{Συνολικό Μ.Ο.Ν. των εισαγόμενων ασθενών συμπεριλαμβανομένων των θανάτων και εξαιρούμενων των νεογέννητων}}{\text{Συνολικές εισαγωγές συμπεριλαμβανόμενων των θανάτων, εξαιρούμενων των νεογέννητων}}$

Μέσως ορός καθημερινής απογραφής εσωτερικών ασθενών =

$\frac{\text{Συνολικό αριθμό παραμονής του ασθενή για μια περίοδο}}{\text{Συνολικό αριθμό των ημερών της περιόδου}}$

Αναλογία καλυμμένων κρεβατιών =

$\frac{\text{Συνολικές ημέρες παροχής υπηρεσιών για μια περίοδο}}{\text{Αριθμό διαθέσιμων κρεβατιών} \times \text{τον αριθμό των ημερών της περιόδου}} \times 100$

Αναλογία προσαρμοσμένη στη νοσοκομειακή αυτοψία =

$\frac{\text{Συνολικό αριθμό αυτοψιών του νοσοκομείου}}{\text{Αριθμό των θανάτων των ασθενών του νοσοκομείου διαθέσιμοι για αυτοψία}} \times 100$

Αναλογία των νοσοκομειακών θανάτων =

$\frac{\text{Αριθμό θανάτων των νοσοκομειακών ασθενών}}{\text{Αριθμό των εισαγωγών συμπεριλαμβανόμενων των θανάτων}} \times 100$

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ Π.Ν.Σ. ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην προσπάθεια τους να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους σε ότι αφορά την ποιότητα, το κόστος και τη χρήση των παρεχομένων υπηρεσιών, τα νοσοκομεία έχουν από καιρό στραφεί αναγκαστικά στην ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων για την υποστήριξη των ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών λειτουργιών τους.

Το **HELIOS** (Hellenic Intergrated Hospital Information System) Ελληνικό Ολοκληρωμένο Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Σύστημα της INTRASOFT είναι ένα ισχυρό σύστημα λογισμικού για την υποστήριξη των λειτουργιών του νοσοκομείου, που έχει αναπτυχθεί σύμφωνα με τις πιο σύγχρονες τεχνολογίες στο χώρο της πληροφορικής στην υγεία λαμβάνοντας υπόψη την διεθνή εμπειρία και την ελληνική πραγματικότητα. Το σύστημα αυτό έχει εγκατασταθεί στο Αρεταίειο Νοσοκομείο από το 1996, όπου και άρχισε να κάνει τα πρώτα του βήματα και να αναπτύσσονται σταδιακά οι λειτουργίες του, η ολοκλήρωση των οποίων συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

Το HELIOS καθιστά ουσιαστική τη χρήση του υπολογιστή και όχι απλά την ύπαρξή του. Ο υπολογιστής ενσωματώνεται στη λειτουργία του νοσοκομείου συμβάλλοντας αποφασιστικά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του. Το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου έχει στη διάθεσή του ένα εργαλείο που διευκολύνει την εργασία του και η διοίκηση του νοσοκομείου ένα πληροφορικό σύστημα που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του.

Οι κύριες λειτουργίες που υποστηρίζει το HELIOS είναι :

- Ιατρικός Φάκελος Ασθενών (ΙΦΑ)
- Αυτοματισμός εργαστηρίων
- Ακτινολογικό ακτινοδιαγνωστικό, ακτινοθεραπευτικό, πυρηνική ιατρική)
- Φαρμακείο

- Χειρουργεία
- Διαιτολογικό
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες
- Λογιστήριο
- Εισαγωγή και κίνηση ασθενών

1.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ

Ένα (**ΙΠΣΝ**) ιατρικό πληροφοριακό σύστημα νοσοκομείου αφορά την αποθήκευση, επεξεργασία και ανάκτηση πληροφοριών για την υποστήριξη των διαδικασιών παροχής ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς.

Το ΙΠΣΝ του νοσοκομείου έχει σχεδιαστεί με κέντρο βάρους τον ασθενή (ασθενοκεντρικό) και παρέχει στους χρήστες τη δυνατότητα να εισάγουν **Ιατρικές Εντολές** από οποιοδήποτε σημείο (με την κατάλληλη εξουσιοδότηση). Με τη σειρά τους οι Ιατρικές Εντολές οδηγούνται αυτόματα από το σύστημα στα **Εργαστήρια** (π.χ. ακτινολογικό) όπου και εκτελούνται αφού έχει προηγηθεί **Λήψη Δείγματος** στην κατάλληλη μονάδα (με τις κατάλληλες οδηγίες).

Η ανάπτυξη του ΠΣΝ όπως και άλλων μεγάλων έργων που έχει αναλάβει η INTRASOFT ακολουθεί έναν δομημένο κύκλο ζωής (structured life-cycle) που περιλαμβάνει συγκεντρωμένες φάσεις από την ανάλυση των απαιτήσεων και το σχεδιασμό μέχρι τη λειτουργία και τη συντήρηση του συστήματος. Σε όλες τις φάσεις του κύκλου ζωής χρησιμοποιούνται δομημένες τεχνικές όπως: Data Flow Diagrams, Entity-Relationship Methodology και Structure Charts. Η χρήση των τεχνικών αυτών γίνεται μέσω εργαλείων CASE που διαθέτει η INTRASOFT.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ

Το ΙΠΣΝ όπως έχει αναπτυχθεί από το νοσοκομείο στοχεύει:

- Στην παροχή υψηλής ποιότητας πληροφοριών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους χρήστες εκείνους για τους οποίους έχει ορισθεί ανάλογη δυνατότητα πρόσβασης.
- Στη μείωση της γραφικής εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η αποτελεσματικότερη χρήση των υπάρχοντων πόρων.
- Στην αυτοματοποίηση της διαδικασίας έγκαιρης διάθεσης και χρέωσης ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικού υλικού.
- Στην βελτίωση της παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και η ορθολογική δόμηση των αντίστοιχων πληροφοριών.
- Στην παροχή των κατάλληλων πληροφοριών για ιατρική / νοσηλευτική έρευνα και εκπαίδευση.
- Στη δημιουργία και εκμετάλλευση ολοκληρωμένου ομοιογενούς Ιατρικού Φακέλου Ασθενών για κάθε νοσοκομείο και τη χώρα συνολικά.

1.3 ΙΦΑ

Ο ΙΦΑ αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών πολλαπλών χρήσεων όπως: ιατρική αξιολόγηση, παρακολούθηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων, υποστήριξη ιατρικών αποφάσεων, επιστημονική έρευνα και εκπαίδευση, παρακολούθηση του κόστους των υπηρεσιών παροχής νοσοκομειακής φροντίδας, χρέωση των παρασχεθέντων υπηρεσιών κ.λ.π.

Ο στόχος της ανάπτυξης του ΠΝΣ βασίσθηκε στην δημιουργία μιας αρχιτεκτονικής με πληροφορίες που συνεχώς καταγράφονται στον ΙΦΑ και είναι πιστή αναπαράσταση της διαδικασίας παροχής κλινικής φροντίδας και ταυτόχρονα είναι κατάλληλος και για άλλες χρήσεις των καταγραφόμενων πληροφοριών με ταυτόχρονη δυνατότητα εύκολου εμπλουτισμού τους.

Τύποι Δεδομένων

Γενικά τα δεδομένα του ΙΦΑ του ΠΝΣ είναι δύο ειδών:

- Δομημένα (π.χ. αριθμός μητρώου, ονοματεπώνυμο κ.λ.π.).
- Μη δομημένα, π.χ. ελεύθερα κείμενα

Παράλληλα ο ΙΦΑ έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

- α. αποτελεί τον πυρήνα όλων των εφαρμογών της βάσης δεδομένων.
- β. είναι problem oriented αλλά και time-oriented για να μπορεί να χρησιμοποιείται για κλινικούς και για διαχειριστικούς σκοπούς.

Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν αναπτυχθεί με βάση κάποια διεθνή πρότυπα. Βέβαια οι κατηγορίες που περιέχονται σ' αυτόν δεν είναι τόσες, ώστε να δίνεται πλήρης και λεπτομερής εικόνα της κατάστασης, του ιστορικού και της εξέλιξης του ασθενή. Δεν παύει όμως να αποτελεί ένα

σημαντικό στοιχείο της βάσης δεδομένων του νοσοκομείου, αν και ακόμα βρίσκεται σε εξελικτική μορφή.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας ιατρικής πληροφορικής, τη μικρή διάρκεια ζωής του συστήματος στο νοσοκομείο, αλλά ακόμα και στο ότι δεν εισάγονται πλήρη στοιχεία κατά την εισαγωγή και θεραπεία των ασθενών και δεν έχουν καθοριστεί διαδικασίες.

Ιστορικό του ασθενή

Για το ιστορικό του ασθενή ο σχεδιασμός και η πολιτική στο νοσοκομείο επιτρέπουν τη δυνατότητα επιλογής κωδικοποιημένης μορφής - χρήσης κωδικοποιημένων σημασιολογιών, καθώς και τη χρήση ελεύθερου περιγραφικού κειμένου ή και συνδυασμού των δύο μεθόδων.

Ιστορικά τα οποία δημιουργήθηκαν με τη συμμετοχή, τη βοήθεια και τις υποδείξεις των ιατρών του νοσοκομείου είναι:

- ◆ μαιευτικό γυναικολογικό ιστορικό
- ◆ ιστορικό χημειοθεραπείας
- ◆ ιστορικό ορμονοθεραπείας
- ◆ ιστορικό ανοσοθεραπείας
- ◆ ιστορικό εσωτερικής ανοσοθεραπείας
- ◆ ιστορικό βραχυθεραπείας

Συμπτώματα Ασθενή

Με τη διεργασία αυτή καταγράφονται στο σύστημα τα κλινικά συμπτώματα του ασθενή. Η καταγραφή αυτή προϋποθέτει τον καθορισμό και την κωδικοποίηση των συστημάτων σώματος. Τα συστήματα έχουν ορισθεί και κωδικοποιηθεί από τα αντίστοιχα κλινικά τμήματα. Επίσης καθορίστηκαν και κωδικοποιήθηκαν οι ανατομικές τοπογραφίες σώματος. Τα συμπτώματα

μπορούν να καταγραφούν και σε μορφή ελεύθερου κειμένου χωρίς να απαιτείται η χρήση της κωδικοποίησης. Για κάθε σύμπτωμα καταγράφεται η εξέλιξη και μπορεί να παρακολουθείται χρονικά.

Αναφέρονται ενδεικτικά κάποια παραδείγματα κλινικών συμπτωμάτων:

ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

781.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ
786.0	ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
788.0	ΚΟΛΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

Κλινικά σημεία ασθενή

Έχουν καθοριστεί και κωδικοποιηθεί τα κλινικά από τα αντίστοιχα κλινικά τμήματα. Η καταγραφή είναι δυνατόν να γίνεται και με μορφή ελεύθερου κειμένου. Για την καταγραφή ενός κλινικού σημείου επιλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία και ο ακριβής χρόνος.

ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

790.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ
791.0	ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ

Διαγνώσεις ασθενή

Έχουν καθοριστεί και κωδικοποιηθεί από τους υπεύθυνους της ιατρικής εφαρμογής του Αρεταίειου οι εξής τύποι διαγνώσεων: Αρχική, δευτερεύουσα, διαφοροδιαγνωστική, πιθανή, πρωτεύουσα, τελική, τρέχουσα.

Οι διαγνώσεις μπορεί να συσχετιστούν και να αναφέρονται σε προβλήματα τα οποία καταγράφονται σε διακεκριμένο χώρο. Όταν δεν υπάρχουν καταγραμμένα προβλήματα, εμφανίζεται η περιγραφή του προβλήματος για το οποίο εισήχθηκε ο ασθενής.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία εμφανίζονται πινακοποιημένα και υπάρχει αυτόματη εμφάνιση των αντίστοιχων σχολίων. Η εμφάνιση είναι ημερολογιακή και χρονική με αύξουσα σειρά.

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ
002	ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΥΦΟΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
002.0	ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
002.1	ΠΑΡΑΤΥΦΟΣ Α	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Ενεργά προβλήματα

Τα ενεργά προβλήματα καταγράφονται και είναι δυνατή η παρακολούθηση του ασθενή ανά πρόβλημα. Σήμερα δεν ακολουθείται αυτή η μεθοδολογία και το πρόβλημα που υπάρχει στο σύστημα δεν είναι άλλο από την αιτία εισαγωγής του.

Πορεία νόσου

Μέσω αυτής της διεργασίας καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή τα ενεργά προβλήματα, αυτό δίνει τη δυνατότητα παρακολούθησης του ασθενή ανά πρόβλημα. Στο νοσοκομείο δεν ακολουθείται αυτή η φιλοσοφία, τα προβλήματα δεν δηλώνονται και το σύστημα θεωρεί σαν μοναδικό πρόβλημα την αιτία εισαγωγής. Η προσέγγιση αυτή είναι προσανατολισμένη στη χρονολογική εξέλιξη. Υπάρχουν καταχωρημένες οι ενότητες καταγραφής της πορείας νόσου οι οποίες είναι :

- ◆ Υποκειμενική
- ◆ Αντικειμενική
- ◆ Εκτίμηση
- ◆ Διαγνωστικό Σχέδιο
- ◆ Θεραπευτικό Σχέδιο
- ◆ Εκπαιδευτικό Σχέδιο

Ιατρικές Πράξεις

Οι ιατρικές πράξεις έχουν καθοριστεί και κωδικοποιηθεί στο σύστημα. Οι διαδικασίες και τα βήματα που απαιτούνται για τις ιατρικές πράξεις είναι:

1. Εισαγωγή απαιτούμενων ιατρικών πράξεων ασθενή.
2. Προγραμματισμός ιατρικών πράξεων.
3. Εμφάνιση Ιατρικών πράξεων.
4. Εκτέλεση ιατρικών πράξεων.

Ιατρικές Εντολές

Ένα σύνολο από εφαρμογές που καλύπτουν τις εντολές το ιατρικού προσωπικού στις κλινικές και στα τμήματα του νοσοκομείου έχει ομαδοποιηθεί με τον τίτλο Ιατρικές Εντολές. Οι καταγραμμένες αυτές εντολές είναι μέρος του Ιατρικού Φακέλου του ασθενή.

Οι ιατρικές εντολές είναι ταξινομημένες σε ομάδες (π.χ. εντολές για εξέταση, εντολές για Φαρμακείο, εντολές για Ακτινολογικό) και απευθύνονται κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό του κλινικού τμήματος.

Οι εντολές για το νοσηλευτικό υποσύστημα είναι:

1. Αιτούμενες ζωτικές λειτουργίες
2. Αιτούμενες Νοσηλευτικές Πράξεις
3. Εργαστηριακές εξετάσεις

Από την πλευρά του κλινικού τμήματος η εφαρμογή διακρίνει και καλύπτει με τρεις εργασίες τις εργαστηριακές εξετάσεις.

- ◆ Αιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις
- ◆ Λήψη δείγματος
- ◆ Παρακολούθηση αποτελέσματος

4. Εντολές προς το Ακτινολογικό
5. Αιτούμενα Φάρμακα

Εξειδικευμένες Εφαρμογές

Σε αυτές ανήκει το Χειρουργείο. Έγιναν αρκετές αναπροσαρμογές κυρίως στο χειρουργικό ιστορικό, στην αναισθησία, καθώς και στο πρακτικό εγχείρησης. Η εφαρμογή δεν έχει τεθεί σε παραγωγική λειτουργία. Έγιναν όμως σχετικοί έλεγχοι και σήμερα βρίσκεται σε πιλοτικό στάδιο.

Οι κύριες διαδικασίες που περιλαμβάνονται στην διεργασία αυτή είναι :

- ◆ εντολή εγχείρησης ασθενή
- ◆ προεγχειρητική ετοιμασία ασθενή
- ◆ αναισθησία ασθενή
- ◆ πρακτικό εγχείρησης
- ◆ μετεγχειρητική εξέλιξη ασθενή
- ◆ πληροφοριακές καταστάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

**ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΤΗΣ ΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, στο Αρεταίειο Νοσοκομείο υπάρχουν δύο κλινικές, η Χειρουργική και η Γυναικολογική. Σ' αυτό το μέρος του κεφαλαίου θα γίνει μια εκτενέστερη αναφορά και επεξεργασία των στοιχείων, που έχουν καταχωρηθεί στη Βάση Δεδομένων του Νοσοκομείου.

A. Καταρχήν θα ασχοληθούμε με τη Χειρουργική Κλινική και ειδικότερα:

- Τον αριθμό του δείγματος που μελετήσαμε ανά φύλο και χρόνο, δίνοντας και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα.
- Πινακοποίηση του ασφαλιστικού φορέα των εισερχόμενων ασθενών ανά έτος καθώς και τα ανάλογα ραβδογράμματα και ποσοστά.
- Κατηγοριοποίηση της εξελικτικής πορείας των ασθενών σε επτά διαφορετικές καταστάσεις (βελτίωση, επιπλοκή, θάνατος, ίαση, στάσιμη, κατ' οίκον νοσηλεία, παρακολούθηση ασθενή). Δίνονται ακόμα, πίνακας ανά έτος και κυκλικά διαγράμματα. Ειδικότερα, έγινε σύγκριση του αποτελέσματος του θανάτου κατά τα δύο εξεταζόμενα έτη.
- Τέλος, εξετάστηκαν στο σύνολο των καρκινοπαθών κατά τα δύο έτη οι θάνατοι και η ίαση και έγινε ποσοστιαία παρουσίαση τους σε ραβδογράμματα.
- Καταλήγοντας, εξάγονται κάποια συμπεράσματα βασισμένα στην παραπάνω επεξεργασία.

Β. Στη συνέχεια θα ακολουθήσει η ανάλογη διαδικασία για την Μαιευτική Κλινική.

- Αρχικά γίνεται η παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν τις γεννήσεις, επιπλοκές και τις εκτρώσεις ανά έτος και στη συνέχεια δίνεται η ποσοστιαία παρουσίαση τους σε ραβδογράμματα.
- Συγκριτική παρουσίαση των καισαρικών τομών και φυσιολογικών τοκετών στα δύο έτη με ταυτόχρονη έκθεση τους σε ραβδογράμματα.
- Πινακοποιημένη παρουσίαση των γεννήσεων ανά φύλο στα δύο έτη, καθώς και οι θάνατοι των νεογέννητων. Εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν υπήρχαν στη βάση δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε και τα πήραμε από το βιβλίο που κρατούσαν στο Μαιευτικό τμήμα.
- Πίνακας που δημιουργήθηκε με βάση τον ασφαλιστικό φορέα των εισερχομένων γυναικών και ποσοστιαία παρουσίαση τους σε ραβδογράμματα.
- Κατηγοριοποίηση της εξελικτικής πορείας των ασθενών σε επτά διαφορετικές καταστάσεις και αντίστοιχο ραβδόγραμμα.
- Ηλικιακή κατανομή των εισερχομένων γυναικών και διαγραμματική παρουσίαση αυτής.
- Τελικά συμπεράσματα από την προηγούμενη μελέτη.

Γ. Στο τμήμα αυτό γίνεται συσχέτιση των κλινικών δεδομένων που αφορούν τις δύο κλινικές, τη Χειρουργική και Γυναικολογική.

Πιο συγκεκριμένα:

- Πίνακας και ραβδογράμματα που δείχνει την αναλογία των φύλων στο σύνολο των κλινικών κατά τα έτη.
- Αναλογία εισαγωγών στις δύο κλινικές, στα δύο εξεταζόμενα έτη και σχετικό διάγραμμα.
- Ηλικιακή κατανομή του συνόλου των εισαγωγών, στα δύο έτη και παρουσίαση της σε διαγραμματική μορφή.

- Χρονική κατανομή των εισαγωγών στις δύο κλινικές (ανά μήνα) και συγκριτικό ραβδόγραμμα για τα έτη 1996-1997.
- Πίνακας και διαγράμματα διασποράς της ηλικίας των καρκινοπαθών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο, ανά φύλο και τα δύο έτη.

Στη συνέχεια παραθέτονται κάποιοι πίνακες και σχεδιαγράμματα των οποίων τα στοιχεία διαφέρουν κάπως από τους προηγούμενους, γιατί είναι από διαφορετική ημερομηνία της Βάσης. Έτσι δίνονται:

- Η ηλικιακή κατανομή της Μέσης διάρκειας νοσηλείας στα δύο έτη σε μορφή πίνακα και σχεδιαγράμματος.
- Ειδικότερα, η ηλικιακή κατανομή ασθενών για το μήνα Μάιο στα δύο έτη.
- Κατανομή των ασθενών κατά φύλο και θέση τόσο στη Μαιευτική όσο και στη Γυναικολογική κλινική και παρουσίασή τους σε ραβδογράμματα.
- Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για το σύνολο των δύο κλινικών σε πίνακα και ραβδογράμματα.
- Τέλος, εξάγονται τα συμπεράσματα από τη μελέτη των δύο κλινικών.

Όσον αφορά τώρα τη διαδικασία πρόσβασης στη βάση δεδομένων και επεξεργασίας των στοιχείων αυτής, ήταν η παρακάτω.

Όλα τα δεδομένα ήταν καταγραμμένα σε μια βάση Oracle, από εκεί έγινε μεταφορά τους στο Excel, από όπου και ακολούθησε η περαιτέρω επεξεργασία, δηλαδή η δημιουργία πινάκων και σχεδιαγραμμάτων.

Πριν προχωρήσουμε στην περαιτέρω επεξεργασία αυτών των στοιχείων θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η εγκατάσταση και η λειτουργία του Πληροφοριακού Συστήματος ολοκληρώθηκε σε διαδοχικές φάσεις. Η καταχώρηση των στοιχείων στη Βάση Δεδομένων ξεκίνησε το Μάιο του 1996. Όπως έγινε φανερό οι αρχικές καταχωρήσεις στη Βάση για το έτος του 1996 είναι ελλιπής. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η επαφή

του προσωπικού του νοσοκομείου με το Πληροφοριακό Νοσοκομειακό Σύστημα ΠΝΣ ήταν μια πρωτόγνωρη εμπειρία καθώς και στην απειρία του πάνω σε γνώσεις πληροφορικής.

2.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

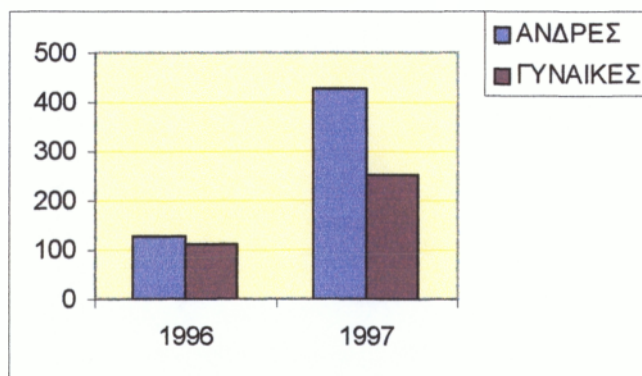
Σύμφωνα με την αναφορά που έγινε παραπάνω, στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με την επεξεργασία των δεδομένων της βάσης που αφορούν την χειρουργική κλινική, κατά τα έτη 1996 – 1997.

Όπως θα παρατηρήσουμε και στον παρακάτω πίνακα 2.1 οι εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν στην χειρουργική κλινική το έτος 1996 είναι στο σύνολο τους 239, ενώ αντίστοιχα για το έτος 1997 είναι 683. Άρα βλέπουμε ότι στο σύνολο των εισαγωγών που έγιναν τα δύο έτη μαζί, δηλαδή στις 2280 οι 922 αφορούν την χειρουργική κλινική με ποσοστό 40,4%.

ΦΥΛ.	ΕΤΗ	1996	1997
ΑΝΔΡΕΣ		127	430
ΓΥΝΑΙΚΕΣ		112	253
ΣΥΝΟΛΟ		239	683

Πίνακας 2.1 : Αναλογία Ανδρών – Γυναικών κατά τα έτη 1996 – 1997 και στις δύο κλινικές.

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την αναλογία που υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων στις εισαγωγές που έγιναν κατά τα έτη 1996 – 1997. Όπως παρατηρούμε και στα δύο έτη οι εισαγωγές σε ανδρικό πληθυσμό είναι περισσότερες από τις εισαγωγές των γυναικών με ποσοστό 34,5%.



Σχεδιάγραμμα 2.1 : Ραβδόγραμμα εισαγωγών ανά φύλο κατά τα έτη 1996 –1997.

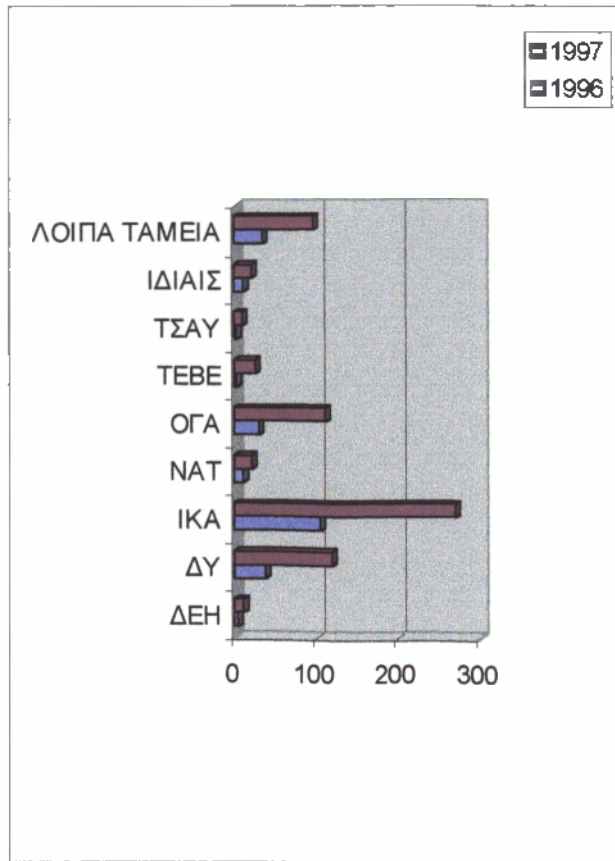
Στο ραβδόγραμμα που φαίνεται στο παραπάνω Σχεδιάγραμμα 2.1 παρατηρούμε την αναλογία που υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων στις εισαγωγές κατά τα έτη 1996 – 1997 καθώς και το γεγονός ότι ο ανδρικός πληθυσμός καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών και στα δύο έτη.

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία που καταχωρούνται για κάθε εισαγωγή στη βάση δεδομένων μας δίνεται η δυνατότητα να εξετάσουμε τους ασφαλιστικούς φορείς σε σχέση με τις εισαγωγές κατά τα δύο έτη 1996 – 1997.

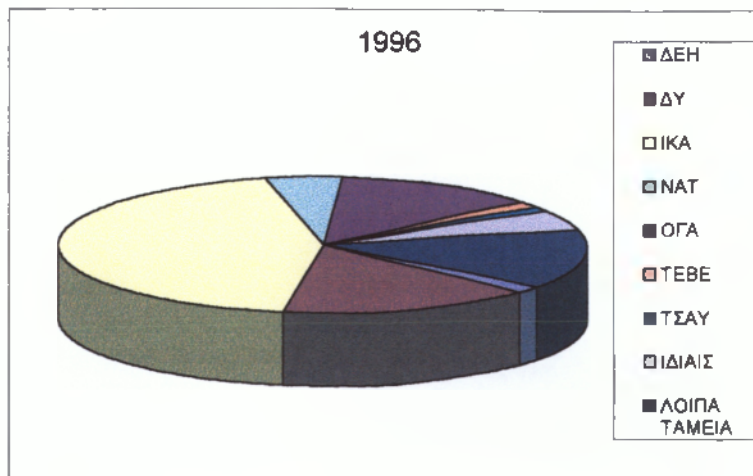
ΤΑΜΕΙΑ ΕΤΗ	ΔΕΗ	ΔΥ	ΙΚΑ	ΝΑΤ	ΟΓΑ	ΤΕΒΕ	ΤΣΑΥ	ΙΔΙΑΙΣ	ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1996	4	38	105	11	30	3	3	11	34	239
1997	11	119	270	21	111	25	10	21	96	683

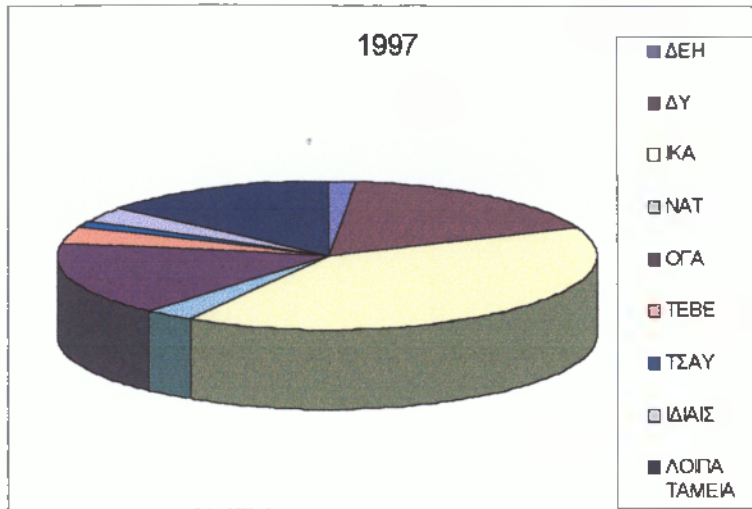
Πίνακας 2.2 : Ασφαλιστικός φορέας των εισερχομένων ασθενών.

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την αναλογία που υπάρχει ανάμεσα σε κάθε ασφαλιστικό φορέα και στο σύνολο των εισαγωγών για κάθε έτος. Έτσι παρατηρούμε ότι για το έτος 1996 το ΙΚΑ καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών σε ποσοστό 43,9%, ενώ το μικρότερο ποσοστό από τους κύριους ασφαλιστικούς φορείς ανήκει στο ΤΕΒΕ και στο ΤΣΑΥ με ποσοστό 1% για το καθένα. Αντίστοιχα και στο έτος 1997 το ΙΚΑ καταλαμβάνει το 39,5%, ενώ το μικρότερο ποσοστό στις εισαγωγές το έχει το ΤΣΑΥ με 1,5%.



Σχεδιάγραμμα 2.2 : Ραβδόγραμμα ασφαλιστικών φορέων ανά έτος.





Σχεδιάγραμμα 2.3 : Ποσοστό συμμετοχής των ασφαλιστικών ταμείων κατά τα έτη 1996 – 1997.

Στα παραπάνω κυκλικά διαγράμματα και ραβδογράμματα μπορούμε να δούμε καλύτερα τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε κάθε ασφαλιστικό φορέα για κάθε έτος χωριστά.

Σύμφωνα με τις εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν κατά τα δύο έτη το σύστημα μας δίνει τη δυνατότητα να γνωρίζουμε ποια ήταν η κατάληξη αυτών των εισαγωγών, δηλαδή το αποτέλεσμα της υγείας του κάθε ασθενή που εισήχθη στο νοσοκομείο. Το σύστημα περιλαμβάνει επτά κατηγορίες αποτελεσμάτων που είναι οι εξής :

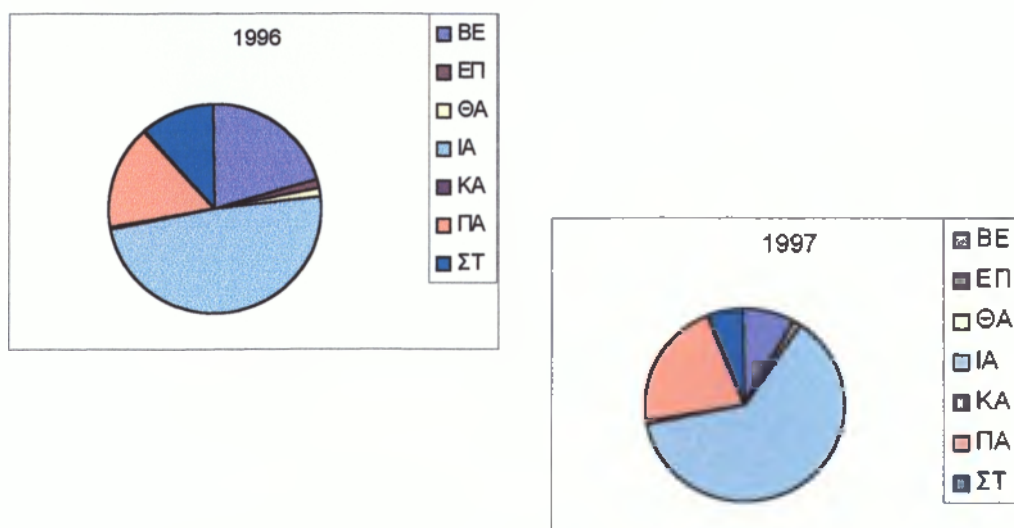
- | | | |
|--------------------------------------|--------|-----|
| 1. Βελτίωση της υγείας του ασθενούς. | —————> | ΒΕ. |
| 2. Επιπλοκή στην υγεία του ασθενή. | —————> | ΕΠ. |
| 3. Θάνατος του ασθενή. | —————> | ΘΑ. |
| 4. Ίαση του ασθενή. | —————> | ΙΑ. |
| 5. Στάσιμη κατάσταση του ασθενή. | —————> | ΣΤ. |
| 6. Κατ' οίκον νοσηλεία του ασθενή | —————> | ΚΑ. |
| 7. Παρακολούθηση του ασθενή | —————> | ΠΑ. |

ΕΤΗ	ΑΠΟΤΕΛ.	ΒΕ	ΕΠ	ΘΑ	ΙΑ	ΚΑ	ΠΑ	ΣΤ	ΣΥΝΟΛΟ
1996		50	3	3	115	1	39	28	239
1997		56	1	9	421	5	152	39	683
ΣΥΝΟΛΟ		106	4	12	536	6	191	67	922

Πίνακας 2.3 : Αποτελέσματα θεραπευτικής αγωγής κατά τα έτη 1996 – 1997.

Από τα στοιχεία του πίνακα 2.3 παρατηρούμε ότι το έτος 1996 στις 239 εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν, οι 115 κατέληξαν στην ίαση, ενώ μόνο 3 κατέληξαν στο θάνατο. Αντίστοιχα στο έτος 1997 στις 683 εισαγωγές οι 421 κατέληξαν σε ίαση και 9 σε θάνατο.

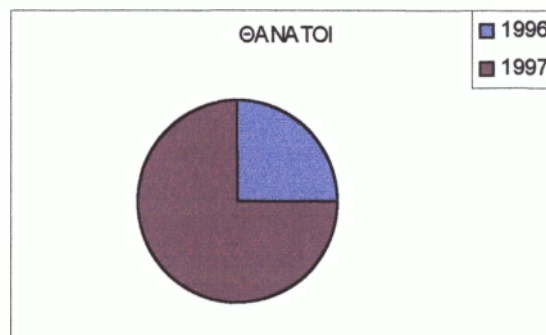
Ο αριθμός των περιπτώσεων που οδήγησαν στην ίαση αυξήθηκε μεταξύ των δύο ετών κατά 72,7% πράγμα το οποίο οφείλεται στην συνεχή πρόοδο της ιατρικής και στην βελτίωση της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή.



Σχεδιάγραμμα 2.4 : Κυκλικά διαγράμματα των αποτελεσμάτων κατά τα έτη 1996 –1997.

Τα παραπάνω κυκλικά διαγράμματα μας παρουσιάζουν το ποσοστό συμμετοχής ανά έτος του κάθε αποτελέσματος στο σύνολο των εισαγωγών. Όπως βλέπουμε και από τα σχεδιαγράμματα το ποσοστό της ίασης καταλαμβάνει το μεγαλύτερο πάντα μέρος των αποτελεσμάτων.

Στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί παρατηρούμε το ποσοστό των θανάτων που πραγματοποιήθηκαν στην χειρουργική κλινική κατά τα έτη 1996 – 1997.



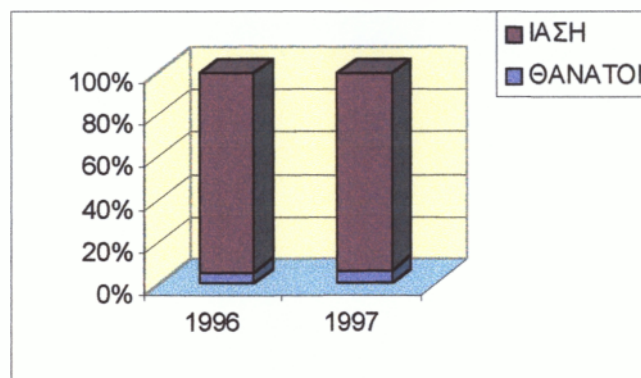
Σχεδιάγραμμα 2.5 : Ποσοστό θανάτων κατά τα έτη 1996 – 1997.

Στο σημείο αυτό κρίνουμε σκόπιμο να ερευνήσουμε τις περιπτώσεις των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, λόγω του ότι ο καρκίνος είναι η πιο συνηθισμένη αρρώστια που προσβάλλει τα τελευταία χρόνια τον άνθρωπο. Σύμφωνα λοιπόν με τις περιπτώσεις που παρουσίαζαν καρκίνο και καταμετρήθηκαν έχουμε και το αποτέλεσμα τους για τα δύο έτη 1996 – 1997.

ΑΠΟΤΕΛ. ΕΤΗ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΙΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΡ/ΘΩΝ
1996	1	17	77
1997	4	58	187

Πίνακας 2.4 : Περιπτώσεις καρκινοπαθών στη χειρ/κή κλινική και εξέλιξη της πορείας τους.

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι σύνολο των καρκινοπαθών για το έτος 1996, ένα από αυτούς κατέληξε στο θάνατο και 17 γιατρεύτηκαν τελείως, ενώ το 1997 οι θάνατοι αυξήθηκαν στους 4 και οι περιπτώσεις ίασης στις 58.



Σχεδιάγραμμα 2.6: Ραβδόγραμμα ποσοστού θεραπείας και θανάτων των καρκινοπαθών.

Από το παραπάνω ραβδόγραμμα προκύπτει ότι το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σε καρκίνο κατά τα έτη 1996 – 1997 είναι αντίστοιχα 1,3% και 2,1% αντίστοιχα.

2.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των στοιχείων που έγινε παραπάνω και αφορούν την χειρουργική κλινική, μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα και συγκρίσεις μεταξύ των ετών 1996 - 1997.

- ◆ Ο αριθμός των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν τα δύο έτη ήταν 239 το 1996 και 638 το 1997. Έτσι παρατηρείται μια αύξηση των εισαγωγών κατά το 1997 με ποσοστό 65%.
- ◆ Στον αριθμό των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν, το ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών κατά 34,5%.
- ◆ Από την αναλογία που υπάρχει ανάμεσα σε κάθε ασφαλιστικό φορέα και στο σύνολο των εισαγωγών για κάθε έτος παρατηρούμε ότι το 1996 το ΙΚΑ καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών σε ποσοστό 43,9%. Αντίστοιχα και για το έτος 1997 το ΙΚΑ καταλαμβάνει το 39,5% σε σχέση με τους άλλους ασφαλιστικούς φορείς. Το μικρότερο ποσοστό ανήκει στο ΤΕΒΕ και στο ΤΣΑΥ το 1996 με 1%, ενώ το 1997 το μικρότερο ποσοστό ανήκει στο ΤΣΑΥ με 1,5%.
- ◆ Σύμφωνα με τον αριθμό των εισαγωγών που έγιναν τα δύο έτη και με τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν σ' αυτές τις εισαγωγές βλέπουμε ότι μόνο 1,3% το 1996 κατέληξε στο θάνατο, ενώ 48,1% γιατρεύτηκαν τελείως. Αντίστοιχα για το 1997 το 1,3% κατέληξε στο θάνατο, ποσοστό που παραμένει ίδιο με του 1996 και 61,6% των εισαγωγών είχαν σαν αποτέλεσμα την ίαση. Όπως βλέπουμε ο αριθμός των περιπτώσεων που οδηγήθηκαν στην ίαση αυξήθηκε κατά τα δύο έτη κατά 72,7%.
- ◆ Οι καρκινοπαθείς αυξήθηκαν κατά τα δύο έτη 1996 - 1997 κατά 58,8%. Στο σύνολο αυτών και τα δύο έτη το ποσοστό των θανάτων αυξήθηκε κατά 75%, ενώ οι περιπτώσεις ίασης αυξήθηκαν κατά 70,7% ποσοστό μικρότερο σε σχέση με το ποσοστό των θανάτων.

2.3 ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

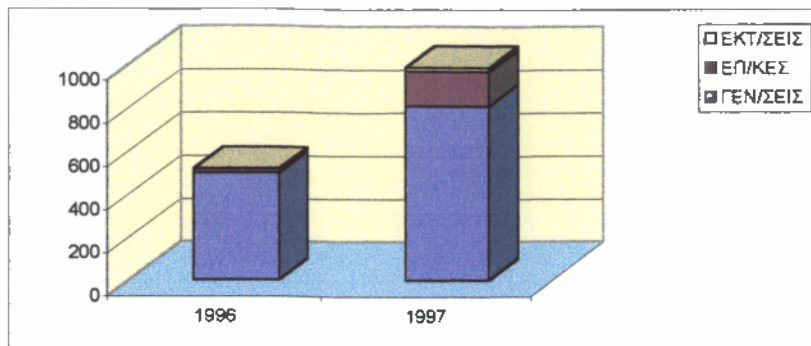
Στη συνέχεια θα επεξεργαστούμε τα δεδομένα της βάσης που αφορούν την Γυναικολογική κλινική, η οποία απαρτίζεται από το Μαιευτικό και το Γυναικολογικό τμήμα. Οι εισαγωγές που έγιναν κατά τα δύο έτη στη Γυν/κή κλινική είναι αντίστοιχα 148 για το 1996 και 1209 για το 1997, με αντίστοιχα ποσοστά 10,9% και 89% στο σύνολο των εισαγωγών των δύο ετών.

ΠΑΘΗΣΗ	ΕΤΗ	1996	1997	ΣΥΝΟΛΟ
ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ		496	808	1304
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ		17	159	176
ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ		2	18	20

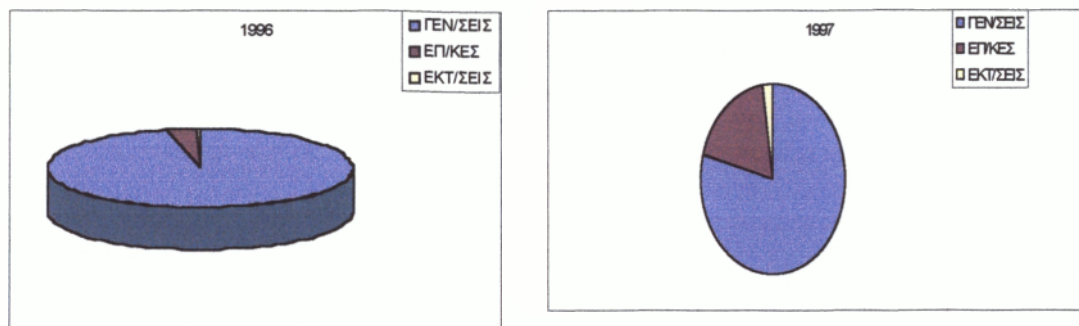
Πίνακας 2.5 : Αναλογία γεννήσεων –επιπλοκών – εκτρώσεων κατά τα έτη 1996 – 1997.

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία που δίνονται από τη βάση δεδομένων όσον αφορά το Μαιευτικό τμήμα, για το έτος 1996 είχαμε 496 γεννήσεις, 17 επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά αυτής και 2 εκτρώσεις. Τα αντίστοιχα ποσά για το 1997 είναι 808 γεννήσεις, 159 επιπλοκές και 18 εκτρώσεις. Άμεσα προκύπτει ότι σ' ένα μόνο έτος οι γεννήσεις αυξήθηκαν κατά 38,6% και οι εκτρώσεις που όμως οφείλονται σε φυσιολογικά αίτια κατά 88,9%.

Στο παρακάτω σχεδιάγραμμα παρατηρούμε τις γεννήσεις, τις επιπλοκές και τις εκτρώσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τα έτη 1996 – 1997.



Σχεδιάγραμμα 2.7 : Ραβδόγραμμα των αποτελεσμάτων στο Μαιευτικό τμήμα.



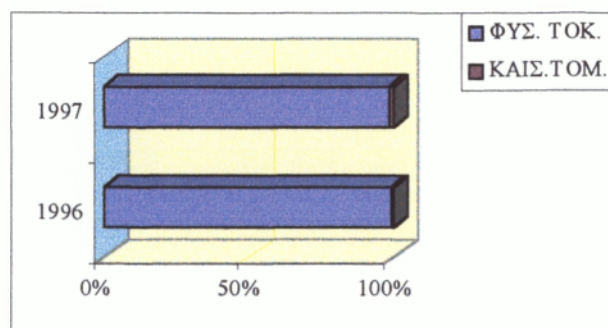
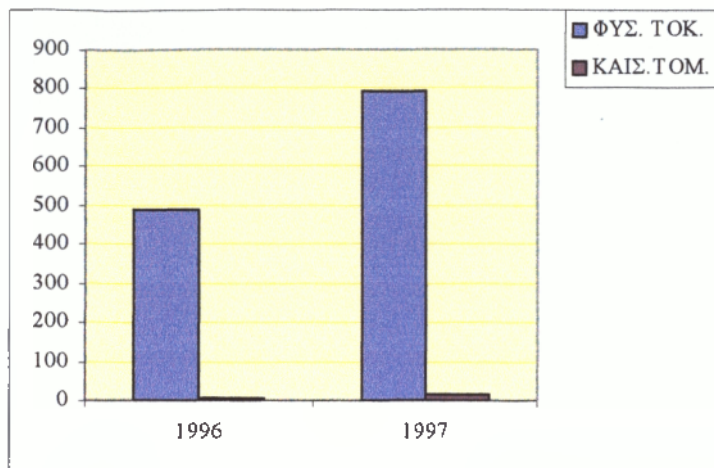
Σχεδιάγραμμα 2.8 : Κυκλικά διαγράμματα των περιπτώσεων στο Μαιευτικό τμήμα ανά έτος.

Παρακάτω παρατίθεται ο πίνακας 2.6 όπου και γίνεται αναλυτική παρουσίαση των γεννήσεων που έγιναν με φυσιολογικό τοκετό και καισαρική. Έτσι, το 1996 είχαμε 491 φυσιολογικούς τοκετούς και 5 καισαρικές τομές, ενώ το 1997 καταγράφονται 794 φυσιολογικοί τοκετοί και 14 καισαρικές τομές.

ΕΤΗ ΠΑΘΗΣΗ	1996	1997	ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΣ. ΤΟΚ.	491	794	1285
ΚΑΙΣ.ΤΟΜ.	5	14	19

Πίνακας 2.6 : Αναλογία φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών στο σύνολο των γεννήσεων.

Τα ποσοστά αύξησης των γεννήσεων με φυσιολογικό τοκετό και καισαρική τομή μεταξύ των δύο εξεταζομένων ετών είναι αντίστοιχα 38,2% και 64,3% και παρουσιάζονται αναλυτικότερα στα παρακάτω δύο σχεδιαγράμματα.

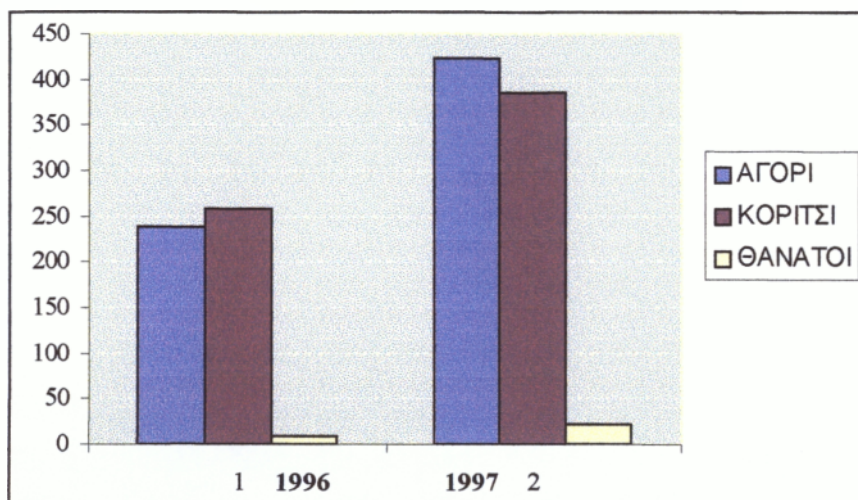


Σχεδιάγραμμα 2.9 : Ραβδόγραμμα και Ποσοστιαία μεταβολή φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών.

ΕΤΗ	ΓΕΝ/ΣΗ	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1996		238	258	9	496
1997		423	385	21	808

Πίνακας 2.7 : Αναλογία των γεννήσεων κατά φύλο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο πίνακας που δίνεται παραπάνω. Σ' αυτόν φαίνεται η αναλογία αγοριών και κοριτσιών που γεννήθηκαν τα έτη 1996 και 1997, καθώς και οι θάνατοι των νεογέννητων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να πούμε ότι οι γεννήσεις καθώς και το φύλο των παιδιών δεν φαίνονται στη βάση δεδομένων του Αρεταίειου και για τα στοιχεία αυτά χρειάστηκε να ανατρέξουμε στα βιβλία, που τηρούνται από το Νοσοκομείο και καταγράφονται τα στοιχεία αυτά.



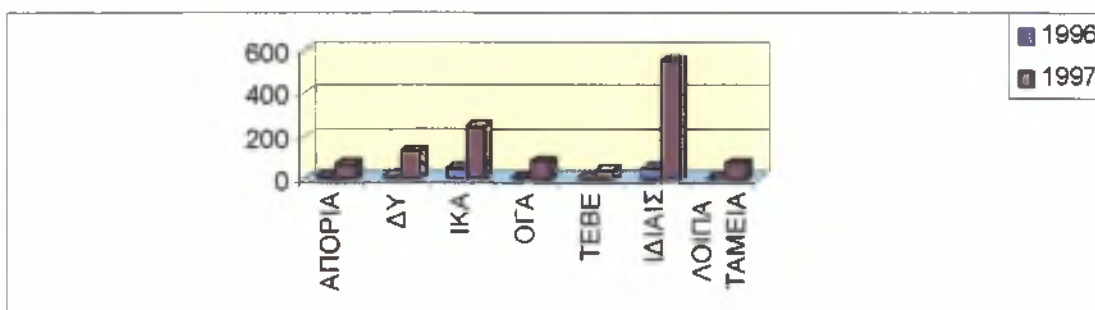
Σχεδιάγραμμα 2.10: Κατανομή των γεννήσεων και Θανάτων ανά φύλο.

Συνεχίζοντας και όπως φαίνεται από τον πίνακα 2.8, γίνεται μια εκτενής παρουσίαση του ασφαλιστικού φορέα κάλυψης των εισερχομένων ασθενών. Με βάση λοιπόν τα στοιχεία αυτά μπορούμε να δούμε ότι η ιδιωτική ανάληψη των εξόδων νοσηλείας κατέχει «τη μερίδα του λέοντος» ιδιαίτερα για το έτος 1997. Ακολουθεί το ΙΚΑ με χαμηλότερο ποσοστό αλλά παρ' όλα αυτά αρκετά μεγάλο.

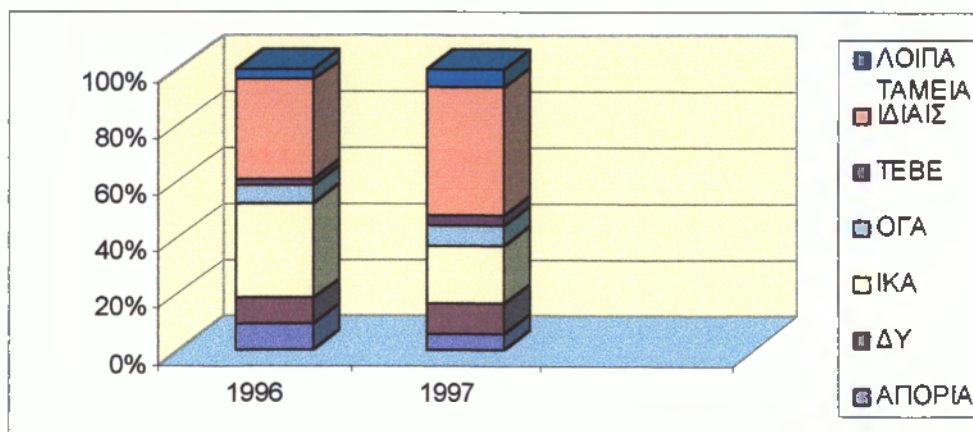
ΕΤΗ	ΤΑΜΕΙΑ	ΑΠΟΡΙΑ	ΔΥ	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΤΕΒΕ	ΙΔΙΑΙΣ	ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1996		14	13	50	10	3	52	6	148
1997		71	130	248	86	42	551	75	1209

Πίνακας 2.8 : Ασφαλιστικός φορέας των εισερχομένων ασθενών.

Στα παρακάτω ραβδογράμματα παρατηρούμε ότι το 1997 αυξάνεται το ποσοστό της ιδιωτικής κάλυψης κατά 90,6%, ενώ το ποσοστό της σε σχέση με τα άλλα ταμεία ανέρχεται στο 35,1% αντίστοιχα για το 1996. Η κάλυψη του ΙΚΑ μεταξύ των δύο ετών αυξάνεται κατά 79,8%, ενώ για το 1996 το ποσοστό του συγκριτικά με τα άλλα ταμεία είναι 33,8% και 20,5 για το 1997.



Σχεδιάγραμμα 2.11 : Ραβδόγραμμα ασφαλιστικών φορέων στη Γυναικολογική κλινική.



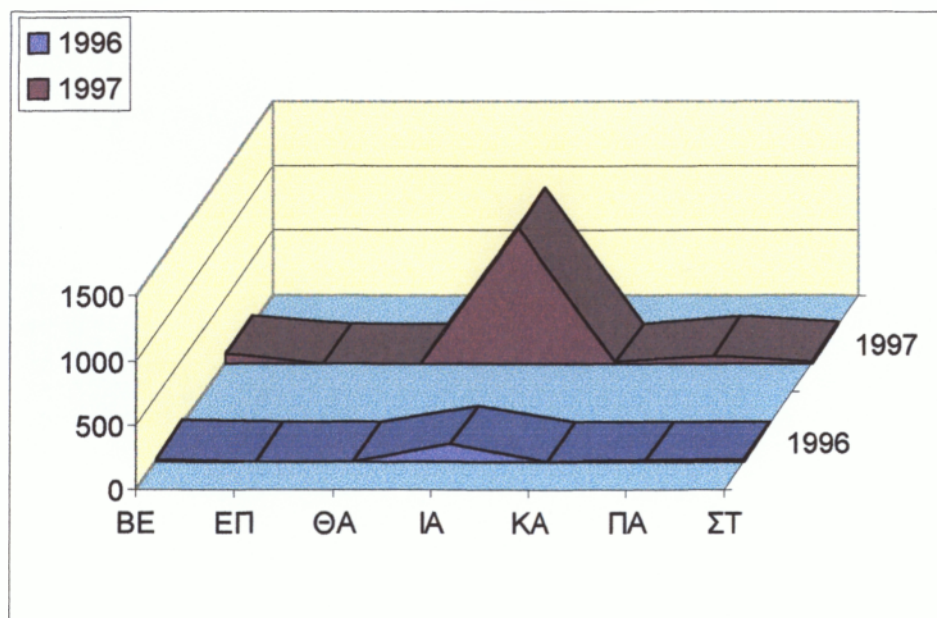
Σχεδιάγραμμα 2.12 : Ποσοστιαία συμμετοχή των ασφαλιστικών φορέων.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της βάσης η εξέλιξη της υγείας των γυναικών με βάση την θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκαν φαίνεται στον παρακάτω πίνακα 2.9.

ΕΤΗ	ΑΠΟΤΕΛ.	ΒΕ	ΕΠ	ΘΑ	ΙΑ	ΚΑ	ΠΑ	ΣΤ	ΣΥΝΟΛΟ
1996		10			129		8	1	148
1997		72	1		1051	4	65	16	1209
ΣΥΝΟΛΟ		82	1	0	1180	4	73	17	1357

Πίνακας 2.9 : Αποτελέσματα θεραπευτικής αγωγής κατά τα έτη 1996 – 1997.

Όπως προκύπτει από την μελέτη των αποτελεσμάτων η ένδειξη θάνατος παραλείπεται εντελώς, ενώ επικρατεί το αποτέλεσμα της ίασης με σημαντική διαφορά από τα άλλα αποτελέσματα.



Σχεδιάγραμμα 2.13 : Κατανομή των αποτελεσμάτων στη Γυναικολογική κλινική κατά τα έτη 1996 – 1997.

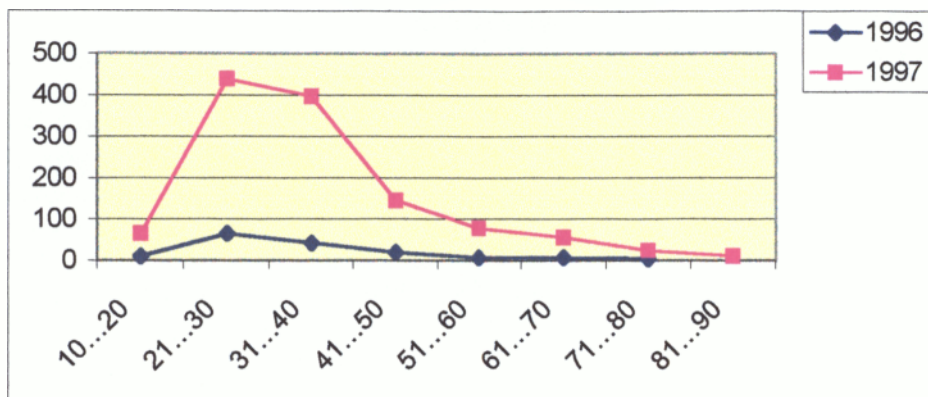
Συγκεκριμένα όπως φαίνεται και στο σχεδιάγραμμα για το έτος 1996 το αποτέλεσμα της ίασης κατέχει το 87,2% ενώ για το έτος 1997 το ποσοστό αυτό είναι 86,9%.

Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω κατανομή των γεννήσεων ανά φύλο για το 1996 τα αγόρια αντιπροσωπεύουν τι 48%, ενώ τα κορίτσια το 52%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το 1997 είναι 52,4% και 47,6%. Παρατηρούμε μια αύξηση των αγοριών μεταξύ των δύο ετών της τάξεως του 43,7% και των κοριτσιών κατά 33%. Επίσης, το ποσοστό των θανάτων στο σύνολο των γεννήσεων είναι 1,8% και 2,5% για τα δύο χρόνια αντίστοιχα.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΤΟΣ	1996	1997
10...20	9	63
21...30	63	440
31...40	41	398
41...50	19	145
51...60	7	76
61...70	7	55
71...80	2	21
81...90	—	11
ΣΥΝΟΛΟ	148	1209

Πίνακας 2.10 : Ηλικιακή κατανομή των εισαγωγών στη Γυναικολογική κλινική κατά τα έτη 1996 – 1997.

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται μια κατανομή των γυναικών που εισήχθησαν στο τμήμα, με βάση την ηλικία τους. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι μεταξύ των ηλικιών 21...30 επισκέφτηκε το Νοσοκομείο το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών, το οποίο ανέρχεται σε 42,6% για το έτος 1996 και 36,4% για το έτος 1997. Αντίστοιχα το μικρότερο ποσοστό των γυναικών που επισκέφτηκε το τμήμα για το 1996 είναι 1,4% και εντοπίζεται μεταξύ των ηλικιών 71...80, ενώ για το 1997 είναι 0,9% και εντοπίζεται μεταξύ των ηλικιών 81...90.



Σχεδιάγραμμα 2.14 : Ηλικιακή κατανομή των εισαγωγών στη Γυναικολογική κλινική κατά τα έτη 1996 – 1997.

2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρώντας την επεξεργασία των στοιχείων που έγινε παραπάνω και αφορούν την Γυναικολογική κλινική, μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα και συγκρίσεις μεταξύ των ετών 1996 - 1997.

- ◆ Οι εισαγωγές που έγιναν κατά τα έτη 1996 - 1997 είναι αντίστοιχα 148 και 1209. Το ποσοστό αυτών στο σύνολο των εισαγωγών που έγιναν τα δύο έτη στην Γυναικολογική κλινική είναι αντίστοιχα για το 1996 10,9%, ενώ για το 1997 89%.
- ◆ Οι γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τα δύο έτη αυξήθηκαν 38,6%. Οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν αυξήθηκαν κατά 89,3% και οι εκτρώσεις κατά 88,9%.
- ◆ Οι γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν τα δύο έτη άλλες έγιναν με φυσιολογικό τοκετό και άλλες με καισαρική τομή. Το ποσοστό αύξησης των γεννήσεων με φυσιολογικό τοκετό κατά τα δύο έτη είναι 38,2%, ενώ το ποσοστό αύξησης των γεννήσεων με καισαρική τομή κατά τα δύο έτη είναι 64,3%.
- ◆ Από τα στοιχεία που έχουμε βλέπουμε ότι στην Γυναικολογική κλινική η ιδιωτική πρωτοβουλία στην ανάληψη των εξόδων νοσηλείας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους ασφαλιστικούς φορείς. Το ποσοστό της ιδιωτικής κάλυψης αυξάνεται κατά 90,6% κατά τα δύο έτη.
- ◆ Το ΙΚΑ είναι ένας ασφαλιστικός φορέας που κατέχει μετά την ιδιωτική ανάληψη των εξόδων το μεγαλύτερο ποσοστό, το οποίο το 1996 ανέρχεται στο 33,8% και το 1997 ανέρχεται στο 45,6%, ενώ μεταξύ των δύο ετών η αύξηση είναι 79,8%.

- ◆ Όπως παρατηρούμε από τα αποτελέσματα των διαγνώσεων που έγιναν η ίαση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών και για τα δύο έτη, το 1996 είναι 87,2% και το 1997 είναι 86,9%. Το ποσοστό των θανάτων είναι μηδενικό. Αυτό σημαίνει ότι δεν καταγράφηκαν θάνατοι στο Γυναικολογικό τμήμα κατά τα δύο έτη.
- ◆ Όσον αφορά τις γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τα δύο έτη παρουσιάζεται μία αύξηση σε ποσοστό 38,6%. Στις γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν το 1996 τα κορίτσια καταλαμβάνουν το 52%, ενώ το 1997 καταλαμβάνουν το 47,6%. Η αύξηση που βλέπουμε μεταξύ των δύο ετών στις γεννήσεις των κοριτσιών είναι 33%.
- ◆ Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο Γυναικολογικό τμήμα το μεγαλύτερο ποσοστό που επισκέφτηκε την κλινική είναι μεταξύ των ηλικιών 21...30, διότι σ' αυτή την ηλικία πραγματοποιούνται και οι περισσότερες γεννήσεις.
- ◆ Το μικρότερο ποσοστό των γυναικών παρατηρείται στις ηλικίες μεταξύ των 71...80 για το 1996 και είναι 1,4%, ενώ για το 1997 παρατηρείται μεταξύ των ηλικιών 81...90 και είναι 0,9%.

2.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

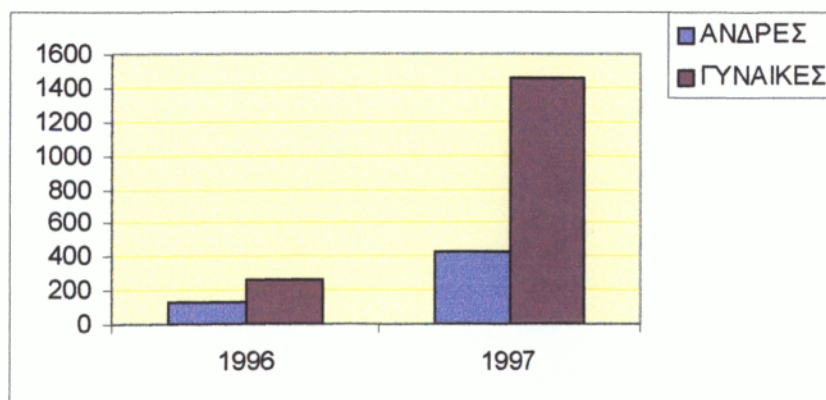
Στο τμήμα αυτό του κεφαλαίου θα παρουσιάσουμε τα δεδομένα της βάσης, που αφορούν συνολικά και τις δύο κλινικές, για να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα των Δεδομένων που υπάρχουν στη Βάση του Πληροφοριακού Συστήματος του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Παρακάτω θα γίνει η παράθεση διαφόρων πινάκων με στοιχεία που αφορούν τις δύο κλινικές καθώς και σχεδιαγραμμάτων για την καλύτερη κατανόηση αυτών.

Μια κατανομή των εισαγωγών κατά φύλο και στις δύο κλινικές κατά τα έτη 1996 – 1997 γίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΕΤΗ ΦΥΛ.	1996	1997
ΑΝΔΡΕΣ	127	430
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	260	1462
ΣΥΝΟΛΟ	387	1892

Πίνακας 2.11 : Αναλογία φύλων στις δύο Κλινικές.

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του πίνακα η αναλογία ανδρών – γυναικών για τα δύο έτη που εξετάζουμε είναι : 32,8% άνδρες έναντι 67,2% των γυναικών, κατά το έτος 1996 και 22,7% άνδρες έναντι 77,3% των γυναικών κατά το έτος 1997.



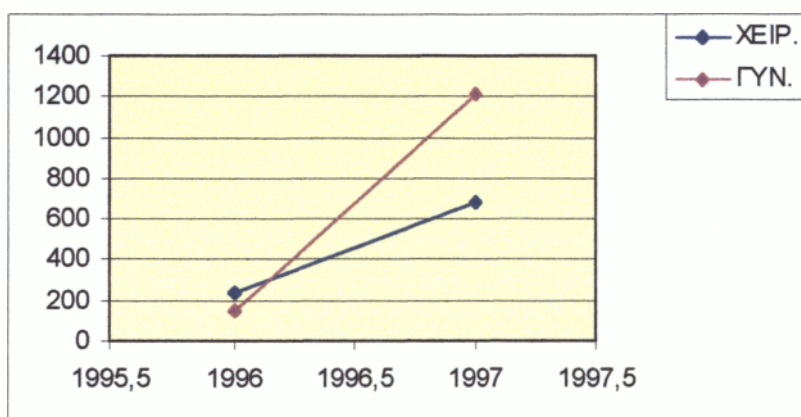
Σχεδιάγραμμα 2.15 : Ραβδόγραμμα αναλογίας φύλων στις δύο Κλινικές.

Σύμφωνα λοιπόν και με το ραβδόγραμμα του πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, δικαιολογείται από το γεγονός ότι στο γυναικολογικό τμήμα νοσηλεύονται μόνο γυναίκες, ενώ το χειρουργικό παρέχει νοσηλεία σε άνδρες και γυναίκες.

ΕΤΗ	ΕΙΣΑΓ.	ΧΕΙΡ.	ΓΥΝ.	ΣΥΝΟΛΟ
1996		239	148	387
1997		683	1209	1892

Πίνακας 2.12 : Αναλογία εισαγωγών στις δύο κλινικές κατά τα έτη 1996 – 1997.

Όπως γίνεται φανερό ο πίνακας αναφέρεται στις εισαγωγές ανά έτος και χωριστά για κάθε κλινική. Έτσι στην Χειρουργική κλινική το 1996 οι εισαγωγές είναι περισσότερες απ' ότι στη Γυναικολογική κλινική, ενώ αντίθετα το 1997 οι εισαγωγές όχι μόνο αυξάνονται στην Γυναικολογική κλινική, αλλά γίνονται σχεδόν διπλάσιες.



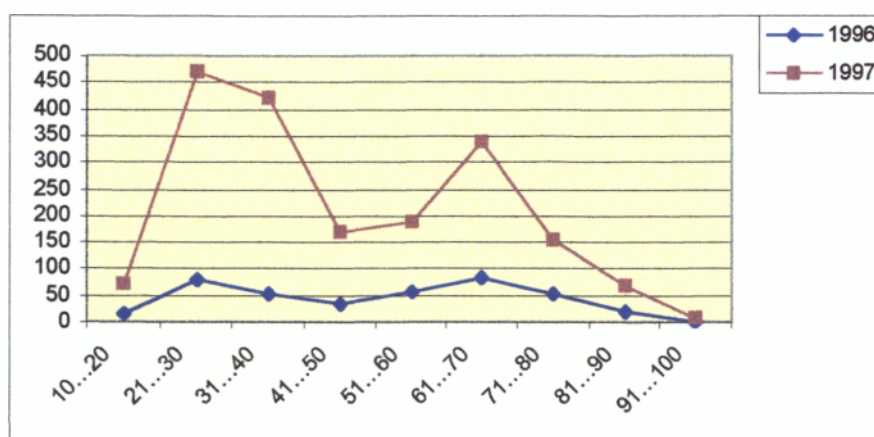
Σχεδιάγραμμα 2.16 : Κατανομή εισαγωγών στις δύο κλινικές κατά τα έτη 1996 – 1997.

Έτσι στην Χειρουργική κλινική οι εισαγωγές αποτελούν το 1997 το 61,75%, ενώ το 1997 στην Γυναικολογική κλινική οι εισαγωγές αποτελούν το 63,9%.

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΗ	1996	1997
10...20		14	70
21...30		79	470
31...40		51	420
41...50		34	170
51...60		56	189
61...70		83	340
71...80		52	156
81...90		17	69
91...100		1	8
ΣΥΝΟΛΟ		387	1892

Πίνακας 2.13 : Ηλικιακή κατανομή των εισαγωγών στις δύο κλινικές.

Στον πίνακα 2.13 γίνεται μια κατανομή των εισαχθέντων ασθενών ανεξαρτήτως φύλου, μόνο με βάση την ηλικία τους. Όπως παρατηρούμε το 1996 οι περισσότεροι ασθενείς που επισκέπτονται τις δύο κλινικές είναι μεταξύ 21...30 και 61...70 ετών με αντίστοιχα ποσοστά 20,4% και 21,4%, ενώ για το έτος 1997 οι περισσότεροι ασθενείς εισάγονται στην ηλικία των 21...30 και 31...40, στη συνέχεια ακολουθεί η περίοδος της ηλικίας 61...70 με ποσοστά 24,8% , 22,2% και 18% αντίστοιχα.



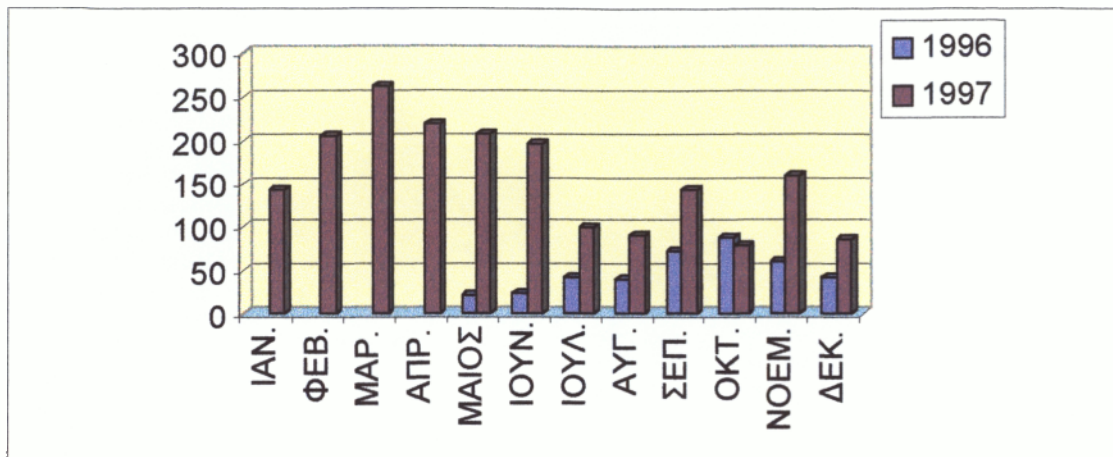
Σχεδιάγραμμα 2.17 : Ηλικιακή κατανομή των εισαγωγών στις δύο κλινικές.

Λόγω της δυνατότητας που μας δίνει η Βάση Δεδομένων του Νοσοκομείου μπορούμε να παρακολουθήσουμε την νοσηλευτική κίνηση του Νοσοκομείου κατά μήνα κατά τα έτη 1996 – 1997 – 1998. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει κατά το έτος 1996 λόγω μη ύπαρξης του πληροφοριακού συστήματος δεν έχουμε δεδομένα για τους μήνες Ιανουάριο έως Απρίλιο του 1996. Έτσι η σύγκριση μας θα περιοριστεί μόνο για τους μήνες των ετών που υπάρχουν στοιχεία.

ΜΗΝΕΣ	ΙΑΝ.	ΦΕΒ.	ΜΑΡ.	ΑΠΡ.	ΜΑΙ.	ΙΟΥΝ.	ΙΟΥΛ.	ΑΥΓ.	ΣΕΠ.	ΟΚΤ.	ΝΟΕ.	ΔΕΚ.	ΣΥΝ
ΕΤΗ													
1996					22	23	41	39	71	88	61	42	387
1997	144	206	262	220	207	196	99	91	144	79	159	85	1892
1998	135												135

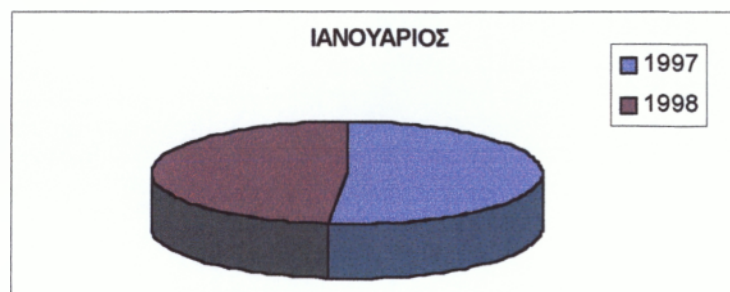
Πίνακας 2.14 : Μηνιαίες εισαγωγές ανά έτος.

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι εισαγωγές που έγιναν τον κάθε μήνα ξεχωριστά στο σύνολο των δύο κλινικών κατά τα δύο έτη και για το 1998 μόνο τον Ιανουάριο. Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά το 1996 ο μεγαλύτερος αριθμός εισαγωγών έγινε τον Οκτώβριο. Συγκεκριμένα εισήχθησαν 88 ασθενείς σε σύνολο 387 εισαγωγών, δηλαδή ποσοστό 22,7%. Αντίστοιχα, το 1997 ο μεγαλύτερος αριθμός εισαγωγών παρατηρείται το Μάρτιο, δηλαδή 262 εισαγωγές σε σύνολο 1892, ποσοστό που ανέρχεται σε 13,8%. Όσον αφορά τον Ιανουάριο μεταξύ των δύο ετών 1997 και 1998, φαίνεται μία σχετική μείωση των εισαγωγών το ποσοστό της οποίας είναι 6,25%. Οι αναλογίες των παραπάνω τιμών φαίνονται παραστατικά στα παρακάτω σχεδιαγράμματα.



Σχεδιάγραμμα 2.18 : Ραβδόγραμμα μηνιαίων εισαγωγών ανά έτος.

Στο παρακάτω κυκλικό διάγραμμα φαίνεται καθαρά ο αριθμός των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν τον μήνα Ιανουάριο κατά τα έτη 1997 –1998.



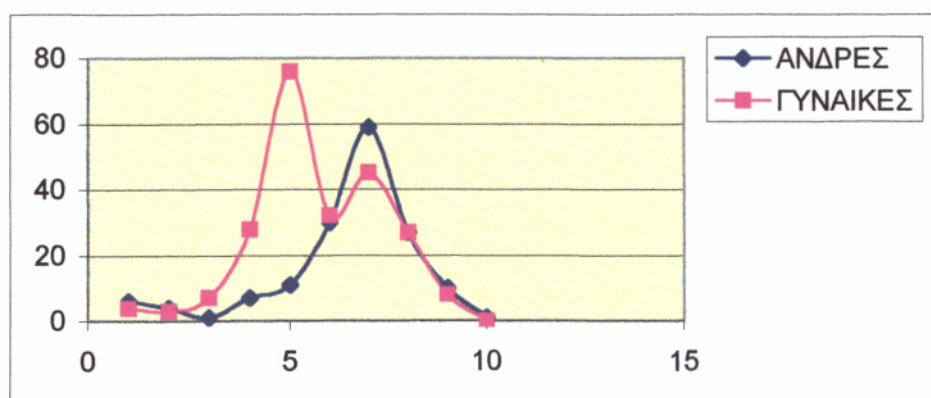
Σχεδιάγραμμα 2.19 : Κυκλικό διάγραμμα των εισαγωγών κατά το μήνα Ιανουάριο των ετών 1997 –1998.

Σύμφωνα με την επεξεργασία των Δεδομένων της Βάσης ο πίνακας παρακάτω παρουσιάζει την ηλικιακή κατανομή των καρκινοπαθών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τα έτη 1996 – 1997. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα το μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων των γυναικών παρατηρείται μεταξύ των ηλικιών 41...50, ενώ των ανδρών μεταξύ των 61...70.

ΦΥΛΟ ΗΛΙΚΙΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛ.
0...10	6	4	10
11...20	4	3	7
21...30	1	7	8
31...40	7	28	35
41...50	11	76	87
51...60	30	32	62
61...70	59	45	104
71...80	27	27	54
81...90	10	8	18
91...100	1	0	1

Πίνακας 2.15 : Ηλικιακή κατανομή των καρκινοπαθών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο κατά τα δύο έτη.

Στο σχεδιάγραμμα της ηλικιακής διασποράς των καρκινοπαθών που ακολουθεί φαίνεται καθαρά ότι η συγκέντρωση μεγαλύτερου ποσοστού των γυναικών είναι μεταξύ της προαναφερθείσας ηλικίας, το οποίο και ανέρχεται στο 33%, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό για τους άνδρες στην ηλικία των 61...70 είναι 37,8%.



Σχεδιάγραμμα 2.20 : Διασπορά ηλικιών των καρκινοπαθών του νοσοκομείου κατά τα έτη 1996 – 1997.

Στο σημείο αυτό θα παραθέσουμε κάποιους πίνακες και σχεδιαγράμματα των οποίων τα στοιχεία έχουμε πάρει από τη Βάση, σε διαφορετική όμως ημερομηνία από ότι τους προηγούμενους. Για το λόγο αυτό είναι πιθανό κάποια στοιχεία να διαφέρουν, ως προς τον αριθμό, από τους προηγούμενους.

1996

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΝΑΣ	0-14	15-45	46-65	66+	ΣΥΝΟΛΟ
5	0	38	35	29	102
6	0	55	28	30	113
7	0	23	18	18	59
8	0	16	19	44	79
9	25	40	49	35	149
10	118	27	96	122	363
11	172	150	107	98	527
12	109	120	65	65	359

1997

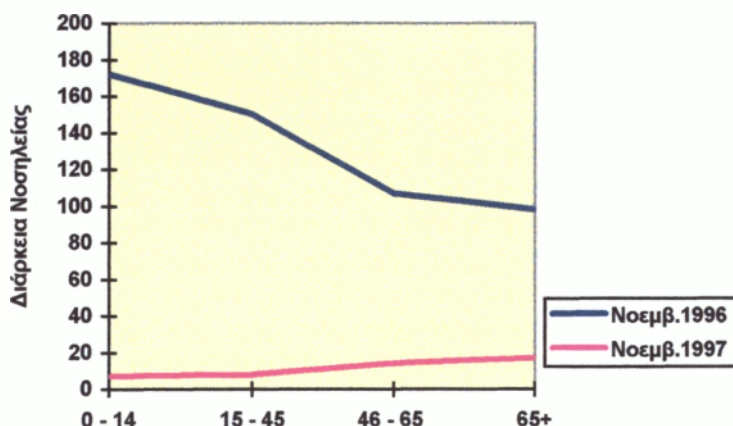
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΝΑΣ	0-14	15-45	46-65	66+	ΣΥΝΟΛΟ
1	98	173	34	27	332
2	67	43	18	29	157
3	34	50	20	22	126
4	31	27	21	32	111
5	10	12	28	20	70
6	6	18	15	24	63
7	140	61	47	28	276
8	13	30	28	22	93
9	4	9	15	12	40
10	6	13	15	18	52
11	7	8	14	17	46
12	13	10	13	11	47

Πίνακας 2.16: Ηλικιακή κατανομή Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά χρονική περίοδο.

Στους πίνακες παραπάνω βλέπουμε την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των ασθενών κατά τα δύο έτη 1996 και 1997.

Όπως παρατηρούμε οι ασθενείς κατανέμονται ανάλογα με την ηλικία τους και τις ημέρες παραμονής τους στο νοσοκομείο για κάθε μήνα ξεχωριστά. Έτσι για το 1996 και συγκεκριμένα τον μήνα Νοέμβριο, η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για άτομα ηλικίας από 0 - 14 ήταν 172 ημέρες. Η αυξημένη αυτή Μέση Διάρκεια Νοσηλείας που παρατηρούμε, οφείλεται στο γεγονός ότι κατά την έξοδο των ασθενών δεν ενημερωνόταν το πληροφοριακό σύστημα και έτσι ενώ στα χαρτιά ο ασθενής είχε πάρει εξιτήριο, αντιθέτως το σύστημα δείχνει ότι παραμένει και νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Το 1997 κατά τους πρώτους 7 μήνες η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των ασθενών δεν διαφέρει και πολύ απ' αυτή του 1996. Από τον Αύγουστο μήνα και μετά παρουσιάζεται η πραγματική Μέση Διάρκεια Νοσηλείας λόγω του ότι ο χειρισμός του συστήματος έγινε πιο εντατικός. Έτσι αυτόματα η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας φτάνει περίπου κατά μέσω όρο γύρω στις 13 ημέρες.



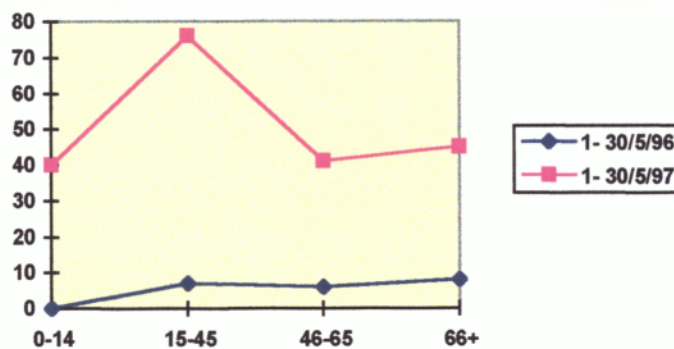
Σχεδιάγραμμα 2.21 : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας Ασθενών.

Στον αμέσως επόμενο πίνακα παρουσιάζεται πάλι ο αριθμός των εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν κατά το Μάιο του 1996, όπου και εγκαταστάθηκε το πληροφοριακό σύστημα και εισαγωγές για τον ίδιο μήνα

του 1997. Όπως βλέπουμε το σύνολο των εισαγωγών για το Μάιο του 1996 είναι 22, πολύ λιγότερες από τις εισαγωγές του 1997, που είναι 207.

ΗΛΙΚΙΑ	0-14	15-45	46-65	66+	ΣΥΝΟΛΟ
ΜΗΝΑΣ					
1- 30/5/96	0	8	6	8	22
1- 30/5/97	45	76	41	45	207

Πίνακας 2.17: Ηλικιακή κατανομή ασθενών ανά χρονική περίοδο.



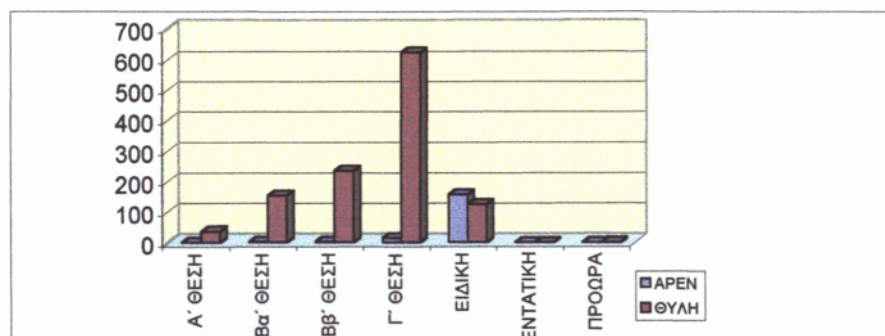
Σχεδιάγραμμα 2.22: Ηλικιακή κατανομή ασθενών.

Καταρχήν, το πρώτο που παρατηρούμε στον πίνακα παρακάτω είναι ότι φαίνεται να έχουν κάνει εισαγωγή στη Μαιευτική κλινική και Άνδρες, πράγμα το οποίο είναι παράλογο και αποδίδεται στα λάθη του προσωπικού, που χειρίζονταν τα κομπιούτερ, εξαιτίας της απειρίας του.

Μια άλλη παρατήρηση που μπορεί να γίνει είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών εισάγεται στη Γ' θέση με αντίστοιχη τιμή 53,1%, ενώ ακολουθούν άλλες θέσεις σύμφωνα με την τιμή που απαιτούσαν και ανάλογα το ποσοστό αυτής, που κάλυπτε ο ασφαλιστικός φορέας της ασθενούς. Για το λόγο αυτό και η Α' θέση καλύπτει το μικρότερο ποσοστό των εισαγωγών με 3,1%.

ΦΥΛΟ ΘΕΣΗ	ΑΡΕΝ	ΘΥΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Α' ΘΕΣΗ	0	36	36
Βα' ΘΕΣΗ	3	154	157
Ββ' ΘΕΣΗ	2	235	237
Γ' ΘΕΣΗ	15	624	639
ΕΙΔΙΚΗ	158	126	284
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	0	0	0
ΠΡΟΩΡΑ	0	1	1

Πίνακας 2.18 : Κατανομή κατά φύλο και ανά θέση στη Μαιευτική κλινική.

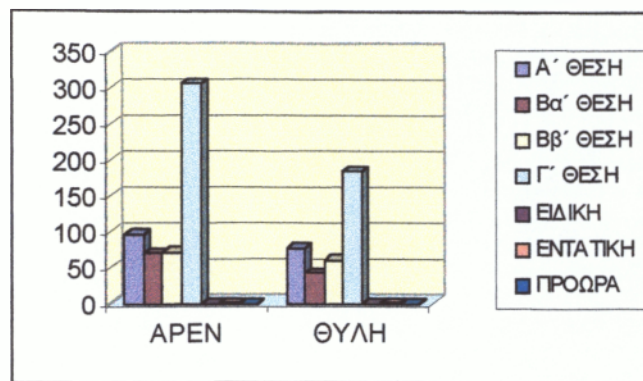


Σχεδιάγραμμα 2.23 : Γράφημα κατανομής ανά φύλο και θέση στη Μαιευτική κλινική.

Όσον αφορά τώρα τη Χειρουργική κλινική βλέπουμε ότι σε όλες τις θέσεις οι εισαγωγές των ανδρών είναι περισσότερες από των γυναικών. Πάντα βέβαια την πρωτιά κατέχει η Γ' θέση με αντίστοιχα ποσοστά για τα δύο φύλα 56,2% και 50,3%. Ακολουθεί η Α' θέση με ποσοστό 17,7% για τους άνδρες και 21,2% για τις γυναίκες και στη συνέχεια έρχονται οι άλλες θέσεις.

ΦΥΛΟ ΘΕΣΗ	ΑΡΕΝ	ΘΥΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Α' ΘΕΣΗ	96	77	173
Βα' ΘΕΣΗ	70	43	113
Ββ' ΘΕΣΗ	71	60	131
Γ' ΘΕΣΗ	305	183	488
ΕΙΔΙΚΗ	0	0	0
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	1	1	2
ΠΡΟΩΡΑ	0	0	0

Πίνακας 2.19: Κατανομή κατά φύλο και ανά θέση στη Χειρουργική κλινική.

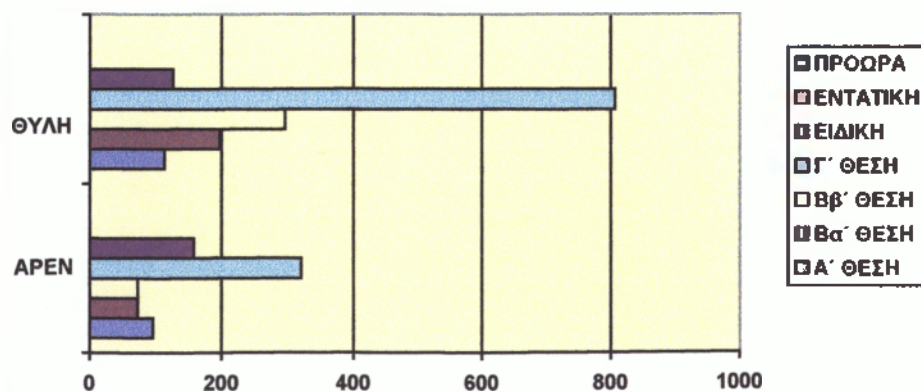


Σχεδιάγραμμα 2.24: Γράφημα κατανομής κατά φύλο και θέση στη Χειρουργική κλινική.

Ο πίνακας παρακάτω δείχνει το σύνολο των εισαγωγών ανά φύλο στις δύο κλινικές. Όπως είναι αναμενόμενο η Γ' θέση κατέχει την πλειοψηφία των εισαγωγών με 44,4% για τους άνδρες και 52,4% για τις γυναίκες. Το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στην Α' θέση για τις γυναίκες, με ποσοστό 7,3%, ενώ για τους άνδρες αυτό κατέχει η Ββ' και Βα' θέση και είναι 10,1%. Τέλος, η εντατική έχει μόνο μία εισαγωγή για το κάθε φύλο.

ΘΕΣΗ	ΦΥΛΟ	ΑΡΕΝ	ΘΥΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Α' ΘΕΣΗ		96	113	209
Βα' ΘΕΣΗ		73	197	270
Ββ' ΘΕΣΗ		73	295	368
Γ' ΘΕΣΗ		320	807	1127
ΕΙΔΙΚΗ		158	126	284
ΕΝΤΑΤΙΚΗ		1	1	2
ΠΡΩΡΑ		0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ		721	1540	2261

Πίνακας 2.20 : Κατανομή κατά φύλο και ανά θέση.



Σχεδιάγραμμα 2.25 : Γράφημα κατανομής κατά φύλο και θέση.

2.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των στοιχείων που αφορούν την Χειρουργική - Γυναικολογική κλινική που έγινε παραπάνω μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα και συγκρίσεις μεταξύ των ετών 1996 - 1997.

- ◆ Οι εισαγωγές στη Χειρουργική κλινική το 1996 είναι περισσότερες από την Γυναικολογική κλινική κατά 38,1%, ενώ αντίθετα το 1997 οι εισαγωγές όχι μόνο αυξάνονται στην Γυναικολογική κλινική αλλά γίνονται σχεδόν διπλάσιες. Το ποσοστό αύξησης των εισαγωγών και στις δύο κλινικές κατά τα δύο έτη είναι 79,5%.
- ◆ Η αναλογία των φύλων που εισήχθησαν στις δύο κλινικές κατά τα έτη 1996 - 1997 είναι η εξής: Για τους μεν άνδρες είναι 32,8% για το 1996 και 22,7% για το 1997. Για τις δε γυναίκες είναι 67,2% για το 1996 και 77,3% για το 1997. Όπως βλέπουμε οι εισαγωγές ανδρών και των γυναικών αυξήθηκαν κατά τα δύο έτη με αντίστοιχα ποσοστά 70,5% και 82,2%.
- ◆ Το 1996 οι περισσότεροι ασθενείς που επισκέφτηκαν τις δύο κλινικές είναι μεταξύ των ηλικιών 21...30 και 61...70 με αντίστοιχα ποσοστά 20,4% και 21,4%, ενώ το 1997 οι περισσότεροι ασθενείς που επισκέφτηκαν τις δύο κλινικές είναι μεταξύ των ηλικιών 21...30 και 31...40 με αντίστοιχα ποσοστά 24,8% και 22,2%.
- ◆ Από το ραβδόγραμμα των μηνιαίων εισαγωγών ανά έτος γίνεται φανερό ότι το 1996 οι περισσότερες εισαγωγές πραγματοποιήθηκαν κατά το μήνα Οκτώβριο με ποσοστό 22,7%, ενώ το 1997 οι περισσότερες εισαγωγές πραγματοποιήθηκαν το μήνα Μάρτιο με ποσοστό 13,8%.

- ♦ Από την ηλικιακή κατανομή των καρκινοπαθών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τα έτη 1996 - 1997 βλέπουμε ότι στις μεν γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων παρατηρείται μεταξύ των ηλικιών 41...50 και είναι 33%, στους δε άνδρες το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων παρατηρείται μεταξύ των ηλικιών 61...70 και είναι 37,8%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Όπως είναι γνωστό, οι μονάδες Υγείας είναι οι τελικοί εκφραστές κάθε συστήματος Υγείας, αφού μέσα από τις παραγόμενες υπηρεσίες, τον τρόπο της παράγωγής και τη μέθοδο παροχής των υπηρεσιών υγείας, αντικατοπτρίζονται οι αντιλήψεις και οι πολιτικές της κοινωνίας απέναντι στο αναφαίρετο δικαίωμα του πολίτη για άμεση και ίση πρόσβασή του στο αγαθό Υγεία. Ουσιαστικά οι μονάδες Υγείας είναι χώροι όπου γίνεται η κατάλληλη λειτουργική μίξη της Ιατρικής επιστήμης, της τεχνολογίας και της Διοικητικής επιστήμης με στόχο την Υγεία του πολίτη. Ο όρος λειτουργική μίξη υπονοεί τις επιστημονικές εφαρμογές όπως αυτές μεταφέρονται και υλοποιούνται από το επιστημονικό εργαστήριο στις μονάδες υγείας

Την υλοποίηση των επιστημονικών εφαρμογών στις μονάδες Υγείας καλείται να εκτελέσει εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό με ποικιλία εξειδικεύσεων. Οι μονάδες Υγείας είναι κυρίως μονάδες έντασης εργασίας. Αυτό γίνεται φανερό και από τα ποσοστά των ετήσιων δαπανών των μονάδων Υγείας για το προσωπικό (αμοιβές, ασφάλιση, εκπαίδευση κλπ), που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό ομαδοποιημένων δαπανών.

Η ποιότητα του παραγόμενου και προσφερόμενου από τις μονάδες υγείας προϊόντος, η υγεία, είναι αδιαφιλονίκητα ο κυρίαρχος στόχος των μονάδων. Η ποιότητα βεβαίως είναι έργο του εξειδικευμένου προσωπικού. εκδηλώνεται μέσα από ένα σύνολο χαρακτηριστικών όπως επίπεδο μόρφωσης, εξειδίκευση, επικοινωνιακή ικανότητα, επάρκεια ανθρώπινων πόρων. Κάθε σύγχρονη μονάδα υγείας στην προσπάθειά της να παράγει και διαθέσει ποιοτικό προϊόν, θα πρέπει να υπόκειται συνεχώς στη διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης του προσωπικού της.

Η σύγχρονη διοικητική επιστήμη όπως σήμερα εκφράζεται με την θεωρία της Διοικητικής Ολικής Ποιότητας, μας παρέχει ολοκληρωμένο σύστημα μεθοδολογίας και εργαλείων ποιοτικής ανάλυσης προσωπικού σε μονάδες Υγείας και Πρόνοιας. Τέτοια εργαλεία είναι οι δείκτες.

3.1 ΕΙΔΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

Δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος στο οποίο αναφέρονται. Η αξιολόγηση και ο έλεγχος λαμβάνουν χώρα από την στιγμή που ένας δείκτης μας δίνει την δυνατότητα να διαπιστώσουμε κατά πόσο το εξεταζόμενο σύστημα λειτουργεί και δραστηριοποιείται μέσα στα προκαθορισμένα όρια σχεδιασμού. Έτσι, με τη βοήθεια των δεικτών μπορούμε να διαπιστώσουμε πιθανή παρέκκλιση από τον αρχικό μας σχεδιασμό, που σημαίνει συμπληρωματικές διορθωτικές κινήσεις (ποιοτικές επεμβάσεις).

Η χρήση των δεικτών προϋποθέτει :

α. την ύπαρξη μετρήσιμων ποσοτικά μεγεθών (π.χ. αριθμός πελατών, κλίνες, τετραγωνικά μέτρα κλπ).

β. την ύπαρξη διαχρονικά μετρήσιμων ποσοτικά μεγεθών (δηλαδή δεδομένα περισσότερων του ενός έτους, ή εξαμήνου, ή μηνός). Έτσι έχουμε τη δυνατότητα σύγκρισης και εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

Δείκτες δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν όταν τα υπό χρήση μεγέθη μπορούν να περιγράψουν αλλά όχι να μετρηθούν (π.χ. κλίνες κακής ποιότητας, χωρίς να ποσοστοποιείται ο αριθμός τους).

Οι δείκτες είναι επίσης εργαλεία ποιοτικής ανάλυσης που χρησιμοποιούνται από όλους τους επιστημονικούς κλάδους, όπου βέβαια αυτό είναι δυνατόν. Έτσι υπάρχουν δείκτες τραπεζικοί, δείκτες απόδοσης κεφαλαίου, δείκτες βιομηχανικής παραγωγής κλπ. Ταυτόχρονα διακρίνουμε ομάδες δεικτών που ομαδοποιούνται ανάλογα με τους στόχους που επιδιώκουν.

Τέλος, οι δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και έλεγχο μικροσυστημάτων (π.χ. μια Μονάδα Υγείας), ή μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και έλεγχο μέγα - συστημάτων (π.χ. σύνολο μονάδων Υγείας στην Ελλάδα) ή συστημάτων κατά γεωγραφική περιφέρεια. Έχοντας στη διάθεσή μας όλες τις παραπάνω δυνατότητες χρήσης μας δίνεται η δυνατότητα σύγκρισης δεικτών :

- Για όμοια συστήματα διαφορετικών χωρών.
- Για σύγκριση δεικτών μικροσυστημάτων ή με δείκτες συστημάτων γεωγραφικών περιοχών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, αφού πολύ εύκολα μπορεί κάποιος να οδηγηθεί σε λανθασμένα συμπεράσματα.

3.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος στο οποίο αναφέρονται. Στο κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε διάφορες κατηγορίες δεικτών. Ορισμένες από αυτές έχουν αναφερθεί ήδη στο πρώτο μέρος της εργασίας. Παρακάτω γίνεται μια πιο αναλυτική παρουσίαση του κάθε δείκτη και της έννοιας αυτού. Οι δείκτες εξάγονται από τα στοιχεία της βάσης δεδομένων καθώς και από στοιχεία που αφορούν τον οργανισμό.

Εκτενέστερη παρουσίαση τους γίνεται παρακάτω :

1. Αναλογία θνησιμότητας νεογέννητων.

$$\frac{\text{Αριθμός των θανάτων των νεογέννητων έτους A}}{\text{Αριθμό των συνολικών γεννήσεων συμπεριλαμβανομένων και των θανάτων.}} \times 100$$

Αριθμό των συνολικών γεννήσεων συμπεριλαμβανομένων και των θανάτων.

2. Αναλογία καισαρικών τομών.

$$\frac{\text{Αριθμός καισαρικών τομών έτους A}}{\text{Αριθμός διαμονών συμπεριλαμβανομένων των καισαρικών τομών.}} \times 100$$

Αριθμός διαμονών συμπεριλαμβανομένων των καισαρικών τομών.

3. Αναλογία φυσιολογικών τοκετών.

$$\frac{\text{Αριθμός φυσιολογικών τοκετών έτους A}}{\text{Αριθμός διαμονών συμπεριλαμβανομένων των καισαρικών τομών.}} \times 100$$

Αριθμός διαμονών συμπεριλαμβανομένων των καισαρικών τομών.

4. Αναλογία των νοσοκομειακών θανάτων.

$$\frac{\text{Αριθμός θανάτων των νοσοκομειακών ασθενών έτους A}}{\text{Αριθμό των εισαγωγών συμπεριλαμβανομένων και των θανάτων.}} \times 100$$

Αριθμό των εισαγωγών συμπεριλαμβανομένων και των θανάτων.

5. Ημέρες νοσηλείας ανά απασχολούμενο.
$$\frac{\text{Σύνολο ημερών νοσηλείας έτους A}}{\text{Σύνολο απασχολουμένων έτους A}}$$
6. Εισαγωγές ανά απασχολούμενο άτομο.
$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A}}{\text{Σύνολο απασχολουμένων έτους A}}$$
7. Μέση διάρκεια νοσηλείας.
$$\frac{\text{Σύνολο ασθενοημέρων έτους A}}{\text{Σύνολο εισαγωγών έτους A}}$$
8. Μέση ετήσια κάλυψη νοσηλευτικών κλινών.
$$\frac{\text{Μέσως ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων έτους A}}{\text{Αριθμό νοσηλευτικών κλινών έτους A}}$$

$$\text{M.H.A.N.} = \frac{\text{Ασθενοημέρες έτους A}}{\text{Ημέρες έτους A}}$$

9. Νοσηλευτικές κλίνες ανά ιατρό.
$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους A}}{\text{Αριθμό ιατρών έτους A}}$$
10. Νοσηλευτικές κλίνες ανά νοσηλεύτη.
$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους A}}{\text{Αριθμό νοσηλευτών έτους A}}$$

11. Νοσηλευτές ανά ιατρό.
$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμό ιατρών έτους A}}$$
12. Σύνολο προσωπικού ανά κλίνη.
$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτικών κλινών έτους A}}{\text{Συνολικό αριθμό προσωπικού έτους A}}$$
13. Αναλογία καλυμμένων κρεβατιών.
$$\frac{\text{Συνολικές ημέρες παροχής υπηρεσιών για μια περίοδο} \times 100}{\text{Αριθμό διαθέσιμων κρεβατιών} \times \text{Αριθμό των ημερών της περιόδου}}$$

Στηριζόμενοι στις αναλογίες που δίνονται παραπάνω φτιάξαμε τους πίνακες 6.1 και 6.2, όπου γίνεται συνοπτική παρουσίαση των δεικτών που αφορούν τα δεδομένα του Αρεταίειου, όπως αυτά έχουν διαμορφωθεί στη Βάση Δεδομένων του Νοσοκομείου, κατά τα έτη 1996 και 1997.

1996

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΝΟΣ/ΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΔΙΟΙΚ. ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΑΡΙΘΜ. ΚΛΙΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘ/ΡΩΝ	Μ.Η.Α.Ν.	ΑΡΙΘΜ. ΦΥΣ.ΤΟΚ	ΑΡΙΘΜ. ΚΑΙΣ/ΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	ΔΙΑΜΟΝΗ ΚΑΙ ΚΑΙΣ.ΤΟΜ.	ΑΡΙΘ. ΘΑΝΑΤ.	ΑΡΙΘΜ. ΕΙΣ/ΓΩΝ	ΑΠΟΤΕΛ.
ΑΝΑΛ. ΘΝΗΣ. ΝΕΟΓΤΕΝ										9	505	1,8%
ΑΝΑΛ. ΚΑΙΣ. ΤΟΜΩΝ								5	87			5,7%
ΑΝΑΛ. ΦΥΣ. ΤΟΚΕΤ.							82		87			94,3%
ΑΝΑΛ. ΝΟΣΟΚ. ΘΑΝΑΤ.										3	387	0,78%
ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛ./ΑΠ ΑΣΧ.	160	125			24.245							152 194
ΕΙΣΑΓ./ ΑΠΑΣΧ. ΑΤΟΜΟ	160	125									387	2,4% 3,1% 1,4%
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚ. ΝΟΣΗΛ.					25999						387	62,7
Μ.Ε.Κ.Ν.Κ.				110		71,2						0,65
ΝΟΣ.ΚΛΙΝ./ ΙΑΤΡΟ	160			110								0,69
ΝΟΣ.ΚΛΙΝ./ ΝΟΣΗΛ.		125		110								0,88
ΝΟΣΗΛ./ ΙΑΤΡΟ	160	125										0,78
ΣΥΝ.ΠΡΟΣ./ ΚΛΙΝΗ	160	125	42	110								0,34

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 : Παρουσίαση των δεικτών κατά το έτος 1996.

1997

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΝΟΣ/ΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΔΙΟΙΚ. ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΑΡΙΘΜ. ΚΛΙΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΘ/ΡΩΝ	Μ.Ε.Λ.Α.Ν.	ΑΡΙΘΜ. ΦΥΣ.ΤΟΚ	ΑΡΙΘΜ. ΚΑΙΣ/ΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	ΔΙΑΜΟΝΗ ΚΑΙ ΚΑΙΣ.ΤΟΜ.	ΑΡΙΘ. ΘΑΝΑΤ.	ΑΡΙΘΜ. ΕΙΣΓΩΝ	ΑΠΟΤΕΛ.
ΑΝΑΛ. ΘΝΗΣ. ΝΕΟΓΓΕΝ										21	829	2,5%
ΑΝΑΛ. ΚΑΙΣ. ΤΟΜΩΝ								14	808			1,7%
ΑΝΑΛ. ΦΥΣ. ΤΟΚΕΤ.							794		808			98,3%
ΑΝΑΛ. ΝΟΣΟΚ. ΘΑΝΑΤ.										9	1892	0,48%
ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛ./ΑΠ ΔΕΣΧ.	171	148			58.948							344 398
ΕΙΣΑΓ./ ΑΠΑΣΧ. ΑΤΟΜΟ	171	148									1892	11,1% 12,8% 5,9%
ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚ. ΝΟΣΗΛ.					130.579						1892	69
Μ.Ε.Κ.Ν.Κ.				118		357,7						3,03
ΝΟΣ.ΚΛΙΝ./ ΙΑΤΡΟ	171			118								0,69
ΝΟΣ.ΚΛΙΝ./ ΝΟΣΗΛ.		148		118								0,80
ΝΟΣΗΛ./ ΙΑΤΡΟ	171	148										0,86
ΣΥΝ.ΠΡΟΣ./ ΚΛΙΝΗ	171	148	45	118								0,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 2 : Παρουσίαση των δεικτών κατά το έτος 1997.

3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ

Από το κεφάλαιο αυτό και την μελέτη των δύο προηγούμενων πινάκων μπορούμε να κάνουμε μερικές σημαντικές παρατηρήσεις και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Καταρχήν θα πρέπει να σημειωθεί η ως ένα βαθμό ελλιπή καταχώρηση δεδομένων κατά το έτος 1996, λόγω της μη ύπαρξης ειδικευμένου προσωπικού, κατά την εγκατάσταση του συστήματος. Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη την παράμετρο αυτή, εξετάζουμε τους πίνακες από όπου και γίνονται φανερά τα παρακάτω:

- ◆ Το ποσοστό θανάτων των νεογέννητων παρουσιάζει μία αύξηση μεταξύ των δύο ετών. Ενώ το 1996 ήταν 1,8% το 1997 έγινε 2,5%. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ανάλογη αύξηση που παρουσιάζουν αντίστοιχα και οι εισαγωγές κατά τα δύο έτη.
- ◆ Όσον αφορά τους φυσιολογικούς τοκετούς και καισαρικές τομές το 1997 είχαμε μια μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών της τάξεως του 3,6% και ανάλογη αύξηση των φυσιολογικών τοκετών με ποσοστό 3,6%. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο σε καθαρά υποκειμενικούς λόγους.
- ◆ Στη συνέχεια παρατηρώντας το ποσοστό θανάτων των ασθενών του νοσοκομείου βλέπουμε ότι είναι ίδιο και στους δύο συγκρινόμενους πίνακες, δηλαδή 1,3%.
- ◆ Μελετώντας το δείκτη των ημερών νοσηλείας ανά απασχολούμενο εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι το 1997 υπάρχει μια σχετική έλλειψη προσωπικού, αφού το 1996 σε κάθε ιατρό αντιστοιχούν 152 ημέρες νοσηλείας ασθενών και σε κάθε νοσηλεύτη 194, ενώ για το 1997 τα ποσά αυτά γίνονται αντίστοιχα 344 και 398. Αυτό αποδίδεται στο ότι

ενώ οι ασθενοήμερες αυξήθηκαν σε ποσοστό 58,9%, ο αριθμός των ιατρών και των νοσηλευτών αυξήθηκε μόνο κατά 6,4% και 15,5% αντίστοιχα.

- ◆ Το ίδιο συμπέρασμα βγάζουμε και από τον επόμενο δείκτη, των εισαγωγών δηλαδή ανά απασχολούμενο. Και εδώ το ποσοστό των εισαγωγών που αντιστοιχεί σε κάθε ιατρό η νοσηλευτή αυξάνεται σημαντικά το 1997, κατά 8,7% και 9,7% αντίστοιχα. Πράγμα όμως που μπορεί να αποδοθεί και στην βελτίωση της εικόνας του νοσοκομείου προς τα έξω.
- ◆ Σχετικά με το δείκτη της μέσης διάρκειας νοσηλείας ο οποίος είναι υπερβολικά μεγάλος, η μόνη παρατήρηση που μπορεί να γίνει είναι ότι αυτό αποδίδεται στη μη καταχώρηση της ημερομηνίας εξόδου αρκετών ασθενών. Αυτό οφείλεται στη σταδιακή ολοκλήρωση της χρήσης του συστήματος από τους αρμόδιους υπαλλήλους.
- ◆ Όπως φαίνεται από τον πίνακα κατά το 1996 η μέση ετήσια κάλυψη νοσηλευτικών κλινών ήταν 0,65, πράγμα το οποίο και δηλώνει ότι υπήρχαν κενά κρεβάτια σε ημερήσια βάση. Κατά το 1997 όμως ο αριθμός αυτός γίνεται 3,03 και δηλώνει ότι σε ημερήσια βάση υπήρχε έλλειψη κρεβατιών και μάλιστα αρκετά μεγάλη, σχεδόν τριπλάσια από τον ήδη υπάρχοντα αριθμό τους.
- ◆ Συνεχίζοντας βλέπουμε ότι οι νοσηλευτικές κλίνες ανά νοσηλευτή και ανά ιατρό δεν αποκλίνουν στη διάρκεια των δύο ετών. Κατά το 1996 - 1997 μάλιστα η αναλογία κρεβατιών - ιατρών παραμένει σταθερή 0,69, ενώ το ίδιο διάστημα η αναλογία νοσηλευτικών κλινών μειώνεται από 0,88 σε 0,80. Και στις δύο περιπτώσεις τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές υπερκαλύπτουν τον αριθμό των υπαρχόντων κρεβατιών, έτσι ώστε τυπικά τουλάχιστον δεν φαίνεται να παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα.

- ♦ Ο δείκτης που δείχνει την αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό αυξάνεται το 1997 κατά 9,3% το οποίο και δηλώνει ότι μεγαλώνει ο αριθμός των νοσηλευτών περισσότερο απ' ότι αυτό των ιατρών, έτσι ώστε να παρέχονται καλύτερες υπηρεσίες νοσηλείας προς τους ασθενείς. Η δε αναλογία του συνόλου του προσωπικού ανά κλίνη παραμένει σχεδόν σταθερή κατά τα δύο έτη, με μια μικρή μείωση 0,04.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από την διεκπεραίωση της έρευνας που κάναμε καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- ❖ **Αξιοπιστία των κλινικών δεικτών.** Γενικά, η δημιουργία κλινικών δεικτών μέσω της συλλογής δεδομένων απασχολεί τα Νοσοκομεία σε μεγάλο βαθμό, όσο βέβαια συγκεντρώνονται ποιοτικά συσχετισμένα δεδομένα. Το σύστημα από την άλλη κάνει τους ανθρώπους να αναγνωρίζουν ότι κανένας δεν μελετά τα στοιχεία με τον ίδιο τρόπο, σχήμα ή μορφή. Για το λόγο λοιπόν αυτό είναι πολύ δύσκολο να φέρει τους μελετητές ακόμα και σε συμφωνία σχετικά με τους δείκτες, πόσο μάλλον για το τι θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της απόδοσης του Νοσοκομείου.
- ❖ **Αναγκαιότητα του ΙΦΑ.** Ο ΙΦΑ είναι μια πηγή κριτικής και άντλησης πληροφοριών, η οποία καθιστά ικανό το νοσοκομείο να κατευθύνει σωστά τα θέματα τα σχετικά με το κόστος, την ποιότητα και τα αποτελέσματα της υγείας του ασθενή. Είναι λοιπόν, πολύ σημαντικό αυτός ο Φάκελος να είναι ολοκληρωμένος και αξιόπιστος.
- ❖ **Έλλειψη διαχειριστικής υποστήριξης.** Μετά από μακροχρόνιες παρατηρήσεις των μετρήσεων της ποιότητας, αποδεικνύεται ότι οι ιατροί δεν ενδιαφέρθηκαν ποτέ για ακριβή κλινικά δεδομένα. Η έλλειψη διαχειριστικής υποστήριξης, είναι ο λόγος που η εξασφάλιση ποιοτικών δραστηριοτήτων, αν και εφαρμόστηκαν με δυσκολία και αρκετά προβλήματα, δεν κατέληξε ποτέ πουθενά.
- ❖ **Ύπαρξη Ιατρικής Πληροφορικής.** Είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας, που θα είναι υπεύθυνο για την ακρίβεια και την αξιοπιστία της συλλογής των κλινικών δεδομένων, καθώς και την προετοιμασία των στατιστικών εφαρμογών ή τον υπολογισμό των νοσοκομειακών δεικτών – αναλογιών. Με τη βοήθεια

αυτού θα εξάγονται χρήσιμοι οικονομικοί και κλινικοί δείκτες μέτρησης της απόδοσης του Νοσοκομείου.

- ❖ **Έλεγχος κλινικών δεδομένων.** Για την αποφυγή του φαινομένου των ελλিপών ή λανθασμένων κλινικών δεδομένων της βάσης, θα πρέπει όλα τα αρχεία εισαγωγών και εξαγωγών να υπόκεινται σε ένα δεύτερο επίπεδο ελέγχου, βάσει του προγράμματος CCE (Clinical Claim Edit) κλινικής υποστήριξης των δεδομένων. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό οι ελλipeis εγγραφές ενεργοποιούν την διαδικασία του προγράμματος CCE και απαιτούν διόρθωση ή εξήγηση από το νοσοκομείο. Ένα τέτοιο πρόγραμμα που είναι απαραίτητο για κάθε Νοσοκομείο στο οποίο λειτουργεί Πληροφοριακό Σύστημα δυστυχώς λείπει από το Αρεταίειο.
- ❖ **Πολυπλοκότητα Κωδικών σχημάτων.** Οι διαδικασίες κωδικοποίησης πρέπει να διέπονται από κάποιους κανόνες και αρχές, όπως οι κωδικοί να είναι μονοσήμαντοι και ο αριθμός των ψηφίων τους να είναι καθορισμένος. Εφόσον λοιπόν, η κωδικοποίηση θα γίνεται βάσει αυτών των κανόνων, δεν πρέπει το σύστημα να παρέχει την ικανότητα διαγραφής ή αλλαγής αυτών των κωδικών. Μέσω όμως της παρούσης έρευνας καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι διαδικασίες για ακριβή κωδικοποίηση των κλινικών δεδομένων δεν είναι συνήθως εκτελέσιμες στο Νοσοκομείο και για το λόγο αυτό τα στοιχεία που παίρνουμε δεν είναι αληθή.
- ❖ **Πρότυπο θεραπείας.** Η διαδικασία ανάλυσης της συνολικής πορείας του ασθενή καθώς και των αποτελεσμάτων, αποσκοπεί στην ανακάλυψη αρχικών κατευθυντήριων οδών (pathways), πάνω στις οποίες θα στηρίζονται ανάλογα με την κάθε περίπτωση οι ειδικοί για να επιτύχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα και να ελαχιστοποιήσουν το κόστος. Λόγω όμως του ότι το σύστημα βρίσκεται σε αρχικά στάδια,

δεν έχει γίνει δυνατό να ορισθούν τα ανάλογα pathways και να γίνουν ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση.

- ❖ **Υπαρξη κανόνων και πολιτικών εισαγωγής.** Όσον αφορά τις εισαγωγές καθώς και τις εξαγωγές των ασθενών, αυτές θα πρέπει να πραγματοποιούνται τη ίδια ημερομηνία τόσο από το ιατρικό προσωπικό όσο και από το διοικητικό. Για την έκδοση των εξιτηρίων των ασθενών πρέπει να ακολουθούνται κάποιοι τυπικοί κανόνες, έτσι ώστε να μην παρατηρείται το φαινόμενο της διαφορετικής ημερομηνίας εξόδου του ίδιου ασθενή από το Ιατρικό και από το Διοικητικό προσωπικό. Επειδή όμως κάτι τέτοιο συνέβαινε ως και τη στιγμή που εμείς πήραμε τα στοιχεία, είχε ως αποτέλεσμα τον περαιτέρω αντίκτυπο στην συνολική χρέωση του ασθενή καθώς και στην αξιοπιστία των κλινικών δεδομένων.
- ❖ **Ανακρίβεια στοιχείων.** Κάποια από τα στοιχεία μας είναι ανακριβή, λόγω έλλειψης ελέγχου και λειτουργίας του συστήματος σε πειραματική βάση. Παράλληλα, γνωρίζουμε ότι το Αρεταίειο είναι το μόνο Νοσοκομείο στο οποίο το πληροφοριακό σύστημα έχει εγκατασταθεί, έστω και με μικρή ακόμα διάρκεια ζωής. Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τους παραπάνω παράγοντες ανακαλύπτουμε ορισμένες αδυναμίες του συστήματος, οι οποίες όμως σύντομα θα ξεπεραστούν και πιστεύουμε ότι οι μελλοντικοί ερευνητές θα είναι σε θέση να μας δώσουν νέους νοσοκομειακούς δείκτες μέτρησης της απόδοσης του νοσοκομείου, οι οποίοι θα είναι συγκρίσιμοι με τους δικούς μας και θα μας δείχνουν το ποσοστό απόκλισης που υπάρχει ανάμεσα στην πειραματική λειτουργία του συστήματος και στην πραγματική.
- ❖ **Η χρησιμότητα των Εθνικών Ερευνητικών Προγραμμάτων.** Είναι αναγκαία η δημιουργία Εθνικών Ερευνητικών Προγραμμάτων στα οποία θα συμμετέχουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τα οποία σε

τακτά χρονικά διαστήματα θα ενημερώνονται για τις νέες λεπτομέρειες τα ερευνητικά προγράμματα. Έτσι θα ανανεώνεται συνεχώς η ενιαία βάση δεδομένων με τις καινούργιες πληροφορίες από τα επιμέρους νοσηλευτικά ιδρύματα. Αυτές οι πρωτοβουλίες αναμένεται να επεκταθούν και να αποτελέσουν σημαντικά κέντρα αναφοράς για ερευνητές και κλινικούς. Στόχος τους θα είναι η διεθνή προώθηση αποτελεσματικών θεραπειών και η εναρμόνιση της ιατρικής πρακτικής, τόσο στο εσωτερικό της χώρας, όσο και ανάμεσα στα κράτη.

- ❖ **Αναγκαιότητα των Πληροφοριακών Συστημάτων.** Η εφαρμογή της πληροφορικής στην κλινική πρακτική δεν είναι ακόμα ανεπτυγμένη όπως σε άλλους τομείς. Σε μερικά νοσοκομεία της Ελλάδας έχει γίνει προσέγγιση των διαχειριστικών απαιτήσεων με αντίστοιχα συστήματα πληροφορικής. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα είναι πολύ μικρά και σχεδόν απογοητευτικά στα ιατρικά υποσυστήματα. Ελάχιστες προσπάθειες σε ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν επιτύχει σε κάποιο ικανοποιητικό βαθμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία.

INTRASOFT A.E., "Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Σύστημα Αρεταίειου", Οκτώβριος 1994.

Λιαρόπουλος Λυκούργος, "Η Κοινωνική και Υγειονομική Πολιτική του ΟΟΣΑ", Επιθεώρηση Υγείας, Ιαν. - Φεβ. 1996.

Παπάρα Μαρία, Ιατρικός Φάκελος στην Ελλάδα. Χειρόγραφο και Μηχανογραφημένο Σύστημα, Καλαμάτα 1996.

Παπουτσής Ιωάννης, "Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων. Εφαρμογή Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο", Αθήνα 1997.

Σούλης Σωτήρης, "Δείκτες Αξιολόγησης του Συστήματος Υγείας", Αθήνα 1992.

Στάθης. Ι. Γεώργιος, "Το Μέλλον των Ελληνικών Νοσοκομείων", Επιθεώρηση Υγείας Ιαν. - Φεβ. 1996.

Αγγλική Βιβλιογραφία.

Hospitals, "Clinical quality initiatives", March 5 1992.

The Royal Australian College of Medical Administrators, "Clinical Indicators. A user's Manual", January 1996.

Chute G. Christofer, "Clinical Data Retrieval and Analysis.

"Hospital Financial and Utilization Profile", 1993.

Utah Hospital Discharge Query System, "Coding for External Cause of injury.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Tue Jan 27 15:27:19 1998

T> select * from nar_nar
2>

pat_code	sex	age	date_i	diag_in	per_diag	result	clin_d	bed	year	month	date	src
4080	1	44	25	560.8	{ΑΛΛΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	{DE	{XEIPB	{KKI154	1996	5	28	{ΔΥ
4310	1	23	71	000.0	{-----	{DE	{XEIPB	{KKQ270	1996	5	19	{ΤΥΔ
4350	1	30	30	155.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	{IA	{XEIPB	{KKQ270	1996	5	23	{ΙΚΑ
4370	1	69	33	553.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	{IA	{XEIPB	{KKQ271	1996	5	20	{ΔΥ
4380	0	72	37	155.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	{DE	{XEIPB	{KKQ280	1996	5	22	{ΙΚΑ
4400	1	66	59	000.0	{-----	{IA	{XEIPB	{KKQ271	1996	5	30	{ΤΑΠC
4410	1	68	33	152.9	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΟ	{IA	{XEIPB	{KKQ272	1996	5	20	{ΙΚΑ
4420	0	56	23	550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	{IA	{XEIPB	{KKQ279	1996	5	20	{ΤΥΔK
4430	1	82	31	442.8	{ΑΚΕΥΡΥΣΜΑ ΑΛΛΗΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	{IA	{XEIPB	{KKQ281	1996	5	20	{ΔΥ
4440	0	71	23	602.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	{IA	{XEIPB	{KKQ282	1996	5	28	{ΙΚΑ
4450	1	57	39	000.0	{-----	{OA	{XEIPB	{KKQ286	1996	5	14	{ΣΥΜΒD
4460	0	61	31	151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{IT	{XEIPB	{KKQ272	1996	5	22	{ΔΥ
4470	0	63	35	157.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{KA	{XEIPB	{KKQ278	1996	5	24	{ΙΚΑ
4480	0	72	22	152.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	{DE	{XEIPB	{KKQ283	1996	5	31	{ΔΥ
4490	0	44	23	550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	{IA	{XEIPB	{KKQ280	1996	5	30	{ΔΥ
4500	1	65	68	000.0	{-----	{DE	{XEIPB	{KKQ284	1996	5	28	{ΟΓA
4510	1	76	8	000.0	{-----	{IT	{XEIPB	{KKQ274	1996	5	30	{ΙΚΑ
4520	1	47	22	000.0	{-----	{EP	{XEIPB	{KKQ270	1996	5	31	{ΤΑE
4530	0	35	22	550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΕΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	{IA	{XEIPB	{KKQ273	1996	5	31	{ΙΔΙΑI
4540	1	58	3	611.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{IA	{XEIPB	{KKQ277	1996	6	4	{ΤΑΠOΤI
4550	0	43	18	154.1	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	{IA	{XEIPB	{KKQ276	1996	6	4	{ΤΕΒE
4560	0	72	18	602.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	{IA	{XEIPB	{KKQ279	1996	6	4	{ΤΑΠOΤI
4570	1	71	18	575.0	{ΘΕΣΙΑ ΚΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	{IA	{XEIPB	{KKQ285	1996	6	4	{ΝΑΤ
4580	0	83	54	602.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	{IT	{XEIPB	{KKQ280	1996	6	4	{ΙΚΑ
4590	0	35	34	553.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	{IA	{XEIPB	{KKQ280	1996	5	17	{ΙΚΑ
4610	0	56	18	000.0	{-----	{EP	{XEIPB	{KKQ275	1996	6	4	{ΣΥΜΒOΔ
4990	1	20	64	669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΕ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ117	1996	6	3	{ΟΓA
5000	1	17	62	669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΕ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ117	1996	6	5	{ΙΚΑ
5010	1	40	61	618.5	{ΠΡΟΠΤΩΞΗ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΘΟΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	{DE	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ113	1996	6	6	{ΤΕΒE
5020	1	50	71	618.3	{ΜΗΤΡΟΚΟΙΛΙΚΗ ΠΡΟΠΤΩΞΗ ΠΑΡΗΣ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ114	1996	5	27	{ΙΚΑ
5040	1	43	68	626.6	{ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ114	1996	5	30	{ΙΚΑ
5050	1	30	63	752.3	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ115	1996	6	4	{ΙΚΑ
5060	1	79	63	626.6	{ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	{DE	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ112	1996	6	4	{ΔΥ
5070	1	39	63	618.5	{ΠΡΟΠΤΩΞΗ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΘΟΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ114	1996	6	4	{ΙΚΑ
5080	1	27	62	620.2	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΗΣ ΘΟΘΗΚΗΣ	{IA	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ112	1996	6	5	{ΝΑΤ
5090	1	47	62	614.8	{ΑΛΛΟ ΦΛΕΓΜΟΝ.ΝΟΣΗΛΑ ΓΥΝΑΙΚ. ΠΥΕΛΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΙΣΤΩΝ	{DE	{ΓΥΝΑB	{ΔΚΙ114	1996	6	5	{ΔΥ
9150	0	47	35	172.9	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΣ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	{DE	{XEIPB	{KKQ284	1996	6	14	{ΔΥ
9180	0	74	30	154.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ	{DE	{XEIPB	{KKQ280	1996	6	19	{ΙΚΑ
9200	0	66	29	574.5	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΡ.ΠΘΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	{IA	{XEIPB	{KKQ279	1996	6	20	{ΙΚΑ
9210	1	62	28	565.1	{ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ	{DE	{XEIPB	{KKQ285	1996	6	21	{ΙΔΙΑI
9220	0	66	41	233.4	{ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΙΝ ΣΙΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	{DE	{XEIPB	{KKQ272	1996	6	24	{ΔΙH
9230	1	76	24	153.4	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΥΦΛΟΥ	{IA	{XEIPB	{KKQ270	1996	6	25	{ΔΥ
9240	0	48	31	552.3	{ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ, ΜΙ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	{IA	{XEIPB	{KKQ280	1996	6	27	{ΙΚΑ
9260	1	66	21	157.1	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{DE	{XEIPB	{KKQ270	1996	6	28	{ΙΚΑ
9350	0	73	21	574.1	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΧ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕ ΑΛΛΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤ/ΔΑ	{IA	{XEIPB	{KKQ272	1996	6	28	{ΙΚΑ
9360	1	52	27	617.1	{ΕΜΒΟΜΗΤΡΙΩΞΗ ΘΟΘΗΚΗΣ	{IA	{XEIPB	{KKQ271	1996	7	1	{ΔΥ
9370	1	31	27	246.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ	{IG	{XEIPB	{KKQ276	1996	7	1	{ΤΑΠOΤI
9380	0	67	26	573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{DE	{XEIPB	{KKQ277	1996	7	2	{ΤΑB
9380Z	0	67	3	592.1	{ΛΙΘΟΣ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ	{IT	{XEIPB	{KKQ277	1997	2	5	{ΤΑB
9380Z	0	67	32	573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{IT	{XEIPB	{KKQ277	1997	3	3	{ΤΑB
93804	0	67	7	573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{IT	{XEIPB	{KKQ277	1997	3	29	{ΤΑB
9390	0	77	23	553.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	{IA	{XEIPB	{KKQ281	1996	7	3	{ΤΑΠOΤI
9400	1	77	23	575.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{IT	{XEIPB	{KKQ282	1996	7	5	{ΙΚΑ

94201	73	19 152.4	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΒΛΑΣΜΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0275	1996	7	9 Ε
94202	73	15 553.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0275	1997	3	24 Ε
94301	79	23 174.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0278	1996	7	5 Τ
94401	51	11 575.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	8 Β
94501	49	10 174.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	9 Κ
94601	72	10 576.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0272	1996	7	9 Δ
94701	67	10 152.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0277	1996	7	9 ΑΤ
94801	80	19 172.9	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΣ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271	1996	7	9 ΝΑ
96201	60	9 231.0	{ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΙΝ ΣΙΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279	1996	7	10 ΝΑ
96401	71	10 574.5	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΡ ΠΟΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0273	1996	7	10 Δ
104401	72	13 575.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	15 ΟΓ
104501	63	18 231.1	{ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΙΝ ΣΙΤΟΥ ΤΡΑΧΕΙΑΣ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0272	1996	7	17 ΝΑ
104601	54	18 157.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0277	1996	7	17 Δ
104701	63	11 998.6	{ΕΠΙΜΟΝΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281	1996	7	17 Κ
104801	69	13 564.4	{ΑΛΛΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚ.ΔΙΑΤΑΞ.	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280	1996	7	15 ΟΓ
105001	51	16 560.1	{ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΠΛΗΝ	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280	1996	7	12 Κ
105101	60	20 153.4	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΥΦΛΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	15 Δ
105301	48	32 592.0	{ΛΙΘΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279	1996	7	15 Κ
105401	72	32 751.5	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0275	1996	7	15 ΝΑ
105501	72	20 575.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280	1996	7	15 ΝΑΤ
113401	69	11 511.8	{ΠΛΕΥΡΙΤ.ΜΕ ΑΛΛΟ ΚΑΘ.ΥΓΡΟ ΟΧΙ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙ.	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0276	1996	7	24 ΚΑ
113501	66	65 152.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0277	1996	7	29 Δ
113601	65	29 235.3	{ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	18 ΚΑ
113701	83	16 151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0274	1996	7	29 ΚΑ
113801	75	46 154.1	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0251	1996	7	26 ΚΑ
113901	46	10 443.8	{ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΛΑΘΕΙΕΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0284	1996	7	25 ΚΑ
114001	89	17 153.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΙΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ,ΠΑΧΗ ΟΡΘΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271	1996	7	18 Δ
114101	56	28 241.9	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΞΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	17 ΚΑ
114201	85	12 550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0283	1996	7	23 Δ
114301	28	29 194.8	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	7	25 ΚΑ
114401	53	21 155.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΟΤΟΛΑΘΕΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0273	1996	7	26 ΙΑΣΑ
114501	54	25 560.8	{ΑΛΛΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279	1996	7	20 ΤΥΔΚ
114502	54	165 155.1	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279	1996	12	23 ΤΥΔΚ
115401	62	17 443.8	{ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΛΑΘΕΙΕΣ	ΙΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0272	1996	7	30 ΤΣΕΥ
117701	83	17 154.1	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280	1996	7	30 ΟΓ
117801	69	15 198.6	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΘΗΚΩΝ	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0274	1996	8	1 ΤΣΜ
117901	51	14 575.2	{ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271	1996	8	2 ΙΑΣΑ
118001	98	13 578.9	{ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ.ΣΩΜΑΤΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ.	ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0276	1996	8	1 Δ
119501	71	10 620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΟΘΗΚΗΣ	ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ115	1996	8	5 ΟΓΑ
119601	61	10 620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΟΘΗΚΗΣ	ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ115	1996	8	5 ΚΑ
119701	52	10 626.6	{ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ113	1996	8	5 ΟΓΑ
119901	38	25 666.1	{ΑΛΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ119	1996	8	2 ΟΓΑ
120001	67	21 654.1	{ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ114	1996	7	25 ΟΓΑ
120101	59	22 618.1	{ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ114	1996	8	5 ΚΑ
120201	36	22 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ116	1996	8	5 Δ
120301	24	22 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ119	1996	8	5 ΑΠΟΡΙ
120401	28	27 662.1	{ΠΑΡΑΤΕΤΑΝΕΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΟΣ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ119	1996	7	31 ΑΠΟΡΙ
120501	49	25 654.1	{ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ114	1996	8	2 ΚΑ
121601	66	7 550.1	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280	1996	8	7 ΚΑ
121701	62	11 455.7	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΘΡΟΝΩΔΕΙΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΙ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0282	1996	8	5 ΤΣΕ
121801	23	22 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ117	1996	8	5 ΙΑΣΑ
121901	26	21 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ116	1996	8	6 ΙΑΣΑ
122001	24	21 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ116	1996	8	6 ΙΑΣΑ
126401	48	34 574.2	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	8	22 ΚΑ
127001	77	17 552.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗ), ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	8	25 ΚΑ
128001	59	38 602.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281	1996	8	26 ΝΑΤ
128101	81	299 571.0	{ΑΚΟΝΙΤΙΚΟ ΑΙΜΑΔΕΙ ΝΗΡ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0273	1996	8	26 Δ
128301	40	31 574.2	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0278	1996	8	26 ΚΑ
128501	70	15 574.2	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	8	26 ΚΑ
128801	45	14 233.0	{ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΙΝ ΣΙΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271	1996	8	22 Δ
129001	66	31 171.5	{ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	8	22 ΚΑ
129501	71	35 553.2	{ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270	1996	8	28 ΚΑ
129901	22	4 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΩΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ117	1996	8	26 ΙΑΣΑ
130001	24	2 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΩΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ117	1996	8	28 ΙΑΣΑ
130101	24	12 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΩΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚΙ117	1996	8	28 ΚΑ

131201	0	73	34	153.6	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΑΜΙΟΤΩΣ ΚΟΛΟΥ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0282	1996	8	29	Δ'
131601	1	15	11	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	8	29	Ι'
132001	1	84	35	0010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0272	1996	8	29	Δ'
132201	1	73	55	577.0	ΠΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	8	29	Τ'
132401	1	41	12	540.01	ΠΟΞΕΙΑ ΣΚΛΗΡΟΚΟΙΛΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0270	1996	8	29	Τ'
132901	0	80	17	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0275	1996	8	30	Ι'
133501	0	61	51	444.2	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΒΟΛΗ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΑΚΡΩΝ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0272	1996	9	2	Ι'
133901	1	19	32	454.9	ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ Η ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0270	1996	9	2	Δ'
134001	1	24	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	8	30	ΙΔ'
135201	1	70	31	153.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΠΛΗΙΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0276	1996	9	3	Ο'
135701	1	31	7	640.0	ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	2	ΙΔ'
135801	1	52	6	626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	9	3	Τ'
135901	0	41	9	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1996	9	3	Ο'
136201	1	55	24	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ51	1996	9	4	ΔΕΙ'
136901	1	59	21	574.3	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ΠΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ553	1996	9	4	Ι'
139601	0	58	12	573.0	ΧΡΟΝΙΑ ΠΛΗΤΙΚΗ ΣΥΜΦΟΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1996	9	5	Ο'
137701	1	21	58	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	4	Ι'
141301	1	50	11	564.4	ΠΑΛΛΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚ. ΔΙΑΤΑΡ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0276	1996	9	6	Τ'
141401	1	80	7	155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΛΩΣ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	9	9	Δ'
141501	0	66	22	155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΛΩΣ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΔΚΙ109	1996	9	9	ΚΑ'
141502	0	67	5	0010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΔΚΙ109	1997	11	24	Ι'
141601	0	35	25	599.0	ΛΟΙΜΩΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΠΙΤΟΠΙΣΕΩΣ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0284	1996	9	9	ΤΣΜ
142001	1	48	191	079.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΙΟΓΕΜΕΙΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ-ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ553	1996	9	9	Δ'
142601	0	61	158	433.0	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0282	1996	9	9	ΙΣΑ'
142602	0	62	22	588.8	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΔΡΑΣΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0282	1997	11	23	Ι'
142603	0	62	77	598.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΑΝΩΜΑΛ. ΜΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΙΟΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0282	1997	4	8	Ι'
142701	1	31	9	626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	9	9	Ι'
145001	1	84	29	154.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ554	1996	8	27	Ι'
145201	1	58	26	153.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΠΛΗΙΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ551	1996	8	30	Ι'
145301	1	72	26	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ551	1996	9	2	Ι'
145401	1	55	8	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ551	1996	9	4	ΔΕΗ'
145601	1	70	19	153.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΠΛΗΙΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ552	1996	9	9	Δ'
145701	1	24	22	227.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΕΠΙΤΟΠΙΣΕΩΣ ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣ. ΕΜΒΟΛΩΣΗ. ΑΔΕΜ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0276	1996	9	9	ΔΙΔ'
145801	1	83	19	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ554	1996	9	9	ΟΓΑ'
145901	1	70	16	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ553	1996	9	9	Ι'
146001	1	72	16	227.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΕΠΙΤΟΠΙΣΕΩΣ ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣ. ΕΜΒΟΛΩΣΗ. ΑΔΕΜ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ552	1996	9	9	ΟΓΑ'
147501	0	70	20	550.1	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΙΑ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1996	9	11	Ι'
147601	0	65	1	197.7	ΔΕΥΤΕΡΟΠΛΩΣ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0286	1996	9	11	Δ'
147701	1	70	18	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ552	1996	9	10	Ι'
149901	1	32	377	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	9	12	Δ'
150101	1	79	5	571.0	ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΑΙΣΩΜΟΣ ΗΠΑΤ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	9	11	ΟΓΑ'
150701	0	58	19	550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0285	1996	9	12	ΚΑΤ
151801	1	62	18	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	9	13	Δ'
152001	0	0	19	148.2	ΚΑΚΟ ΝΕΦΡΑΣΜΑ ΑΡΥΤΑΙΝΩΠΙΣΤΑΤΙΔΙΚΗΣ ΠΥΛΚΗΣ ΦΑΡΥΓ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0275	1996	9	13	ΙΔΙΑ
152501	1	0	51	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	16	ΙΔΙΑ
152701	1	42	10	593.7	ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΙΚΗ ΠΑΛΙΔΡΟΜΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	9	16	Δ'
152901	1	14	12	620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	9	14	ΙΔΙΑ
156201	1	34	16	641.0	ΠΡΩΤΟΠΛΩΣ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	9	17	ΟΓΑ'
156401	1	84	15	154.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΙΔΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0276	1996	9	16	Ι'
156501	0	67	282	154.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΙΔΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1996	9	16	Δ'
157601	1	35	14	574.5	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡ. ΠΟΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1996	9	18	Δ'
157701	1	28	15	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	9	18	ΙΔΙΑ
158201	1	66	23	621.4	ΑΙΜΑΤΟΜΗΤΡΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	8	29	ΟΓΑ'
161301	1	37	34	454.2	ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΕΛΚΟΣ & ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	9	19	Δ'
161501	1	31	14	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	19	ΑΠΟΡΤ
161701	1	38	14	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	19	ΙΔΙΑ
163101	0	71	11	939.0	ΞΙΜΟ ΙΩΝΑ ΣΕ ΟΥΡΩΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ ΚΑΙ ΟΥΡΗΘΡΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1996	9	20	ΟΓΑ'
300301	1	30	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	22	ΙΔΙΑ
300401	1	0	10	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	21	ΙΔΙΑ
300501	1	28	9	648.2	ΑΝΑΪΣΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	23	Ι'
300701	1	51	88	621.4	ΑΙΜΑΤΟΜΗΤΡΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1996	9	23	Δ'
300901	1	27	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	9	22	ΙΔΙΑ
301001	1	23	11	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	22	ΙΔΙΑ
301501	1	41	10	761.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΕΠΙΠΛΩΣΕΙΣ ΚΥΝΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΡΑΘΟΥΝ ΕΜΒΡΥΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	22	ΙΔΙΑ
302901	0	70	8	574.0	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕ ΠΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1996	9	24	ΙΔΙΑ

303201	0	91	17	174.0	ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ126	1996	9	23	Ι
303301	0	68	8	537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΘΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	9	24	Τ
303601	0	76	137	153.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΙΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	ΙΠ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ272	1996	9	24	Ι
303602	0	76	16	152.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΠ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ272	1997	1	23	Π
303901	1	22	8	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	24	Ι
304201	1	24	8	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	24	Ι
304301	1	42	373	626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1996	9	24	Τ
305301	1	63	21	574.3	ΛΙΒΟΣ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ΟΞΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ151	1996	9	25	Ο
305401	0	69	19	575.4	ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	9	24	Τ
305501	0	67	22	602.8	ΒΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	9	24	Κ
306101	1	29	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	25	Κ
306201	1	21	8	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	9	25	Ι
309001	1	29	54	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	9	25	Κ
309501	1	45	13	596.2	ΚΥΣΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΩΝ. ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	9	26	Κ
310301	1	23	33	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	26	Ι
310901	0	64	121	550.9	ΒΟΥΒΩΧΟΚΜΗ ΧΑΡΙΣ ΑΠΟΡΡΕΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ280	1996	9	26	Κ
310902	0	65	16	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ280	1997	1	9	Κ
311901	1	54	15	241.0	ΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΜΟΝΟΖΩΩΣ ΒΡΟΧΟΚΜΗ	ΙΒ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ151	1996	9	18	Κ
313501	0	60	19	751.6	ΑΝΘΡΑΚΙΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ, ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	9	30	Ν
317201	0	26	18	456.1	ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΧΑΡΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	1	Ο
317401	1	40	3	216.5	ΚΑΛΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΟΡΝΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΞΕΩΣ	ΙΒ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ275	1996	10	1	Κ
317501	1	73	129	189.0	ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΠΥΛΑΟΥ	ΙΒ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ278	1996	10	1	Δ
317801	1	39	5	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	9	30	Ο
317901	1	25	37	651.0	ΔΙΑΥΜΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	9	30	Α
318701	0	63	2	437.8	ΒΑΛΑ ΜΟΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	ΙΒ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	2	Τ
318801	0	64	15	196.5	ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΒΟΥΒΩΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	1	Ο
319201	1	29	3	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	2	Κ
322401	1	21	3	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	2	Ι
322501	0	63	238	183.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	3	Κ
322502	0	63	217	223.3	ΚΑΛΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	24	Κ
322801	1	24	9	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	3	Ι
324601	1	27	25	648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΤΑΣΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	4	Κ
326101	1	21	23	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	6	Ι
326201	1	21	24	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	5	Α
326301	1	0	24	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	5	Ι
326401	1	23	27	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	6	Ι
326701	1	19	22	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	7	Ι
327001	1	24	31	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	7	Ι
327201	1	24	26	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΘΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΕ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	7	Κ
327301	1	27	22	459.0	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	7	Δ
327601	1	24	24	639.4	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΚΤΡΩΣΗ-ΕΣΩΜΝΤΡΙΑ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	5	Κ
327801	1	73	20	174.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1996	10	4	Κ
328201	0	51	11	530.2	ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	5	Κ
328801	0	63	242	155.2	ΚΑΚ. ΝΕΟΠΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΛΑΣ. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘ.	ΙΣ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ273	1996	10	7	Κ
328802	0	63	165	155.1	ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΝΔΟΜΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ	ΙΣ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ273	1996	12	23	Κ
330101	1	33	30	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	8	Ο
330201	1	33	25	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	8	Τ
330501	0	67	112	189.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΝΕΦΡΟΥ-ΟΡΓΑΝ. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚ. Σ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ286	1996	10	8	Κ
330701	1	50	257	560.1	ΠΑΡΑΟΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ270	1996	10	7	Δ
332601	1	41	155	626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	10	9	Ο
332901	1	28	20	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	9	Κ
333001	1	63	3	626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	10	9	Κ
333301	0	77	12	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	7	Δ
336101	1	56	259	241.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΙΣΜΗ ΒΡΟΧΟΚΜΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ270	1996	10	9	Κ
336401	0	77	14	553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ279	1996	10	9	Κ
337101	1	67	17	553.1	ΟΠΘΑΛΜΟΚΜΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	10	9	Ο
337201	0	-1	24	198.6	ΚΑΚΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΒΟΥΒΩΜΩΝ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1996	10	9	Κ
338701	0	26	26	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	10	Α
339801	1	24	27	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	10	Α
339101	1	36	21	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	11	Ι
340201	1	37	19	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	13	Ι
340401	0	62	9	575.8	ΒΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΟ272	1996	10	14	Δ
340501	1	26	19	648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΤΑΣΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	13	Α
340701	1	27	21	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	12	Α
340801	0	70	229	537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΘΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	12	Κ
340802	0	70	52	223.3	ΚΑΛΟΝΗΦ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	4	7	Κ

341007	65	185	751.5	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	11	25	ΙΚ
341008	65	141	152.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	11	8	ΙΚ
341009	65	59	188.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΩΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	3	31	ΙΚ
341401	56	15	171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ150	1996	10	10	ΟΓ
341601	28	18	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΘΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	14	ΙΚ
341901	19	23	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	14	ΙΚ
345201	60	9	576.2	ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΚΟΛΗΦΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ151	1996	10	15	ΙΚ
348101	36	21	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	16	ΙΚ
348801	67	427	0010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1996	10	16	ΙΚ
352901	25	21	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	16	ΙΔ
353001	24	15	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	17	ΑΠ
355901	41	14	442.2	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΛΕΓΟΝΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ154	1996	10	18	ΙΚ
356101	57	20	560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	10	20	ΟΓ
356201	64	15	153.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΔΑΝΗ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	10	18	ΟΓ
356401	51	220	188.8	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΤΡΙΓΩΝΟΥ ΟΥΡΩ. ΚΥΣΤ.	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	21	ΙΚ
356402	51	185	188.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΩΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	11	25	ΙΚ
359701	20	15	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	21	ΑΠ
359901	29	14	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	20	ΑΠ
360001	41	19	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	18	ΙΔ
360301	32	15	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	21	ΔΥ
360701	0	214	752.3	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1996	10	21	ΔΥ
361301	29	16	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΔΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	22	ΙΚ
361901	30	17	242.2	ΤΟΣΙΚΗ ΠΡΑΥΟΣΩΣΗ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	10	21	ΙΚ
363801	71	153	751.5	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0283	1996	10	22	ΤΣ
363802	71	45	553.1	ΙΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ	ΙΤ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0283	1997	2	7	ΤΣ
364001	65	16	574.1	ΛΙΘΟΣ ΚΟΛΗΦΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕ ΑΛΛΗ ΚΟΛΟΚΥΣ/ΔΑ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ151	1996	10	22	ΙΚ
364101	68	10	573.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ151	1996	10	22	ΟΓ
364201	43	21	171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ150	1996	10	22	ΙΚ
364201	43	21	171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ150	1996	10	22	ΤΕ
367101	28	14	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	23	ΙΚ
367201	40	14	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	22	ΙΚ
367301	22	205	752.3	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	10	23	ΙΚ
367601	34	13	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΔΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1996	10	23	ΙΚ
367701	37	205	752.3	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	10	23	ΙΚ
368301	30	13	633.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΣΩΜΗΤΡΙΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΤ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	10	23	ΙΔ
368401	31	22	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	10	23	ΙΚ
368801	69	227	576.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΗΦΟΡΟΥ ΟΔΩΝ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0283	1996	10	23	ΙΚ
369301	83	9	537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΟΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΑΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ150	1996	10	24	ΙΚ
370901	72	224	588.1	ΜΕΦΡΟΓΕΜΜΗ ΑΠΟΣΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	ΙΤ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	25	ΙΚ
370902	72	136	588.8	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΙΤ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	1	21	ΙΚ
371101	28	9	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	10	24	ΑΠ
375901	60	36	122.9	ΕΣΩΜΟΚΟΚΤΙΣΗ, ΑΛΛΗ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1996	10	25	ΙΚ
376301	75	35	441.7	ΙΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1996	10	26	ΤΥ
376601	63	54	223.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΟΥΡΩΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	25	ΟΓ
376602	63	40	443.8	ΠΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	11	8	ΟΓ
376603	63	148	188.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΩΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	11	9	ΟΓ
377401	30	6	648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΔΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1996	10	28	ΙΚ
377701	34	7	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1996	10	27	ΑΠ
378501	81	239	574.2	ΛΙΘΟΣ ΚΟΛΗΦ. ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1996	10	29	ΝΟΜ
379101	63	11	552.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗΣ), ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	10	29	ΙΚ
380901	46	212	751.6	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΟΛΗΦΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΚΟΛΗΦΟΡΟΥ ΠΟΡΩΝ, ΗΠΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1996	10	31	ΝΑΤ
380902	46	72	122.8	ΕΣΩΜΟΚΟΚΤΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ161	1997	3	20	ΝΑΤ
381102	69	17	751.5	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1997	3	14	ΟΓ
382601	42	8	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΤΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1996	10	29	ΔΥ
384401	76	29	153.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΔΑΝΗ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ154	1996	11	1	ΙΚ
384501	19	448	620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΔΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1996	11	1	ΙΚ
389601	24	10	671.8	ΠΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΘ ΦΛΕΒΕΣ ΚΑΤΑ ΚΥΝΗ ΚΑΙ ΑΔΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1996	11	4	ΙΚ
392401	71	18	151.4	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ153	1996	11	5	ΙΚ
392601	76	15	174.9	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΣΤΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ152	1996	11	4	ΟΓ
392901	79	233	560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0278	1996	11	4	ΤΣ
394902	55	16	152.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ162	1997	2	9	ΟΠ
395901	43	13	553.1	ΙΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ154	1996	11	6	ΙΚ
396201	60	24	194.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ	ΠΑ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚΙ150	1996	11	6	ΙΚ
399801	35	8	626.6	ΜΗΤΡΟΠΑΓΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1996	11	7	ΔΥ
403401	76	85	588.8	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΕ	ΚΚ0275	1996	11	11	ΤΕ

404201	29	17163.8	ΠΑΛΙΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΛΕΟ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΑΛΗ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1996	11	11
408201	83	225246.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΙΔΗ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ270	1996	11	12
409301	28	161648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΔΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1996	11	11
410401	64	71575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1996	11	12
410501	59	171750.8	ΠΑΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΑΝΔΡΑΛΙΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1996	11	13
416001	51	161241.1	ΠΕ ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΥΟΖΩΩΣ ΕΡΟΓΚΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1996	11	14
418901	0	189100.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	15
419001	45	121246.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1996	11	18
419101	62	219197.7	ΔΕΥΤΕΡΟΛΑΘΗ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΜΗΛΤΟΣ	ΘΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	18
419601	60	2031537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΝΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	15
419601	60	2031537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΝΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	15
419602	61	1551560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	1	2
419602	61	1551560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	1	2
419603	61	121560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	6
419603	61	121560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	6
419801	74	218152.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΔΚΟ109	1996	11	18
420201	32	3791633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	18
420701	22	3631633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1996	11	17
421101	33	1051633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1996	11	18
424401	49	3171622.7	ΒΛΕΝΝΩΔΗΣ ΠΟΛΥΡΡΟΔΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1996	11	19
424801	69	111174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1996	11	19
427101	87	121553.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΘΕΣΕΩΣ ΚΗΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1996	11	18
430401	0	1841000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	20
430601	0	1881000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	17
430701	77	1171750.5	ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ279	1996	11	20
430702	78	281537.0	ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΜΗΛΙΚΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ279	1997	2	17
431101	67	1971443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	21
431102	67	571443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΣ	ΘΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	10
431301	48	91574.3	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1996	11	21
432501	0	1881000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	16
432801	0	1851000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	19
433101	0	1911000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	13
433201	0	1901000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	14
433301	0	1871000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	17
433401	0	1851000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	19
433501	0	1831000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	21
433701	42	3141620.0	ΥΠΟΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1996	11	22
435601	51	71576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1996	11	23
436501	70	1851433.1	ΑΠΟΦΡΑΞ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	25
436502	70	1151443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	3
437201	40	1721183.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜ. ΔΟΒΗΚΗΣ-ΕΣΦΡΥΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1996	11	25
439501	0	1801000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	24
439801	0	1801000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	24
439901	0	1791000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	25
440001	30	1771633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1996	11	26
440901	64	2121151.4	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΣΠΛΗΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1996	11	26
440902	65	981180.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	3	5
440903	65	771151.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	3	26
440904	65	301151.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΡΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	5	12
440905	65	321151.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΘΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	6	20
443001	70	691443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	27
444501	61	1601560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	28
445201	29	3071633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1996	11	29
445401	0	1761000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	28
445501	0	1751000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1996	11	29
446101	67	631576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	29
446201	0	211153.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	11	29
446701	45	161252.0	ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ272	1996	12	2
447501	56	191174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ273	1996	11	29
447601	51	161157.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ286	1996	12	2
447601	51	161157.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΔΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ286	1996	12	2
451001	62	191142.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	12	2
457801	76	251751.5	ΠΑΛΕΣ ΑΝΔΡΑΛΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ272	1996	12	4
461701	34	2971648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1996	12	9
462401	25	151550.9	ΔΟΥΒΗΚΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1996	12	6

4620010	71	461276.4	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0109	1996	12	8
4633011	8	170000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0109	1996	12	4
4661011	61	193241.1	ΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣ ΒΡΟΧΟΚΟΚΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1996	12	10
4664010	61	86189.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΝΕΦΡΟΥ-ΟΡΓΑΝ. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚ. Σ.	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1996	12	10
4671010	01	37157.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	10
4672010	22	91242.0	ΤΟΞΙΚΗ ΔΙΑΧΥΤΗ ΒΡΟΧΟΚΟΚΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	10
4674011	31	77648.9	ΒΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1117	1996	12	10
4675011	25	116633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1116	1996	12	10
4676011	62	11654.4	ΒΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛ. ΣΧΗΜΑΤΟΣ-ΘΕΣΕΩΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1114	1996	12	10
4732011	59	91622.7	ΒΛΕΦΑΡΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1112	1996	12	11
4748010	48	11553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	10
4785011	24	296633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0104	1996	12	12
4858011	37	199537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΘΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0284	1996	12	7
4862011	26	293633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1116	1996	12	12
4873011	35	96626.0	ΑΒΟΥΣΙΑ ΣΠΗΝΗΡΟΥΣΙΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1112	1996	12	16
4885011	75	6560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΘΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1152	1996	12	15
4885010	75	6560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΘΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1152	1996	12	15
4944010	27	28573.8	ΒΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	10
5007010	41	47443.8	ΒΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΘΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	19
5016011	30	2669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΡΥΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1116	1996	12	19
5072010	01	154000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0109	1996	12	20
5073010	50	6553.1	ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1996	12	19
5074010	62	86171.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΘΥΡΑΚΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0274	1996	12	20
5075010	47	23751.5	ΒΑΛΛΕΣ ΑΜΕΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	19
5092010	79	19151.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1996	12	23
5093010	01	14154.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	21
5094010	70	157551.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΘΕΣΕΩΣ, ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	23
5094020	70	153454.2	ΚΙΡΣΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΣΑΚΟΣ & ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	27
5094030	70	104551.8	ΒΑΛΛΗ, ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ, ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	12	24
5105010	01	154000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0109	1996	12	20
5108011	25	88633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1118	1996	12	27
5123010	50	10902.8	ΒΑΛΛΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΑΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1996	12	30
5131011	40	133633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0105	1996	12	28
5135011	01	131633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0101	1996	12	30
5142010	47	9172.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	1	2
5143011	46	274219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1115	1997	1	2
5149011	30	275621.6	ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1113	1997	1	1
5188010	54	18246.8	ΒΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΩΕΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	1	3
5192011	67	16553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1153	1997	1	7
5192021	68	12537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΘΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1153	1997	3	12
5193011	55	13553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	1	7
5194010	79	19867.0	ΚΑΚΩΣΗ ΚΥΣΤΗΣ, ΟΥΡΗΘΡΑΣ-ΜΗ ΑΝΟΙΚΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	1	3
5196011	83	25152.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	1	7
5198010	61	104576.1	ΧΩΛΑΓΓΕΙΣΤΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	1	7
5198010	61	104576.1	ΧΩΛΑΓΓΕΙΣΤΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	1	7
5201011	77	26194.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΟΥΡΕΙΔΗ ΑΔΕΝΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1153	1997	1	3
5218010	82	141188.5	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΥΧΗΜΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1162	1997	1	8
5218020	82	101188.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1162	1997	5	19
5234011	29	269648.9	ΒΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΣΤ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1118	1997	1	7
5245011	37	274633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0105	1997	1	3
5248011	35	44648.9	ΒΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1116	1997	1	3
5250011	35	269633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0102	1997	1	7
5251011	46	269603.1	ΕΠΙΠΛΟΥΣΙΕΜΗ ΥΔΡΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1114	1997	1	7
5252011	25	270633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0102	1997	1	6
5253011	35	130648.9	ΒΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0104	1997	1	7
5255011	26	271633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0105	1997	1	5
5259011	29	269633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1117	1997	1	7
5280011	01	266183.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΟΦΘΑΛΜ. ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1113	1997	1	9
5282011	41	15553.1	ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0286	1997	1	9
5283010	55	23902.2	ΚΑΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	1	9
5283020	55	53188.8	ΒΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	4	14
5285010	78	13553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	1	10
5306010	58	32142.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΑΔΙΑΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	1	10
5307011	45	162575.8	ΒΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΜΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚ0277	1997	1	10
5318011	28	266633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ1116	1997	1	9
5325011	31	131648.9	ΒΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0101	1997	1	11

532501	32	201655.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	1	13ΓΒ
533401	60	161598.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ ΑΝΘΡΩΠ. ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΔΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0276	1997	1	13ΓΕ
533601	32	261633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1216	1997	1	13ΙΔ
535101	42	281194.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΗΣΗ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0281	1997	1	14ΓΣ
535301	47	11122.8	ΕΣΙΜΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1554	1997	1	14ΓΤ
535601	76	81553.1	ΙΘΗΘΑΛΟΚΗΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	14ΙΘ
536101	53	81553.1	ΙΘΗΘΑΛΟΚΗΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1552	1997	1	14ΙΔ
536301	68	64157.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1552	1997	1	14ΙΚ
536501	65	111576.3	ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1554	1997	1	14ΙΚ
536601	61	52122.8	ΕΣΙΜΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1551	1997	1	14ΟΓ
537601	40	2591633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	1	15ΓΔ
538001	29	2591648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	1	15ΓΔ
539101	69	61553.8	ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΘΕΣΩΝ ΚΗΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	1	15ΔΥ
539102	69	271940.01	ΘΕΣΙΑ ΣΚΛΗΡΟΚΙΣΤΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	3	26ΔΥ
539201	37	14171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	1	15ΔΥ
540801	34	2581648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	1	16ΓΔ
541101	30	1421648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	1	16ΙΚ
541601	45	51455.3	ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0274	1997	1	16ΔΥ
541701	69	71576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΟΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	1	16ΜΑ
542001	31	81569.01	ΠΟΛΥΠΣΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1554	1997	1	16ΙΚ
543001	51	71553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	16ΙΚ
543401	56	19152.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	16ΙΚ
543701	33	21553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	16ΟΓ
544001	51	71550.1	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΝΗ ΜΕ ΑΠΟΡΡΕΣΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	16ΙΚ
544701	71	1510010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	17ΙΚ
545201	59	61577.8	ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1551	1997	1	17ΙΚ
545401	71	471751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1551	1997	1	17ΙΚ
545801	78	191751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1552	1997	1	17ΟΓ
547101	32	121578.9	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ. ΣΩΜΑΤΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ.	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	1	17ΙΚ
547201	51	111236.2	ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΑΒΕΒΑΙΩΣ ΣΥΝΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0284	1997	1	17ΓΑ
547301	91	131575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0283	1997	1	16ΓΑ
547501	46	251198.6	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1515	1997	1	17ΔΥ
549201	21	2541633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	1	20ΓΔ
551501	72	91553.8	ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΘΕΣΩΝ ΚΗΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0274	1997	1	21ΥΠ
551701	69	71751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0282	1997	1	21ΔΥ
551901	72	141576.3	ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	21ΔΥ
552301	62	31576.2	ΑΠΟΡΡΕΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	21ΙΚ
552501	40	81550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΝΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΡΡΕΣΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	21ΙΚ
552801	75	171569.6	ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓ. ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ Η ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1553	1997	1	21ΓΑ
554901	85	171751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	1	21ΔΥ
555101	46	651576.1	ΧΟΛΑΓΓΕΙΣΤΙΤΙΔΑ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	1	22ΔΥ
555301	24	91227.1	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΟΥΡΕΙΩΣΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1552	1997	1	22ΙΚ
555401	30	2521648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	1	22ΓΤ
555501	30	2521633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	1	22ΔΥ
555701	26	2531633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	1	22ΙΔ
555801	48	241553.1	ΙΘΗΘΑΛΟΚΗΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	20ΙΚ
556001	66	21155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΜΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	21ΓΑ
556101	34	2521633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	1	22ΙΔ
557701	21	211553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	1	22ΥΑ
557801	70	61575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	1	22ΔΥ
557901	49	221575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	22ΔΕ
558001	63	211575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΡΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1554	1997	1	21ΓΑ
558101	54	81565.1	ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΟΥ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1553	1997	1	21ΔΥ
558201	39	131174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1553	1997	1	22ΙΚ
558401	69	101553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	22ΓΑ
558501	31	2511633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1516	1997	1	23ΙΔ
558801	36	2511669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	1	23ΓΑ
561501	56	121174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1552	1997	1	23ΙΚ
561601	69	71155.2	ΚΑΚ. ΜΕΘΑΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ. -ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	23ΙΚ
561801	30	211246.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	1	23ΓΑ
561901	66	111550.1	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΝΗ ΜΕ ΑΠΟΡΡΕΣΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	1	23ΔΥ
562001	32	71578.0	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΑ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0273	1997	1	22ΙΚ
562501	23	2501633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	1	24ΙΔ
563801	70	18152.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	1	24ΓΑ
563901	77	191553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	1	24ΥΑ
564001	61	221227.1	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΟΥΡΕΙΩΣΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1554	1997	1	23ΙΚ

564101	71	571497.8	{ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ & ΑΡΤΗΡΙΑΔΙΩΝ	{BE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	41	1010V
564501	30	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	1	271IZ
566201	22	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ105}	1997	1	271OF
566701	70	291603.0	{ΕΓΚΥΣΤΩΜΕΝΗ ΥΔΡΟΚΗΛΗ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	3	291IK
567101	57	301189.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑ ΜΕΦΟΥ-ΟΡΓΑΝ.ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚ.Σ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ53}	1997	1	291IK
567301	35	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ101}	1997	1	271IG
567401	38	2521633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ19}	1997	1	251IG
568301	73	101537.2	{ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	281OG
568501	81	151537.2	{ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	{DE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ289}	1997	1	281OY
568801	59	181241.1	{ΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΩΣΤΩΔΗΣ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ270}	1997	1	281OG
572901	43	2341626.0	{ΑΘΥΣΙΑ ΕΜΠΕΠΟΡΥΣΙΑΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ12}	1997	1	281IK
573001	67	221648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΥΜ ΚΥΨΗ-ΤΟΞΙΦΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ15}	1997	1	281IK
573301	70	11550.1	{ΒΟΥΒΩΜΟΚΗΛΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ284}	1997	1	291IZ
573401	29	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	1	271IG
573501	37	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ102}	1997	1	271IG
573601	30	2471633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ102}	1997	1	271IG
573701	66	101620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΨΗ ΤΗΣ ΘΟΡΑΚΗΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ282}	1997	1	291AT
573801	31	2461633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ109}	1997	1	281IG
573901	50	131157.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{BE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ270}	1997	1	291TA
574001	71	591459.0	{ΔΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	{BE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ277}	1997	1	291TA
574101	56	171171.5	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ273}	1997	1	291MA
574201	48	221193.3	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΟΥΡΟΙΣΙΑΣ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΑ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	291KA
574301	51	491122.8	{ΕΣΤΙΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	291OGA
575401	50	61553.2	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	291OGA
575501	35	2451633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ18}	1997	1	291OY
575701	28	2451633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ105}	1997	1	291IG
575901	74	71189.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΜΕΦΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΠΥΛΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ284}	1997	1	311OY
576701	43	291574.1	{ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕ ΑΛΛΗ ΧΟΛΟΚΥΣ/ΔΑ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ54}	1997	1	291OGA
576801	71	421152.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΔΕΥΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	{DE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	311OY
577401	36	2431633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ19}	1997	1	311IG
578101	73	231151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	2	311KA
578102	73	881151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	3	211KA
578103	73	241537.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	5	511KA
578201	79	111575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	2	311OGA
578301	67	191151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	2	311KA
578302	68	961151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	2	241KA
578303	68	911155.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΒΑΘΕΣ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	3	111KA
578402	76	641281.4	{ΑΝΑΜΙΣΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΣΑΡΧΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΝΩΝ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ54}	1997	4	711MA
578701	42	231575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ54}	1997	2	211KA
578801	39	191155.0	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΒΑΘΕΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	1	311OGA
578901	42	161219.8	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ13}	1997	2	211EBS
579001	42	121620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΨΗ ΤΗΣ ΘΟΡΑΚΗΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ15}	1997	2	311MA
579101	31	2411633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	2	211IG
579401	30	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ18}	1997	2	211IG
579901	32	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	2	311OY
580001	35	51622.1	{ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ)	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ16}	1997	2	311OY
581101	52	171752.3	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ15}	1997	2	411MA
581301	33	2381633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ19}	1997	2	511IG
581401	34	2381633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	2	511OGA
583201	73	211573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{DE	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ279}	1997	2	411KA
583301	65	171550.9	{ΒΟΥΒΩΜΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ284}	1997	2	511ATSI
583401	67	401151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ286}	1997	2	511KA
583501	65	31576.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΟΔΩΝ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ285}	1997	2	511MA
583601	70	2710010.8	{ΑΒΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ61}	1997	2	511OY
583701	50	141219.8	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ14}	1997	2	511EBS
583801	51	201625.6	{ΑΝΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΑΠΟ ΥΠΕΡΕΝΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ13}	1997	2	511OGA
584101	28	71669.7	{ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΘΡΑ ΕΜΒΕΙΣΗΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ17}	1997	2	511KA
584201	29	2391633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ103}	1997	2	411IG
584301	28	81669.7	{ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΘΡΑ ΕΜΒΕΙΣΗΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ17}	1997	2	511OGA
584401	35	61633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΟ102}	1997	2	511IG
587801	42	151620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΨΗ ΤΗΣ ΘΟΡΑΚΗΣ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΙΕ52}	1997	2	611KA
588001	60	461246.2	{ΚΥΨΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ	{IA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ274}	1997	2	611MA
588101	76	351569.3	{ΔΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΑΚΤΟΥ	{BA	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚΟ277}	1997	2	611OY
588301	45	161618.1	{ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΤΟΙΚΩΜΑΤΟΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ14}	1997	2	611KA
588401	39	141219.8	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ	{IA	{ΓΥΝΑΒ	{ΑΚΙΕ14}	1997	2	611KA

588901	33	207633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	2	6 Ι
589001	32	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	6 Ι
589101	43	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	2	5 Ι
589201	34	7 763.4	ΕΝΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	6 Ι
589301	27	7 763.4	ΕΝΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	2	6 Ι
589401	25	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	2	6 Δ
589501	45	239 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	2	4 ΙΔ
589601	29	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	2	5 ΙΔ
589601	26	10 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	5 ΙΔ
590801	72	18 751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1997	2	7 Δ
590901	77	8 537.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	7 Ο
591001	44	18 183.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΔΟΞΗΚΗΣ-ΕΣΦΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	2	7 Η
591201	40	54 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1997	2	6 ΔΕ
591301	74	48 154.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	7 Κ
591401	71	8 569.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0283	1997	2	7 Κ
591501	23	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	2	7 ΙΔ
591601	26	237 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	6 ΙΔ
591701	21	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	7 ΙΔ
592901	63	15 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΘ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	2	10 Κ
593001	64	188 162.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ-ΒΡΟΓΧΩΝ-ΠΝΕΥΜΟΝΑ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	10 Κ
593002	64	70 162.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ-ΒΡΟΓΧΩΝ-ΠΝΕΥΜΟΝΑ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	20 Κ
593101	64	21 186.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΚΡΥΦΟΡΧΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0282	1997	2	10 Κ
593401	50	15 621.6	ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	2	10 ΙΔ
593501	25	3 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	2	11 Κ
593601	37	1 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	11 ΤΑ
593701	57	15 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1997	2	10 ΤΑ
593801	50	15 219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	2	10 ΜΑ
594001	31	3 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	9 ΙΔ
594101	26	4 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	11 Κ
594201	33	2 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	11 Κ
597301	27	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	2	11 ΙΔ
597401	21	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	2	10 ΙΔ
597501	29	10 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	2	10 ΙΔ
597701	37	234 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	10 ΙΔ
597801	42	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	2	10 ΙΔ
597901	38	4 902.8	ΑΛΛΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΑΟΥ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	2	11 Κ
598101	71	7 550.1	ΒΟΥΒΩΜΟΚΛΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΑΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	2	11 ΤΥ
599001	54	19 611.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	2	13 ΤΑ
599101	28	18 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	2	13 Α
599202	70	3 573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	7	22 Κ
599301	65	18 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0281	1997	2	13 Κ
599401	57	185 151.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	13 Δ
599401	57	185 151.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	13 ΤΥ
599402	57	79 142.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	11 Δ
599402	57	79 142.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	11 ΤΥ
599403	57	59 188.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	31 Δ
599403	57	59 188.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	31 ΤΥ
599701	83	6 550.1	ΒΟΥΒΩΜΟΚΛΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΑΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	2	13 Δ
600001	26	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	13 Κ
600401	39	96 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	13 ΙΔ
600601	26	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	2	13 ΤΕ
600801	38	15 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	2	13 Κ
601201	47	3 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	2	12 Δ
601401	34	2 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	13 Δ
601601	24	1 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	2	13 Κ
603601	71	23 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΘ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	12 Κ
603701	62	20 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΘ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	13 Κ
603801	71	17 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΘ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1997	2	12 Ο
603901	49	5 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΒΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	2	13 ΤΥ
604101	31	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	2	13 ΙΔ
604201	31	5 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	13 ΙΔ
605201	86	21 154.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	2	13 Κ
605301	46	18 550.9	ΒΟΥΒΩΜΟΚΛΗ ΧΑΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Κ' ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0290	1997	2	14 Δ
605501	27	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	13 ΙΔ
605601	67	15 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	2	14 Ο
605701	29	1 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	2	17 ΙΔ

608401	31	229	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	2	15	Ι
608501	31	227	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	17	Ι
608601	23	5	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	16	Ι
608701	33	9	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	2	16	Ι
608801	21	8	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	2	17	Α
608901	36	3	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	2	17	Α
609001	33	227	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	2	17	Α
609101	35	3	648.9	ΡΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	2	17	Α
609401	45	13	560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	17	Α
609701	63	15	752.3	ΡΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	2	17	Α
609801	41	10	617.0	ΕΜΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	2	17	Α
609901	39	5	610.8	ΡΑΛΕΣ ΚΑΛΩΣΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	2	17	Α
610101	54	6	610.8	ΡΑΛΕΣ ΚΑΛΩΣΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	2	16	Α
612101	46	15	184.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΡΙΣΘΙΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	2	18	Α
612201	28	3	622.7	ΒΛΕΦΑΡΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΩΔΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ58	1997	2	18	Α
612301	53	5	180.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΠ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	2	17	Α
612401	61	18	752.3	ΡΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	2	18	Α
612501	39	10	219.8	ΚΑΛΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	2	18	Α
612601	66	28	692.8	ΡΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	18	Α
612801	66	39	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	2	18	Α
612901	27	5	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	17	Α
613601	27	3	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	2	19	Α
613701	26	4	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	2	19	Α
613801	35	8	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	19	Α
613901	36	7	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	18	Α
614001	25	7	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	2	18	Α
614101	27	9	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	19	Α
614201	39	15	219.8	ΚΑΛΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ59	1997	2	19	Α
614301	30	6	620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΘΟΡΑΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	2	19	Α
614401	17	4	648.9	ΡΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	2	19	Α
614601	52	17	577.1	ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	2	19	Α
614602	52	67	577.0	ΘΕΣΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	5	12	Α
614801	58	11	553.1	ΟΠΘΑΛΜΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0278	1997	2	18	Α
617901	30	225	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	2	19	Α
618001	36	6	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	2	19	Α
618101	64	13	626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	2	20	Α
618201	82	6	188.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	19	Α
618301	73	23	550.1	ΒΛΥΒΕΝΟΚΛΗΝ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	20	Α
618401	48	35	611.8	ΡΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0273	1997	2	20	Α
618601	76	75	573.8	ΡΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΝΕΡΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	19	Α
618701	77	7	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	2	19	Α
619601	20	5	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	2	21	Α
619701	19	11	648.9	ΡΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	2	20	Α
619801	67	11	593.7	ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΙΚΗ ΠΑΛΙΜΑΡΩΜΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ12	1997	2	21	Α
619901	31	4	648.9	ΡΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	2	21	Α
620001	36	11	611.8	ΡΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	2	21	Α
620101	27	6	628.8	ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΤΗΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	2	21	Α
620201	34	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	20	Α
620301	38	11	241.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΞΩΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΛΗΝ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1997	2	21	Α
620501	57	24	574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	2	21	Α
621401	30	220	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	24	Α
621501	35	10	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	24	Α
621701	27	5	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	2	22	Α
621801	30	6	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	2	22	Α
622001	30	22	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	2	23	Α
622101	24	2	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	2	24	Α
622201	53	16	593.7	ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΙΚΗ ΠΑΛΙΜΑΡΩΜΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	2	24	Α
622301	27	2	648.9	ΡΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	2	24	Α
622601	42	11	219.8	ΚΑΛΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	2	24	Α
622701	41	12	180.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	2	24	Α
622901	47	3	676.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ59	1997	2	24	Α
623001	49	3	676.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ59	1997	2	24	Α
623201	60	10	174.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	2	24	Α
623801	75	155	157.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	2	24	Α
623802	76	17	152.8	ΡΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	8	24	Α

626401	10	70	10 575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΑΛΩΝΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0272	1997	2	23
626501	11	63	10 577.0	ΙΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0275	1997	2	25
626601	10	75	8 155.2	ΚΑΚΗ ΜΕΘΑΛΣΗ ΠΛΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΠΡΩΤΟΝΑΘ.-ΔΕΥΤΕΡΟΝΑΘ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	2	25
626701	10	55	26 194.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΕΠΙΜΕΦΡΙΣΙΩΝ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	2	25
626801	10	54	11 575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	2	25
626901	11	58	13 575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ154	1997	2	23
627001	11	49	8 620.0	ΙΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΔΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	2	25
627101	11	31	4 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	2	25
627201	11	38	10 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΣΤ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	2	25
627201	11	38	10 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΣΤ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	2	25
627202	11	38	15 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	3	10
627202	11	38	15 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	3	10
627301	11	50	4 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	2	25
627401	11	51	4 621.3	ΚΥΣΤΙΚΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΜΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	2	25
627501	11	60	4 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΣΤ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ114	1997	2	25
627601	11	31	6 648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΚΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ118	1997	2	25
628601	10	79	15 553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0270	1997	2	26
628801	11	69	10 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ156	1997	2	26
629001	11	40	17 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ115	1997	2	25
629101	10	31	4 648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΚΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ117	1997	2	25
629201	11	43	14 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ113	1997	2	26
629301	11	53	14 620.0	ΙΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΔΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ114	1997	2	26
629401	11	31	10 669.7	ΙΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ116	1997	2	26
629501	11	32	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0104	1997	2	26
629601	11	24	218 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0103	1997	2	26
629701	11	35	218 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0102	1997	2	26
629801	11	26	8 669.7	ΙΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0103	1997	2	26
629901	11	28	218 669.7	ΙΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ116	1997	2	26
630001	11	28	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ116	1997	2	27
630201	11	25	2 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ117	1997	2	27
632201	11	35	12 752.3	ΙΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ159	1997	2	28
632301	11	24	2 752.3	ΙΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΣΤ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ113	1997	2	27
632601	10	69	29 154.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΘΡΩΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0284	1997	2	27
632801	11	73	18 241.1	ΙΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΠΑΥΟΖΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0286	1997	2	27
632901	10	77	15 156.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΟΔΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0280	1997	2	27
632901	10	77	15 156.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΟΔΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0280	1997	2	27
632902	10	77	41 550.0	ΙΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΒΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0280	1997	4	10
632902	10	77	41 550.0	ΙΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΒΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0280	1997	4	10
633901	10	63	33 151.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	2	28
634101	10	65	18 576.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	2	28
634301	11	43	16 576.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ153	1997	2	28
634701	11	78	8 752.3	ΙΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	2	28
635001	11	0	216 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0103	1997	2	28
635801	10	54	12 180.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	3	3
635901	11	42	12 180.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ157	1997	3	3
636201	11	41	12 752.3	ΙΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΛΟΥ, ΟΥΡΗΤΗΡΩΝ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ157	1997	3	1
636301	11	58	16 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ159	1997	3	3
636401	11	44	9 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ112	1997	3	3
636501	11	49	12 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ113	1997	3	3
636601	11	64	25 151.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0284	1997	3	3
636602	11	64	18 537.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0284	1997	4	10
636701	11	65	117 153.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΠΑΚΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΝ ΘΡΩΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0271	1997	3	1
636901	10	25	4 196.6	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΣΜΑΤΑ ΕΝΔΟΠΥΛΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΚΩΝ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ162	1997	3	3
637101	11	24	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ117	1997	3	1
637201	11	31	213 669.7	ΙΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0102	1997	3	3
637401	11	32	14 648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΚΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ117	1997	3	1
637501	11	41	213 669.7	ΙΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0103	1997	3	3
637901	11	35	214 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚ0103	1997	3	2
641301	10	51	10 456.1	ΚΙΣΡΙΟΙ ΟΙΣΤΟΘΑΓΩΝ ΧΩΡΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0272	1997	3	4
641401	10	44	11 706.2	ΙΣΗΓΜΑΤΟΓΟΝΟΣ ΚΥΣΤΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0280	1997	3	4
641501	11	26	10 576.4	ΙΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΟΥ ΧΟΛΗΘΟΡΟΥ ΠΟΡΟΥ	ΙΣΤ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚ0281	1997	3	4
641801	10	82	22 553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΜΕ	ΚΚΙ161	1997	3	4
642001	11	50	4 626.6	ΙΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ113	1997	3	4
642101	11	71	14 752.3	ΙΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΚΚΙ158	1997	3	4
642301	11	24	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΚΣΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ116	1997	3	4
642401	11	39	8 648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΚΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΘ	ΔΚΙ117	1997	3	4

6420111	27	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	3	31
6432010	0	1191000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	24
6439010	0	491000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	30
6440010	0	511000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	28
6441011	0	1161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	27
6442011	0	1171000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	27
6443010	64	361565.1	ΣΥΡΡΙΓΓΙΟ ΤΟΥ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1997	3	4
6443020	65	171751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1997	9	1
6444010	66	221575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	3	4
6445011	64	141620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ157	1997	3	5
6446011	45	151620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	5
6448011	30	101620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	5
6449011	51	141219.8	ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΛΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	5
6450011	23	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	3	3
6451011	0	521000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	27
6458011	0	521000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	27
6493011	0	661000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	13
6495011	0	291000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	2	19
6496011	60	261620.2	ΑΛΛΕΣ ΚΑΙ ΠΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ155	1997	3	6
6499011	0	131190.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1997	3	6
6501010	30	31569.5	ΑΠΟΙΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	5
6504011	54	201575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	3	6
6510010	0	241000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	2	24
6512010	0	1341000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	9
6514011	0	551000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	24
6516011	0	421000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	2	6
6517010	0	1201000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	1	23
6519011	0	131000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	7
6519010	0	161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	4
6521010	0	161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	4
6522010	0	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	9
6523011	0	151000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	5
6525010	54	5153.4	ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΥΦΛΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	7
6526011	42	261142.0	ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΑΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	3	6
6529011	0	141000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	6
6529011	41	81648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	3	7
6530011	21	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	3	6
6531011	29	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	3	7
6532011	31	741633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	3	7
6551010	0	841000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	2	23
6553011	17	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	3	11
6554011	23	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	3	11
6559011	32	61633.9	ΠΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	3	8
6560011	38	51752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	11
6561011	53	141620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1997	3	11
6562011	0	811000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	3
6564011	35	41626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	11
6565011	63	91192.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	11
6566011	47	161219.8	ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΛΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ159	1997	3	11
6567011	0	811000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	3
6568010	0	741000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	10
6570010	87	61537.2	ΚΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	7
6571010	63	161550.1	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΙΑ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΣΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ162	1997	3	11
6573010	57	181575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	11
6574010	77	481154.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΘΡΩΟΥ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ167	1997	3	7
6575011	71	271569.1	ΠΡΟΤΩΣΗ ΤΟΥ ΘΡΩΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0276	1997	3	11
6576010	31	201155.0	ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΡΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	11
6577011	66	211530.7	ΣΥΝΔΡ. ΓΑΣΤΡΟ-ΟΙΣΘΟΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΡΗΞΕΩΣ-ΑΙΜΟΡΡΑΓ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1997	3	8
6579011	56	221189.1	ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0293	1997	3	11
6580010	64	1610010.8	ΑΙΘΩΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	3	11
6586010	0	861000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	2	26
6589010	0	121000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	8
6592011	53	141174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	3	12
6593010	27	51553.0	ΜΥΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0278	1997	3	12
6594010	49	41454.9	ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ Η ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	3	12

65960	1	73	61792.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ57	1997	3	12 I
65970	1	45	3183.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΟΠΛΑΣΜ. ΒΟΘΗΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ56	1997	3	12 I
65990	1	28	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ19	1997	3	9 Α
65990	1	35	131752.0	ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΩΝ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ13	1997	3	12 II
66000	1	35	2041648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ104	1997	3	12 I
66110	1	0	81000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	12 I
66370	0	50	81751.5	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	3	12 Δ
66380	0	57	201576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	3	12 I
66410	0	50	51569.01	ΠΟΛΥΠΩΔΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	13 I
66420	0	63	20122.8	ΕΣΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΝΗΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	13 OF
66430	0	70	201454.1	ΚΙΡΕΟΙ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	13 ΔΥ
66450	1	75	151752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ58	1997	3	13 OF
66470	1	44	161752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ15	1997	3	13 IK
66520	0	48	101621.4	ΑΙΜΑΤΟΜΗΤΡΑ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ58	1997	3	5 IK
66600	1	20	21648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ17	1997	3	13 AB
66610	1	30	2051633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ102	1997	3	11 IA
66620	1	30	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ110	1997	3	13 IK
66630	1	32	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ102	1997	3	13 IC
66640	1	0	61000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	14 IK
66650	1	0	71000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	13 IA
66660	1	0	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	11 IA
66670	1	28	271752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΕ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	14 AB
66680	1	16	111620.0	ΒΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ13	1997	3	14 IK
66690	1	26	51661.1	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΔΡΑΜΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	13 OFA
66700	1	38	61752.4	ΑΝΘΡΑΞΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ-ΚΟΙΛΟΥ-ΕΞΩΤΕΡ.ΓΕΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	14 ΔΥ
66710	1	53	111622.8	ΠΑΛΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ13	1997	3	14 TAE
66720	0	62	691441.7	ΣΥΦΙΑΙΔΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	3	14 IK
66740	1	41	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ59	1997	3	14 IAI
66750	1	21	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ17	1997	3	13 IAI
66760	1	32	2021633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ12	1997	3	14 IAI
66770	1	31	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ101	1997	3	13 IAI
66940	1	44	51626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΕ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	17 IKA
66950	1	29	121620.0	ΒΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΠΕ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ15	1997	3	17 OY
66960	1	36	81622.1	ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	17 IK
66990	1	49	81626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ13	1997	3	17 IKA
67010	1	57	81180.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ56	1997	3	17 IKA
67020	1	27	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ105	1997	3	15 IAI
67030	1	30	661633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ102	1997	3	17 IAI
67040	1	33	2001633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ104	1997	3	17 IAI
67050	1	26	551633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ102	1997	3	14 IAI
67060	1	25	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΚΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ19	1997	3	16 IAI
67070	1	74	161576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ278	1997	3	17 TAA
67080	1	27	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ16	1997	3	16 IAI
67100	1	35	21633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ16	1997	3	17 IAI
67120	0	54	811571.0	ΑΚΟΟΔΙΚΟ ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΝΑΡ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	17 OFA
67120	0	54	161155.2	ΚΑΚ. ΜΕΟΠΛΑΣ. ΗΝΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ. -ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	5	21 OFA
67130	0	62	81692.8	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	15 IK
67160	0	59	431153.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΙΓΜΟΙΔΟΥΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ281	1997	3	17 OAF
67410	1	0	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	15 IAI
67520	1	0	671000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	17 IAI
67550	0	0	701000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	14 IAI
67590	1	30	41621.8	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥΣΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ14	1997	3	18 IKA	
67610	1	49	41626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ13	1997	3	18 OFA
67620	1	34	71620.0	ΒΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ58	1997	3	18 IKA
67630	1	57	71246.3	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ275	1997	3	17 IKA
67640	1	56	91620.0	ΒΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΚΚΙΕ57	1997	3	18 OY
67660	1	32	1991633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ102	1997	3	17 IAI
67670	1	70	321150.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΣΙΟΦΑΓΟΥ	ΠΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	3	18 IKA
67680	1	35	71648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΙΕ16	1997	3	19 OY
67690	0	76	291575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ286	1997	3	18 OY
67720	1	82	101575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	3	18 OY
67730	0	62	1141569.01	ΠΟΛΥΠΩΔΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΕ61	1997	3	18 TANOTI
67790	0	0	601000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	18 IAI
67830	1	0	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	19 IAI
67850	1	0	681000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΜΑΒ	ΔΚΟ109	1997	3	16 IAI

6791010	59	12 214.0	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ	ΙΔ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	19 ΤΕ
6792011	48	10 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ159	1997	3	19 ΙΚ
6793011	40	6 256.4	ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΕΣ ΒΟΘΗΚΕΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1997	3	19 ΤΑ
6794011	39	15 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ155	1997	3	19 ΙΚ
6825010	47	15 151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΒΕ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ290	1997	3	20 ΔΥ
6827010	21	12 902.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡ. ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ-ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	19 ΙΚ
6829011	59	16 182.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1997	3	20 ΙΚ
6830011	72	10 992.8	ΑΛΛΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ113	1997	3	19 ΑΚ
6831011	23	6 639.0	ΛΟΙΜΩΣΗ ΓΕΝΗΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΑ-ΠΥΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΡΩΣΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1997	3	19 ΙΔ
6832011	33	198 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	3	20 ΙΔ
6833011	41	14 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	20 ΙΚ
6835011	36	197 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	3	19 ΙΔ
6837011	36	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	3	20 ΟΓ
6838011	39	197 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	3	20 ΙΔ
6841010	0	64 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	20 ΙΔ
6846011	0	64 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	20 ΙΔ
6847010	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	17 ΙΔ
6848011	0	4 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	19 ΙΔ
6850011	27	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	3	20 ΙΔ
6851011	18	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	3	20 ΙΔ
6860010	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	19 ΙΔ
6861011	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	19 ΙΔ
6862010	0	67 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	17 ΙΔ
6863010	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	19 ΙΔ
6864011	0	70 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	14 ΑΤ
6865010	0	59 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	25 ΙΔ
6866010	0	62 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	22 ΙΔ
6867010	59	11 172.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΠΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	24 ΙΚ
6868010	59	16 600.0	ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	24 ΙΚ
6869010	65	19 550.1	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΙΑ ΜΕ ΑΠΟΡΡΕΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	24 ΙΚ
6871011	47	11 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	24 ΙΚ
6872011	61	19 620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ155	1997	3	24 ΙΔ
6873011	42	11 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1997	3	24 ΤΥΠ
6875011	35	10 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1997	3	24 ΔΥ
6876011	27	195 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	3	22 ΙΔ
6877011	30	57 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	3	24 ΙΔ
6878011	26	195 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	3	22 ΙΔ
6880011	34	195 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	3	22 ΙΔ
6881011	50	16 620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	24 ΙΚ
6887010	0	5 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	22 ΙΔ
6889010	0	5 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	22 ΙΔ
6892010	0	61 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	23 ΙΔ
6893010	0	61 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	23 ΙΔ
6900010	56	15 578.0	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	25 ΤΥΚ
6901011	58	14 155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	26 ΟΓ
6903010	80	48 151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	3	26 ΙΚ
6927011	49	3 626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	26 ΙΚ
6931011	41	16 620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ157	1997	3	26 ΤΕΒ
6933011	46	6 616.2	ΚΥΣΤΗ ΤΩΝ ΒΑΡΘΟΛΙΜΕΙΩΝ ΑΔΕΜΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	26 ΔΥ
6934011	55	9 1000.01	ΑΒΡΟΣΙΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	3	26 ΤΕΒ
6941011	47	13 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1997	3	26 ΙΚ
6944011	26	192 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	3	26 ΙΔ
6945011	31	55 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	3	26 ΤΑΙ
6946011	34	55 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	3	26 ΙΚ
6947011	28	192 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	3	25 ΙΔ
6948011	25	193 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	3	24 ΙΔ
6959011	33	57 256.8	ΑΛΛΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	3	26 ΟΓ
6960011	46	12 620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1997	3	27 ΙΔ
6961011	35	16 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	3	27 ΤΥΚ
6962011	71	14 566.0	ΑΒΡΟΣΙΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΧΩΣΗ ΠΡΑΚΤΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	3	27 ΙΚ
6963011	25	2 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΥΚΩΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΣΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	3	27 ΙΚ
6966011	41	191 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΥΚΩΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΣΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	3	26 ΔΥ
6967011	26	191 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	3	27 ΙΔ
6968011	32	3 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	3	26 ΟΓ
6971011	27	7 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1997	3	28 ΑΡΟΠ

ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΕΣΟΔΑ	ΕΞΟΔΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΡΗΣΙΑ	ΕΤΟΣ	ΑΝΑΦΟΡΑ
697301	0	44	24	246.8		ΙΑ	ΙΑ	1997	31
698101	1	34	56	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
698201	1	28	191	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
698301	1	28	54	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
699501	1	46	21	530.2		ΣΤ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
699801	1	65	31	574.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
699802	1	65	13	152.7		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
699901	1	52	24	575.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700001	1	76	26	122.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700101	0	33	19	550.1		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700201	0	69	16	553.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700301	0	67	6	575.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700501	0	63	4	575.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700601	0	76	20	154.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700801	0	47	17	553.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
700901	1	27	5	617.2		ΣΤ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
701001	1	29	9	219.9		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
701101	1	49	9	626.6		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
701201	1	62	9	182.8		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
701301	1	56	5	621.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
702101	1	30	4	648.9		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
702501	1	26	6	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
702701	1	27	4	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
703001	1	32	187	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
703301	1	28	53	648.9		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
703501	1	31	6	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
703601	1	20	5	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704101	1	36	185	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704301	1	25	7	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704401	1	17	4	648.9		ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704701	1	36	11	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704801	1	33	5	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
704901	1	34	188	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
706201	1	62	15	616.8		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
706401	1	42	11	620.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
706501	1	62	7	616.8		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
706601	1	49	3	648.9		ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
706701	1	31	49	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
706901	0	54	17	537.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	31
707101	0	50	29	553.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
707201	0	82	11	553.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
707301	0	73	20	553.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
708101	0	69	20	571.0		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
708301	0	77	10	162.8		ΣΤ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
708401	1	20	3	624.8		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
708501	1	50	4	752.3		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
708601	1	36	50	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
708701	1	41	6	639.6		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
709101	1	27	51	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
709201	1	32	2	633.0		ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
713001	1	0	56	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
713101	0	0	57	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
713301	0	0	50	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
713401	0	0	55	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
713501	0	0	7	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
713701	0	48	13	620.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
713801	1	45	12	219.8		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
713901	1	29	9	039.2		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
714001	1	63	25	751.8		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
714101	1	30	49	633.0		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4
714201	0	64	18	550.9		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
714501	0	65	13	550.9		ΣΤ	ΚΕΙΡΒ	1997	4
714502	0	65	8	550.9		ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	1997	51
715401	0	0	55	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	31
715601	1	0	4	000.1		ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	1997	4

715901	0	0	49000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	311
716001	0	0	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	211F
716101	0	0	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	3	311G
716301	1	52	46164.8	ΑΛΛΟ ΦΑΕΤΟΝ ΜΟΝΗΝ ΓΥΝΑΙΚ. ΠΥΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΙΣΤΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ157	1997	4	41M
716401	1	47	14219.8	ΚΛΑΘΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1513	1997	4	41OF
716501	1	58	61622.7	ΒΛΕΜΜΩΣΗ ΠΟΛΥΠΩΔΩΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1515	1997	4	41OV
716502	1	58	131459.0	ΑΙΠΟΡΡΑΓΙΑ ΗΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1515	1997	5	231OV
716601	0	42	61626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1515	1997	4	41TA
716701	1	37	121620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΣΗ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1512	1997	4	41OV
716801	1	53	61622.7	ΒΛΕΜΜΩΣΗ ΠΟΛΥΠΩΔΩΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	4	41IK
716901	1	37	71648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	4	41OV
717501	0	61	85444.0	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΒΟΛΗ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚ ΑΟΡΤΗΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	41IK
717601	0	77	80574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	41OF
718001	1	0	49000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	41OV
719001	1	32	181648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	4	41OV
719101	0	89	31574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	71KF
719201	0	61	71574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	61KF
719301	0	67	121574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΟΛΗ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	71KA
719401	0	32	91550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΑΡΙΣ ΑΡΟΦΡΑΣΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	71OV
719501	0	58	601443.8	ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	4	71OV
719502	0	58	36155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΝΗΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΒΑΘΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	4	231OV
719601	1	82	221553.0	ΜΗΡΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0284	1997	4	61TV
720101	1	22	41902.8	ΑΛΛΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΑΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1561	1997	4	61KA
720201	1	58	41621.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΣΙΜΟΠΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1513	1997	4	71KA
720301	1	49	51219.8	ΚΛΑΘΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1561	1997	4	51KA
720501	1	18	180633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	4	71DI
720601	1	34	471648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	4	51OV
721301	1	33	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	4	71KA
721401	1	33	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	4	61DI
721501	1	53	31620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΣΗ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1514	1997	4	71KA
721701	1	38	31621.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΣΙΜΟΠΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1513	1997	4	71OV
721801	1	29	101648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1516	1997	4	51TEB
725201	0	70	81596.2	ΚΥΣΤΙΚΟ ΕΥΡΥΓΓΙΣΤΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΣΙΜΟΝ. ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	81OV
725301	0	59	141596.2	ΚΥΣΤΙΚΟ ΕΥΡΥΓΓΙΣΤΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΣΙΜΟΝ. ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	81OV
725601	0	30	201685.1	ΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΧΑΡΙΣ ΑΠΟΣΤΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	4	91TAV
725901	1	40	141153.2	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΚΑΤΙΟΤΟΣ ΚΟΛΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0275	1997	4	81OV
726201	1	26	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1518	1997	4	81ANP
726301	1	29	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	4	71DI
726401	1	29	111620.2	ΑΛΛΕΣ ΚΑΙ ΗΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1558	1997	4	81KA
726501	1	42	71752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1557	1997	4	81KA
726701	1	70	161183.8	ΑΛΛΗ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΒΟΘΗΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1558	1997	4	81KA
727501	0	0	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	51OV
727701	1	0	49000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	61DI
727901	1	0	46000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	71OF
728001	0	0	45000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	81ANP
728101	0	0	46000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	71DI
728301	1	50	111553.0	ΜΗΡΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	91KA
728401	0	45	191577.0	ΙΟΞΕΙΑ ΔΗΓΚΡΕΑΤΙΣΤΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	4	71KA
728601	0	46	191530.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	4	91TV
728801	1	41	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1517	1997	4	91DI
728901	1	33	411633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	4	91DI
729001	1	49	81622.1	ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1513	1997	4	91OF
729201	1	34	131219.8	ΚΛΑΘΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1515	1997	4	91OV
729401	1	63	81626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1556	1997	4	91OF
729501	1	23	1791648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1519	1997	4	81ANP
729601	0	39	31622.7	ΒΛΕΜΜΩΣΗ ΠΟΛΥΠΩΔΩΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1559	1997	4	91TV
733801	1	18	91752.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1513	1997	4	101KA
733901	0	58	81752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1514	1997	4	101TEB
734001	0	65	71550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΑΡΙΣ ΑΡΟΦΡΑΣΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	4	101OV
734101	0	23	71752.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΒΟΘΗΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1514	1997	4	101KA
734201	0	73	491441.7	ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	101OF
734202	0	73	101441.4	ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ, ΑΡΡΗΚΤΟ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	5	191OF
734301	0	76	111573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΝΗΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0273	1997	4	101TV
734401	0	38	51553.1	ΟΡΘΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1561	1997	4	101OV
734501	1	53	121752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1514	1997	4	101OV

734001	0	58	11573.8	ΙΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΡΑΤΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0274	1997	4	10
734001	1	29	40633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	4	10
734901	1	26	6633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	4	9
735001	1	36	6648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΦΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	10
735201	1	36	40633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	4	10
736301	1	0	42000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	11
736401	1	0	43000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	10
736701	1	0	43000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	10
736801	0	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	9
736901	0	0	44000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	9
737001	1	0	44000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	9
737101	0	0	5000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	11
737201	1	0	43000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	10
737301	0	56	13575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	11
737401	1	45	10242.9	ΥΠΕΡΦΥΣΙΔΙΣΜΟΣ, ΗΛ ΑΝΑΦΟΡΑ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ-ΑΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΣΥ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	4	11
737601	0	28	19752.0	ΑΚΟΜΑΙΕΣ ΤΩΝ ΘΟΡΑΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	4	4
737801	1	43	7752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΣΥ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ58	1997	4	10
738701	1	31	54763.4	ΚΕΡΥΟ ΠΡΟΒΕΒΑΗΝΕΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	4	14
738801	1	71	10620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΘΟΡΑΚΗΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	4	14
738802	1	71	43575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	5	20
738901	1	28	38633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	4	12
739001	1	46	10219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΗ, ΤΗΛΗΛΑΤΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	4	14
739101	1	34	35633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	4	12
739201	1	57	3622.7	ΒΛΕΦΜΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΩΔΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	4	14
739202	1	57	10752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	6	17
739401	1	44	14596.2	ΚΥΣΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΛΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜ. ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	4	14
739501	1	29	5648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΦΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	14
739801	0	49	11573.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΡΑΤΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	14
742001	0	0	39000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	14
742101	1	0	42000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	11
742201	1	0	40000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	13
743401	1	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	12
744401	1	46	4626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	4	15
744601	0	72	4162.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ-ΒΡΟΓΧΩΝ-ΑΦΕΙΟΝΟΜΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	4	15
744801	1	42	6575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	4	15
744901	1	32	63633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	4	5
745001	0	30	6575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	4	15
745101	0	26	44241.9	ΙΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΣΩΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	15
745102	0	26	17241.9	ΙΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΣΩΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	5	12
745201	1	18	172633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	4	15
745301	0	47	43456.1	ΚΙΣΤΩΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	15
745401	1	0	5633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	4	15
745501	1	32	7633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	4	15
746401	1	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	12
746801	0	0	38000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	15
746901	1	0	35000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	15
747001	1	34	3626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	4	16
747101	1	33	2622.7	ΒΛΕΦΜΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΩΔΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΣΥ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	4	16
747201	1	66	3180.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	4	16
747301	1	51	3626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ12	1997	4	16
747602	1	54	35752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	8	28
747801	0	66	6553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	15
748001	1	26	32633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	4	15
748301	1	27	31669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΙΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	4	16
748401	1	66	10364.8	ΠΑΛΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	4	16
748402	1	67	16174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	1	3
752201	0	71	9553.9	ΙΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΘΕΣΕΩΣ ΚΗΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	16
752501	0	71	45154.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΤΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	16
752601	0	70	3750.8	ΠΑΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΝΤΕΡΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝ. ΣΩΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	16
752701	1	32	19614.8	ΠΑΛΑ ΦΛΕΓΜΟΝ. ΝΟΣΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚ. ΠΥΛΑΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΩΝ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	4	17
753301	1	25	5633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	17
753401	1	32	5633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	17
753601	1	32	168633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	4	17
753901	0	47	10950.9	ΒΟΥΒΟΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΝΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0284	1997	4	18
754101	1	77	63174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ50	1997	4	18

754901	34	8 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	DE	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	4	17 ΔΥ
754901	25	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	18 ΙΑ
754901	24	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	4	17 ΙΑ
754701	34	5 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	DE	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	4	17 ΙΑ
754801	23	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	18 ΙΑ
755901	0	37 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	16 ΙΑ
755901	0	31 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	16 ΙΑ
756001	0	36 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	17 ΙΑ
756101	0	36 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	17 ΙΑ
756201	0	35 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	18 ΙΑ
756301	0	35 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	18 ΙΑ
756401	0	37 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	16 ΙΑ
756501	0	36 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	17 ΙΑ
756601	44	4 550.9	ΒΟΥΒΟΚΟΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	21 ΙΑ
756701	62	6 550.9	ΒΟΥΒΟΚΟΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	18 ΙΑ
756801	19	3 706.2	ΣΗΜΗΜΑΤΟΓΟΜΟΣ ΚΥΣΤΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	21 ΙΑ
757001	70	94 569.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	4	21 ΙΑ
757101	72	60 574.2	ΔΙΘΟΣ ΚΟΛΩΝ ΚΥΣΤΙΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	4	21 ΙΑ
757201	26	33 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	4	19 ΙΑ
757401	19	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	4	20 ΙΑ
757501	31	31 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	4	21 ΙΑ
757601	21	3 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	21 ΙΑ
757701	35	26 763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ12	1997	4	21 ΙΑ
758701	0	33 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	20 ΙΑ
760001	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	19 ΙΑ
760301	0	33 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	20 ΙΑ
760601	0	33 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	20 ΙΑ
760701	0	29 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	18 ΙΑ
760901	72	71 576.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	4	22 ΙΑ
760901	31	30 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	4	22 ΙΑ
761201	64	73 550.9	ΒΟΥΒΟΚΟΚΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	4	22 ΙΑ
761301	60	3 291.9	ΠΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΑΝΔΙΣΙΣ ΑΠΟ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΙΩΜΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ274	1997	4	22 ΙΑ
761501	69	28 751.5	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ271	1997	4	22 ΙΑ
761801	28	30 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	4	20 ΙΑ
761901	76	77 174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	4	23 ΙΑ
762001	22	24 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	4	23 ΙΑ
762101	69	71 154.2	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	4	23 ΙΑ
762301	59	10 155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ275	1997	4	23 ΙΑ
763401	34	13 195.3	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΥΛΟΥ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	4	24 ΙΑ
763501	29	22 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	4	23 ΙΑ
763701	0	25 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	22 ΙΑ
763801	0	29 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	23 ΙΑ
763901	0	24 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	23 ΙΑ
764001	0	30 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	22 ΙΑ
764101	0	29 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	24 ΙΑ
764201	0	29 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	24 ΙΑ
764301	0	29 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	4	24 ΙΑ
766301	36	21 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	4	26 ΙΑ
766901	57	45 208.8	ΠΑΛΛΕΣ ΕΠΩΜΥΝΕΣ ΠΑΡΑΑΛΓΕΣ ΔΕΠΘΟΞΑΡΚΩΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ286	1997	4	29 ΙΑ
767201	32	16 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	4	29 ΙΑ
767301	79	66 0010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	4	26 ΙΑ
767302	80	9 157.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΟΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	7	9 ΙΑ
767401	54	80 611.8	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	4	29 ΙΑ
768801	63	58 152.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ272	1997	4	30 ΙΑ
769401	37	157 618.4	ΜΗΤΡΟΚΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ, ΗΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	4	30 ΙΑ
769701	32	43 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	4	24 ΙΑ
769901	37	15 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	4	30 ΙΑ
770001	26	16 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	4	29 ΙΑ
771001	15	7 456.4	ΚΙΣΤΙΣ ΤΟΥ ΟΣΙΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ277	1997	5	1 ΙΑ
771601	33	13 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	5	2 ΙΑ
771701	37	14 648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	5	1 ΙΑ
772201	61	34 256.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΟΘΗΚΩΝ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	5	2 ΙΑ
772301	32	33 621.6	ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	5	1 ΙΑ
772401	65	8 622.1	ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	5	2 ΙΑ
772601	34	10 763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	5	5 ΙΑ

777801	30	201648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	5	2 0
772901	26	101633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	5	5 1
773001	34	81752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1112	1997	5	5 1
773101	44	111752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	5 00
773201	58	81752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1112	1997	5	5 01
773601	58	361752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1157	1997	5	5 11
773602	58	71626.6	ΜΗΤΡΟΠΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1157	1997	6	5 11
773901	57	121242.9	ΥΠΕΡΦΥΡΕΣΙΑΣΜΟΣ, ΜΗ ΑΝΩΦΟΡΑ ΕΡΘΡΟΚΟΚΚΙΑΝ-ΑΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 01
774001	63	161433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 11
774101	72	471902.2	ΚΑΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ	ΘΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 01
774201	66	2210010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 01
774901	58	59195.2	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	5	5 11
776101	0	181000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	29 10
776601	0	171000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	30 10
777101	49	331611.8	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1151	1997	5	5 11
777401	0	151000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	2 10
777601	0	211000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	2 10
777901	0	221000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	30 10
778001	0	121000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	5 10
778401	43	101752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	6 11
778601	52	151752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1157	1997	5	6 11
778701	77	141752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚ1157	1997	5	6 01
778801	25	41752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΣ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	6 11
778901	44	161633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1118	1997	5	6 01
779101	0	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	3 10
779201	29	571427.1	ΠΑΡΟΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0275	1997	5	6 10
779301	75	191575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	5	5 10
779501	56	59174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΣ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	5	6 01
779601	57	121550.1	ΒΟΥΒΡΟΚΟΚΚΙΑΝ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 11
779901	63	161443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 01
780001	70	191575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	5 11
780201	44	21151.4	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0275	1997	5	6 11
780601	0	241000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	29 10
780701	0	241000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	4	29 10
780801	0	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	6 10
781101	38	81648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΣ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	5	7 10
781201	20	91752.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΘΩΡΑΚΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	7 10
781301	23	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	5	6 10
781501	41	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	5	7 01
781801	70	31151.9	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1154	1997	5	6 11
781901	46	151752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1115	1997	5	7 10
782101	67	111550.9	ΒΟΥΒΡΟΚΟΚΚΙΑΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	6 11
782501	38	131752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1115	1997	5	7 11
782601	73	17195.3	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΥΣΤΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1114	1997	5	7 01
782701	62	211751.7	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΚΡΕΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	5	7 01
782801	72	151575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	6 10
783101	72	2661443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΔΚ1109	1997	5	7 11
786601	47	221575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1152	1997	5	7 11
786701	78	361171.5	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1152	1997	5	8 11
786801	69	281122.8	ΕΥΗΜΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	7 11
786901	80	381443.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	7 11
787101	81	51151.4	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΘΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	8 01
787301	46	141219.8	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1114	1997	5	8 11
787401	32	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	5	8 10
787501	31	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	5	7 10
787601	33	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	5	8 10
787701	32	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1119	1997	5	7 10
788301	95	6110010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	5	9 11
788901	25	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	5	9 10
789701	65	91569.01	ΠΡΩΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	12 11
789901	70	121443.8	ΠΑΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ1161	1997	5	10 01
790001	50	121219.8	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	12 11
790101	65	121752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1114	1997	5	12 01
790301	63	171752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1113	1997	5	12 11
790401	53	91219.8	ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1114	1997	5	12 11

790001	00	0 000.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0100}	1997	01	11 ΙΩ
790901	19	9 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	11 ΙΚ
790901	23	8 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	12 ΙΔ
794701	70	16 550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	01	13 ΙΚ
795001	76	31 0010.8	{ΑΛΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	12 ΙΚ
795401	28	7 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	13 ΙΚ
795501	29	8 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	01	12 ΙΔ
795701	01	14 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	9 ΟΓ
796101	01	13 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	10 ΙΚ
796301	01	10 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	7 ΙΚ
796401	01	9 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	8 ΙΔ
796501	01	9 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	8 ΙΔ
796601	01	8 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	9 ΙΔ
796901	01	9 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	14 ΑΠ
797101	01	10 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	13 ΙΚ
797201	67	15 155.2	{ΚΑΚ. ΜΕΘΩΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ. -ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘ.	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1112}	1997	01	14 ΙΚ
797202	68	16 153.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΜΠΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1112}	1997	11	3 ΙΚ
797401	57	142 287.8	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΙΝΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1158}	1997	01	13 ΙΚ
797701	30	13 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0101}	1997	01	14 ΙΔ
800201	01	10 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	13 ΙΔ
801001	01	9 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	14 ΙΔ
801401	01	1 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	15 ΙΔ
802201	01	10 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	13 ΙΔ
802501	97	20 153.3	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜΑΤΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	{ΣΥ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	01	15 ΜΑΤ
802801	24	5 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	01	15 ΙΔ
803101	01	7 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	16 ΙΔ
803301	25	24 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	01	13 ΙΔ
803401	59	52 575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0286}	1997	01	13 ΔΥ
803501	64	54 155.2	{ΚΑΚ. ΜΕΘΩΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ. -ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘ.	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281}	1997	01	16 ΜΑΤ
803502	65	16 573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281}	1997	01	6 ΜΑΤ
803601	60	27 443.8	{ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	16 ΙΚ
804001	28	12 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	01	15 ΙΔ
804901	01	7 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	16 ΙΔ
805101	01	7 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	16 ΙΚ
805501	31	10 620.0	{ΘΥΛΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΒΟΘΗΚΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	01	19 ΙΚ
805801	67	32 154.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΤΟΥ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0284}	1997	01	19 ΔΥ
805901	94	12 575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0285}	1997	01	19 ΔΥ
806101	20	8 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	01	19 ΟΓ
806201	27	8 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	19 ΙΔ
806301	25	10 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	01	17 ΙΔ
806401	29	8 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	01	19 ΙΔ
806501	25	9 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	01	18 ΙΔ
806601	20	5 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΚΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	17 ΙΔ
806701	25	11 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	01	16 ΙΔ
810401	96	10 183.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜ. ΒΟΘΗΚΗΣ-ΣΣΑΡΤΗΝΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1156}	1997	01	19 ΙΔ
810501	35	4 616.8	{ΑΛΛΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ-ΚΟΛΠΟΥ-ΑΙΔΟΙΟΥ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1159}	1997	01	20 ΔΥ
810601	72	21 569.4	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ & ΤΟΥ ΠΡΟΚΤΟΥ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1154}	1997	01	20 ΑΠ
810801	75	12 550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	19 ΙΚ
810901	88	45 535.4	{ΑΛΛΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	{ΒΕ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	01	20 ΙΚ
811001	73	4 251.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	20 ΟΓ
811201	71	10 550.9	{ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279}	1997	01	20 ΟΓ
811301	26	17 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	01	20 ΙΚ
811401	63	16 195.5	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	19 ΙΒ
811601	37	17 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	01	20 ΙΚ
811701	40	7 648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΔΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	01	20 ΔΥ
811801	21	17 633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	01	20 ΙΚ
812601	56	6 616.9	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΚΟΛΠΟΥ ΚΑΙ ΑΙΔΟΙΟΥ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1114}	1997	01	21 ΙΚ
812801	20	23 171.5	{ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΩΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271}	1997	01	21 ΙΔ
812901	79	20 573.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	21 ΜΑΤ
813201	26	8 669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΘΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	01	21 ΙΚ
813301	01	5 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	18 ΙΔ
813401	01	6 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	17 ΙΔ
813801	01	5 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	18 ΙΔ
817301	01	19 000.1	{ΓΕΜΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	01	22 ΙΚ
817501	54	14 752.3	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	01	22 ΙΚ
817701	58	43 575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	01	21 ΙΒ

817801	10	57	19 533.9	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ101	1997	51	21 Ω
818001	11	51	20 242.2	ΓΥΣΙΚΗ ΠΟΛΥΥΣΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	51	22 ΤΕ
818101	10	45	13 172.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	51	22 ΔΥ
818201	11	62	43 575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΛΗΔΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	51	22 ΙΔ
818401	11	30	9 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	51	21 ΙΔ
819501	10	0	19 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	22 ΙΔ
819601	10	0	19 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	22 ΙΔ
819701	10	73	18 373.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΗΡΑΤΟΣ	ΠΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	51	23 ΙΚ
819801	10	60	26 200.8	ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΗΡΕΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΔΕΝΘΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1997	51	23 ΔΥ
819901	11	38	14 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	51	23 ΙΚ
820001	11	75	13 621.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΞΑΝΟΜΟΝΩΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	51	23 ΙΚ
820101	11	37	14 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	51	23 ΙΔ
820401	11	32	4 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	51	23 ΙΚ
820601	11	30	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	51	23 ΙΚ
822101	11	50	3 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	51	26 ΙΚ
822201	11	34	11 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΗΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	51	26 ΙΚ
822301	11	63	17 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	51	26 ΟΓ
822401	11	34	3 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΗΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	51	26 ΤΕ
822701	11	70	3 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	51	26 ΙΚ
822801	11	60	3 621.0	ΠΟΛΥΠΩΔΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	51	26 ΟΓ
823101	11	34	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	51	26 ΙΔ
823301	11	29	12 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	51	25 ΙΔ
823501	11	26	17 763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΕΒΕΒΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	51	26 ΓΕΣ
823701	11	19	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	51	26 ΙΔ
823801	11	22	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	51	24 ΟΓ
823901	11	39	5 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	51	26 ΔΥ
824001	11	31	11 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	51	26 ΟΓ
824701	10	67	16 162.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΛΟΦΟΥ-ΒΡΟΓΧΟΥ Ή ΠΝΕΥΜΟΝΑ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	26 ΙΚ
825201	11	68	15 611.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	51	26 ΟΓ
825401	10	50	10 550.9	ΒΟΥΒΟΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΡΘΡΑΝ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	26 ΙΚ
825601	10	70	33 433.1	ΑΡΘΡΑΝ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΤΙΛΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	26 ΙΚ
826201	10	48	14 456.1	ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	24 ΙΚ
826301	10	66	8 550.9	ΒΟΥΒΟΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΡΘΡΑΝ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	51	26 ΙΔΙΑ
828701	11	38	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	51	26 ΙΔΙΑ
829601	11	0	17 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	24 ΙΚ
829801	10	0	15 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	26 ΙΔΙΑ
830401	10	0	15 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	26 ΙΔΙΑ
830501	10	0	14 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	27 ΙΔΙΑ
830601	11	0	17 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	24 ΟΓ
830701	11	0	15 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	26 ΔΥ
830901	10	0	19 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	22 ΙΔΙΑ
831001	10	0	11 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	26 ΙΚ
831101	11	0	15 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	51	26 ΙΔΙΑ
831301	11	30	13 151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	51	28 ΙΚ
831401	10	69	21 575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΛΗΔΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0286	1997	51	28 ΔΥ
831501	10	0	22 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	51	28 ΤΣΑΥ
831601	10	67	42 602.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	51	28 ΤΑΠΟΤ
831701	11	38	3 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΗΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ56	1997	51	28 ΑΠΟΡΙ
832101	11	37	9 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	51	27 ΙΔΙΑ
835101	11	24	7 626.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΠΛΗΡΕΣ ΡΥΣΕΩΣ-ΑΝΩΜΑΛ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	51	29 ΙΚ
835201	11	52	12 219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΗΜΗΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	51	29 ΟΓ
835202	11	52	6 427.1	ΠΑΡΟΞΥΝΗΚΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	61	27 ΟΓ
835301	11	67	13 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΠΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ12	1997	51	29 ΤΣΑΥ
835501	10	0	9 537.2	ΚΡΟΝΙΟΣ ΑΡΘΡΟΚΑΤΑΚΤΥΛΙΣΤΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	28 ΙΔΙΑ
835701	11	40	14 242.2	ΓΥΣΙΚΗ ΠΟΛΥΥΣΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	51	28 ΔΕ
836201	11	22	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	51	29 ΙΔΙΑ
836301	11	26	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	51	29 ΙΔΙΑ
836401	11	36	18 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	51	29 ΔΥ
836501	11	28	7 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	51	29 ΓΕΣ
837401	10	84	8 553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	51	30 ΟΓ
837901	11	36	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	51	30 ΔΥ
838101	10	80	11 152.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΜΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0275	1997	51	30 ΤΔ
840001	11	51	10 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	61	2 ΙΚ
840101	11	37	4 902.5	ΚΑΚΟΝΗ ΛΑΓΟΝΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ	ΠΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ59	1997	61	2 ΤΣΑΥ
840201	11	33	3 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	61	2 ΔΥ
840301	11	37	23 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΤΑΛΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	61	2 ΤΥΠΕΤ

84090	35	8 763.4	ΕΞΕΡΥΟ ΠΡΟΣΕΒΑΝΗΜΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΪΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	6	2 ΣΙ
84060	62	3 560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ63	1997	6	2 ΣΙ
84080	25	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	6	1 ΣΙ
84090	30	19 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΗ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	5	31 ΔΑ
84150	27	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	5	30 ΟΙ
84170	40	5 565.1	ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΚΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	6	2 ΔΑ
84180	77	32 154.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	6	1 ΟΓ
84190	30	23 154.1	ΚΑΚΟΗΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	6	2 ΝΑ
84200	28	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	6	1 ΙΔ
84210	64	22 242.2	ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΟΣΩΔΗΣ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	6	2 ΟΓ
84240	34	3 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΗ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	6	2 ΣΚ
84640	34	182 620.0	ΘΥΑΚΙΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΘΟΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ58	1997	6	3 ΣΚ
84670	76	11 553.1	ΑΜΦΟΑΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ63	1997	6	3 ΣΚ
84680	79	7 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	6	3 ΣΚ
84690	60	46 537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΟΞΑΚΑΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	6	3 ΣΚ
84710	29	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	6	3 ΔΥ
84770	43	22 242.2	ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΟΣΩΔΗΣ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	6	2 ΔΥ
84780	77	45 573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	6	3 ΟΓ
84790	66	10 091.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	4 ΣΚ
84940	67	9 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	4 ΣΚ
84960	70	45 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΗ ΟΔΩΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0278	1997	6	4 ΣΚ
84960	70	5 575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΚΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0278	1997	7	20 ΣΚ
84970	65	45 578.0	ΑΙΝΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΙΣΘΜΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	6	4 ΟΓ
84980	63	20 157.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	6	4 ΣΚ
85230	0	9 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	1 ΙΔ
85240	0	8 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	2 ΙΔ
85250	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	4 ΔΥ
85280	0	9 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	1 ΙΔ
85290	0	8 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	2 ΣΚ
85310	48	5 626.6	ΑΙΝΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	6	5 ΣΚ
85340	37	7 669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΪΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΦΟΡΑ ΕΜΔΕΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	6	5 ΣΚ
85350	35	7 669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΪΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΦΟΡΑ ΕΜΔΕΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	6	5 ΔΥ
85370	28	6 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΗ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	6	4 ΑΡΟΙ
85390	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	4 ΙΔ
85400	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	4 ΑΡΟΙ
85420	71	36 551.8	ΑΛΛΩΗ, ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΩΗ ΘΕΣΕΩΗ, ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	5 ΣΚ
85440	70	27 553.0	ΑΙΝΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	4 ΣΚ
85510	65	5 151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΚΟΥ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	6	5 ΣΚ
85520	0	5 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	5 ΓΣΣ
85530	0	4 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	6 ΔΥ
85540	0	4 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	6 ΣΚ
85550	0	7 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	3 ΣΚ
85560	0	10 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	31 ΑΡΟΠ
85570	0	10 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	31 ΙΔΙΑ
85590	0	11 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	5	30 ΙΔΙΑ
85600	26	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	6	6 ΙΔΙΑ
85610	26	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	6	5 ΙΔΙΑ
85620	28	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	6	5 ΙΔΙΑ
85690	44	6 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	6	6 ΑΡΟΠ
85720	0	13 792.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΗ ΡΟΗΚΩΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	6	6 ΔΥ
85730	34	8 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	6	6 ΔΥ
85740	75	25 751.6	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΧΟΛΗΘΟΚΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΧΟΛΗΘΟΡΩΗ ΟΡΩΗ, ΗΠΑΤΟΣ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	6 ΟΓ
85760	73	22 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΗ ΟΔΩΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	6	6 ΣΚ
85760	47	22 560.2	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	5 ΟΓ
85800	47	5 552.3	ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ, ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	29 ΟΓ
85810	60	22 433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΤΕΜΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	6 ΟΓ
85820	44	46 001.0	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΒΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1997	6	6 ΣΚ
85840	65	26 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ61	1997	6	5 ΣΚ
85850	0	6 000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	6	6 ΔΥ
85860	75	10 444.0	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΡΩΗ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚ. ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0286	1997	6	9 ΣΚ
85880	41	21 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΗ ΟΔΩΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	6	6 ΙΔΙΑ
85890	42	26 246.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΩΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	6	6 ΣΚ
85900	31	2 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	6	9 ΣΚ
85910	57	10 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΜΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	6	9 ΟΓ
85910	74	27 551.8	ΑΛΛΩΗ, ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΩΗ ΘΕΣΕΩΗ, ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΜΑ	ΚΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ50	1997	6	8 ΣΚ

859001	24	41752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	7104
859601	61	71752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	9104
861201	42	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	61	7114
861501	29	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	61	6114
862302	21	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	61	9114
863401	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	6114
864301	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	6114
864901	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	7114
865201	70	421550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	61	10104
865301	60	211569.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ275	1997	61	10104
865601	55	291553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	61	10104
867701	76	281553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	61	10104
867801	72	251151.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	10104
867901	80	211154.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ151	1997	61	11104
868001	64	281575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ272	1997	61	10104
868101	62	241575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	10104
868201	54	41626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	10104
868501	22	41648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΨΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	61	10104
868701	25	111633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	61	9114
868901	24	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	61	11104
869901	37	81763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	61	11104
872201	0	81000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	11104
872401	0	71000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	12104
872901	0	101000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	10104
873201	70	201550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ285	1997	61	12104
873301	72	201153.6	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΟΛΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ272	1997	61	12104
873401	69	361153.6	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΟΛΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	12104
873701	67	91182.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	12104
873901	57	161621.6	ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΘΕΣΣΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	12104
874701	48	201550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	61	13104
874801	53	261596.1	ΕΝΤΕΡΟΚΥΣΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ279	1997	61	12104
874901	58	221575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	12104
875101	64	211433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΥΜΦΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	61	12104
875301	73	251626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1997	61	13104
876901	41	261550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	13104
878201	55	211553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1997	61	12104
878301	69	231576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	61	12104
878401	69	2110010.9	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΧΤΕΡΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	61	12104
878501	73	291182.9	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΤ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΥΡΟΥ. ΚΥΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1997	61	12104
878601	36	361553.0	ΜΗΡΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	12104
878901	49	291155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΛΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	13104
879901	65	141433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΥΜΦΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	14104
879001	84	431576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ161	1997	61	13104
879101	68	251576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ284	1997	61	12104
879201	57	171153.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΥΦΛΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ280	1997	61	16104
879301	54	381242.2	ΤΡΙΤΙΚΗ ΠΟΛΥΒΟΣΩΜΗ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ270	1997	61	14104
879401	40	161553.0	ΜΗΡΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΟ286	1997	61	12104
879601	25	41752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	61	16104
879801	31	91183.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΔΟΒΙΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	61	12104
880101	54	111752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	61	12104
880201	40	71183.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΔΟΒΙΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	61	12104
880401	51	141752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	61	12104
880801	26	111633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	61	12104
880901	32	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ101	1997	61	14104
881101	29	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	61	14104
881601	30	121763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	61	16104
882701	0	111000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	12104
882901	0	61000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	14104
883101	0	61000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	14104
883201	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	61	15104
883301	29	101648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΨΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	61	18104
883401	27	111633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	61	12104
883501	38	91648.9	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	61	18104
883601	23	101648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΨΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	61	18104
884001	28	101633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΨΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	61	18104
884101	39	31219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤ. ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ112	1997	61	18104

884301	65	21183.0	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΚΙΣΗΣ	DE	ΓΥΝΑΒ	{KKI559}	1997	6	17 ΙΚΑ
887601	01	101000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	18 ΟΓΑ
887701	01	81000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	19 ΔΥ
887801	01	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	19 ΔΙΔΥ
888001	24	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	6	19 ΙΚΑ
888401	01	91752.3	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	6	19 ΙΑΔΑ
888501	70	71576.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΟΛΗΘΡΩΣΗ ΟΛΩΝ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1151}	1997	6	17 ΟΓΑ
888601	45	14189.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΥ-ΟΡΓΑΝ. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚ. Σ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	19 ΟΓΑ
888701	53	19183.3	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271}	1997	6	19 ΔΙΑ
888801	71	341553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	6	18 ΙΚΑ
888901	63	331151.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	6	19 ΙΚΑ
889001	41	141575.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΡΩΣΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0286}	1997	6	19 ΔΥ
889101	50	221573.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	19 ΔΥ
889301	48	61752.3	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	DE	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	6	20 ΙΑΔΑ
889601	73	81433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	20 ΟΙΕ
889901	37	31626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1112}	1997	6	23 ΔΥ
890301	32	51650.0	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	6	23 ΙΔΙΑ
890901	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	19 ΙΚΑ
891101	52	41550.9	ΔΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0279}	1997	6	22 ΔΥ
891201	01	81000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	20 ΙΑΔΑ
891301	01	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	17 ΙΚΑ
891601	67	151620.4	ΠΡΟΤΙΣΗ ΤΗ ΚΝΗΘ ΒΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1159}	1997	6	23 ΤΑΕ
892401	26	51633.8	ΠΑΛΛΕΣ ΕΣΩΜΗΤΡΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	6	21 ΟΓΑ
892801	46	161573.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	6	23 ΤΕΒΕ
893101	26	101648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	DE	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	6	22 ΙΚΑ
893501	62	291174.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1153}	1997	6	20 ΔΥ
893601	67	191155.0	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1162}	1997	6	20 ΤΑΘΟ
893701	25	311552.3	ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΛΗΝ, ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0277}	1997	6	21 ΤΑΕ
893801	24	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	6	22 ΙΚΑ
893901	69	991621.3	ΚΥΣΤΙΚΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1114}	1997	6	24 ΔΥ
893902	70	731626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	DE	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1114}	1997	7	15 ΔΥ
894501	27	31621.8	ΠΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΔΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	6	24 ΔΥ
898001	61	31537.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	24 ΔΥ
898501	65	271553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1152}	1997	6	25 ΙΚΑ
898601	80	221154.1	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1151}	1997	6	25 ΟΓΑ
898901	69	151161.8	ΠΡΟΤΙΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΤΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1157}	1997	6	25 ΟΓΑ
899301	36	31633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	6	25 ΤΕΑΥ
899701	33	1021648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	6	22 ΙΑΔΑ
900001	30	861648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	6	25 ΙΑΔΑ
902501	51	141219.8	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΟΙΩΝ. ΤΥΜΗΛΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1112}	1997	6	26 ΜΑΤ
903001	39	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	6	26 ΙΑΔΑ
903401	37	281246.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΟΕΙΔΩΝ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1153}	1997	6	24 ΤΕΒΕ
904201	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	19 ΙΚΑ
904401	01	31000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	25 ΤΕΑΥ
904801	01	61000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	6	26 ΙΑΔΑ
904901	39	211537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	IE	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	6	27 ΙΚΑ
904902	39	301172.0	ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΧΕΙΛΟΥΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	8	25 ΙΚΑ
905001	82	121560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	IE	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	6	27 ΙΚΑ
905101	85	141550.9	ΔΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	6	27 ΙΚΑ
905201	68	211122.8	ΕΠΙΠΛΕΚΟΚΚΙΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281}	1997	6	27 ΙΚΑ
905401	65	71622.5	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	6	27 ΙΚΑ
905501	34	981633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	6	27 ΙΑΔΑ
905601	37	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0101}	1997	6	27 ΙΑΔΑ
906701	57	41550.9	ΔΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	28 ΙΚΑ
906801	57	31550.9	ΔΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	29 ΤΑΕ
907201	50	61578.0	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΕΣΩΜΑ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	28 ΔΥ
907301	35	41039.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΗΤΙΑΣΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	6	29 ΤΣΜΙ
907401	62	111560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	IE	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0280}	1997	6	27 ΟΓΑ
907801	50	181626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	6	27 ΙΚΑ
908101	28	821648.9	ΠΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	DE	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	6	28 ΑΠΟΡ
911201	44	71622.1	ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	7	1 ΤΣΜΙ
911301	66	951447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	IA	ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	7	1 ΙΚΑ
911501	57	231174.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	DE	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0270}	1997	6	30 ΔΥ
911701	68	371157.8	ΠΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0272}	1997	6	30 ΙΚΑ
912001	49	311246.8	ΠΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΟΕΙΔΩΝ	IA	ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ1161}	1997	7	1 ΙΚΑ

914901	50	291573.9	ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0284	1997	7	21
917301	41	121618.5	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΘΑΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ13	1997	7	31
917401	51	71626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	31
917501	55	221241.1	ΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΩΣΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0284	1997	7	21
917601	61	361155.2	ΚΑΚ. ΝΕΟΠΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ.	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1997	6	24
917701	54	201151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0275	1997	7	31
918201	30	681633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0104	1997	7	41
918401	48	81433.1	ΑΠΟΦΡΑΞΗ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙΣ1	1997	7	41
918901	48	211902.8	ΑΛΛΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΙΜΟΦΩΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ12	1997	7	71
919301	66	291154.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1997	7	71
919401	81	251153.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΝ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1997	7	71
920301	19	671633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ18	1997	7	71
921301	16	21540.01	ΟΞΕΙΑ ΣΚΛΗΡΟΚΟΙΛΙΤΙΣΙΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0278	1997	7	71
921501	80	41575.0	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0279	1997	7	71
923401	141	291171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1997	7	91
923601	47	841622.7	ΒΛΕΝΝΟΔΗΣ ΑΟΥΦΩΔΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	91
923801	45	841195.3	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ12	1997	7	91
923901	34	661256.8	ΑΛΛΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΩΘΗΚΩΝ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ19	1997	7	91
924301	28	841633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ17	1997	7	91
924401	34	841763.4	ΕΙΣΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ16	1997	7	91
926601	22	841633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ18	1997	7	101
926701	31	861648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0103	1997	7	101
926801	48	211155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΒΚΙΣ08	1997	7	101
926803	49	101155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΚΑ	ΚΕΙΡΕ	ΒΚΙΣ08	1998	1	101
927101	51	571155.2	ΚΑΚ. ΝΕΟΠΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΩΤΟΠΑΘ. -ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘ.	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0274	1997	7	101
927201	50	841752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	101
927501	44	841459.0	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	101
927801	49	831626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	111
928001	40	831219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	111
928601	0	141000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0109	1997	7	91
929801	78	91575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0285	1997	7	131
930001	70	111242.2	ΤΟΞΙΚΗ ΠΟΛΥΩΣΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0270	1997	7	141
930101	69	801626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ13	1997	7	141
930401	50	801621.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ13	1997	7	141
930501	23	821633.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΣΩΜΗΤΡΙΚΗ ΚΥΣΗ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ17	1997	7	121
931201	35	801633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ19	1997	7	141
933801	30	831633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ17	1997	7	111
934301	75	91151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0286	1997	7	151
934901	35	771626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	161
935001	41	781622.7	ΒΛΕΝΝΟΔΗΣ ΠΟΛΥΩΣΩΔΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	161
938101	38	781633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ16	1997	7	181
938901	15	101685.0	ΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΜΕ ΑΡΘΡΩΣΜΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0271	1997	7	211
939001	72	111573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0270	1997	7	211
939501	33	751633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0102	1997	7	211
939801	19	751648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ19	1997	7	181
940101	33	1291648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΚΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ16	1997	7	211
945301	23	751648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0102	1997	7	211
941801	59	721180.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ13	1997	7	221
942301	70	591578.9	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ. ΣΩΛΗΝΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ.	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙΣ53	1997	7	221
942801	31	741763.4	ΕΙΣΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0105	1997	7	221
942901	31	741648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0101	1997	7	221
943801	28	711648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ19	1997	7	231
943601	53	501155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΒΕ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙΣ53	1997	7	231
945201	70	161153.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΝ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0282	1997	7	241
945401	55	691566.0	ΑΠΟΣΤΗΛΜΑΤΑ ΠΕΡΙΣΤΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	241
945501	30	721648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΜ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0104	1997	7	241
945601	27	721633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0103	1997	7	241
945801	40	721763.4	ΕΙΣΒΡΥΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0104	1997	7	241
946601	45	91171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚΙΣ50	1997	7	241
946801	92	151569.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0270	1997	7	251
946901	63	121610.8	ΑΛΛΕΣ ΚΑΛΟΝΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΕΙΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ14	1997	7	241
947201	32	711633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚ0104	1997	7	251
947501	51	601566.0	ΑΠΟΣΤΗΛΜΑΤΑ ΠΕΡΙΣΤΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΑΚΙΣ12	1997	7	281
947601	18	61959.6	ΚΑΚΩΣΗ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΜΗΡΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0280	1997	7	271
947701	67	131569.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΠΑ	ΚΕΙΡΕ	ΚΚ0284	1997	7	271

948501	22	69	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	7	26	ΙΔΙΑ
948601	32	67	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ16	1997	7	28	ΙΔΙΑ
948701	28	67	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	7	28	ΙΔΙΑ
948801	26	68	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	7	28	ΙΔΙΑ
948901	38	71	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	7	25	ΙΔΙΑ
949101	32	70	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	7	26	ΙΔΙΑ
949201	28	69	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	7	28	ΙΚΑ
951301	24	58	620.0	ΕΥΛΑΚΙΩΣΗ ΚΥΣΤΗΣ ΤΗΣ ΔΟΒΗΚΗΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	7	29	ΙΚΑ
951302	24	13	620.0	ΕΥΛΑΚΙΩΣΗ ΚΥΣΤΗΣ ΤΗΣ ΔΟΒΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	9	19	ΙΚΑ
951401	66	66	752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ13	1997	7	29	ΙΚΑ
951701	63	135	447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ15	1997	7	29	ΙΚΑ
951702	63	19	447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ15	1997	11	29	ΙΚΑ
951801	23	7	550.9	ΒΟΥΒΩΜΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΣΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	7	29	ΙΚΑ
951901	26	67	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	7	29	ΙΔΙΑ
952001	34	66	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ17	1997	7	29	ΙΔΙΑ
952201	53	6	174.1	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΑΜΜΑΤΟΣ ΓΥΝ. ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ50	1997	7	30	ΤΕΒΕ
952401	50	68	183.9	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	7	28	ΙΔΙΑ
952801	55	35	611.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	7	30	ΙΔΙΑ
954601	38	57	621.0	ΠΟΛΥΠΩΔΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	7	31	ΤΕΒΕ
954901	29	71	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	7	30	ΙΚΑ
955101	37	65	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	7	31	ΙΔΙΑ
955201	22	65	763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΕΒΑΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	7	31	ΙΚΑ
955301	39	66	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	7	30	ΙΔΙΑ
955401	43	65	763.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΡΟΣΕΒΑΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	7	31	ΤΑΠΟΤΕ
955501	45	7	550.9	ΒΟΥΒΩΜΟΚΗΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΣΗ Η' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	7	31	ΙΔΙΑ
955701	63	50	174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΜΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	7	31	ΙΔΙΑ
956401	26	64	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	7	31	ΙΔΙΑ
957201	84	29	152.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	7	8	ΙΔΙΑ
957401	30	61	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	8	4	ΙΚΑ
957401	31	61	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	8	4	ΙΔΙΑ
957501	20	61	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	4	ΙΔΙΑ
957601	34	63	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	2	ΙΔΙΑ
957701	27	60	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	8	4	ΙΚΑ
957901	83	61	596.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ14	1997	8	4	ΙΚΑ
958201	97	23	196.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΧΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0291	1997	8	4	ΝΟΜΙΚΗ
960101	26	61	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	4	ΙΔΙΑ
960301	72	49	456.4	ΚΙΡΣΟΙ ΤΟΥ ΟΣΣΕΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	8	5	ΙΔΙΑ
960501	78	2	611.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	8	5	ΙΔΙΑ
960801	73	3	577.8	ΑΛΛΑ ΜΕΤΕΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	8	6	ΙΔΙΑ
962401	30	35	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	8	7	ΑΠΟΡΙΑ
963601	57	47	550.1	ΒΟΥΒΩΜΟΚΗΛΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΣΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	8	7	ΙΔΙΑ
963801	17	21	215.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	8	7	ΙΔΙΑ
964301	45	5	720.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΠΑΘΕΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0296	1997	8	4	ΙΔΙΑ
964601	37	58	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	8	7	ΙΔΙΑ
965601	25	54	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	11	ΙΔΙΑ
965701	23	54	669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	11	ΙΚΑ
965901	34	46	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ18	1997	8	9	ΙΚΑ
966401	53	33	537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	8	8	ΙΔΙΑ
968401	73	31	751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	8	12	ΙΔΙΑ
969001	71	41	533.2	ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ12	1997	8	9	ΙΔΙΑ
969101	75	38	575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ08	1997	8	12	ΙΚΑ
969301	73	46	560.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΣΗ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	8	12	ΙΔΙΑ
969601	73	15	150.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΣΣΟΦΑΓΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	8	13	ΙΔΙΑ
969801	64	41	575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ08	1997	8	13	ΙΚΑ
971001	36	31	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	8	13	ΙΔΙΑ
971501	60	20	537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	8	14	ΝΟΜΙΚΗ
971701	70	19	152.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ06	1997	8	14	ΙΚΑ
972901	32	102	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ19	1997	8	17	ΤΕΒΕ
973701	19	24	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	8	18	ΙΔΙΑ
973901	33	15	194.0	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΕΙΝΙΦΕΡΙΔΙΩΝ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ12	1997	8	18	ΙΔΙΑ
975701	31	23	633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	8	19	ΙΔΙΑ
975901	65	43	183.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜ. ΔΟΒΗΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙΣ15	1997	8	19	ΙΚΑ
976001	26	46	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	8	19	ΙΔΙΑ
976101	40	23	648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	8	19	ΙΚΑ
976201	64	32	575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ10	1997	8	19	ΙΚΑ

976001	27	24698.7	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0100	1997	81	191
977001	29	451633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	81	201
977101	36	451669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	201
977201	33	461648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	191
978201	58	131577.0	ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1009	1997	81	201
979001	72	81550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΣΗ Η ΓΑΓΓΡΑΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0277	1997	81	201
979101	80	71553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΣ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	81	201
979301	65	151174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0284	1997	81	201
979701	69	141573.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1003	1997	81	201
979801	38	301216.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΩΔΕΙΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1015	1997	81	201
980301	82	131569.1	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1008	1997	81	201
980701	44	71576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	81	211
981401	30	441648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	81	211
981501	18	431648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	81	221
981601	28	201648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	81	211
982401	41	201171.6	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΥΛΩΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1015	1997	81	211
982501	29	171633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	81	251
982601	35	401633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	81	251
982701	35	401633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	251
982801	33	201633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	221
983101	23	191633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	251
983201	23	191633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	241
983301	26	181633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	251
983501	30	171633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	251
983601	74	111537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΩΔΕΚΑΘΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΕΙΣΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	81	231
983901	62	241751.5	ΠΑΛΕΣ ΑΝΘΡΑΚΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	81	251
984001	79	101571.0	ΑΑΚΟΘΑΙΚΟ ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	81	251
985301	22	171633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	251
986401	22	181633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1017	1997	81	251
986501	61	810010.8	ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0276	1997	81	271
986601	39	141255.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΘΡΙΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1007	1997	81	271
987001	41	381648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	81	271
987101	33	171666.1	ΑΛΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΕΙΣΩ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1016	1997	81	261
987201	30	171633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	261
987301	38	171648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1016	1997	81	261
989001	42	161195.3	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΥΛΩΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1014	1997	81	281
989301	71	211153.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΗ ΟΡΘΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	81	281
989401	17	151633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	271
989501	39	221633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	271
989701	16	41540.01	ΟΞΕΙΑ ΣΚΛΗΡΟΚΙΣΤΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0282	1997	81	291
989801	66	61575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	81	291
989901	45	121241.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΞΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	81	291
990001	0	141633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1017	1997	81	291
990201	27	161633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	281
990401	38	361633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	81	291
990501	32	371669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	281
990601	22	201648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	291
991401	43	171219.8	ΚΑΛΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΗΠΑΡΟΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1013	1997	81	110
991501	16	131648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	301
991601	28	361633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	81	291
991701	29	111669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1018	1997	81	110
991801	31	131633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	301
992001	20	121648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	311
993401	64	221155.2	ΚΑΚ. ΜΕΘΑΛΑΣ. ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΠΡΩΤΟΠΛΑΘ. - ΔΕΥΤΕΡΟΠΛΑΘ.	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1997	81	210
993501	47	281525.3	ΑΑΚΟΘΑΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1008	1997	81	210
993601	64	241576.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ ΟΔΩΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1006	1997	81	210
993801	44	111188.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΥΡΩΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1014	1997	81	210
993901	44	181614.8	ΑΛΛΟ ΦΛΕΓΜΟΝ. ΜΟΣΜΑ ΓΥΝΑΙΚ. ΠΥΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΙΣΤΩΝ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1013	1997	81	110
994001	31	321648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	81	210
994101	39	161633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	210
995301	50	91241.1	ΜΗ ΤΟΣΙΚΗ ΠΟΛΥΟΞΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΛΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1012	1997	81	310
995401	72	81575.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1006	1997	81	210
995501	41	101675.1	ΑΒΟΣΤΗΝΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚ1012	1997	81	310
995601	26	161633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ1019	1997	81	210
995701	26	71669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	81	310
995801	30	61648.9	ΠΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	81	310

700700	47	71000.0	ΚΑΛΟΝΗΝ ΚΑΡΩΣΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ109	1997	9	41
995201	67	21122.0	ΙΑΘΙΜΟΣ ΗΡΑΤΟΣ ΑΠ' ΕΠΙΠΛΟΚΟΝ ΚΟΚΚΙΩΝ ΕΣ ΣΑΝΥΛΟΣΙΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	9	41
995301	48	20190.8	ΙΑΛΩ ΚΑΚΩΝ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	9	41
995401	70	71122.5	ΙΑΘΙΜΟΣ ΤΟΥ ΗΡΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΣΤΕΛΙΩΩΝ	ΙΣ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	9	41
995501	29	71648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	9	41
995601	36	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	9	41
995701	22	151648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	9	31
995801	79	261553.1	ΙΟΜΦΑΛΟΚΗΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	9	41
995901	49	141219.8	ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	9	51
995980	38	71648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	9	41
995990	25	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	51
1000001	36	81669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	9	51
1000901	16	141540.01	ΙΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΙΔΙΩΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1997	9	51
1001101	39	51550.9	ΙΒΟΥΒΟΜΟΚΗΝΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	9	81
1001102	39	161550.1	ΙΒΟΥΒΟΜΟΚΗΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΧΩΡΙΣ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	9	141
1001301	27	121575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	9	81
1001401	27	281633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ102	1997	9	61
1001601	31	261669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	9	81
1001701	32	271633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	9	71
1001801	22	101633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ119	1997	9	81
1001901	32	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	9	61
1002001	32	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	9	51
1002101	37	61648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	9	71
1002201	33	101648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	9	81
1002301	20	101633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ117	1997	9	81
1002901	66	291155.2	ΚΑΚ. ΝΕΟΠΛΑΣ. ΗΡΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΠΡΩΤΟΦΑΣ. - ΔΕΥΤΕΡΟΦΑΣ.	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1997	9	91
1005201	31	101648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	9	81
1005301	66	191575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1997	9	81
1005501	65	111560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0282	1997	9	91
1005601	62	241174.8	ΙΑΛΛΑ ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0275	1997	9	91
1006801	69	151575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1997	9	101
1006802	69	61575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1997	9	261
1006901	85	31174.6	ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΧΑΛΙΑΣ ΑΠΟΦΥΞΕΩΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1997	9	91
1007001	32	201540.01	ΙΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΙΔΙΩΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0271	1997	9	101
1007201	44	91622.1	ΙΔΥΣΤΑΡΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	9	101
1007701	25	81648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	9	101
1007801	31	241669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	9	101
1007901	32	241669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	101
1010701	43	211560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1997	9	111
1011301	38	81648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	9	101
1011401	29	121633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	9	111
1011501	32	131633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	9	101
1012001	88	261153.4	ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΥΜΑΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0281	1997	9	121
1012601	27	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	9	111
1013101	31	51427.0	ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1997	9	131
1013401	45	101633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	131
1013501	18	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	9	151
1013701	25	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	141
1013901	39	111633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	131
1014001	44	41626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΞΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ115	1997	9	151
1014101	43	91219.8	ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	9	151
1014201	73	111752.3	ΙΑΛΛΕΣ ΑΝΘΡΑΞΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	9	151
1014301	29	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	9	151
1014401	25	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ118	1997	9	141
1014701	49	121219.8	ΚΑΛΟΝΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ114	1997	9	151
1014901	51	41626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΞΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ113	1997	9	141
1017101	61	191242.2	ΙΟΞΙΚΗ ΠΛΑΥΣΩΔΗΣ ΣΡΟΓΧΟΚΗΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ115	1997	9	151
1017201	76	81750.8	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΑΝΘΡΑΞΕΣ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΠΕΡΤΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ196	1997	9	151
1017301	56	161573.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΡΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ115	1997	9	161
1017801	38	231575.8	ΙΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1997	9	161
1017901	27	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	9	161
1018601	0	71000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	9	151
1020301	33	171648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	9	171
1020401	31	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	9	171
1020501	33	71648.9	ΙΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΝΗΝ-ΤΟΚΕΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	9	171
1020601	28	161633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ116	1997	9	171

1020701	30	9166.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	9	17 ΙΔ
1020801	36	13169.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΤΗΣΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	17 ΙΣ
1020901	23	81648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	16 ΙΔ
1023201	26	61633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	18 ΙΔ
1023401	29	71648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	17 ΙΚ
1024201	40	201752.3	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	9	18 ΙΚ
1025701	0	51000.1	{ΓΕΝΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	9	17 ΙΔ
1026101	29	61620.8	{ΑΛΛΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝ. ΑΝΩΜΑΛ. ΘΩΒΗΚΗΣ-ΣΑΛΠΙΓ.-ΠΑΡΤΙΟΥ ΣΥΝΔ.	{ΔΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1113}	1997	9	19 ΙΚ
1026201	22	61633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	18 ΑΠ
1026301	22	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	19 ΙΔ
1026501	33	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	19 ΙΔ
1026701	65	91441.4	{ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ, ΑΡΡΗΚΤΟ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0272}	1997	9	21 ΑΥ
1027201	37	161251.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{ΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1107}	1997	9	22 ΙΚ
1027401	59	211569.3	{ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΔΚ1112}	1997	9	17 ΙΚ
1028001	29	71535.4	{ΑΛΩΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1114}	1997	9	20 ΙΚ
1028101	30	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΠΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	20 ΙΔ
1028301	22	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	21 ΙΔ
1028401	16	61633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	9	21 ΙΔ
1028501	34	41648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1116}	1997	9	20 ΙΔ
1028601	23	21648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΠΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	22 ΙΚ
1028701	27	101633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	9	21 ΙΔ
1028801	39	61633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	9	20 ΙΔ
1028901	29	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	22 ΙΔ
1031001	0	31000.1	{ΓΕΝΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	9	21 ΙΔ
1032101	23	161648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1116}	1997	9	23 ΙΚ
1032201	19	111648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	22 ΙΔ
1032401	71	241575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΑΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0271}	1997	9	23 ΟΓ
1032601	82	151602.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0278}	1997	9	23 ΟΥ
1032801	33	151669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΤΗΣΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0101}	1997	9	24 ΙΕΒ
1032901	28	31648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	24 ΙΚ
1033101	29	71633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	9	24 ΑΠ
1036301	46	141219.8	{ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΩΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΗΝΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1114}	1997	9	25 ΙΚ
1036701	29	81648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	25 ΙΚ
1036901	24	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	25 ΑΠ
1037401	0	61000.1	{ΓΕΝΝΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0109}	1997	9	25 ΙΣ
1038001	30	101620.8	{ΑΛΛΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝ. ΑΝΩΜΑΛ. ΘΩΒΗΚΗΣ-ΣΑΛΠΙΓ.-ΠΑΡΤΙΟΥ ΣΥΝΔ.	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΚΚ1159}	1997	9	29 ΙΔ
1039101	45	131183.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΘΩΒΗΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1115}	1997	9	26 ΙΚ
1038501	33	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	26 ΙΔ
1038601	34	131219.8	{ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΛΩΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΜΗΝΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	{ΠΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	26 ΙΕΒ
1038701	27	81459.0	{ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	{ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	9	25 ΙΚ
1038901	26	51633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	26 ΙΚ
1038901	26	51648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΠΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1118}	1997	9	26 ΙΚ
1039701	75	41611.8	{ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1106}	1997	9	27 ΙΚ
1039901	08	121151.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	{ΠΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1106}	1997	9	29 ΙΚ
1040001	59	131596.1	{ΕΝΤΕΡΟΚΥΤΙΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1106}	1997	9	26 ΑΠ
1040101	32	101669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΤΗΣΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	9	29 ΑΤ
1040201	25	101633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	9	29 ΙΔ
1045301	23	41633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΒΕ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	27 ΙΔ
1040401	32	101669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΤΗΣΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	29 ΙΚ
1040501	34	131633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0104}	1997	9	26 ΙΔ
1040801	32	51648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1117}	1997	9	29 ΑΥ
1041301	33	101633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0102}	1997	9	29 ΙΔ
1042901	38	41648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	9	27 ΙΥ
1043001	43	121648.9	{ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	27 ΙΕΒ
1043901	32	91256.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΘΩΒΗΚΩΝ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1112}	1997	9	30 ΑΥ
1044901	74	51447.6	{ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1107}	1997	9	29 ΙΚ
1044501	63	31575.8	{ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΑΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1115}	1997	9	30 ΟΓ
1044701	30	91633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0105}	1997	9	30 ΙΔ
1045101	28	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	10	1 ΙΔ
1045201	25	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	10	1 ΙΔ
1045701	06	81575.9	{ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΡΑΣ	{ΣΤ	{ΧΕΙΡΒ	{ΚΚ0281}	1997	10	1 ΑΥ
1046201	36	81669.7	{ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΣΤΗΣΗΣ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ0103}	1997	10	1 ΙΔ
1046401	29	81633.0	{ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	{ΙΑ	{ΓΥΝΑΒ	{ΔΚ1119}	1997	9	30 ΙΔ
1048001	34	81222.0	{ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΘΥΡΩΝ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1108}	1997	10	1 ΙΚ
1048301	40	81242.2	{ΤΟΞΙΚΗ ΠΑΥΣΑΦΩΣΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1108}	1997	10	1 ΙΚ
1048801	72	211157.8	{ΑΛΛΑ ΚΑΚΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	{ΙΑ	{ΧΕΙΡΒ	{ΒΚ1115}	1997	10	1 ΙΚ

10490011	71	7153.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΛΗΡΑΙΩΣΙΜΑ ΤΟΥ ΣΥΝΗΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ197	1997	10	110
10493011	38	7153.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	10	111
10495011	42	71574.1	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕ ΑΛΛΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ15	1997	10	110
10497011	43	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	9	3011
10501011	37	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	9	3011
10514011	70	81184.4	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΑΙΔΙΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ16	1997	10	110
10515011	38	31668.3	ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ155	1997	10	110
10516011	0	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ18	1997	10	211
10519011	20	81648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	10	110
10521010	20	81122.8	ΕΚΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1997	10	210
10522011	37	81761.4	ΕΜΒΡΥΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΣΒΑΘΕΙ ΑΠΟ ΕΣΩΤΗΡΙΑ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ14	1997	10	110
10541010	68	81550.9	ΒΟΥΒΩΧΟΚΗΛΗ ΧΑΡΙΣ ΑΠΟΡΡΕΣΗ Κ' ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1997	10	310
10542011	35	61633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	10	210
10552011	26	581633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	10	510
10554011	30	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	10	610
10556011	33	31633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	10	610
10557011	39	91669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	10	610
10558011	33	21648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ16	1997	10	610
10560011	27	51648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	10	410
10580011	67	67142.8	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΛΛΗΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	10	610
10585010	75	81153.3	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΙΓΜΟΙΔΟΥΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	10	610
10586011	54	121574.5	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΥ ΠΟΥ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1997	10	610
10609011	71	61575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΘΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΣ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ106	1997	10	410
10610011	57	71576.1	ΚΟΛΑΓΓΕΙΣΤΙΔΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ15	1997	10	710
10613011	33	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	10	410
10614011	33	91633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	10	610
10618011	23	491669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	10	710
10632010	55	151193.3	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΘΥΡΟΙΔΟΥΣ ΑΝΑΛΑΣΤΙΚΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ106	1997	10	810
10652011	22	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	10	910
10671010	56	81553.8	ΑΛΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΚΑΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ12	1997	10	910
10677011	24	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	10	810
10679011	27	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	10	910
10691011	62	81174.9	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΣΤΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ15	1997	10	1010
10693011	53	111255.1	ΥΠΕΡΑΛΛΟΤΕΡΟΚΙΣΜΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	10	1010
10694010	79	121441.6	ΑΟΥΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΟ ΧΑΡΙΣ ΡΗΞΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ12	1997	10	1010
10705011	23	31574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΘΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ106	1997	10	1210
10714010	63	131241.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΣΙΩΣΗ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	10	1010
10719011	55	121242.0	ΤΡΙΤΗ ΔΙΑΚΥΤΗ ΒΡΟΧΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1997	10	1010
10832010	65	61454.0	ΚΙΡΣΟΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΕΛΚΟΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1997	10	1710
10847011	30	271633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	10	1910
10848011	25	281633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	10	1810
10858011	30	261633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	10	2010
10890011	70	411665.7	ΠΥΛΙΚΟ ΑΣΜΑΤΩΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ13	1997	10	1810
10916011	30	251633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	10	2110
10925011	29	241633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	10	2210
10927011	30	141669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ18	1997	10	2210
10939010	33	491155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΜΑΘΕΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1997	10	2110
10974011	21	241633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	10	2210
10976011	30	241633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	10	2210
10986010	67	241155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΜΑΘΕΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1997	10	2210
11000011	27	901648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ18	1997	10	2410
11017011	76	131444.0	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΒΟΛΗ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚ. ΑΟΥΤΗΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ15	1997	10	2410
11021011	45	321620.0	ΘΥΛΑΚΙΩΣΗ ΚΥΣΤΗΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ15	1997	10	2710
11022011	54	321626.6	ΠΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ12	1997	10	2710
11024011	27	91648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ19	1997	10	2610
11027011	24	311648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΕ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	10	2710
11031011	33	111761.5	ΕΜΒΡΥΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΣΒΑΘΕΙ ΑΠΟ ΠΟΛΥΚΥΜΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ16	1997	10	2410
11032011	42	201669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	10	2610
11033011	25	201633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	10	2610
11055011	31	171669.7	ΤΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΑΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΜΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	10	2910
11059011	28	171633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	10	2910
11060011	34	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ18	1997	10	2810
11061011	42	71632.0	ΠΑΛΙΜΑΡΟΝΟΣ ΑΠΟΒΟΛΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ17	1997	10	2910
11086011	50	291219.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ14	1997	10	2910
11088011	46	301219.1	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΙ13	1997	10	2910
11060110	62	281155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΜΑΘΕΣ	ΙΑ	ΚΕΙΡΒ	ΒΚΙ12	1997	10	3010

11108011	30	15170.6	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΚΟΥΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ100	1997	10	44 ΔΙ
11111011	47	29626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ104	1997	10	36 ΙΚ
11112011	35	7626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ113	1997	10	29 ΤΕ
11113011	32	16633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ105	1997	10	30 ΙΑ
11114011	28	15633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	10	31 ΙΑ
11127011	66	48513.1	ΑΔΟΣΤΗΝΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ196	1997	10	34 ΔΙ
11130010	57	4550.0	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ115	1997	11	33 ΟΓ
11132011	51	12155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΜΗΤΟΣ, ΠΡΟΤΟΡΡΕΞ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1997	11	34 ΤΕ
11134011	29	13633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	11	24 ΔΙ
11135011	30	15669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΡΗΣΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ101	1997	10	31 ΟΥ
11136011	35	14633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	11	11 ΔΙ
11140011	18	18633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ118	1997	10	34 ΔΙ
11142011	35	13633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ119	1997	11	24 ΔΙ
11147010	41	26658.8	ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΙΣΗ ΜΕ ΑΜΗΙΑΚΗ ΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ-ΥΝΕΜΕΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1997	11	24 ΔΙ
11147010	41	26658.8	ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΙΣΗ ΜΕ ΑΜΗΙΑΚΗ ΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ-ΥΝΕΜΕΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1997	11	24 ΙΚ
11157010	80	7550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΡΗΣΙ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ115	1997	11	44 ΙΚ
11167011	64	16183.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΒΟΘΗΚΗΣ-ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑ	ΠΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1997	11	41 ΟΓ
11168011	29	11633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ104	1997	11	44 ΔΙ
11172011	33	12633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ101	1997	11	34 ΙΚ
11181010	66	7550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΡΗΣΙ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ108	1997	11	44 ΙΚ
11184010	67	28550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΡΗΣΙ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ112	1997	11	44 ΟΥ
11185010	54	8553.2	ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ106	1997	11	54 ΙΚ
11190011	27	11633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	44 ΔΙ
11193011	31	10633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	11	54 ΟΥ
11217011	21	10633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	54 ΔΙ
11218011	31	9633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1997	11	61 ΟΓ
11219011	27	9633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	61 ΔΙ
11223011	58	14155.2	ΚΑΚ. ΝΕΟΠΛΑΣ. ΜΗΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ. ΠΡΟΤΟΡΡ. -ΔΙΥΓΕΡΟΠΛΑ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1997	11	61 ΟΥ
11224010	62	22569.1	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ109	1997	11	54 ΟΓ
11225010	36	9456.1	ΚΙΡΣΩΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΧΡΗΣΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ109	1997	11	61 ΑΠ
11226011	42	77654.8	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΒΛΑΘΙΟΥ	ΙΣΤ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1997	11	61 ΙΚ
11231011	33	27633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1997	11	54 ΙΚ
11239010	88	20553.0	ΜΗΡΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ112	1997	11	74 ΙΚ
11240011	48	11574.2	ΑΙΣΘΣ ΧΟΛΜΑ.ΚΥΣΤΕΡΣ ΧΡΗΣΙ ΑΝΑΦ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1997	11	74 ΜΑΤ
11241011	52	13242.4	ΥΠΕΡΦΩΡΕΣΙΑΔΙΣΙΝΟΣ ΑΠΟ ΕΚΤΟΠΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟ ΟΖΟ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1997	11	74 ΙΚ
11244011	44	21752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1997	11	74 ΟΓ
11248011	31	29633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1997	11	34 ΔΙ
11264010	59	20553.0	ΜΗΡΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ106	1997	11	74 ΤΕ
11269011	24	17633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1997	11	10 ΟΓ
11270011	30	8633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ101	1997	11	74 ΔΙ
11271011	27	7633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ104	1997	11	84 ΔΙ
11272011	24	4633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	94 ΙΚ
11274011	17	23633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	11	94 ΟΓ
11275011	24	5633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ102	1997	11	104 ΟΥ
11276011	24	8633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ101	1997	11	104 ΟΥ
11278011	31	18633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1997	11	94 ΟΥ
11280011	35	18217.0	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1997	11	104 ΤΕ
11282011	47	19626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1997	11	104 ΙΚ
11284011	45	17626.6	ΑΝΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ166	1997	11	104 ΤΕ
11306010	80	37550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΧΡΗΣΙ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ115	1997	11	114 ΙΚ
11308011	24	9171.6	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΥΕΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1997	11	114 ΙΚ
11309011	66	10174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΜΑΣΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1997	11	104 ΟΓ
11314011	69	16618.1	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΗΤΡΑ ΧΡΗΣΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1997	11	114 ΙΚ
11315011	31	16633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1997	11	114 ΤΕ
11316011	32	8633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1997	11	114 ΔΙ
11317011	30	7633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	114 ΣΙ
11318011	25	2633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	114 ΙΚ
11327010	66	16553.1	ΙΟΦΘΑΛΟΚΗΛΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ107	1997	11	114 ΙΚ
11329010	58	16574.2	ΑΙΣΘΣ ΧΟΛΜΑ.ΚΥΣΤΕΡΣ ΧΡΗΣΙ ΑΝΑΦ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ108	1997	11	114 ΟΓ
11331011	23	21648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΗΣΗ-ΤΟΚΙΤΟ-ΑΟΧΕΙΑ	ΠΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1997	11	114 ΙΚ
11334011	48	16219.1	ΚΑΛΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1997	11	124 ΟΥ
11335011	31	21633.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΞΟΜΗΤΡΙΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1997	11	114 ΙΚ
11339011	28	16616.2	ΚΥΣΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΘΟΒΛΙΝΕΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1997	11	124 ΟΥ
11342011	25	6633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ103	1997	11	124 ΟΓ
11362011	35	7669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΡΗΣΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ104	1997	11	124 ΟΥ
11372010	69	27575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΛΟΟΥΝ ΚΥΣΤΕΡΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ279	1997	11	124 ΙΚ

1137701	1	49	0 090.7	ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	19 Α
1138201	0	0	12 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	11 Σ
1138301	1	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	10 Δ
1138401	1	0	4 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	13 Α
1138601	0	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	13 Δ
1138701	0	0	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	14 Τ
1138901	1	0	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	14 Ο
1139101	0	0	14 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	9 Σ
1139401	1	0	10 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	13 Σ
1139701	1	72	15 553.2	ΚΟΙΛΙΟΚΝΗΝ (ΤΟΜΗΣ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	11	14 Δ
1140301	1	34	13 648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	14 Σ
1140401	1	32	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	14 Σ
1140501	1	27	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	13 Σ
1140601	1	19	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	14 Σ
1140701	1	34	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	11	14 Σ
1141901	0	61	33 447.6	ΑΡΤΗΡΙΑΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ07	1997	11	15 Σ
1142101	0	73	10 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΣ,ΚΥΣΤΙΔΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΘΟΡΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	11	17 Ο
1142301	1	25	12 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	11	15 Α
1142401	1	31	8 669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΘΟΡΑ ΕΝΔΟΣΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	11	17 Κ
1142501	1	0	16 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	11	16 Τ
1142601	1	19	15 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	17 Α
1143001	1	21	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	11	17 Α
1143301	1	27	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	11	15 Α
1143401	1	22	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	16 Α
1143601	1	25	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	17 Α
1144001	1	19	2 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	17 Α
1145601	1	23	9 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	18 Κ
1145701	1	28	9 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	17 Α
1145801	1	31	15 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	17 Τ
1145901	1	20	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	18 Α
1146001	1	18	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	17 Α
1146101	1	36	9 623.6	ΚΟΛΠΙΚΟ ΑΣΗΤΩΜΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	18 Α
1146201	1	37	10 219.1	ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ63	1997	11	18 Α
1146301	1	40	10 219.1	ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ66	1997	11	18 Α
1146401	0	17	10 759.1	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΠΙΕΦΡΙΔΙΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	18 Κ
1146501	1	46	14 219.1	ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	18 Κ
1147201	1	18	9 183.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜ. ΡΟΘΗΚΗΣ-ΕΣΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	11	18 Κ
1147801	0	66	11 035.4	ΒΑΛΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ15	1997	11	18 Κ
1148001	1	85	9 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗΣ,ΚΥΣΤΙΔΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	11	18 Μ
1148601	1	19	3 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	11	19 Α
1148701	1	34	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	11	18 Α
1151201	1	73	9 241.1	ΜΗ ΤΟΞΙΚΗ ΠΑΥΣΑΔΩΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΝΗΝ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	11	20 Ο
1151801	1	28	8 648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	20 Κ
1151901	1	32	8 666.1	ΒΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΕΙΣΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	19 Δ
1152001	1	20	8 640.8	ΒΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΚΥΝΗΣΟΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	11	19 Ο
1152101	1	26	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	20 Α
1152201	1	24	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	20 Α
1152701	1	0	12 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	20 Α
1152801	0	0	11 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	21 Α
1153201	1	46	15 219.8	ΚΑΛΩΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΒΑΛΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜ. ΤΗΝΗΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	21 Ο
1153301	1	33	5 648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	20 Α
1153401	1	31	7 648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	11	21 Α
1153601	1	85	39 150.8	ΒΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	11	21 Α
1154601	1	36	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ104	1997	11	22 Α
1154701	1	31	5 648.9	ΒΑΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΒΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗΤΟ-ΛΟΚΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ102	1997	11	23 Α
1154801	1	26	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ103	1997	11	24 Α
1154901	1	29	9 669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΑΘΟΡΑ ΕΝΔΟΣΙΣΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ101	1997	11	24 Μ
1155101	1	31	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	11	24 Ο
1155301	1	30	5 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ105	1997	11	23 Α
1155401	1	24	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗΤΟ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	24 Α
1155901	0	69	5 550.0	ΒΟΥΒΟΚΟΚΗΝΗ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΤΗΝ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ15	1997	11	24 Κ
1156001	0	18	65 155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ06	1997	11	24 Κ
1156101	0	16	24 155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ06	1997	11	24 Κ
1156301	0	0	8 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	24 Α
1157201	1	8	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	23 Α
1157801	1	8	8 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚΟ109	1997	11	24 Ο

1158101	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	21 ΙΑ
1158901	0	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	23 ΙΑ
1159701	28	3 665.4	ΥΨΗΛΗ ΠΡΕΣ ΤΟΥ ΚΟΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	11	24 ΙΑ
1161901	46	59 620.4	ΠΡΟΠΤΩΣΗ Η ΚΛΗΝ ΘΩΦΗΚΗΣ ΚΑΙ ΣΑΛΑΠΙΓΓΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1997	11	26 ΙΑ
1162501	29	7 632.0	ΠΑΙΣΜΟΡΟΟΣ ΑΠΟΒΟΛΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ65	1997	11	25 ΙΑ
1162601	28	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	11	26 ΙΑ
1162701	28	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	11	26 ΙΑ
1162801	27	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	11	25 ΙΑ
1162901	38	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	11	25 ΙΑ
1163101	26	3 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	11	25 ΙΑ
1163201	21	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	11	25 ΙΑ
1165201	58	19 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΕΣΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ08	1997	11	27 ΙΑ
1165401	73	33 553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	11	27 ΙΑ
1165701	75	19 171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	11	27 ΙΑ
1165901	24	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	11	26 ΙΑ
1166201	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	26 ΙΑ
1166301	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	25 ΙΑ
1166401	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	26 ΙΑ
1166701	65	21 552.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ), ΜΕ ΑΠΟΦΡΕΣΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ12	1997	11	27 ΙΑ
1166901	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	25 ΙΑ
1166901	74	19 553.2	ΚΟΙΛΙΑΚΗ (ΤΟΜΗ)	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ12	1997	11	28 ΙΑ
1167001	54	18 574.2	ΛΙΘΟΣ ΚΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ08	1997	11	28 ΙΑ
1167101	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	25 ΙΑ
1167401	64	13 574.2	ΛΙΘΟΣ ΚΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	11	27 ΙΑ
1167501	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	27 ΙΑ
1167601	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	26 ΙΑ
1167701	30	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1997	11	28 ΙΑ
1168101	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	25 ΙΑ
1169001	69	12 447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	11	29 ΙΑ
1169102	47	14 157.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1998	1	14 ΙΑ
1169901	33	10 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1997	11	29 ΙΑ
1170001	23	8 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	12	1 ΙΑ
1170101	21	9 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	12	1 ΙΑ
1170201	27	6 669.7	ΓΟΚΙΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΙΞΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1997	12	1 ΙΑ
1172201	25	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	12	2 ΙΑ
1172301	23	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	12	2 ΙΑ
1172701	47	5 626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	12	1 ΙΑ
1172801	49	4 626.6	ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ66	1997	12	2 ΙΑ
1173201	65	16 151.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ15	1997	12	2 ΙΑ
1173601	63	16 560.1	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	12	2 ΙΑ
1173701	73	8 574.2	ΛΙΘΟΣ ΚΟΛΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ. ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	12	2 ΙΑ
1173801	50	28 251.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	12	2 ΙΑ
1174001	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2 ΙΑ
1174101	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2 ΙΑ
1174701	25	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1997	12	3 ΙΑ
1174901	28	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1997	12	2 ΙΑ
1175701	0	10 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	11	29 ΙΑ
1176401	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2 ΙΑ
1177201	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2 ΙΑ
1177701	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2 ΙΑ
1178201	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	3 ΙΑ
1178301	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	3 ΙΑ
1178601	63	15 171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ54	1997	12	3 ΙΑ
1178801	28	26 246.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	12	4 ΙΑ
1179001	24	26 246.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΙΔΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ52	1997	12	4 ΙΑ
1179101	98	26 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ53	1997	12	4 ΙΑ
1179601	57	14 447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	12	4 ΙΑ
1180501	78	12 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΕΣΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ09	1997	12	4 ΙΑ
1180701	0	25 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙΣ51	1997	12	5 ΙΑ
1180901	69	11 433.1	ΑΠΟΦΡΕΣΗ & ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ07	1997	12	5 ΙΑ
1181001	59	13 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΕΣΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ12	1997	12	5 ΙΑ
1181101	67	11 153.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΜΕΘΑΛΑΣΜΑΤΑ ΠΛΕΥΡΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΠΛΗΝ ΘΡΟΝΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙΣ08	1997	12	5 ΙΑ
1181201	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	4 ΙΑ
1181301	0	7 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	4 ΙΑ
1185801	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	6 ΙΑ
1186001	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	6 ΙΑ

118640111	01	321000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	510
118650111	01	301000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	711
118720111	01	291000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	710
118740111	01	31000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	71A
118760110	01	301000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	61A
118770110	01	271000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	910
118940110	01	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	711
119350110	74	81537.8	ΠΑΛΕΣ ΔΙΑΤΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΚΚΙΣ08	1997	12	101M
119370111	58	191751.5	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΚΚΙΣ52	1997	12	111I
119600110	69	91550.9	ΒΟΥΒΡΟΚΟΜΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΦΡΕΝ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΒΚΙΣ12	1997	12	91I
119680110	01	201000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	91I
119890110	01	181000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	111I
119900111	01	181000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	111A
119910111	01	181000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	111A
119920111	01	251000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	111I
120710110	67	341151.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΒΚΙΣ12	1997	12	181M
120760111	68	121174.8	ΠΑΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΚΚΙΣ53	1997	12	181I
120770111	01	231000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	141I
120800111	01	201000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	161E
120810111	01	211000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	161K
120820110	01	211000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	161G
120860110	01	201000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	171Δ
120930111	01	181000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	181K
121010111	01	171000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	191E
121020111	01	171000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	191A
121150110	01	171000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	201A
121170111	01	161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	211Δ
121180111	65	141574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΟΛΜΑ.ΚΥΣΤΙΔΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΠ	ΚΚΙΣ54	1997	12	2210F
121210111	01	161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	201K
121230110	01	161000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	201A
121240110	01	131000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	231A
121250110	01	131000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	231A
121490111	32	221642.6	ΕΚΑΡΜΦΙΑ ΠΟΥ ΕΛΠΙΣΑΚΕΙ ΚΥΣΗ, ΤΟΚΕΤΟ, ΑΟΚΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ64	1997	12	291A
121710111	01	131000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	241A
121750110	01	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	2510A
121760110	01	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	261A
121770110	01	101000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	271A
121800110	01	121000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	251A
121810110	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	281A
121820110	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	281A
121870110	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	281A
121900111	01	131000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	241A
121920111	68	271863.8	ΠΑΛΕΣ,ΝΗ ΚΑΘΟΡ.ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ-ΝΗ ΑΝΟΙΚΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΟΥ	DE	ΧΕΙΡΠ	ΚΚ0271	1997	12	301A
121930110	01	111000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	261A
121950110	01	91000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	281A
121970110	01	61000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	301A
122010111	47	151621.8	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΟΥ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1997	12	311E
122080111	15	141752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ63	1998	1	211A
122100111	49	141626.6	ΔΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ66	1998	1	211A
122140111	20	251158.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΟΡΙΣΘΟΡΙΣΤΗΜΑΚΟΥ ΧΡΟΥ	IA	ΧΕΙΡΠ	ΚΚΙΣ53	1998	1	211A
122180110	01	71000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	3010A
122190111	01	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	211A
122200111	01	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	111A
122210110	01	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	111A
122220110	01	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	211A
122230110	01	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	211A
122250110	01	71000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	301A
122260110	01	71000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1997	12	301A
122360111	01	231219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΦΡΑΣΜΑΤΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜ.ΤΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ58	1998	1	511A
122370111	72	161752.3	ΠΑΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1998	1	510A
122380111	45	81620.0	ΟΥΛΑΚΤΩΣΗ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΚΗΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ57	1998	1	511A
122430111	38	101625.6	ΑΡΧΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΑΠΟ ΥΠΕΡΕΝΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙΣ67	1998	1	511A
122460111	01	51000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	311A
122470110	01	41000.1	ΓΕΝΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	411A
122530111	18	161635.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1998	1	711A

1227901	1	31	14 600.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ1204	1998	1	6 ΔΥ
1228501	1	56	15 618.1	ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΤΙΘΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΣΜΑΤΟΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1998	1	7 ΟΓ
1228801	1	62	8 195.2	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1998	1	7 ΙΚ
1226401	1	80	15 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ151	1998	1	5 ΙΚ
1227301	1	0	15 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	5 ΙΚ
1227601	0	0	14 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	6 ΙΔ
1229001	1	0	14 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	6 ΙΔ
1228101	0	65	14 155.0	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΗΠΑΤΟΣ, ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ115	1998	1	5 ΙΚ
1228201	0	0	14 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	6 ΤΕ
1229501	0	19	15 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΟΝΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΡΑΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0280	1998	1	7 ΤΥ
1228601	0	80	14 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ.ΚΥΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0281	1998	1	0 ΔΥ
1228901	0	60	14 433.1	ΑΠΟΡΑΗ & ΣΥΣΤΩΣΗ ΚΑΡΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1998	1	8 ΔΥ
1229101	1	73	12 618.6	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΝΤΕΡΟΝΗ, ΣΥΓΓΕΜΝΗ Η ΕΠΕΚΤΗΤΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1998	1	8 ΔΥ
1229301	1	40	5 256.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ166	1998	1	8 ΤΕ
1230501	1	70	14 451.0	ΦΑΕΒΙΤΙΔΑ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΕΠΙΦΑΝ. ΑΓΓΕΙΑΣ Κ.ΑΚΡΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	8 ΙΚ
1230601	1	51	13 575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	7 ΟΓ
1230801	1	95	13 569.4	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ & ΤΟΥ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1998	1	8 ΤΥ
1230901	0	58	14 122.8	ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ115	1998	1	7 ΙΚ
1231001	0	27	11 573.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1998	1	9 ΙΔ
1231501	0	65	11 433.1	ΑΠΟΡΑΗ & ΣΥΣΤΩΣΗ ΚΑΡΤΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1998	1	9 ΙΚ
1231901	1	66	13 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1998	1	9 ΟΓ
1232001	1	54	12 695.1	ΔΕΡΜΟΣΙΑΣΗ ΚΥΣΤΗ ΧΩΡΙΣ ΑΡΟΣΤΗΝΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ158	1998	1	9 ΟΓ
1232401	0	0	11 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	8 ΤΣ
1232501	1	0	10 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	9 ΙΔ
1232601	1	0	10 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	9 ΙΔ
1232901	1	25	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	10 ΔΥ
1233201	1	39	5 626.6	ΜΗΤΡΟΠΡΑΓΙΑ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ159	1998	1	12 ΔΥ
1233401	1	31	10 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	10 ΙΚ
1233701	0	84	13 578.9	ΛΙΜΝΟΠΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ.ΣΩΜΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣ.	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0272	1998	1	11 ΙΚ
1233801	1	22	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	10 ΙΔ
1234001	0	68	16 573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1998	1	11 ΟΓ
1234201	0	51	11 550.9	ΒΟΥΒΩΝΟΚΟΝΗ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΡΑΗ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ106	1998	1	12 ΑΕ
1234501	0	65	12 602.8	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1998	1	9 ΙΚ
1234601	1	19	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1998	1	10 ΙΔ
1234801	1	24	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	11 ΤΕ
1234901	0	74	11 537.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ108	1998	1	12 ΙΚ
1235101	1	16	10 902.9	ΜΗ ΚΑΘΟΡ. ΚΑΚΩΝ ΑΙΜΟΦΡΩΝ ΑΓΓΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ-ΠΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1998	1	12 ΑΠ
1237301	0	64	8 252.0	ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΩΣΗ ΠΡΟΕΣΩΣΤΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0286	1998	1	13 ΔΥ
1237501	1	27	4 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1998	1	13 ΙΚ
1237601	0	69	12 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ.ΚΥΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0279	1998	1	12 ΙΚ
1237701	1	25	7 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1998	1	13 ΙΚ
1238201	0	46	10 752.3	ΑΛΛΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ157	1998	1	13 ΙΚ
1238301	0	46	8 0010.8	ΑΡΘΡΟΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1998	1	13 ΙΚ
1238801	0	73	6 537.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡ. ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1998	1	14 ΙΚ
1239001	1	22	6 633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1998	1	11 ΟΓ
1239201	1	67	13 174.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1998	1	13 ΟΓ
1241101	0	0	10 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	10 ΙΔ
1241201	0	0	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	11 ΤΕ
1241401	1	0	9 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	11 ΟΓ
1241501	1	0	8 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	12 ΙΔ
1241801	0	0	4 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	13 ΙΚ
1241901	1	0	6 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	14 ΙΚ
1242001	1	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	15 ΙΚ
1242901	1	32	7 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΔΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΟ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	15 ΔΥ
1243001	0	61	4 576.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΟΔΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0285	1998	1	15 ΙΚ
1243201	1	52	8 171.5	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	15 ΙΚ
1243301	1	33	4 454.9	ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ Η ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ151	1998	1	15 ΙΚ
1243801	1	23	6 648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΔΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1998	1	14 ΑΠ
1244101	0	45	21 219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ166	1998	1	5 ΔΥ
1244201	0	45	11 219.8	ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΑΛΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1998	1	15 ΤΕ
1244601	0	0	5 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	15 ΑΠ
1244701	1	0	4 000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	16 ΙΚ
1244901	1	68	7 574.2	ΛΙΘΟΣ ΧΟΛΗ.ΚΥΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΘ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	16 ΙΚ
1245001	1	70	4 447.6	ΑΡΤΗΡΙΑΣΙΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ151	1998	1	16 ΙΚ
1245201	1	73	14 154.8	ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ153	1998	1	13 ΟΓ
1245401	1	94	10 569.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΒΕ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	16 ΔΥ

1246901	0	0	11000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	19	ΙΑΙ
1247601	1	34	21621.6	ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΑΠΟ ΦΑΒΕΣ ΚΑΤΑ ΚΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1998	1	19	ΟΓΑ
1247701	1	16	71595.8	ΑΛΛΕΣ ΚΥΤΙΤΙΔΕΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1998	1	19	ΙΚΑ
1247901	1	28	81616.8	ΑΛΛΑ ΦΑΓΕΤΟΜΩΔΕΣ ΚΟΜΗΛΑΤΑ ΓΡΑΧΗΛΟΥ-ΚΟΛΛΟΥ-ΑΙΘΙΟΥ	ΒΕ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ159	1998	1	19	ΙΚΑ
1248201	1	32	71671.8	ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΑΠΟ ΦΑΒΕΣ ΚΑΤΑ ΚΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	17	ΙΑΙ
1248301	1	33	71698.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	17	ΥΑ
1248501	1	31	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	18	ΙΑΙ
1248601	1	28	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	18	ΙΑΙ
1248701	1	26	81633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1998	1	19	ΜΑΤ
1248801	1	30	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0104	1998	1	18	ΥΕΒ
1248901	1	24	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1998	1	17	ΙΑΙ
1249001	1	24	41633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	17	ΙΑΙ
1249401	1	40	51648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1998	1	19	ΜΑΤ
1249501	0	68	41573.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΗΛΑΤΟΣ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ109	1998	1	19	ΟΓΑ
1249601	0	64	61574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΩΜΑ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ151	1998	1	19	ΤΑΠ
1249701	1	0	81000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	16	ΙΑΙ
1249801	0	0	71000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	17	ΙΑΙ
1249901	0	0	61000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	18	ΙΑΤ
1250001	1	0	61000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	18	ΙΑΙ
1250101	0	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	19	ΥΕΒ
1250201	1	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	19	ΙΑΙ
1250301	0	0	51000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	19	ΑΠΟ
1252601	1	0	31000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	20	ΜΑΤ
1252901	1	23	21648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1998	1	19	ΙΑΙ
1253401	0	73	31751.5	ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΜΑΛΙΣΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1998	1	20	ΙΚΑ
1253501	0	16	71255.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΦΡΙΔΙΩΝ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ163	1998	1	20	ΙΚΑ
1253601	0	55	11447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ115	1998	1	20	ΥΕΒ
1254001	0	63	11447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1998	1	20	ΟΓΑ
1254301	1	66	61574.2	ΑΙΘΟΣ ΧΩΜΑ.ΚΥΣΤΕΩΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦ.ΧΟΛΟΚΥΣΤ.	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ152	1998	1	19	ΟΓΑ
1255001	1	37	61669.7	ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΕΞΗΣ	ΙΒ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0105	1998	1	21	ΙΚΑ
1255101	1	31	31633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0103	1998	1	21	ΙΑΙ
1255201	0	35	51537.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΟΡΘΟΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ107	1998	1	20	ΔΥ
1255301	1	32	71633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	21	ΙΑΙ
1255401	1	37	31633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	21	ΙΑΙ
1256001	0	0	31000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	21	ΙΑΙ
1256401	0	0	31000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	21	ΙΑΙ
1257501	0	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	22	ΙΚΑ
1258001	1	37	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0101	1998	1	22	ΙΑΙ
1258101	1	28	51633.0	ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0102	1998	1	22	ΙΑΙ
1258301	1	70	11447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ156	1998	1	22	ΜΑΤ
1259201	0	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	22	ΙΑΙ
1259301	0	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	22	ΙΑΙ
1259401	1	0	41000.1	ΓΕΜΝΗΣΗ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΔΚ0109	1998	1	22	ΙΑΙ
1259901	1	26	51633.8	ΑΛΛΕΣ ΕΣΩΝΤΡΙΚΕΣ ΚΥΝΣΕΙΣ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ167	1998	1	23	ΙΚΑ
1260001	1	29	41648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ164	1998	1	23	ΙΑΙ
1260201	1	23	41648.9	ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΕΚΟΥΝ ΚΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟ-ΛΟΧΕΙΑ	ΙΑ	ΓΥΝΑΒ	ΚΚΙ165	1998	1	23	ΙΚΑ
1260401	0	83	31447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ150	1998	1	23	ΙΑΙ
1260501	0	85	31753.3	ΑΛΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΝΑΜΑΛΙΣΣ ΤΟΥ ΜΕΦΟΥ	ΠΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚΙ154	1998	1	23	ΔΥ
1260601	0	62	31447.6	ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΣΤ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1999	1	23	ΙΚΑ
1261101	0	61	41550.9	ΒΟΥΒΩΜΟΚΛΗΝ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑ Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΒΚΙ112	1998	1	23	ΟΓΑ
1261501	0	63	51575.8	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΑΜΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	ΙΑ	ΧΕΙΡΒ	ΚΚ0270	1998	1	23	ΔΕΗ

(2415 rows)

17 row(s)

End of Request

**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΕΣΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ**

19/02/1998

20:23:43

1 από

		0-14	15-45	46-65	66+	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΕΛΙΔΑ
1,996	5	0	38	35	29	102	
	6	0	55	28	30	113	
	7	0	23	18	18	59	
	8	0	16	19	44	79	
	9	25	40	49	35	149	
	10	118	27	96	122	363	
	11	172	150	107	98	527	
	12	109	120	65	65	359	
	<i>Total</i>	424	469	417	441	1,751	
,997	1	98	173	34	27	332	
	2	67	43	18	29	157	
	3	34	50	20	22	126	
	4	31	27	21	32	111	
	5	10	12	28	20	70	
	6	6	18	15	24	63	
	7	140	61	47	28	276	
	8	13	30	28	22	93	
	9	4	9	15	12	40	
	10	6	13	15	18	52	
	11	7	8	14	17	46	
	12	13	10	13	11	47	
	<i>Total</i>	429	454	268	262	1,413	
998	1	3	0	0	0	3	
	<i>Total</i>	3	0	0	0	3	
047	4	0	0	0	-18,250	-18,250	
	<i>Total</i>	0	0	0	-18,250	-18,250	
<i>ΜΟΛΟ</i>		856	923	685	-17,547	-15,083	

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

18/02/1998

15:16:40

ΣΕΛΙΔΑ

1 από

	0-14	15-45	46-65	66+	ΣΥΝΟΛΟ
9,605	0	7	6	8	21
9,606	0	7	6	10	23
9,607	0	4	15	20	39
9,608	0	12	10	13	35
9,609	3	31	15	19	68
9,610	2	48	19	15	84
9,611	18	13	15	15	59
9,612	6	14	13	6	39
9,701	12	52	35	37	136
9,702	7	109	42	38	196
9,703	43	112	64	31	250
9,704	51	85	44	33	213
9,705	40	76	41	46	202
9,706	33	67	51	38	189
9,707	1	53	25	19	98
9,708	1	58	10	18	87
9,709	4	104	17	14	139
9,710	1	49	12	12	74
9,711	25	86	19	19	149
9,712	54	9	9	8	80
9,801	7	0	0	0	7
9,704	0	0	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	306	998	468	419	2,189

18/02/1998

20:38:03

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΑΝΑ ΘΕΣΗ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ**

ΣΕΛΙΔΑ 1 από

		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Α ΘΕΣΗ	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	0	36	36
	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	96	77	173
	ΣΥΝΟΛΟ	96	113	209
Βα ΘΕΣΗ.	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	3	154	157
	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	70	43	113
	ΣΥΝΟΛΟ	73	197	270
Ββ ΘΕΣΗ.	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	2	235	237
	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	71	60	131
	ΣΥΝΟΛΟ	73	295	368
Γ ΘΕΣΗ.	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	15	624	639
	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	305	183	488
	ΣΥΝΟΛΟ	320	807	1,127
ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΣΗ	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	158	126	284
	ΣΥΝΟΛΟ	158	126	284
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	1	1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	1	1	2
ΤΡΟΩΡΑ	Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -	0	1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ		721	1,540	2,261

		APPEN	ΘΗΛΥ	ΥΝΟΛΟ	
ΔΙΚΗ ΘΕΣΗ	1,997	7	1	0	1
		9	3	1	4
		11	12	12	24
		12	31	22	53
	ΣΥΝΟΛΟ	145	114	259	
	1,998	1	4	3	7
		ΣΥΝΟΛΟ	4	3	7
ΣΥΝΟΛΟ	158	126	284		
ΤΑΤΙΚΗ	1,997	9	1	0	1
		10	0	1	1
		ΣΥΝΟΛΟ	1	1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	1	1	2	
ΟΩΡΑ	1,997	3	0	1	1
		ΣΥΝΟΛΟ	0	1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	0	1	1	
ΝΟΛΟ		721	1,540	2,261	

		APPEN	ΘΗΛΥ	ΥΝΟΛΟ	
Γ ΘΕΣΗ.	1,996	5	0	3	3
		6	0	5	5
		7	0	3	3
		8	1	13	14
		9	6	36	42
		10	17	50	67
		11	11	23	34
		12	14	3	17
		ΣΥΝΟΛΟ	49	136	185
	1,997	1	30	38	68
		2	28	93	121
		3	41	89	130
		4	32	70	102
		5	36	65	101
		6	32	55	87
		7	6	44	50
		8	7	33	40
		9	11	67	78
		10	13	34	47
11		27	67	94	
12		8	15	23	
ΣΥΝΟΛΟ		271	670	941	
2,047	4	0	1	1	
	ΣΥΝΟΛΟ	0	1	1	
ΣΥΝΟΛΟ	320	807	1,127		
ΙΔΙΚΗ ΘΕΣΗ	1,996	11	7	8	15
		12	2	1	3
		ΣΥΝΟΛΟ	9	9	18
		1	5	6	11
		2	5	0	5
		3	28	14	42
		4	22	28	50
		5	23	15	38
		6	15	16	31

			APPEN	ΘΗΛΥ	ΥΝΟΛΟ
Βα ΘΕΣΗ.	1,997	3	3	28	31
		4	8	12	20
		5	5	17	22
		6	7	18	23
		7	2	10	12
		8	4	16	20
		9	7	19	26
		10	0	7	7
		11	1	17	18
		12	0	4	4
		ΣΥΝΟΛΟ	49	176	225
		ΣΥΝΟΛΟ		73	197
	Ββ ΘΕΣΗ.	1,996	5	3	3
6			3	3	6
7			4	7	11
8			2	9	11
9			5	5	10
10			2	9	11
11			0	4	4
12			3	7	10
ΣΥΝΟΛΟ			22	47	69
1,997			1	8	20
		2	3	27	30
		3	8	31	39
		4	7	23	30
		5	7	24	31
		6	11	30	41
		7	4	18	22
		8	2	18	20
		9	1	27	28
		10	0	18	18
11		0	12	12	
ΣΥΝΟΛΟ	51	248	299		
ΣΥΝΟΛΟ		73	295	368	

στον Κόσμο

Η Κοινωνική και Υγειονομική Πολιτική του ΟΟΣΑ

Την εποχή που η συζήτηση γύρω από το θέμα της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα αποκτά μία ιδιαίτερη πολιτική δυναμική, είναι ιδιαίτερα επίκαιρα ορισμένα από τα συμπεράσματα της Ομάδας Κοινωνικής Πολιτικής του ΟΟΣΑ που συναντήθηκε στο Παρίσι στις 11-12 Οκτωβρίου. Επειδή πιστεύουμε ότι η υποχρέω-

Γράφει ο

ΓΥΚΟΥΡΓΟΣ ΔΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

Ινσπλ. Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής
Τανεπιστημίου Αθηνών

τη των εθνικών εκπροσώπων σε διεθνείς οργανισμούς, όταν συζητούνται θέματα με επιστημονικό ενδιαφέρον, είναι η έγκαιρη και πλήρης ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας, παραθέτουμε μερικά από τα αποτελέσματα της Συνάντησης του αφορούν στον Τομέα Υγείας.

Η 14η συνάντηση της Ομάδας Εργασίας για τις Κοινωνικές Πολιτικές του ΟΟΣΑ έγινε στο Chateau de la Muette και διήρκεσε δύο ημέρες. Έγινε κατ' αρχήν ανασκόπηση και επικύρωση των πρακτικών της 13ης συνάντησης, που έγινε στις 28-29 Σεπτεμβρίου 1994, και διαπιστώθηκε σημαντική πρόωθηση του θεματος της πολιτικής απέναντι στους ηλικιωμένους. Για το θέμα αυτό επικείται η συγγραφή ειδικής εργασίας. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει σημαντικό ενδιαφέρον για το θεσμό των ειδικών ιδρυμάτων για τους ηλικιωμένους (nursing home), ιδίως από πλευράς ΗΠΑ, ως εναλλακτική λύση στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα τρία σημαντικότερα ερήματα χρι στιγμή στον τομέα αυτό, όπως εκδόθηκαν από τις διάφορες χώρες, είναι τα εξής:

* Ο εκπρόσωπος του Ηνωμένου Βασιλείου εξέφρασε την άποψη ότι η αλλαγή της πολιτικής έγινε πολύ γρήγορα και χωρίς μελέτη των συνεπειών.

* Ο εκπρόσωπος της Σουηδίας ανέφερε ότι με την υιοθέτηση του θεσμού των ειδικών ιδρυμάτων για τους ηλικιωμένους προτηρείται άνοδος της θνησιμότητας

στους ηλικιωμένους.

* Η εκπρόσωπος των ΗΠΑ, τέλος, ανέφερε ότι, σύμφωνα με τα πρώτα ερευνητικά ευρήματα, δεν φαίνεται να σημειώνεται ουσιαστική εξοικονόμηση κονδυλίων ως αποτέλεσμα του θεσμού των ειδικών ιδρυμάτων για τους ηλικιωμένους.

* Τέλος, σημαντικό είναι το εύρημα ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα ως προς το "πρόσθετο κόστος υγείας" των ηλικιωμένων, δηλαδή το λόγο των δαπανών για άτομα > 65 προς τις δαπάνες των νεωτέρων. Ο λόγος αυτός ποικίλλει από 9:1 στις ΗΠΑ σε 2:1 στη Γερμανία.

Μετά τη συζήτηση αυτή, η συνάντηση μπήκε στα θέματα της ημερήσιας διάταξης, τα κυριότερα ζητήματα της οποίας αναφέρονται παρακάτω.

1. Η ΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

Όπως είναι γνωστό, μία από τις κύριες δραστηριότητες του ΟΟΣΑ σε σχέση με τις Κοινωνικές Πολιτικές είναι η δημιουργία της εκτεταμένης Βάσης Δεδομένων ή Κοινωνικών Στατιστικών (Social Data Base). Συζητήθηκε σε μεγάλη έκταση το πρόβλημα της συγκρισιμότητας των διεθνών στατιστικών και της ποιότητας των δεδομένων. Ενδιαφέρον για την Ελλάδα είναι ότι και στη συνάντηση αυτή διαπιστώθηκε η "αδράνεια" των ελληνικών αρμοδίων υπηρεσιών ως προς τη σωστή ενημέρωση του ΟΟΣΑ επάνω στο θέμα της σωστής εκτίμησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα.

Το θέμα αυτό έχει πολύ μεγαλύτερη σημασία από την αϊλή στατιστική ενημέρωση των επιστημόνων. Όταν μία χώρα εμφανίζεται σε όλες σχεδόν τις διεθνείς στατιστικές σειρές να δαπανά το 5% του ΑΕΠ στην υγεία τη στιγμή που όλες οι άλλες χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζουν δαπάνες της τάξης του 6,5-9%, είναι φυσικό να δίνει μία πολύ διαφορετική εικόνα από την πραγματική σε σχέση με τις προτεραιότητες της στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

Σε σχέση με το θέμα αυτό, είναι χαρακτηριστικό ότι η Τουρκία, η οποία, σημειωτέον ιστορικά επιδεικνύει τραγικά χαμηλά ποσοστά κοινωνικών δαπανών και δαπανών υγείας ζήτησε τη χρησιμοποίηση περισσότερων "υποσημειώσεων" στη δημοσίευση των σχετικών πινάκων, έτσι ώστε να επεξηγούνται οι τεχόν ιδιαιτερότητες στην παρουσίαση των δεδομένων ορισμένων χωρών.

Το θέμα, λοιπόν, των στατιστικών της Υγείας (Health Data File) του ΟΟΣΑ μας αφορά άμεσα και αποτελεί ιδιαίτερη σημασία για το άρτιον μέλλον. Ο λόγος είναι ότι στο Παρίσι αποφασίσθηκε να γίνει μία συνάντηση στατιστικών εμπειρογνομόνων το 1996, όπου θα συζητηθεί η μελλοντική διάρθρωση και βελτίωση των στατιστικών Υγείας.

Σύμφωνα με την πολιτική του ΟΟΣΑ, στο μέλλον θα προεργασθεί η πρακτική του "ρωτοκόμησης" των στατιστικών υγείας, που σημαίνει ότι ένας και ίδιος πληθυσμός του

κάθε χώρα έχει τη συνολική ευθύνη για την επεξεργασία των εθνικών δεδομένων και την ενημέρωση του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με τα επίσημα πρακτικά, για την Ελλάδα αναφέρεται ως εκπρόσωπος ο κ. Κ. Χριστόπουλος, Διευθυντής Στατιστικής Πληροφόρησης και Εκδόσεων της ΕΣΥΕ. Θα είναι, λοιπόν, ενδιαφέρον να δούμε με βάση ποιές έρευνες και με ποιά μεθοδολογία θα υπολογίσει η ΕΣΥΕ τις δαπάνες υγείας, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η αλήθεια ως προς τις δαπάνες υγείας. Υποθέτω ότι η επιστημονική κοινότητα είναι στη διάθεση των αρμοδίων, αρκεί να ζητηθεί η βοήθειά τους.

2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μετά από μία δεκαετία (1980-90), όπου τα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ προσάρμοσαν την πολιτική υγείας σε μία έντονη και εν πολλοίς αποτελεσματική προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών, το ενδιαφέρον στρέφεται τώρα προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της πολιτικής υγείας με βασικό ερώτημα "τι είδους και πόση υγεία αγοράζουμε με τις δαπάνες που πραγματοποιούμε;"

Μια σημαντική συζήτηση έγινε για τη μελλοντική κατεύθυνση των ερευνών στο χώρο της ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας και ιδιαίτερα για την έρευνα που έχει ως σκοπό τη δημιουργία Δεικτών Αποτελεσμάτων Υγείας (Health Outcome Indicators). Διαπιστώνεται ότι η κύρια έμφαση πρέπει να δοθεί σε δείκτες που βασίζονται σε "έρευνες πληθυσμών" (population-based indicators).

Υπάρχουν μέχρι στιγμής έξι διαφορετικοί δείκτες οι οποίοι έχουν προταθεί από την επιστημονική κοινότητα (EURO-QUOL, HUI, κ.λπ.), αλλά όλοι παρουσιάζουν μεθοδολογικά και πρακτικά προβλήματα ως προς τη δυνατότητα γενικής εφαρμογής τους.

Μία δεύτερη προσέγγιση στο γενικότερο πρόβλημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η μελέτη "διαφοροποιήσεων στην άσκηση της ιατρικής" (practise variations). Στην ουσία, η οπτική αυτή γωνία δεν κοιτάζει το αποτέλεσμα, αλλά τη "διαδικασία παραγωγής" υπηρεσιών υγείας και τους λόγους για τους οποίους παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο αντιμετώπισης ομοιότων περιπτώσεων μέσα στην ίδια χώρα ή μεταξύ κρατών.

3. ΟΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ορισμένες από τις πιθανές μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις με σκοπό τη διαμόρφωση Πολιτικής Υγείας συζητήθηκαν μετά και εδώ αναφέρονται με κορυφαία συμπέρασμα:

* Συμφωνήθηκε ότι το μέλλον των ερευνών στο χώρο της Υγείας βρίσκεται στην Ελλάδα. Αυτό σημαίνει και την Έρευνα των Διαφοροποιήσεων.

* Ο κ. κ. πρόεδρος του Ηνωμένου Βασιλείου ανέφερε ότι παρατηρείται αυξανόμενη σημασία της "χρηματική μίας κρι-

ΕΛΛΑΣ
11-12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ

σημασία του ατομικού δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή που πρέπει να είναι σεβαστό στη βιοϊατρική έρευνα. Όμως επισήμανε ακόμη ότι υπάρχει και η ηθική υποχρέωση της αναζήτησης του κοινού καλού, κάτι όμως που ούτε το ιατρικό επάγγελμα ούτε η νομοθεσία ενθαρρύνει.

Ο Δρ. Hilhorst ανέφερε ότι, σε αντίθεση με τον ωφελιμιστικό στόχο του βελτιστού οφέλους για το σύνολο -όταν αυτό ξεπερνά τα πιθανά ρίσκα- υπάρχει η ηθική αξία της αξιολόγησης τεχνολογιών με βάση τις επιπτώσεις στο ατομικό επίπεδο.

Ο ευρωβουλευτής κος Pompidou επισήμανε ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο καθώς και το Συμβούλιο της Ευρώπης επεξεργάζονται τις δυνατότητες δημιουργίας ενός ενιαίου κώδικα δεοντολογίας για την ΕΕ. Οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις χώρες αλλά και η ύπαρξη πολλών τοπικών επιτροπών δεοντολογίας ανά χώρα δημιουργεί ένα γραφειοκρατικό κυκεώνα και θέτει εμπόδια στην έρευνα.

Οι κλινικές συστάσεις ή κατευθύνσεις -guidelines- απασχόλησαν ένα σημαντικό αριθμό ομιλητών. Ο καθηγητής κος I. Russell τόνισε ότι για να επιτευχθούν οφέλη υγείας μέσω της χρήσης των κατευθύνσεων θα πρέπει αυτές να έχουν επιστημονική εγκυρότητα, πρακτική αποτελεσματικότητα, δηλαδή να μπορούν να επιτύχουν αλλαγές στην κλινική πράξη και να εμπνέουν εμπιστοσύνη για την επιστημονική τους αξία στους κλινικούς. Η επιστημονική εγκυρότητα εξασφαλίζεται με συστηματικές ανασκοπήσεις των δημοσιευμάτων, όταν οι επιμέρους συστάσεις αναφέρονται καθαρά το ερευνητικό υλικό στο οποίο στηρίζονται και όταν η όλη διαδικασία εκπόνησης των συστάσεων γίνεται από ειτροπή σε εθνικό επίπεδο. Από την άλλη, για να επιτευχθεί η εφαρμογή των συστάσεων πρέπει να υπάρχει χώρος για προσαρμογές από ομάδες κλινικών σε τοπικό επίπεδο και η διάδοσή τους να γίνεται με συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ενέργειες.

Ο Dr. Eccles περιγράφοντας τη διαδικασία εκπόνησης κλινικών κατευθύνσεων για την αντιμετώπιση στηθαγχικών ασθενών στη Βόρεια Αγγλία ξεκίνησε τα εξής στάδια: Πρώτα συστάθηκε η αρμόδια Επιτροπή που αποτελούνταν από γενικούς γιατρούς, ειδικούς, επαγγελματίες δημόσιας υγείας, ασθενείς και οικονομολόγους υγείας. Στη συνέχεια διεξήχθη μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με κλινική και μεθοδολογική αξιολόγηση. Μεθοδολογικά κριτήρια γορήζονταν σε επίπεδο όπως το μέγεθος του δείγματος, όπως και οι ερευνητικές αποκλειόμενες από παραπέρα ανάλυση, οι ερωτικά, όπως οι επιπτώσεις κριτήρια όπως το μέγεθος του πληθυσμιακού σφαιραίου (size) της μελέτης οι εργασιακές αξιολογούντων κριτήρια για την ποιότητα τους, και η χρησιμότητα εξειδικευμένα από το σχετικό από τη μελέτη. Η Επιτροπή συνήλθε 6 φορές, 3 φορές και συνέταξε τις συστάσεις, 3 φορές και τις αποφάσεις, καθώς και τις αποφάσεις, καθώς και τις αποφάσεις. Το πρώτο κριτήριο που επιλέχθηκε ήταν η απεικόνιση της

οκορ ανάλογο με την ποιότητα της επιστημονικής γνώσης από την οποία προήλθε. Αυτό το κείμενο εξετάστηκε από μια άλλη εξωτερική επιτροπή ειδικών και εκπροσώπων ασθενών. Το κόστος αυτής της μελέτης ανήλθε σε 18.500.000 δραχμές. Το κόστος αυτό θεωρήθηκε μικρό σε σχέση με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους θεραπειάς των ασθενών που προκύπτει από την εφαρμογή των συστάσεων στην κλινική πράξη.

Η κ Cluzeau αναφέρθηκε στην ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των κλινικών κατευθύνσεων. Ενώ το 1992 στη Βρετανία δημοσιεύθηκαν 200 κείμενα συστάσεων, το 1995 οι νέες δημοσιεύσεις έχουν ήδη φτάσει τις 450 και αφορούν εκτεταμένες περιοχές όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, άσθμα, ψυχικές νόσους, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του πνεύμονα κ.λπ. Σε σημαντικό βαθμό υπάρχουν περισσότερες από μια συστάσεις για την ίδια νόσο και διαφέρουν μεταξύ τους. Η ερευνητρια σημείωσε την έλλειψη κατάλληλων μεθόδων για αξιολόγηση των κατευθύνσεων. Η μέθοδος του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ είναι χρήσιμη σαν πλαίσιο, αλλά εξαιρετικά πολύπλοκη. Χρειάζονται απλούστερες μέθοδοι, εύκολες στην εφαρμογή τους αλλά έγκυρες και αξιόπιστες.

Η καθηγήτρια κα Mulrow έκανε μια σφαιρική και κριτική παρουσίαση των κλινικών συστάσεων. Η ταχύτητα παραγωγής νέας γνώσης, οι διακυμάνσεις στην παροχή υπηρεσιών και στα αποτελέσματά τους στην υγεία του ασθενή και το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας -ειδικά στις ΗΠΑ- είναι οι βασικοί λόγοι για την ανάπτυξη των κλινικών κατευθύνσεων. Η εφαρμογή τους στοχεύει στη βελτίωση της παροχής και της υγείας των ασθενών, στην βελτίωση και αξιολόγηση της γνώσης, στη ρύθμιση και παρακολούθηση των υπηρεσιών και στη συγκράτηση του κόστους. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή κλινικών κατευθύνσεων είναι γενικά θετικά αν και όχι θεαματικά. Οι δείκτες αξιολόγησης τους μπορούν να αφορούν τον κλινικό -βελτίωση γνώσης, δεξιοτήτων-τον ασθενή-λειτουργικότητα, επιπλοκές, θνησιμότητα - και τον φορέα - χρήση υπηρεσιών, κόστος. Παρόλα αυτά, οι κλινικές κατευθύνσεις αφορούν πολέμολοκα προβλήματα όπου η επιστημονική γνώση παρουσιάζει κενά. Ακόμη, ο κλινικός πέρα από τις επιστημονικές γνώσεις έχει τις δικές του αρχές, αντιλήψεις, εξειδικευμένες δεξιότητες, κ.λπ. Ο ασθενής από την πλευρά του έχει εξαιδικευμένη στάση, πιστεύει, αρχές, ικανότητα να συνθέσει πληροφορίες και κριτήρια για τις επιλογές του. Οι φορείς μπορεί να διαφέρουν στους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους, στην άσκηση κολλήτρια που επικρατεί και στους στόχους τους. Έτσι, οι κλινικές κατευθύνσεις θα πρέπει να εξετάζονται σε ένα περιεχόμενο παραπέρα.

Ο Δρ. T. Chalmers μιλήσε για την ανάγκη της μετα-επιθεώρησης που μαζί με τις συστηματικές ανασκοπές χρησιμεύει στην αξιολόγηση και στην εφαρμογή των συστάσεων. Η μετα-επιθεώρηση είναι η διαδικασία που ελέγχει την εφαρμογή των συστάσεων στην πράξη.

Η μετα-ανάλυση συνίσταται στη σύνθεση διαφορετικών εργασιών και την ταυτόχρονη στατιστική επεξεργασία όλων των στοιχείων. Αυτή η επεξεργασία διευκολύνει την απάντηση ερωτημάτων που θα ήταν αδύνατο να απαντηθούν από κάθε μια εργασία ξεχωριστά. Επίσης με το συνδυασμό πολλών εργασιών αυξάνει σημαντικά το δείγμα και έτσι τα αποτελέσματα υπόκεινται λιγότερο στο παιχνίδι της τυχαίας διακύμανσης. Αυτή η τεχνική μπορεί επίσης να προσφέρει κάποιο ποιοτικό έλεγχο απέναντι σε συστηματικά σφάλματα των επιμέρους εργασιών. Για να μειωθεί το πιθανό συστηματικό σφάλμα από μέρος των μετα-αναλυτών κρύβεται το όνομα του συγγραφέα της εργασίας. Δύο διαφορετικοί αναλυτές εργάζονται ταυτόχρονα και στο τέλος κουβεντιάζονται ευρήματά τους και συμφωνούν. Ποιοτικά κριτήρια τίθενται από την αρχή ώστε η μετα-ανάλυση να είναι "προοπτική" και όχι "ιστορική". Οι εργασίες που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια απορρίπτονται ενώ οι υπόλοιπες αναλύονται. Η δύναμη της τεχνικής γίνεται μεγαλύτερη αν οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις αυθεντικές βάσεις δεδομένων κάθε εργασίας - πράγμα εξαιρετικά δύσκολο για εύλογους λόγους.

Η οικονομική αξιολόγηση ήταν μια άλλη ερευνητική μεθοδολογία που συζητήθηκε. Ο καθηγητής κος Drummond παρουσίασε τις προκλήσεις στην φαρμακοοικονομική αξιολόγηση. Η πίεση για συγκράτηση του κόστους ήταν σε μεγάλο βαθμό η κινητήρια δύναμη που ώθησε τις φαρμακοβιομηχανίες να συμπληρώνουν την κλινική αξιολόγηση των φαρμάκων με οικονομική αξιολόγηση. Αυτές οι μελέτες χρησιμοποιούνται για την τιμολόγηση των προϊόντων, στις διαπραγματεύσεις για το ύψος της κάλυψης και στο marketing. Η Αυστραλία και η Πολιτεία του Οντάριο έχουν κανονίσει που ορίζουν τα τυπικά τα απαραίτητα οικονομικά στοιχεία για να βγει στην αγορά ένα φάρμακο, ενώ αυτό γίνεται με πιο άτυπο τρόπο σε άλλες χώρες. Σήμερα η μεγάλη πλειοψηφία νέων φαρμάκων αξιολογείται οικονομικά. Οι σημαντικότερες αδυναμίες της οικονομικής αξιολόγησης αφορούν την έλλειψη ή την ακατάλληλη χρήση συγκριτικών μεγεθών για το νέο φάρμακο, την ανεπαρκή κλινική παρακολούθηση-ακατάλληλοι δείκτες, μικρή διάρκεια, φτωχός έλεγχος και τη λανθασμένη εκλογή του τύπου οικονομικής αξιολόγησης. Μία κριτική φαρμακοοικονομική μελέτη θα απαιτούσε μεταξύ άλλων να γνωρίζει ο γιατρός και ο ασθενής, τι φάρμακο παίρνει, να μπορεί ο ασθενής να αλλάξει φάρμακο αν το επιθυμεί και η διάρκεια της παρακολούθησης της απόδοσης να είναι μεγάλη. Τα δύο πρώτα σημεία μπορεί να ξεκινούν από τον ασθενή ή τον γιατρό, ενώ τα άλλα δύο από τον φαρμακοοικονομικό. Μια άλλη αδυναμία των μελετών είναι η φτωχή χρησιμοποίηση κάποιων ειδών, όπως οι συστάσεις, που το μέσο κόστος, ενώ τα έσοδα από τα φάρμακα είναι υψηλά, οι φαρμακοοικονομικές μελέτες είναι λίγες. Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση είναι η διαδικασία που ελέγχει την εφαρμογή των συστάσεων στην πράξη.

σημασία του ατομικού δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή που πρέπει να είναι σεβαστό στη βιοιατρική έρευνα. Όμως επισήμανε ακόμη ότι υπάρχει και η ηθική υποχρέωση της αναζήτησης του κοινού καλού, κάτι όμως που ούτε το ιατρικό επάγγελμα ούτε η νομοθεσία ενθαρρύνει.

Ο Δρ. Hilhorst ανέφερε ότι, σε αντίθεση με τον ωφελιμιστικό στόχο του βελτιστου οφέλους για το σύνολο -όταν αυτό ξεπερνά τα πιθανά ρίσκα- υπάρχει η ηθική αξία της αξιολόγησης τεχνολογιών με βάση τις επιπτώσεις στο ατομικό επίπεδο.

Ο ευρωβουλευτής κος Ρομπιδού επισήμανε ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο καθώς και το Συμβούλιο της Ευρώπης επεξεργάζονται τις δυνατότητες δημιουργίας ενός ενιαίου κώδικα δεοντολογίας για την ΕΕ. Οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις χώρες αλλά και η ύπαρξη πολλών τοπικών επιτροπών δεοντολογίας ανά χώρα δημιουργεί ένα γραφειοκρατικό κυκεώνα και θέτει εμπόδια στην έρευνα.

Οι κλινικές συστάσεις ή κατευθύνσεις -guidelines- απασχόλησαν ένα σημαντικό αριθμό ομιλητών. Ο καθηγητής κος I. Russell τόνισε ότι για να επιτευχθούν οφέλη υγείας μέσω της χρήσης των κατευθύνσεων θα πρέπει αυτές να έχουν επιστημονική εγκυρότητα, πρακτική αποτελεσματικότητα, δηλαδή να μπορούν να επιτύχουν αλλαγές στην κλινική πράξη και να εμπνέουν εμπιστοσύνη για την επιστημονική τους αξία στους κλινικούς. Η επιστημονική εγκυρότητα εξασφαλίζεται με συστηματικές ανασκοπήσεις των δημοσιευμάτων, όταν οι επιμέρους συστάσεις αναφέρονται καθαρά το ερευνητικό υλικό στο οποίο στηρίζονται και όταν η όλη διαδικασία εκπόνησης των συστάσεων γίνεται από επιτροπή σε εθνικό επίπεδο. Από την άλλη, για να επιτευχθεί η εφαρμογή των συστάσεων πρέπει να υπάρχει χώρος για προσαρμογές από ομάδες κλινικών σε τοπικό επίπεδο και η διάδοσή τους να γίνεται με συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ενέργειες.

Ο Δρ. Eccles περιγράφοντας τη διαδικασία εκπόνησης κλινικών κατευθύνσεων για την αντιμετώπιση συγγενικών ασθενών στη Βόρεια Αγγλία ξεχώρισε τα εξής στάδια: Πρώτα συστάθηκε η πρόβια Επιτροπή που αποτελούνταν από γενικούς γιατρούς, ειδικούς, επαγγελματίες δημόσιας υγείας, ασθενείς και οικονομολόγους υγείας. Στη συνέχεια διεξήχθη μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με κλινική και μεθοδολογική αξιολόγηση. Μεθοδολογικά κριτήρια γορίζονταν σε επίπεδο -όπως το μέγεθος του δείγματος- όπου κάποιες έρευνες αποκλείστηκαν από περαιτέρω ανάλυση, σε επίπεδο όπου περιελάμβαναν κριτήρια όπως το μέγεθος του συστηματικού σφάλματος (bias) της μελέτης οι εργασίες αξιολογούνταν ποσοτικά για την ποιότητα τους και περιελάμβαναν εξειδικευμένα από το οικονομικό το μέγεθος. Η Επιτροπή συνέθετε ενδιάμεσες φάρες και οπότε η διαδικασία μελέτης και της οικονομικής αξιολόγησης γινόταν. Το κλειδί της διαδικασίας ήταν η διασφάλιση της αντικειμενικότητας και της ποιότητας των αποφάσεων. Η διαδικασία αυτή είναι

σκορ ανάλογο με την ποιότητα της επιστημονικής γνώσης από την οποία προήλθε. Αυτό το κείμενο εξετάστηκε από μια άλλη εξωτερική επιτροπή ειδικών και εκπροσώπων ασθενών. Το κόστος αυτής της μελέτης ανήλθε σε 18.500.000 δραχμές. Το κόστος αυτό θεωρήθηκε μικρό σε σχέση με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους θεραπείας των ασθενών που προκύπτει από την εφαρμογή των συστάσεων στην κλινική πράξη.

Η κα Gluzeu αναφέρθηκε στην ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των κλινικών κατευθύνσεων. Ενώ το 1992 στη Βρετανία δημοσιεύθηκαν 200 κείμενα συστάσεων, το 1995 οι νέες δημοσιεύσεις έχουν ήδη φτάσει τις 450 και αφορούν εκτεταμένες περιοχές όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, άσθμα, ψυχικές νόσους, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του πνεύμονα κ.λπ. Σε σημαντικό βαθμό υπάρχουν περισσότερες από μια συστάσεις για την ίδια νόσο και διαφέρουν μεταξύ τους. Η ερευνητρια σημείωσε την έλλειψη κατάλληλων μεθόδων για αξιολόγηση των κατευθύνσεων. Η μέθοδος του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ είναι χρήσιμη σαν πλαίσιο, αλλά εξαιρετικά πολύπλοκη. Χρειάζονται απλούστερες μέθοδοι, εύκολες στην εφαρμογή τους αλλά έγκυρες και αξιόπιστες.

Η καθηγήτρια κα Milrow έκανε μια σφαιρική και κριτική παρουσίαση των κλινικών συστάσεων. Η ταχύτητα παραγωγής νέας γνώσης, οι διακυμάνσεις στην παροχή υπηρεσιών και στα αποτελέσματά τους στην υγεία του ασθενή και το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας -ειδικά στις ΗΠΑ- είναι οι βασικοί λόγοι για την ανάπτυξη των κλινικών κατευθύνσεων. Η εφαρμογή τους στοχεύει στη βελτίωση της παροχής και της υγείας των ασθενών, στην βελτίωση και αξιολόγηση της γνώσης, στη ρύθμιση και παρακολούθηση των υπηρεσιών και στη συγκράτηση του κόστους. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή κλινικών κατευθύνσεων είναι γενικά θετικά αν και όχι θεαματικά. Οι δείκτες αξιολογήσής τους μπορούν να αφορούν τον κλινικό -βελτίωση γνώσης, δεξιότητων-τον ασθενή-λειτουργικότητα, επιπλοκές, θνησιμότητα - και τον φορέα - χρήση υπηρεσιών, κόστος. Παρόλα αυτά, οι κλινικές κατευθύνσεις αφορούν πολύπλοκα προβλήματα όπου η επιστημονική γνώση παρουσιάζει κενά. Ακόμη, ο κλινικός περσ από τις επιστημονικές γνώσεις έχει σε δικές του αρχές, αντιλήψεις, εξειδικευμένες δεξιότητες, κ.λπ. Ο ασθενής από την πλευρά του έχει εξειδικευμένη στάση, πιστεύει, αρχές, ικανότητα να συνθέσει πληροφορίες και κριτήρια για τις επιλογές του. Οι φορείς επίσης διαφέρουν στους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους, στην άμεση κουλτούρα που επικρατεί και στους στόχους τους. Έτσι, οι κλινικές κατευθύνσεις θα πρέπει να εξετάζονται ως ένα περαιτέρω παράδειγμα.

Ο Δρ. T. Chalmers γύρισε για την ανάγκη της μελέτης -όπου που μαζί με τις συστηματολογικές μελέτες χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα- και ο οποίος για να επιτύχουν αποτελέσματα επιβεβαιωμένα ή αρνητικά από την έρευνα. Τα κριτήρια

ρους ερευνητικών εργασιών. Η μετα-ανάλυση συνίσταται στη σύνθεση διαφορετικών εργασιών και την ταυτόχρονη στατιστική επεξεργασία όλων των στοιχείων. Αυτή η επεξεργασία διευκολύνει την απάντηση ερωτημάτων που θα ήταν αδύνατο να απαντηθούν από κάθε μια εργασία ξεχωριστά. Επίσης με το συνδυασμό πολλών εργασιών αυξάνει σημαντικά το δείγμα και έτσι τα αποτελέσματα υπόκεινται λιγότερο στο παιχνίδι της τυχαίας διακύμανσης. Αυτή η τεχνική μπορεί επίσης να προσφέρει κάποιο ποιοτικό έλεγχο απέναντι σε συστηματικά σφάλματα των επιμέρους εργασιών. Για να μειωθεί το πιθανό συστηματικό σφάλμα από μέρος των μετα-αναλυτών κρύβεται το όνομα του συγγραφέα της εργασίας. Δύο διαφορετικοί αναλυτές εργάζονται ταυτόχρονα και στο τέλος κοινοποιούνται τα ευρήματά τους και συμφωνούν. Ποιοτικά κριτήρια τίθενται από την αρχή ώστε η μετα-ανάλυση να είναι "προοπτική" και όχι "ιστορική". Οι εργασίες που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια απορρίπτονται ενώ οι υπόλοιπες αναλύονται. Η δύναμη της τεχνικής γίνεται μεγαλύτερη αν οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις αυθεντικές βάσεις δεδομένων κάθε εργασίας - πράγμα εξαιρετικά δύσκολο για εύλογους λόγους.

Η οικονομική αξιολόγηση ήταν μια άλλη ερευνητική μεθοδολογία που συζητήθηκε. Ο καθηγητής κος Drummond παρουσίασε τις προκλήσεις στην φαρμακοοικονομική αξιολόγηση. Η πίεση για συγκράτηση του κόστους ήταν σε μεγάλο βαθμό η κινητήρια δύναμη που ώθησε τις φαρμακοβιομηχανίες να συμπληρώνουν την κλινική αξιολόγηση των φαρμάκων με οικονομική αξιολόγηση. Αυτές οι μελέτες χρησιμοποιούνται για την τιμολόγηση των προϊόντων, στις διαπραγματεύσεις για το ύψος της κάλυψης και στο marketing. Η Αυστραλία και η Πολιτεία του Οντάριο έχουν κανονισμούς που ορίζουν και τυπικά τα απαραίτητα οικονομικά στοιχεία για να βγει στην αγορά ένα φάρμακο, ενώ αυτό γίνεται με πιο άτυπο τρόπο σε άλλες χώρες. Σήμερα η μεγάλη πλειοψηφία νέων φαρμάκων αξιολογείται οικονομικά. Οι σημαντικότερες αδυναμίες της οικονομικής αξιολόγησης αφορούν την έλλειψη ή την ακατάλληλη χρήση συγκριτικού μεγέθους για το νέο φάρμακο, την ανεπαρκή κλινική παρακολούθηση -ακατάλληλοι δείκτες, μικρή διάρκεια, φτωχός έλεγχος- και τη λανθασμένη εκλογή τύπου οικονομικής αξιολόγησης. Μια εθνική φαρμακοοικονομική μελέτη θα απαιτούσε με αβύσσον να γνωρίζει ο γιατρός και ο ασθενής τι φάρμακο παίρνει, να μπορεί ο ασθενής να αλλάξει φάρμακο αν το επιθυμεί και η διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών να είναι μεγάλη. Τα έσοδα πρέπει επίσης να είναι μεγάλα. Για να είναι η αξιολόγηση αξιόπιστη και να μην είναι απλά μια διαδικασία προς το σχήμα των εργασιών συγγενικών κλινικών εργασιών. Μια άλλη αδυναμία των μελετών είναι η φτωχή χρησιμοποίηση κάποιων από τα κριτήρια αξιολόγησης κλινικών εργασιών, όπως η επίτευξη του μέγιστου κόστους, να είναι έμφαση σε έναντι μεγαλύτερη για την επίτευξη του μέγιστου κόστους. Για να είναι αξιόπιστη η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι αντικειμενική και να μην είναι επηρεασμένη από την επιθυμία του κλινικού εργαζομένου.

το μέσο κατά κεφαλή εισόδημα- στην ΕΕ. Η κατανάλωση φαρμάκων είναι από τις υψηλότερες, όπως και το συνολικό κόστος. Η προσφορά υψηλής τεχνολογίας διαγνωστικών μέσων είναι μεγάλη και γίνεται δυσανάλογα μεγάλος αριθμός εξετάσεων. Και όλα αυτά συνδυάζονται με το μεγαλύτερο ποσοστό απογοητευμένων πολιτών με την ποιότητα των υπηρεσιών στην ΕΕ.

Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξοικονόμησης πόρων, αύξησης της αποδοτικότητας του συστήματος παροχής υπηρεσιών και βελτίωσης της ποιότητας. Όμως στην Ελλάδα, όπως παντού, είναι εξαιρετικά δύσκολο να τροποποιηθεί η κλινική πράξη. Αυτό γίνεται δυσκολότερο τη στιγμή που

στην Ελλάδα το management είναι εξαιρετικά ανίσχυρο.

Ένα σημαντικό ρόλο, λοιπόν, προς τη μείωση του κόστους, μπορεί να παίξει η έρευνα αξιολόγησης. Η ενθάρρυνση αυτού του τύπου της έρευνας, που είναι σχεδόν άγνωστος, μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε αναβάθμιση της συζήτησης -καλά πληροφορημένη από τα ερευνητικά ευρήματα- γύρω από το μέλλον των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Η έρευνα υπηρεσιών υγείας έχει να προσφέρει πολλά στους προβληματισμούς για ανισότητες στην παροχή, υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού, χρηματοδότηση των υπηρεσιών, ισορροπία μεταξύ προληπτικών και θεραπευτικών

πράξεων, ισορροπία ανάμεσα σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η συνεργασία ειδικοτήτων, που είναι απαραίτητη στην εφαρμοσμένη έρευνα, θα προσφέρει ευρύτερα οφέλη στην παροχή υπηρεσιών πέρα από τα στενά ερευνητικά.

Πρωτοβουλίες που να ενισχύουν το ρόλο της εφαρμοσμένης έρευνας θα πρέπει να βρουν θετική ανταπόκριση από την κυβέρνηση, τον ιατρικό κόσμο, τη διοίκηση, τα ΑΕΙ, τους ασθενείς, τον ιδιωτικό τομέα. Η ανεύρεση ενός κοινού πακέτου στόχων και η ανάπτυξη συνεργασιών ανάμεσα σε όλους τους συμμετέχοντες βρίσκονται ψηλά στην ημερήσια διάταξη της εφαρμοσμένης έρευνας. Μήπως θα έπρεπε να είναι και στη δική μας;

Μείζον Θέμα Δημόσιας Υγείας η Ηπατίτιδα C

Η Ηπατίτιδα C έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα για τη δημόσια υγεία. Η προειδοποίηση αυτή της Ευρωπαϊκής Κοινότητας έρχεται να συμφωνήσει με τα συμπεράσματα του Διεθνούς Εκπαιδευτικού Συνεδρίου που έγινε πρόσφατα στη Βιέννη και στο οποίο συμμετείχαν 1500 επιστήμονες από όλο τον κόσμο μεταξύ των οποίων και 60 Έλληνες.

Ομιλητές του Συνεδρίου ήταν 30 ειδικοί επιστήμονες-ερευνητές στον τομέα της Ηπατίτιδας C, μεταξύ των οποίων ο Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Στέφανος Χατζηγιάννης και ο Επικ. Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Νίκος Τασσόπουλος.

Τα κύρια συμπεράσματα που προέκυψαν από τις τελευταίες έρευνες και τονίστηκαν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου, συνοψίζονται στα εξής τρία βασικά σημεία από πλευράς θεραπείας:

α) Η πιο αποτελεσματική μέχρι σήμερα θεραπεία είναι η ιντερφερόνη α2-β που θα πρέπει να χορηγείται για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών τουλάχιστον στις περιπτώσεις εκείνες που δεν προκαλεί αντιδράσεις. Δώδεκα μήνες θεωρούνται επαρκείς, ίσως όμως σε μερικές περιπτώσεις, η θεραπεία να πρέπει να διαρκεί περισσότερο.

β) Η δοσολογία των φαρμάκων θα πρέπει, ίσως, να αυξηθεί.

γ) Συνδυασμός της α2-β ιντερφερόνης με ρεμπαφιβρίνη ή άλλα νεότερα φάρμακα μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική θεραπεία στις αντίθετες της Ιντερφερόνη περιπτώσεις.

δ) Η ποιότητα της ζωής, με την ποιοτική θεραπεία, διατηρείται πολύ καλύτερη ενώ το όφελος της θεραπείας ενισχύεται πολύ το κόστος.

Στο μεταξύ το πρόβλημα έχει λάβει ιδιαίτερα μεγάλες διαστάσεις αφού το ποσοστό των φορέων ανεξάρτητα από ηλικία και στην Ευρώπη υπολογίζεται σε 3.000.000. Δεδομένου ότι η ασθένεια γίνεται επιδημική για μεγάλο χρονό-

κό διάστημα, είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί ο αριθμός των φορέων χωρίς συμπτώματα και για την περίοδο πριν το 1990 οπότε και άρχισε να γίνεται συστηματικός έλεγχος για τον ιό στα νοσοκομεία.

Ο Καθηγητής Παθολογίας κ. Στ. Χατζηγιάννης τόνισε μια νέα διάσταση του προβλήματος που αφορά διάφορες εξωηπατικές εκδηλώσεις της μόλυνσης από τον ιό της Ηπατίτιδας C, λέγοντας ότι "εκτός των προβλημάτων που σχετίζονται ξεκάθαρα με την ηπατική νόσο, υπάρχει και ολόκληρη οειρά παθήσεων συνδεδεμένες με την Ηπατίτιδα C βάσει δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας και των ερευνών του εργαστηρίου μας. Αντές μπορεί να είναι ενδοκρινολογικές όπως διαταραχές του θυρεοειδούς και διαβήτης, αιματολογικές όπως λεμφώματα, κρυοσφαιριναιμία, θρομβοπενία, δερματολογικές εκδηλώσεις όπως ο εκτεταμένος ομαλός λειχήνας, η όψιμη δερματική πορφύρα και δερματικές αγγειΐτιδες και ακόμα αυτοάνοσες παθήσεις του ανθρώινου οργανισμού".

"Σε ότι αφορά τη χώρα μας, υπολογίζεται ότι περίπου 200-300.000 Έλληνες έχουν προσβληθεί από την Ηπατίτιδα C με μεγαλύτερη συχνότητα στις μεγάλες ηλικίες και στους τοξικομανείς. Υπάρχουν δε και περιπτώσεις όπου η ασθένεια έχει ενδημικό χαρακτήρα και το ποσοστό των φορέων υπερβαίνει το 4-5% του γενικού πληθυσμού. Το 1/3 των φορέων μπορεί να έχει σοβαρότατα προβλήματα υγείας, γεγονός που θα μπορούσε να υποσχεθεί εάν υπήρχε έγκαιρη διάγνωση και τα άμεσα κατά ακολουθούνται χωρίς τη γνώση ή θεραπευτική αγωγή".

Με τη σειρά του ο Επικ. Καθηγητής κ. Ν. Τασσόπουλος αναφέρθηκε στην πορεία της νόσου. Οι ερευνησιαστικά είναι "πολύ χρονές" μέτρα έδειξαν ότι με αντιεπιδημια μέτρα για καθυλοθών μετά από 20ετία (έτσι βέβαιον στο διάστημα αυτό ο φορέας θα γίνονταν ήδη τον ιό), και μόνο να επανασταθεί η ασθένεια η κατάρ-

και κοσμήνωμα σε ένα μικρότερο ποσοστό. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτή, είναι η ηλικία του φορέα όταν μολύνθηκε, η χρονική διάρκεια νοσήσεως, ο βαθμός καταστροφής του ήπατος που αποκαλύπτεται στην αρχική βιοψία ήπατος, η αιματολογική κατάσταση, ο τύπος του ιού (γονότυπος) καθώς και το ικό του φορτίο".

"Η μέχρι τώρα θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται, συνίσταται στη χορήγηση Ιντερφερόνης α2-β, αλλά δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σ' αυτή οι ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση, με γονότυπο 1b, αυτοί που φέρουν πολλά χρόνια τον ιό και όσοι παρουσιάζουν πολύ μεγάλο ικό φορτίο".

Εξίζει να σημειωθεί ότι κατανοώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος και λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο εξέλιξης της Ηπατίτιδας C (δεν υπάρχουν ουσιαστικά συμπτώματα τα πρώτα χρόνια), η γαλλική κυβέρνηση καθιέρωσε στα νοσοκομεία την εξέταση των μεταγγιζόμενων για τον ιό.

Επίσης άρχισε τη διεξαγωγή ερευνών για τον καθορισμό του ποσοστού των φορέων ιόσο στις ομάδες μεγάλου κινδύνου, όσο και στο γενικότερο πληθυσμό.

Σχετικά με τους μεταγγιζόμενους, μια έρευνα σε 12.000 άτομα, έδειξε ότι ένα ποσοστό 3% ήταν φορείς του ιού. Ειδικότερα στο Παρίσι και σε δείγμα που είχε μεταγγιστεί πριν το 1990, το ποσοστό αυτό έφτανε το 8% ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι το 85% των φορέων ούτε ήξεραν ούτε υποτιμούσαν το γεγονός. Υπό γύρω τα ότι περισσότερα από 700.000 άτομα μπορεί να έχουν μολυνθεί στην Ελλάδα με τον ιό, ενώ το 40% είναι μεταγγιζόμενος αίματος.

Έτσι, αυτών που τονίσαν ότι θα ήθελαν να επανέλθουν οι μέτρα για την Ηπατίτιδα C, από τον κοινό για να πραγματοποιηθούν ή να εφαρμοσθούν γρήγορα τα μέτρα πρόληψης, και να δοθεί η

τος θα πρέπει καταρχή να γίνει κατανοητό ότι η οικονομική αξιολόγηση είναι επιστήμη και όχι αποκλειστικά marketing. Ακόμα η μεθοδολογία θα πρέπει να είναι διαφανής και η αξιολόγηση των μελετών να γίνεται από επιστημονικά περιοδικά και αυτούς που λαμβάνουν τις αποφάσεις σε επίπεδο κυβερνητικό.

Ο Δρ. F. Sassi αναλύοντας τη συγκρισιμότητα οικονομικών αξιολογήσεων του εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β παρατήρησε ότι η ετερογένεια των ερευνών είναι μεγάλη. Ο χρόνος παρακολούθησης διαφέρει σημαντικά, το ποσοστό απόσβεσης για κόστη και οφέλη που θα λάβουν χώρα στο μέλλον διαφέρει, το έμμεσο κόστος υπολογίζεται μόνο στις μισές εργασίες, η μέτρηση του κόστους διαφέρει από πλήρη μέτρηση και διαχωρισμό διαφορετικών τύπων κόστους μέχρι αυθαίρετες εκτιμήσεις.

Αυτές οι αδυναμίες εμποδίζουν τη δυνατότητα εκτέλεσης μετα-αναλύσεων. Βελτιώσεις απαιτούν την αύξηση αξιολογήσεων με πλήρη και κατάλληλη εκτίμηση κόστους-οφέλους και καλύτερη και ευρύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Ο καθηγητής κος A. Maynard, διευθυντής του κέντρου οικονομικών της υγείας του York, σε μια ζωντανή και πολύ ενδιαφέρουσα παρουσίαση έκανε μια αναδρομή στις μεταρρυθμίσεις του βρετανικού συστήματος υγείας των τελευταίων 10 χρόνων αναζητώντας την επιστημονική τους βάση, υποθέτοντας ότι οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων ήταν η συγκράτηση του κόστους, η αποδοτικότητα των υπηρεσιών και η διατήρηση της ισότητας πρόσβασης των πολιτών σε αυτές.

Κινητήριος δύναμη πολιτικά ήταν η κρίση που προήλθε από την αύξηση του χρόνου αναμονής των ασθενών για δευτεροβάθμια περίθαλψη στις αρχές του '80. Η κυβέρνηση ακολούθησε το στόχο για συγκράτηση του κόστους μέσω των σφαιρικών προϋπολογισμών και της ενιαίας χρηματοδότησης μέσω της γενικής φορολογίας.

Προς τα τέλη της δεκαετίας έγινε η εισαγωγή της εσωτερικής αγοράς, όπου οι αρχές υγείας θα αγόραζαν πλέον υπηρεσίες από νοσοκομειακούς και άλλους φορείς. Αυτή η μεταρρύθμιση έγινε χωρίς να υπάρχει χειροπιαστή γνώση για την αποδοτικότητά της, ενώ δεν σχεδιάστηκε μηχανισμός αξιολόγησης ταυτόχρονα ούτε έγιναν πιλότοι.

Οι τιμές πράγματι μειώθηκαν αλλά άγνωστο παραμένει το αποτέλεσμα στην ποιότητα της περίθαλψης. Παρόλη τη ρητορική για δημιουργία ανταγωνισμού στην εσωτερική αγορά, η κυβέρνηση γρήγορα περιόρισε τα περιθώρια αυτής όπως τη δυνατότητα των νοσοκομείων να προφέρουν στην ιδιωτική αγορά για δανεισμένη κεφαλαιοχρήση επενδύσεων αυγαλιώνοντας τους κινδύνους για αύξηση των κόστους.

Σε ότι αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού οι αναφορές στην υγεία αναφέρονται να επιβελούν και να μειωθούν ανάλογα με κοινωνικές ανισότητες που παραμένουν υψηλές. Η υγεία ανή-

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Το τοπίο δημόσιας και μη κερδοσκοπικής έρευνας υγείας στη Βρετανία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών φορέων χρηματοδότησης, την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ τους, την έλλειψη ενός εύκολα προσβάσιμου μητρώου ερευνητικών προγραμμάτων και την έλλειψη οργανωμένων μεθόδων για σύνθεση των αποτελεσμάτων παρόμοιων ερευνών και την διάδοση των αποτελεσμάτων στους παρέχοντες υπηρεσίες υγείας.

Το 1990 για πρώτη φορά δημιουργήθηκε ανεξάρτητη διεύθυνση έρευνας και ανάπτυξης στο υπουργείο Υγείας. Αυτή η εξέλιξη σηματοδότησε μια σειρά αλλαγών ώστε να αντιμετωπισθούν τα παραπάνω προβλήματα. Έτσι, το 1994 παρουσιάστηκε η εισήγηση της επιτροπής για την έρευνα και ανάπτυξη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι σημαντικότερες συστάσεις της επιτροπής ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου μηχανισμού χρηματοδότησης, η αποκέντρωση της χρηματοδότησης στις Τοπικές Αρχές Υγείας και η υποστήριξη σε μεσοπρόθεσμη βάση ερευνητικών κέντρων υψηλής ποιότητας.

Η σύνδεση χρηματοδότησης και παροχής μέσω των Τοπικών Αρχών Υγείας κριτικάρεται από τις βασικές και εργαστηριακές επιστήμες ότι θα ωθήσει σε αυξημένη και ίσως δυσανάλογη έμφαση σε εφαρμοσμένη έρευνα. Από την άλλη πλευρά, αυτή η πρακτική θα βοηθήσει στην απλοποίηση του συστήματος και στη σύνδεση μεταξύ κλινικής πράξης και έρευνας.

Η Βρετανία διαθέτει αυτή τη στιγμή το 1.5% του προϋπολογισμού υγείας για έρευνα και ανάπτυξη. Παγκοσμίως υπολογίζεται αλλά ότι έχουν διεξαχθεί περίπου 1.000.000 κλινικές πειραματικές έρευνες. Δυστυχώς οι περισσότερες από αυτές είναι μικρής κλίμακας και πάσχουν από μεθοδολογικά προβλήματα ώστε πολλές φορές δίνουν αντικρουόμενα και μη οριστικά αποτελέσματα. Επίσης, πολλές από αυτές είτε δε δημοσιεύονται είτε δεν φτάνουν μέχρι τον κλινικό. Για την καλύτερη διαχείριση και αποτελεσματικότητα αυτών των πόρων δύο σημαντικές πρωτοβουλίες πάρθηκαν πρόσφατα.

Το 1992 ιδρύθηκε το Βρετανικό Cochrane Centre, τμήμα ενός παγκόσμιου δικτύου παρόμοιων κέντρων. Το κέντρο συντηρεί και αναπτύσσει μια βάση δεδομένων ουσιαστικών ανασκοπήσεων που ετοιμάζονται από τα κέντρα με ενιαίο πρωτόκολλο και ελεγχόταν τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών, ενώ περιλαμβάνονται και ανασκοπήσεις που βρίσκονται σε εξέλιξη καθώς και ανασκοπήσεις που έχουν γίνει πριν την ίδρυση του κέντρου. Μια δεύτερη βάση δεδομένων γύρω από μαθηματικές θεωρίες που είχε αρχίσει να αναπτύσσεται πριν την ίδρυση του κέντρου έχει πλέον περιέλθει στο κέντρο και οι καινούριες ανασκοπήσεις γίνονται πλέον με ενιαίο πρωτόκολλο.

Σε συνδυασμό με το παραπάνω κέντρο λειτουργεί και το εθνικό ανασκοπήσεων και αξιολογήσεων υγείας του ΕΣΥ (National Health Service Research Unit) που ανή-

πήσεις υψηλής ποιότητας έρευνας σε 3 τομείς:

Την αποτελεσματικότητα θεραπειών για συγκεκριμένες παθήσεις

Την αποτελεσματικότητα τεχνολογιών υγείας

Την αποδοτικότητα μεθόδων οργάνωσης και παροχής συγκεκριμένων μορφών περίθαλψης.

Το κέντρο δρα και ως σημείο πληροφόρησης για ανασκοπήσεις και οικονομικές αξιολογήσεις για γιατρούς, managers, τοπικές αρχές υγείας και ασθενείς. Επίσης, διαδίδει ενεργά τις δραστηριότητές του σε όλα τα επίπεδα του ΕΣΥ με έκδοση εκθέσεων και τακτικών περιοδικών, καθώς και με διάθεση των βάσεων δεδομένων που αναπτύσσει.

Τα κέντρα αυτά προσφέρουν πρόσβαση στις βάσεις δεδομένων τους, τόσο στη Βρετανία όσο και στο εξωτερικό είτε μέσω on line σύνδεσης, είτε με τακτική αποστολή CD-ROMs σε όσους γίνονται συνδρομητές. Όσο θα μεγαλώνει η έκταση των ανασκοπήσεων και ο αριθμός τους, τόσο θα αυξάνει και το ενδιαφέρον των κλινικών, αφού θα περιλαμβάνονται όλο και περισσότερες παθήσεις. Προς το παρόν το υλικό αυτό είναι περισσότερο χρήσιμο σε επίπεδο νοσοκομείων, διοίκησης και ερευνητικών ινστιτούτων.

Η άλλη καινοτομία που εισήχθη πρόσφατα είναι το Εθνικό μητρώο ερευνητικών προγραμμάτων. Όσοι συμμετέχουν σε αυτό είναι εφοδιασμένοι με μια βάση δεδομένων τύπου medicine που τρέχει σε windows. Σε τακτά χρονικά διαστήματα το κάθε κέντρο εισάγει λεπτομέρειες για τα ερευνητικά του προγράμματα στη βάση δεδομένων και στέλνει τις διοκέτες στη συντονίστρια εταιρεία. Εκεί ανανεώνεται η ενιαία βάση δεδομένων με τις καινούριες πληροφορίες από τα επιμέρους κέντρα και ξαναστέλνεται πίσω σε κάθε κέντρο. Το σύστημα κρατά τίτλους, λέξεις-κλειδιά, περιλήψεις καθώς επίσης και στοιχεία από διάφορους οργανισμούς.

Αυτές οι πρωτοβουλίες, που ακόμη κάθονται να πρώτα τους βήματα, αναμένεται να επεκταθούν και να αποτελέσουν σημαντικά κέντρα αναφοράς για ερευνητές, κλινικούς και διοικητικούς στο εγγύς μέλλον. Παρόμοιες πρωτοβουλίες αναπτύσσονται και σε μια σειρά άλλων ευρωπαϊκών και μη χωρών. Οι διεθνείς συνεργασίες μέσω των Cochrane Centres και των ευρωπαϊκών δικτύων που πρόσφατα επεκτάθηκαν και στο χώρο της υγείας αναμένεται να ωθήσουν σε εναρμονισμένο τρόπο καταγραφής και παρουσίασης ερευνητικού υλικού με απώτερο στόχο τη διεθνή προώθηση αποτελεσματικών θεραπειών και την ενάρμοστη της ιατρικής πρακτικής, τόσο στο εσωτερικό κάθε χώρας όσο και ανάμεσα στα κράτη.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα αφιερώνει στην έρευνα το μικρότερο ποσοστό του ΑΕΠ στην Ε.Ε. Η εξεύραση πρόσθετων πόρων για έρευνα είναι εξαιρετικό πρόβλημα σε συνθήκες περιορισμένης οικονομικής πολιτικής. Από την άλλη πλευρά οι ανισότητες διακρίνονται ως αποτέλεσμα της ανισότητας στην υγεία, οι οποίες

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΟΣΤΟΛΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΠΑΡΟΧΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΧΡΗΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

αποκτήσει τη δομή που αποτυπώνεται στο Οργανόγραμμα 1.

Το μοντέλο αυτό αποσκοπεί α) στην ενίσχυση της πρόληψης, β) στη συγκράτηση ενός μέρους της θεραπείας στο επίπεδο της ΠΦΥ και γ) στην ενεργοποίηση της αποκατάστασης, που είναι βασικό αλλά παραγκωνισμένο σκέλος της ΠΦΥ.

Αν το εγχείρημα επιτύχει, σε συνδυασμό και με την αξιοποίηση των τεχνολογικών δυνατοτήτων της εποχής μας (Τηλεϊατρική, Κάρτα Υγείας, κ.λπ.), τότε τα Νοσοκομεία θα δέχονται μελλοντικά σημαντικά μικρότερο αριθμό ασθενών, με πραγματικές ανάγκες εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας, ώστε να μπορέσουν να επαναπροσανατολι-

ναι απαραίτητα να προσλάβουν σφαιρικές διαστάσεις και να καλύψουν το σύνολο των Επιστημών και Επαγγελμάτων Υγείας.

Επιπλέον, στα χρόνια που έρχονται, οι παραπάνω σκοποί πρέπει να επιδιώκονται σ' ένα πλαίσιο, αφ' ενός συγκράτησης και ελέγχου του κόστους, αφ' ετέρου ανταπόκρισης στις αυξανόμενες ποιοτικές απαιτήσεις ενός πληθυσμού, που έχει πλέον υψηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο. Οι περιορισμοί αυτοί επιβάλλουν την παρουσία μιας σειράς νέων επιστημονικών παραμέτρων στη νοσοκομειακή συγκρότηση και λειτουργία, όπως οι αναφερόμενες στον Πίνακα 2.

3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΒΑΣΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Οι παραπάνω σκοποί του σύγχρονου, μεγάλου Νοσοκομείου, με τις συνθήκες κόστους και ποιότητας που επιβάλλει η εποχή μας, είναι μάλλον απίθανο να επιτευχθούν με το υπάρχον νομοθετικό, οργανωτικό και εργασιακό πλαίσιο των ελληνικών Νοσοκομείων. Η εκτίμηση αυτή δεν είναι υποκειμενική, αλλά πηγάζει αντικειμενικά από τα διαμνησθήσιμα συμπτώματα νοσηρότητας που εμφανίζουν οι Νοσοκομειακοί μας Οργανισμοί, όπως καταγράφονται στον Πίνακα 3.

3.1. Το οργανωτικό πλαίσιο των ελληνικών Νοσοκομείων έχει καθορισθεί με μορφή Νόμου και Προεδρικού Διατάγματος, γενικής ισχύος, που δεν επιτρέπει κτημιά πρωτοβουλία, σχετιζόμενη με το είδος κάθε Νοσοκομείου, τις αναπτυξιακές δυνατότητες, τις εργασιακές ιδιαιτερότητες κ.λπ.

Εξ' άλλου, τα Νοσοκομεία μας μόνο κατ'έπιφαση είναι πεποδοιοκούμενα, ενώ στην πράγματι αποτελούν αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες, που υπακούουν στο βίρας των γραφειοκρατικών εγκλήσεων και τεπολατρικών διαδικασιών της Νομοθεσίας του Δημο-

ποίηση των διατιθέμενων πιστώσεων.

ούτε και αυτή η τάση βρήκε πρόσφορο έδαφος στην Ελλάδα, κυρίως λόγω του τρουποθέτει μια πολυ-επιστημονική λέγγιση της Υγείας και της νοσοκομικής λειτουργίας, ενώ το υγειονομικό σύστημα είναι μέχρι σήμερα αυστηρο-ατροκεντρικό και δέσμιο αντίστοιχο-ιδεολογιών, ανίκανο ν' αντιληφθεί τ' αποδεχθεί τη διεθνώς συντελούμε-παναδιαπραγματεύση και ανακατα-ρ ρόλων μεταξύ των Υγειονομικών γγελμάτων.

δη, όμως, φαίνεται καθαρά ότι το κατεστημένο Ελληνικό Υγειονομικό κτημα εξάντλησε τον κύκλο της ζωής και πρέπει να εκσυγχρονισθεί. Η σήμερη έντονη δημόσια κριτική υπο-αίει ότι μειώνεται συνεχώς ο βαθμός σποίησης των πολιτών και αμφοβή-α διαρκώς περισσότερο η επίρκετα μηχανισμών και των στελεχών του ημίου.

αυτόχρονα, διογκώνονται τα χρεη υγειονομικών τομέα, μέχρι σημείου ανώμενης χρεωκοπίας, παρά το γεγονός ότι οι διαθέσιμοι πόροι ως ποσο- του Δ.Π. είναι ικανοποιητικοί, με τη κτηρία.

αί τον εκσυγχρονισμό του οι στήρια ημιοδότηση και στην Ελλάδα - πληρ- άλλων - οι δύο (2) παράρτησεις που τηρούνται και διεθνώς οι ανώμετες ημιοδότησης φροντίδας Υγείας και τη μολη του επιστημονικού Manage- τιστου Νοσοκομίου.

Επομένως, παρέμβαση φανερώνεται να είναι ηρκής συντήρηση Η.Π.η, ημιο- υ, και η εκκλιση της υγειονομικής ΠΦΥ, που είναι η βασικό Ε.Υ.Υ.

στούν στην πραγματική αποστολή τους και να βελτιώσουν την ποιότητα των εκροών τους.

Όσον αφορά, όμως, στη δεύτερη ανα- γκαία παρέμβαση, δηλαδή τον εκσυ- χρονισμό των Νοσοκομείων, φαίνεται ότι τα πράγματα δεν είναι ούτε απλά, ούτε εύκολα.

2. ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πριν αναφερθούμε στις επερχόμενες οργανωτικές εξελίξεις στα Ελληνικά Νοσοκομεία - σε σύγκριση με τις ανα- γκαίες - είναι σκόπιμο να επενθρίσουμε την αποστολή του σύγχρονου μεγάλου Νοσοκομείου και τις συνθήκες, μέσα στις οποίες θα λειτουργεί μελλοντικά. Αυτά τα δεδομένα καθορίζουν και το είδος του **ανθρώπινου Management, που θα πρέπει** επιτευχθεί να εισαχθεί στους νοσοκομειακούς μας οργανισμούς.

Στο Πίνακα 1 κα- τουργήσανται επιγρα- μμιακοί σσημειωμένες εκροές από το μεγάλο υπερκεντρικό Νοσο- κομείο. Η εξειδίκευση και η ποιότητα αποτε- λουν, πλέον, βασικό γ- ρικτηριό της τα- τροποίησης της αρ- σίας. Το σύνολο, η εκπαίδευση, μετ'εκά- δευση των στελεχών και η επιστημονική έρευνα, σήμωκοι ημιοδότηση υγει- οκομιοημίου, αλλά

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΝΕΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1. ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
3. ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ
4. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
5. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΔΙΟΙΚ.-ΟΙΚΟΝ.)
6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ-ΣΤΕΛΕΧΩΝ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

1. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΑΓΚΥΛΩΣΗ
2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
3. ΔΗΜΟΣΙΟΨΑΛΛΗΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
 - ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ
 - ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
 - ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ
 - ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ
4. ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ
 - ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ
 - ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗΣ ΙΚΑΝΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ (ΠΛΗΝ ΙΑΤΡΩΝ)

μορφώνει την πραγματική εικόνα των Οικονομικών της Υγείας και δημιουργεί σοβαρές τριβές και διαμάχες και μίαν ατελέσφορη συζήτηση γύρω από το θέμα της χρηματοδότησης (κρατικός προπολογισμός - ασφαλιστικοί φορείς - ασθενείς) που δεν φαίνεται να έχει τέλος.

Παράλληλα, ο κίβδηλος τρόπος υλοποίησης των πάσης φύσης νοσοκομειακών προμηθειών (και μάλιστα τώρα, που οι τελευταίες θα διενεργούνται από τους ασχέτους με το θέμα και τον τομέα δημοσίους υπαλλήλους του Υπουργείου Εμπορίου) εντείνει και ολοκληρώνει την οικονομική εξάρτηση των κρατικών Νοσοκομείων.

Επιγραμματικά, οι νοσηλευτικές μονάδες της χώρας μας αποτελούν "επιχειρήσεις" οι οποίες αδυνατούν να καθορίσουν τόσο τα έσοδα, όσο και τα έξοδά τους. Χειρότερο βαθμό εξάρτησης είναι αδύνατο

να ειρεύρει οποιοσδήποτε οικονομολόγος.

3.3. Αποδείχθηκε στην πράξη ότι η δημοσιοψαλληλοποίηση των νοσοκομειακών λειτουργιών (όλων των ειδικοτήτων) υπήρξε ατυχής έμπνευση και πάντως είναι πλέον ασυμβίβαστη προς τις απαιτήσεις του παρόντος και του μέλλοντος.

Ο βαθμός αδιαφορίας που παρατηρείται σήμερα στα Ελληνικά Νοσοκομεία (τον οποίο δεν μπορούν να

βελτιώσουν σιγά-σιγά λιμνιές εξορμήσεις) είναι καταλυτικός και αφορά όλες τις κρίσιμες παραμέτρους που καθορίζουν την ικανοποίηση του χρήστη των νοσοκομειακών προϊόντων.

8.4. Η εμφάνιση της δημοσιοψαλληλικής μορφής μου υπήρξε μορφή αποτέλεσμα της πολιτικής κίνησης και αντικίνησής.

Η ανυπαρξία "ανταρτικού νεύρου" οφείνται στην πλήρη αδυναμία των Νοσοκομείων (α) να υπερέψουν την παραγωγική επίδοση των άλλων τομέων και (β) να ανταλλάξουν τον ανταγωνισμό με άλλους τομείς της οικονομίας.

Καταστάσεις όπως οι παραπάνω αντιμετωπίζονται μόνο με ριζικά και τελεσφόρα μέτρα. Στην περίπτωση των ελληνικών Νοσοκομείων, βασική σημασία έχει η νομική τους μορφή ως Οργανισμών (ΝΠΔΔ), η μεταβολή της οποίας είναι προϋπόθεση για τη δημιουργία των αναγκαίων αναπτυξιακών συνθηκών (Πίνακας 4).

Η ανάγκη δραστηρικής παρέμβασης με τον καθοριστικό τρόπο που προαναφέρθηκε, έχει διατυπωθεί δημοσίως και έχει γίνει αποδεκτή από ικανό αριθμό υγειονομικών στελεχών, τόσο στο πολιτικό, όσο και στο εργασιακό επίπεδο. Όμως, ορισμένες κοντόφθαλμες συντεχνιακές αντιστάσεις - ενδεχομένως δε και ορισμένα οικονομικά συμφέροντα που απεύχονται τον εκσυγχρονισμό των Νοσοκομείων - φαίνεται ότι μπορούν ακόμη ν' ανασταλούν τις αναγκαίες ριζικές τομές, που θα προσέδιδαν ταχύρρυθμη δυναμική στην ποιοτική αναβάθμιση του υγειονομικού μας συστήματος και θα συγκρατούσαν το κόστος.

Το πιθανότερο, λοιπόν, είναι ότι στην

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5
ΕΠΕΡΧΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

1. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΑΝΑΓΕΡ(ΔΙΕΥΘΥΝΟΝΤΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ)
2. ΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΣΑΦΗΣ ΘΕΣΠΙΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ (ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΗ)
3. ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ
4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΠΟΔΟΜΗΣ

Ελλάδα η ακολουθήσουμε ένα χρονοβόρο δρόμο προς το Νοσοκομειακό εκσυγχρονισμό, μέσα από ημιτελείς και ασφαιές ρυθμίσεις, οι οποίες πάντως θα σηματοδοτήσουν, ούτως ή άλλως, την αναγκαία πορεία, την αναπόφευκτη αλλαγή και τα μελλοντικά δρασικότερα βήματα, χωρίς τα οποία το κρατικό υγειονομικό σύστημα θα καταρρεύσει.

4. ΕΠΕΡΧΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Όσο προκύπτει από το Νοσοκομειακό Επιχειρηματικό Υγιεινό, που δημοσιοποιήθηκε στις 31-10-95, οι πολιτικές εφικτές αναμενόμενες αλλαγές στα Νοσοκομεία περιλαμβάνονται σήμερα στα σημεία που αναφέρονται στον Πίνακα 5.

Οι προτεινόμενες αλλαγές θα επηρεάσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

W (προσλήψεις - αμοιβές - προμήθειες κ.λ.π.) διαφόρων Υπουργείων, Νομαρχιών κ.λπ. Στην πραγματικότητα, τα Νοσοκομεία, ως επιχειρησιακές οντότητες, διαθέτουν ίχνος οργανωτικής ευελιξίας, ώστε να μπορούν να παρακολουθήσουν τις ταχύτερες αλλαγές στον υγειονομικό χώρο.

3.2. Όσον αφορά το οικονομικό πλαίσιο λειτουργίας των Ελληνικών Νοσοκομείων πρέπει, κατ' αρχήν, να τονισθεί η ήρξη αποτυχία του λεγόμενου "κλειστού νοσηλίου", ως ουσήματος αμοιβής νοσοκομειακών υπηρεσιών. Πέραν γεγονότος ότι είναι υποαλληλόδοιο πραγματικού κόστους, λειτουργεί με μεθοδικό τρόπο (αν εξαιρητίως εξειδίχης και ποιότητας υπηρεσιών), παρα-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

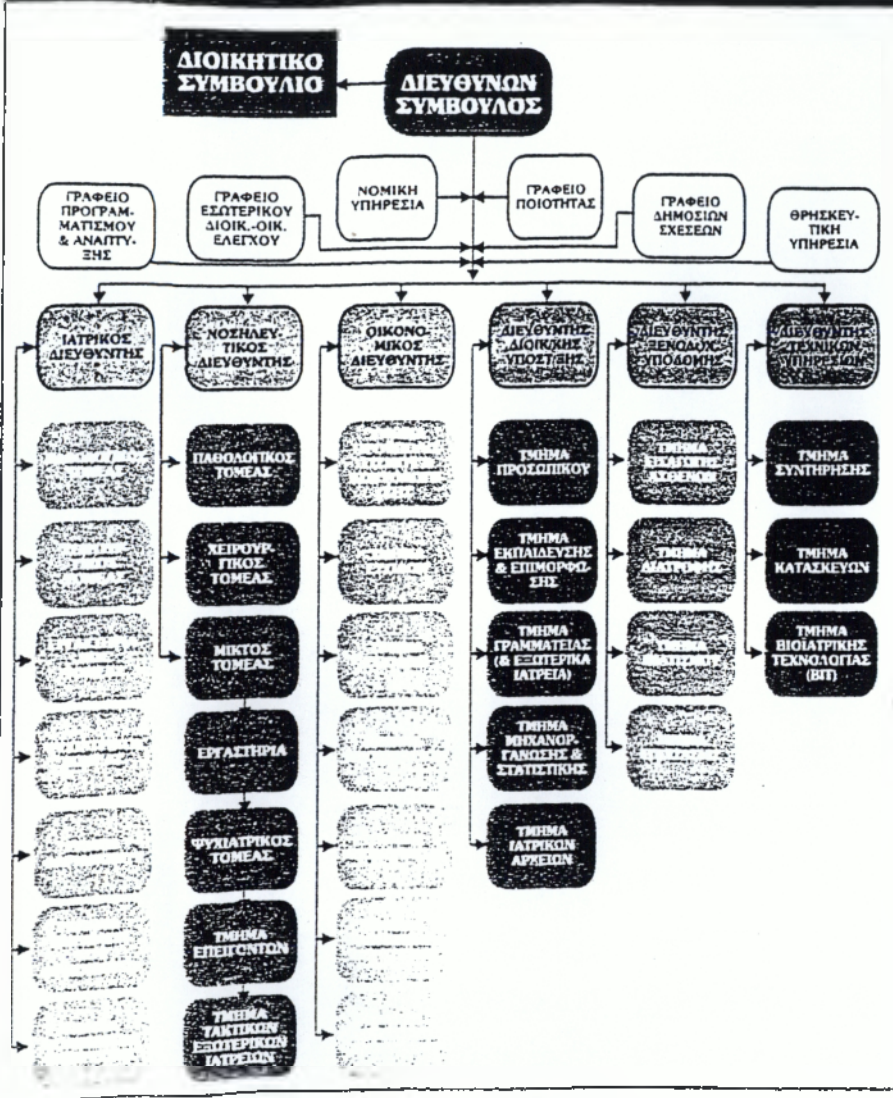
ΑΛΛΑΓΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ.
ΥΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΟΥ Ν.Π.Ι.Δ. (ΚΡΑΤΙΚΗΣ Α.Ε.)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΥΕΛΙΞΙΑ
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
- ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΩΝ
- Α. ΑΜΟΙΒΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ
- Β. ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 2: ΠΙΘΑΝΗ ΝΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



ως οργανωτικού πλαισίου των Νοσοκομείων αναφέρει, σε μεγάλο βαθμό, την αποτελεσματικότητα αυτής της αλλαγής.

Αναγκαστικά, ως διεξοδος απομένει η προώθηση της ιδέας ενός "επιτελείου" του Manager, που θα λειτουργεί έξω από τις δημοσιοκρατικές δομές, υπό την άμεση καθοδήγησή του. Η πιθανότητα αποδοχής αυτού του σχήματος θα πρέπει να εξετασθεί ως λύση ανάγκης, χωρίς την υλοποίηση της οποίας ο θεσμός του Διευθύνοντος Συμβούλου (που εισάγεται, ούτως ή άλλως, με δυσμενέστερες προϋποθέσεις) δεν μπορεί να λειτουργήσει αναπτυξιακά. Απαιτείται, όμως, να υπάρξει σχετική νομοθετική πρόβλεψη.

5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο εκτενής διάλογος που διεξήχθη τα δύο (2) τελευταία χρόνια και απορούσε - μεταξύ πολλών άλλων - το μέλλον των ελληνικών κρατικών Νοσοκομείων, φαίνεται ότι δεν υπήρξε επαρκής και δεν κατανοήθηκε απ' όλους τους εμπλεκόμενους το μέγεθος και η σημασία του λειτουργικού προβλήματος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Στην ουσία, δεν κατανοήθηκε ο ελλογέων κίνδυνος ιδιωτικοποίησης της Υγείας, εξ αιτίας της προώθησης αποδιοργάνωσης της νοσοκομειακής λειτουργίας, η οποία υποκινείται πλέον, σχεδόν αποκλειστικά, με τις ανorthόδοξες μεθόδους της παρασικονομίας.

Όμως, όταν ο πολίτης αναγκάζεται να αγοράζει το μετρητό τις (πλημμελεί) νοσοκομειακές υπηρεσίες, για τις οποίες έχει ήδη (ή νομίζει ότι έχει) προσπληρώσει, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και του κρατικού προέπολογισμού, είναι βέβαιο ότι δεν θ' αρχίσει να απορρίπτει το κρατικό νοσοκομείο, με διάφορους τρόπους, με την πεποίθηση ότι υπάρχουν καλύτερες μέθοδοι διαχείρισης των εισοδημάτων του, που διατίθενται για την υγεία. Όταν αυτή η πεποίθηση εδραιωθεί στην κοινωνική συνείδηση, οι πιθανές εξελίξεις είναι δύο (2): είτε η βίαιη ιδιωτικοποίηση του νοσοκομειακού συστήματος, είτε η υπερθωροποίηση του, ως συστημικός κοινωνικός προνομιος προς περιθώρηση αποκλειστικά (ή αποκλειστικά) των ανώγειοπαθώντων μελών των οικογενειών.

Για να επιβιώσει το κρατικό νοσοκομειακό σύστημα και να διασφαλίσει την εμπιστοσύνη της λαϊκής πλειοψηφίας, για να μπορέσει να υπερασπιστεί τον εκπαιδευτικό και εργασιακό ρόλο του, πρέπει να υπαταχθεί από τον αναστολέα της ανάπτυξης, που είναι η σημερινή νομική κατάσταση ως ΝΠΔΔ. Η αναγκαία αυτή αλλαγή ανεβλήθη, ανεπιτυχώς, αλλά είναι σύγχερο ότι δεν απέχει πλέον χρονικά.

... θα δεν ανατροπή τη δημοσιοκρατική-Αθηναϊκή δομή, γι' δεν εγκαθίσταται η άμεση στήριξη κινήσεων και αντικινήσεων, που είναι ουσιαστικά οι οποίες οδηγούν στην επιβεβαίωση της δομής και δι' δεν επιτρέπεται η προώθηση κινήσεων ανάπτυξης και ανανέωσης επιστημονικών υπηρεσιών, οι οποίες, όπως της Πληροφορικής, της Κεντρικής Μηχανικής, της Ψυχοκοινωνικής και της Διαχείρισης Management.

Επιπλέον, οι πρόσφατοι διεθνείς δείκτες των δημοσίων ελληνικών κέντρων, που αναφέρονται στο ΝΑΥ, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως ενδεικτικά στα μέγιστα Νοσοκομεία, που απαιτούν οργανωτικές και νομοθετικές, όπως και τη μορφή, της Επιτελείου του Manager, που θα εισάγεται κα-

... που υπέρματα των νέων αντιλήψεων.

Το Οργανόγραμμα 2 δίνει την πιθανή εικόνα του αμερικανικού ελληνικού Νοσοκομείου. Η μόνη οργανωτική αλλαγή που προτείνεται είναι η δυνατότητα των μελών των Νοσοκομείων (άνω των 300 κλινών) να δημιουργήσουν "εξειδικευμένη Διεύθυνση Ξενοδοχειακής Υποδομής και Υποστήριξης, για να βελτιστοποιήσει τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών, και η δυνατότητα και των μικρότερων Νοσοκομείων (κάτω των 100 κλινών) να εξειδικευτούν ως Διευθύνσεις Οικονομική και Τεχνική, ώστε να βελτιστοποιηθεί ο προγραμματισμός και ο βιοπροσχετισμός των εργασιών Διαχειριστικών Υπηρεσιών. Η διατήρηση, όμως, της νομικής μορφής του ΝΠΔΔ

Γιώργος Ι. Στάθης

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
 Το παραπάνω βιβλίο του οικονομολόγου Γιώργου Στάθης, Προέδρου Δ.Σ. του Περ. Γεν. Νοσοκομείου "ΤΖΑΝΕΙΟ" Πειραιά, αποπέμπεται δωρεάν στους ενδιαφερόμενους. Τηλέφωνο: 6510.560.

από τον Διευθυντή

Το Μέλλον των Ελληνικών Νοσοκομείων

Η ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΟΥΣ, ΩΣ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ, ΑΠΑΙΤΕΙ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΥΠΟΣΤΑΣΗΣ

ΓΙΩΡΓΟΣ Ι. ΣΤΑΘΗΣ

Οικονομολόγος - Διευθυντής Νοσοκομείων

Προέδρος Δ.Σ. Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου "ΤΖΑΝΕΙΟΥ" Πειραιά

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συζητήσεις για τις αναγκαίες αναθεωρήσεις των υγειονομικών συστημάτων είναι σ' εξέλιξη σχεδόν σ' όλες τις κοσμοπολίτικες χώρες, αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο.

Το βασικό πρόβλημα που πυροδοτεί τις αναζητήσεις είναι η ανάγκη άσκησης του υγειονομικού κόστους, αν ξανεται αλματώδως, χωρίς η αυτή να δικαιολογείται από ανάλοβελτίωση της ποιότητας των προσφεριμένων υπηρεσιών.

Το γεγονός, εξάλλου, της προϊούσας αύξησης των πληθυσμών στον ανεπτυγμένο κόσμο σηματοδοτεί την υπαρκτή ευσταθών χειρισμών, ώστε οι διαθέσιμα πόροι για την Υγεία ν' αξιοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό και να καλύψουν περισσότερο και διαφορετικοποιημένες λογικές απαιτήσεις.

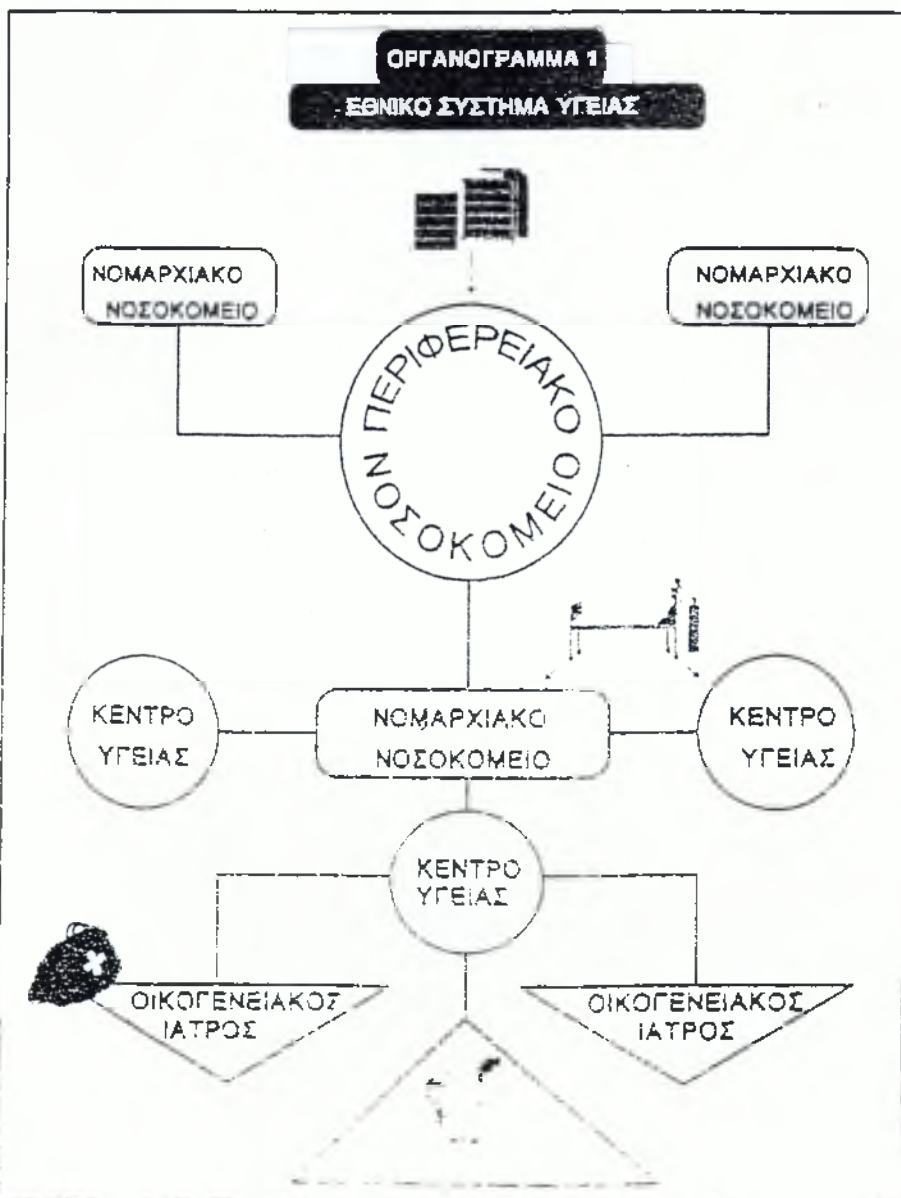
Οι τρόποι αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος δεν είναι απολύτως ομοιογενείς σ' όλες τις χώρες αφού ορίζονται από τη διαφορετική υπάρχουσα κατάσταση σε κάθε εθνικό σύστημα υγείας και τις διαφορετικές πολιτικο-οικονομικές αντιλήψεις. Παρατηρούμεται, όμως, ένα (2) σχεδόν γενικευμένο πρόβλημα των οποίων επιχειρείται ο λογισμός στην κατανομή και η καλύτερη αξιοποίηση των υγειονομικών πόρων.

Η πρώτη διεθνής τάση είναι η υποστήριξη και ανάπτυξη της εθνικοποιημένης περιφερειακής, δηλαδή της τοπικής φροντίδας υγείας (HCO), μέσω της οποίας μπορεί να αποφευχθούν μελλοντικά υγειονομικά κόστη, ενώ των άλλων θετικών επιπτώσεων είναι η υγεία του πληθυσμού.

στην Ελλάδα, δεν ακολουθήσαμε πρόγραμμα αυτή τη τάση, παρά το μεγάλο χρέος της δεκαετίας του 1980, τη δημιουργία των Γεν. Κέντρων Υγείας (ΓΚΥ), από τον υποστηρικτικό αλυσίδα των υγειονομικών υπηρεσιών, από τον 1904, και ο οποίος είναι ο πρώτος βήμα...

Η δεύτερη διεθνής τάση είναι η ταχύρυθμη εισαγωγή του επιστημονικού Management στους Νοσοκομειακούς οργανισμούς, που επιτρέπει τον

ορθολογισμό στη διαχείριση των πόρων, την αξιολόγηση μεθόδων και στελεχών, τον ποιοτικό έλεγχο του νοσοκομειακού προϊόντος και - τελικά - τη μεγίστη



1. ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΕΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1.1 Νοσοκομειακός Χώρος

Σήμερα σε όλες τις βιομηχανικές χώρες που έχουν σύγχρονα συστήματα υγείας, αναγκάζονται να εφαρμόσουν κάποια μορφή σφαιρικής συγκράτησης των δαπανών. Αν οι δαπάνες αφεθούν ανεξέλεγκτες θα αυξάνονται απεριόριστα. Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν μια σοβαρή κρίση που συνδέεται άμεσα με το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Το μεγαλύτερο υποσύστημα στο σύστημα υγείας είναι το Νοσοκομειακό και ένας σημαντικός συντελεστής του συνολικού υγειονομικού λειτουργικού κόστους είναι τα κόστη των νοσοκομείων, που ανέρχονται στις περισσότερες χώρες περίπου στο 60% των συνολικών δαπανών υγείας.

Το χρηματοδοτικό σύστημα στην υγεία στη χώρα μας έχει σοβαρά προβλήματα, χωρίς ελέγχους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι υψηλότερες από εκείνες που αναφέρονται στο ΟΟΣΑ. Μια ακόμη σχετικότερη σύγκριση είναι εκείνη στις φαρμακευτικές δαπάνες και το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα είναι υπερβολικές, αφού αντιπροσωπεύουν το 2% του ΑΕΠ, όταν στις άλλες χώρες κυμαίνεται γύρω στο 1%.

Για νοσοκομεία σήμερα χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο μέσω προϋπολογισμού. Τα στοιχεία στο χώρο της Υγείας προκύπτουν κύρια από τις στατιστικές καταστάσεις που αποστέλλονται από τα νοσοκομεία προς το Υπουργείο Υγείας. Δεν υπάρχει σήμερα στην ουσία κανένα ακριβές σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας, της καταλληλότητας και ιδιαίτερα της αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας. Η κατάσταση των νοσοκομείων σήμερα στον ελληνικό χώρο παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα σε θέματα οργάνωσης - διαχείρισης πόρων και ελέγχου.

Η αναβάθμιση των υπηρεσιών πληροφόρησης συνιστά έναν από τους άμεσους στόχους για το ελληνικό σύστημα υγείας. Η σύγχρονη διοικητική διαχείριση προϋποθέτει σημαντική διεύρυνση και τελειοποίηση της πληροφόρησης και της στατιστικής ανάλυσης. Η λήψη αποφάσεων πρέπει να βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια. Η ακριβής πληροφόρηση είναι το κλειδί για τη σύγχρονη διοίκηση των νοσοκομείων.

Η πολιτική που προβλέπεται να ακολουθηθεί είναι η διαχείριση αυτονομίας στα νοσοκομεία. Η προβλεπόμενη οργάνωση στη συντονισμένη πολιτική ύπαρξης Ενοποιητικού Ταμείου και η πολιτική που θα εφαρμόσει, πιθανόν να οδηγήσει σε ανταγωνιστική βάση των οργανισμών φροντίδας για την προσέλκυση ασθενών. Η απώλεια ασθενών με την πολιτική αυτή συνεπάγεται την απώλεια χρηματοδότησης, που την ακολουθεί πληρωμή κατά πράξη (fee for service), ανάλογο σύστημα με το Caritation, όπου προβλέπεται το σύστημα χρηματοδότησης με την απόδοση.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε μια νέα επαναστατική παρουσία σε ανάπτυξη λογισμικού στην Πληροφορική Παροχής Φροντίδας, που περιλαμβάνει τεχνολογία Internet και τεχνολογία διανομής αντικειμένων (σύστημα CORBA).

Αναγκαιότητα των Ν.Π.Σ.

Διακρίνουμε την αναγκαιότητα των Ν.Π.Σ σύμφωνα με τις επιχειρησιακές και ιατρικές ανάγκες. Οι επιχειρησιακές ανάγκες που οδηγούν κατά κύριο λόγο σε εγκατάσταση πληροφοριακών συστημάτων σε ένα οργανισμό (Healthcare), είναι:

- ✘ η συγκράτηση κόστους στην ελεγχόμενη παροχή φροντίδας (managed-care)
- ✘ η αποτελεσματική διαχείριση του Νοσοκομείου
- ✘ ο σχεδιασμός των Νοσοκομειακών υπηρεσιών
- ✘ η εξάλειψη χρονοβόρων χειρογραφών διαδικασιών
- ✘ η υποστήριξη της συγχώνευσης και συνεργασίας των μονάδων παροχής φροντίδας.

Ο συνολικός χρόνος του νοσηλευτικού προσωπικού που αφιερώνεται για γραφειοκρατικές διαδικασίες είναι το 25-40% του συνολικού χρόνου απασχόλησής του.

Οι κλινικές ανάγκες, οι οποίες οδηγούν σε εγκατάσταση συστημάτων είναι κυρίως:

- η αυτοματοποίηση ιατρικού φακέλου
- η εξαγωγή συγκριτικών αποτελεσμάτων
- η ιατρική και κλινική έρευνα.
- η παροχή υποστήριξης αποφάσεων
- η παροχή και αξιοποίηση κλινικών κατευθύνσεων

Η ανάπτυξη των Εθνικών παροχών υγείας σε όλο τον κόσμο έχει αναδείξει νέες απαιτήσεις για στοιχεία στο Ν.Π.Σ. και κυρίως στο φάκελο του ασθενή. Πολλοί ενδιαφερομενοι φορείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν και να αξιοποιήσουν τα στοιχεία αυτά.

Συστήματα Ελεγχόμενης Φροντίδας (Managed Care)

Η αλλαγή στον τρόπο τιμολόγησης στα Νοσοκομεία της Αμερικής μέσω του DRG (σύστημα προπληρωμών ανάλογα με την συσχετισμένη ομάδα διάγνωσης) δημιούργησε την ανάγκη συγκράτησης του κόστους με την ταυτόχρονη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Με την αλλαγή αυτή δημιουργήθηκαν ισχυρά Ν.Π.Σ., κυρίως σε θέματα κοστολόγησης και διαχείρισης των πόρων του Νοσοκομείου. Τα συστήματα αυτά ξεκινούν με την ανάλυση διάθεσης πόρων σε συσχετισμένες ομάδες κλινικών περιπτώσεων, δημιουργώντας critical paths. Τα σήματα αυτά αναπτύσσονται σήμερα περιλαμβάνοντας περιοχές διαχείρισης κόστους, ποιότητας, κινδύνου και λήψης αποφάσεων. Η φιλοσοφία των συστημάτων αυτών μεταφέρεται στον Ευρωπαϊκό χώρο, όπου η πολιτική τιμολόγησης και διαμόρφωσης του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων αλλάζει.

Η συνεχώς πιεστική πολιτική για ορθολογική διαχείριση και έλεγχο των πόρων σε νοσοκομεία και οι νέες διεθνείς εφαρμογές των συστημάτων υγείας οδηγούν στην ανάγκη μιας διαχείρισης, η οποία δε θα μπορεί να γίνει στα νέα δεδομένα και στις νέες απαιτήσεις, ο δε δεν μπορούν να καταμετρηθούν οι δοσοληψίες και τα στοιχεία που δημιουργούνται. Η γνώση του μεγέθους των πόρων που διατίθενται για την Ιατρική και Νοσηλευτική πρακτική έχει ουσιαστική σημασία για τη διοίκηση και τις αποφάσεις που πρέπει να παίρνει.

Τα νοσοκομεία αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την ανάγκη να προβλέπουν τη μελλοντική ζήτηση παροχής βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας για βελτίωση και επέκταση των υπηρεσιών που προσφέρουν, για βελτίωση της χρήσης των πόρων που διαθέτουν και για μείωση του κόστους λειτουργίας.

Η προσέγγιση αυτή στη διαχείριση των πόρων και τις οικονομικές πληροφορίες δεν πρέπει να γίνεται σε βάρος των **κλινικών αναγκών**. Η κλινική δραστηριότητα είναι σε τελική ανάλυση το κύριο αντικείμενο των νοσοκομείων. Από κλινική άποψη τα ιατρικά δεδομένα, όπου αυτά τηρούνται, χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια και έλλειψη μηχανογράφησης. Η διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών είναι σχεδόν ανύπαρκτη και αποκλίνουν από τις πληροφορίες που δίνουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

Άλλα στοιχεία όπως η αποδοτικότητα των διαφόρων ιατρικών επεμβάσεων, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων και ο συσχετισμός τους ανά επέμβαση, η ανάλυση των γενικών συνταγολογιών, στοιχεία συγκριτικά με άλλα από τον ελληνικό ή διεθνή χώρο. Στοιχεία νοσοκομείου συνήθως μένουν εκτός του κυρίου φακέλου του ασθενή (όπως στοιχεία κλινικής κατάστασης) και κύρια σύνδεσμοι μεταξύ προβλημάτων.

Πολλά από τα υπάρχοντα ΠΣΝ στοχεύουν αποκλειστικά στην παροχή (συνοπτικών) πληροφοριών κατάλληλων για έρευνα ή την εκπαίδευση ή την κλινική αξιολόγηση ή για οικονομικούς λόγους ή για προγραμματισμό (planning). Όμως οι σύγχρονες τάσεις θεωρούν ότι οι πληροφορίες αυτές πρέπει να εξάγονται από τα αναλυτικά δεδομένα της κλινικής δραστηριότητας και όχι να αποτελούν αυτοσκοπό. Σε αντίθετη περίπτωση, οι πληροφορίες είναι κατάλληλες μόνον για επιμέρους λειτουργίες ή για "διοικητική" χρήση και όχι για κλινική.

Η απουσία ιατρικών στοιχείων στα φαρμακευτικά αρχεία έχει ως αποτέλεσμα τις βλαβερές παρενέργειες πολλών από τα φάρμακα αυτά, γεγονός που καθιστά την υπερβολική συνταγογραφία ιδιαίτερα επικίνδυνη. Στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η συνταγογραφία των ιατρών παρακολουθείται μέσω πληροφοριακών συστημάτων. Τα στοιχεία αυτά θα αποτελέσουν σημεία αναφοράς και επανασχεδιασμού πρακτικής και πολιτικής για τα νοσοκομεία.

Στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους σε ότι αφορά την ποιότητα, το κόστος και τη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα νοσοκομεία έχουν από καιρό αναγκαστικά στραφεί στην ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων για την υποστήριξη των ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών λειτουργιών τους.

Τα νοσοκομεία έχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ δύο φιλοσοφιών σχεδιασμού του πληροφοριακού τους συστήματος: Η πρώτη φιλοσοφία, η οποία είναι η προτιμότερη στη διεθνή αγορά, είναι αυτή που βασίζεται στην αρχή **“Best of breed”**. Κάθε κλινική δηλαδή επιλέγει εξειδικευμένο υποσύστημα για τις ανάγκες της και στη συνέχεια τα υποσυστήματα αυτά με ειδικό σύστημα Middleware (κατάλληλο interface) επικοινωνούν μεταξύ τους. Η δεύτερη φιλοσοφία επιλογής είναι αυτή, όπου υπάρχει μία κοινή βάση και ένα σύστημα το οποίο καλείται να καλύψει όλα τα κλινικά εργαστήρια, τις κλινικές και τα υποσυστήματα.

Στην Ελληνική αγορά δεν υπάρχουν εξειδικευμένα κλινικά - ιατρικά υποσυστήματα. Έτσι το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας επέλεξε τη δεύτερη φιλοσοφία, η οποία δημιούργησε στην ελληνική αγορά ένα πρώτο γενικό σύστημα, το οποίο όπως αποδείχθηκε δεν ήταν σε θέση, όπως αρχικά σχεδιάστηκε να καλύψει όλες τις ανάγκες των νοσοκομείων. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκε η μεγάλη έλλειψη αναλυτικών και ακριβών προδιαγραφών, οι οποίες ποικίλουν από ίδρυμα σε ίδρυμα και ακόμη αποτελούν αναγκαιότητα στον ελληνικό χώρο.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή της πληροφορικής στην κλινική πρακτική δεν είναι ακόμα ανεπτυγμένη όπως σε άλλους τομείς. Σε μερικά νοσοκομεία της Ελλάδας έχει γίνει προσέγγιση των διαχειριστικών απαιτήσεων με αντίστοιχα συστήματα πληροφορικής. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα είναι πολύ μικρά και απογοητευτικά στα ιατρικά υποσυστήματα. Ελάχιστες προσπάθειες σε ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν επιτύχει σε κάποιο ικανοποιητικό βαθμό.

1.2 Αρεταίειο Νοσοκομείο. Δομή-Οργάνωση

Η ακριβής πληροφόρηση είναι το κλειδί για τη σύγχρονη διοίκηση των νοσοκομείων. Η αναβάθμιση των υπηρεσιών πληροφόρησης είναι ένας άμεσος στόχος βάσει του οποίου το Αρεταίειο ανέπτυξε στρατηγική πληροφοριών.

Η προσπάθεια λοιπόν, την οποία η διοίκηση του Αρεταίειου από αρκετά χρόνια πριν έχει ξεκινήσει με το έργο αυτό, δοκιμάζεται και αναμένεται με ενδιαφέρον τόσο από τον κόσμο των υπόλοιπων νοσοκομείων όσο και από άλλους ενδιαφερόμενους. Η επιτυχία του έργου αυτού θα είναι το πρώτο σημαντικό έργο στην εφαρμογή των συστημάτων πληροφορικής στα νοσοκομεία και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα.

Η δομή, η οργάνωση, το μέγεθος και το περιβάλλον του Αρεταίειου Νοσοκομείου αποτελούν ίσως ένα μοναδικό παράδειγμα για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής, το οποίο, όπως αποδεικνύεται από τα μέχρι σήμερα στοιχεία, είναι ένα από τα πλέον δύσκολα έργα υλοποίησης.

Υπάρχουσα κατάσταση

Το Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1897. Βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας επί της οδού Βασ. Σοφίας 76. Διοικητικά υπάγεται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας

Στο παραπάνω σχήμα παρουσιάζεται η τυπική σειρά των κύριων φάσεων από την εισαγωγή μέχρι την έξοδο του ασθενή σε ένα κλινικό τμήμα. Αυτές οι κύριες φάσεις καλύπτονται απ μια δομημένη σειρά διεργασιών μέσω της εφαρμογής, οι οποίες αναφέρονται σε όλες τις κλινικές. Από κλινική σε κλινική όμως αρκετά σημεία διαφοροποιούνται. Οι κυριότερες απ αυτές είναι:

Ιστορικό Ασθενή

Για το ιστορικό του ασθενή ο σχεδιασμός και η πολιτική στο νοσοκομείο επιτρέπουν τη δυνατότητα επιλογής κωδικοποιημένης μορφής - χρήσης κωδικοποιημένων σημασιολογιών καθώς και τη χρήση ελεύθερου περιγραφικού κειμένου ή και συνδυασμό των δύο μεθόδων.

Το σύστημα αρχικά περιελάμβανε κατηγορίες Ιστορικού Ασθενή, όπως ατομικό αναμνηστικό, χειρουργικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, κοινωνικό ιστορικό. Κατά τη περίοδο εφαρμογής της υλοποίησης στο νοσοκομείο, οι κατηγορίες αυτές επεκτάθηκαν και δημιουργήθηκαν εξειδικευμένα ιστορικά για διάφορα τμήματα και κλινικές. Οι προσθήκες αυτές συμπλήρωσαν σε σημαντικό βαθμό το ιατρικό υποσύστημα για την ευθυγράμμιση και την ολοκλήρωσή του με το επιχειρησιακό μοντέλο του Αρεταιείου.

Ιστορικά τα οποία δημιουργήθηκαν με τη συμμετοχή, τη βοήθεια και τις υποδείξεις των ιατρών του νοσοκομείου είναι:

- μαιευτικό γυναικολογικό ιστορικό
- ιστορικό χημειοθεραπείας
- ιστορικό ορμονοθεραπείας
- ιστορικό ανοσοθεραπείας
- ιστορικό εσωτερικής ανοσοθεραπείας
- ιστορικό βραχυθεραπείας

Υπάρχει η δυνατότητα της δημιουργίας νέου ιστορικού, το οποίο πιθανόν οι χρήστες επιθυμούν να ορίσουν. Αυτή η δυνατότητα καλύπτει απλές περιπτώσεις και όχι σύνθετες εξειδικευμένες κατηγορίες. Έτσι αναπτύχθηκε ένας βαθμός ελευθερίας - ανοιχτού συστήματος στους χρήστες. Π.χ. μπορούμε να ορίσουμε μια κατηγορία "Λοιμώδη Νοσήματα" και στη συνέχεια τα στοιχεία αυτής της κατηγορίας, όπως Ηπατίτιδα Β, AIDS κ.ά. Η δομή αυτή έχει στοιχεία από τη φιλοσοφία POMR, που βασίζεται στην παρακολούθηση που είναι προσανατολισμένη στο πρόβλημα.

Για κάθε κατηγορία που έχει ορισθεί, υπάρχει και η αντίστοιχη οθόνη, που συσχετίζεται με αυτή και η οποία κωδικοποιείται. Έτσι, ορίζονται 4 βασικά πεδία, τα οποία απιτούνται για το ιστορικό:

- α) Κωδικός Κατηγορίας
- β) Κωδικός Οθόνης
- γ) Κωδικός Ασθενή
- δ) Κωδικός Ηγήγης Λήψης (προαιρετικός)

Ο κωδικός του ασθενή περιορίζεται από το προκαθορισμένο περιβάλλον του συστήματος στους κωδικούς των ασθενών του κλινικού τμήματος ή της μονάδας που νοσηλεύεται ο ασθενής.

Οι κωδικοί όλων των αυτών των στοιχείων έχουν προκαθοριστεί από τις βοηθητικές εργασίες της εφαρμογής.

Συμπτώματα Ασθενή

Με τη διεργασία αυτή καταγράφονται στο σύστημα τα κλινικά συμπτώματα του ασθενή. Η καταγραφή αυτή προϋποθέτει τον καθορισμό και την κωδικοποίηση των συστημάτων σώματος. Τα συστήματα έχουν ορισθεί και κωδικοποιηθεί από τα αντίστοιχα κλινικά τμήματα. Επίσης καθορίστηκαν και κωδικοποιήθηκαν οι ανατομικές τοπογραφίες σώματος. Τα συμπτώματα μπορούν να καταγραφούν και σε μορφή ελεύθερου κειμένου χωρίς να απαιτείται η χρήση της κωδικοποίησης. Για το κάθε σύμπτωμα καταγράφεται η εξέλιξη και μπορεί να παρακολοθείται χρονικά.

Για την εισαγωγή ενός συμπτώματος απαιτείται ο προσδιορισμός του συστήματος-σώματος της ανατομικής τοπογραφίας, το σύμπτωμα, καθώς και η ημερομηνία καταγραφής. Είναι δυνατή η καταγραφή σχολίων αφού προσδιορισθούν και χρονικά.

Η κωδικοποίηση των κλινικών συμπτωμάτων έχει γίνει με βάση την 9η έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών (ICD-9) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, καλύπτοντας έτσι όσο το δυνατόν γίνεται περισσότερα κλινικά συμπτώματα. Στο σύστημα έχουν καταχωρηθεί περίπου 90 κλινικά συμπτώματα. Το σύνολο αυτό διαφορφώθηκε με τη συμμετοχή των ιατρών του Αρεταιείου νοσοκομείου.

Το format του κωδικού είναι 999.9. Είναι μια κωδικοποίηση που ξεκινά από τον αριθμό 780.0, ακολουθεί μια αύξουσα αρίθμηση και φτάνει μέχρι το 789.9.

Αναφέρονται ενδεικτικά κάποια παραδείγματα κλινικών συμπτωμάτων:

<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>
781.0	ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΑΚΟΥΣΙΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ
786.0	ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
788.0	ΚΟΛΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

Κλινικά σημεία ασθενι

Έχουν καθορισθεί και κωδικοποιηθεί τα κλινικά σημεία από τα αντίστοιχα κλινικά τμήματα. Η καταγραφή είναι δυνατόν να γίνεται και με μορφή ελεύθερου κειμένου. Για την καταγραφή ενός κλινικού σημείου επιλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία και ο ακριβής χρόνος.

Τα κλινικά σημεία ακολουθούν το πρότυπο κωδικοποίησης, ICD-9. Στο σύστημα έχουν καταχωρηθεί περίπου 60 κλινικά συμπτώματα. Το σύνολο αυτό διαφορφώθηκε με τη συμμετοχή των ιατρών του Αρετাইείου νοσοκομείου. Στα κλινικά σημεία ο κωδικός έχει το formpai 999.9. Η κωδικοποίηση ξεκινάει από το 790.0 ως αρχικό κωδικό και καταλήγει 796.9 έχοντας έτσι καλύψει όσο το δυνατό περισσότερα υπάρχοντα κλινικά σημεία. Εδώ αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένα παραδείγματα:

<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>
790.0	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ
791.0	ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ

Τα κλινικά συμπτώματα και τα κλινικά σημεία είναι οντότητες με δευτερεύοντα ρόλο στη συμπλήρωση του Ιατρικού Φακέλου.

Διαγνώσεις-ασθενή

Έχουν καθορισθεί και κωδικοποιηθεί από τους υπεύθυνους ιατρούς της ιατρικής εφαρμογής του Αρετাইείου οι εξής τύποι διαγνώσεων: Αρχική, δευτερεύουσα, διαφοροδιαγνωστική, πιθανή, πρωτεύουσα, τελική, τρέχουσα

Οι διαγνώσεις μπορεί να συσχετισθούν και να αναφέρονται σε προβλήματα τα οποία καταγράφονται σε διακεκριμένο χώρο. Όταν δεν υπάρχουν καταγραμμένα προβλήματα, εμφανίζεται η περιγραφή του προβλήματος για το οποίο εισήχθη ο ασθενής.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία εμφανίζονται πνακοποιημένα και υπάρχει αυτόματη εμφάνιση των αντίστοιχων σχολίων. Η εμφάνιση είναι ημερολογιακή και χρονική με αύξουσα σειρά.

Για τις Διαγνώσεις και τις Νόσους υπάρχουν πολλά πρότυπα διεθνώς. Ανάμεσα στα πρότυπα αυτά (ICD-9, OPCS4, CDAM, SNOMED) επιλέχθηκε στο νοσοκομείο η ένατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών ICD-9. Η έκδοση αυτή είναι η πιο σύγχρονη έκδοση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, μεταφρασμένη στα Ελληνικά.

Με την κωδικοποίηση αυτή είναι δυνατή η στατιστική ανάλυση των στοιχείων και η συγκρισή τους με στοιχεία ενός άλλου νοσοκομείου που χρησιμοποιεί τους ίδιους κωδικούς. Το σύστημα είναι δυναμικό και προβλέπει την εγκατάσταση της δέκατης έκδοσης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), ICD-10, που προβλέπεται να είναι μεταφρασμένο στα Ελληνικά μέχρι το 2000. Το formpai του κωδικού στη Διεθνή αυτή κωδικοποίηση είναι 999.9 (το 9 παριστάνει αριθμητικό χαρακτήρα). Τα τρία πρώτα ψηφία δηλώνουν μια κατηγοριοποίηση στις διαγνώσεις, ενώ το ψηφίο που ακολουθεί μετά την τελεία είναι ένας αυξαντας αριθμός που χαρακτηρίζει τη συγκεκριμένη διάγνωση αυτής της κατηγορίας.

Συνολικά οι Νόσοι και οι Διαγνώσεις που έχουν καταχωρηθεί στο σύστημα φτάνουν τις 4.500. Οι καταχωρίσεις έγιναν από μια ομάδα δακτυλογράφων της προμηθεύτριας εταιρείας. Από τον κατάλογο των διαγνώσεων ICD-9 ενδεικτικά αναφέρουμε:

<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>	<u>ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ</u>
002	ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΥΦΟΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
002.0	ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
002.1	ΠΑΡΑΤΥΦΟΣ Α	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Ένεργά προβλήματα

Τα ενεργά προβλήματα καταγράφονται και είναι δυνατή η παρακολούθηση του ασθενή ανά πρόβλημα. (problem oriented approach). Σήμερα, δεν ακολουθείται αυτή η μεθοδολογία και το πρόβλημα που υπάρχει στο σύστημα δεν είναι άλλο από την αιτία εισαγωγής του (time oriented approach).

Στην εισαγωγή των ενεργών προβλημάτων βασικά στοιχεία είναι η ημερομηνία έναρξης του προβλήματος και η αρχική εκτίμηση. Για την αρχική εκτίμηση υπάρχει η δυνατότητα καταγραφής ενός επιθυμητού σχεδίου αντιμετώπισης και χρονοδιαγράμματα. Το σχέδιο αυτό έχει τρεις μορφές: διαγνωστικό, θεραπευτικό, εκπαιδευτικό.

Πορεία νόσου

Μέσω αυτής της διεργασίας καταγράφονται στο φάκελλο του ασθενή τα ενεργά προβλήματα, αυτό δίνει τη δυνατότητα παρακολούθησης του ασθενή ανα πρόβλημα (POMR). Στο νοσοκομείο δεν ακολουθείται αυτή η φιλοσοφία, τα προβλήματα δεν δηλώνονται και το σύστημα θεωρεί σαν μοναδικό πρόβλημα την αιτία εισαγωγής. Η προσέγγιση αυτή είναι προσανατολισμένη στη χρονολογική εξέλιξη (time oriented). Υπάρχουν καταχωρημένες οι ενότητες καταγραφής της πορείας νόσου, οι οποίες είναι:

- Υποκειμενική
- Αντικειμενική
- Εκτίμηση
- Διαγνωστικό Σχέδιο
- Θεραπευτικό Σχέδιο
- Εκπαιδευτικό Σχέδιο

Η έκβαση νόσου επίσης μπορεί να δηλωθεί. Οι τιμές των πιθανών εκβάσεων έχουν καθοριστεί σε πίνακα, από όπου και επιλέγονται. Ενδεικτικές τιμές είναι "βελτίωση", "επιδείνωση", "θάνατος", "ίαση" κ.λπ.

Ιατρικές Πράξεις

Οι ιατρικές Πράξεις έχουν καθορισθεί και κωδικοποιηθεί στο σύστημα. Οι διαδικασίες και τα βήματα που απαιτούνται για τις ιατρικές πράξεις είναι:

1. Εισαγωγή αιτούμενων ιατρικών πράξεων ασθενή: Εισάγονται στοιχεία, τα οποία ταυτοποιούν την ιατρική πράξη, καθώς και άλλα χαρακτηριστικά πληροφοριακά στοιχεία, όπως ο τύπος της εντολής (προφορική-γραπτή), οι ημέρες εφαρμογής, η ημερομηνία έναρξης, ο χρονικός προγραμματισμός, το κύριο πρόβλημα και το σχέδιο εφαρμογής.

Ο ιατρός μπορεί να συσχετίσει την τρέχουσα ιατρική πράξη με κάποιο από τα ενεργά προβλήματα του ασθενή, που προηγουμένως έχει καταγραφεί. Εξ' ορισμού όμως σαν πρόβλημα αποφασίστηκε να θεωρείται η αιτία εισαγωγής.

Ο ιατρός μπορεί να χαρακτηρίσει την τρέχουσα ιατρική πράξη ως μέρος κάποιου σχεδίου, που προηγουμένως θα πρέπει να έχει καταστρώσει. Τέτοια σχέδια μπορούν να καθοριστούν. Η μέθοδος αυτή δεν έχει χρησιμοποιηθεί. Μπορεί όμως να εξελιχθεί και να καθοριστούν μελλοντικά σχέδια, τα οποία να αποτελέσουν μια μορφή πρωτοκόλων ή κατευθύνσεων με κατάλληλες βελτιώσεις και προσθήκες της εφαρμογής. Εξ' ορισμού, το σύστημα δίνει σα σχέδιο την απάντηση "ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ".

Η Ιατρική Πράξη με την εισαγωγή της βρίσκεται στο στάδιο της αίτησης. Είναι δυνατό να γίνεται και η καταγραφή της εκτέλεσής της από τον ιατρό-χρήστη.

2. Προγραμματισμός Ιατρικών Πράξεων: Οι αιτούμενες Ιατρικές Πράξεις οι οποίες δεν έχουν εκτελεστεί, προγραμματίζονται ενεργοποιώντας τη διεργασία αυτή. Εισάγονται στοιχεία όπως ημερομηνία και ώρα έναρξης, εκτέλεσης, καθώς και επιβεβαίωσης.
3. Εμφάνιση των Ιατρικών Πράξεων: Η εμφάνιση των Ιατρικών Πράξεων μπορεί να γίνει υπό μορφή κατάστασης, τόσο για τις αιτούμενες και μη εκτελεσθείσες, όσο και για τις εκτελεσθείσες. Οι Ιατρικές Πράξεις ομαδοποιούνται ανά ασθενή και μπορεί να αναφέρονται έως μία επιθυμητή ημερομηνία.
4. Εκτέλεση Ιατρικών Πράξεων: Οι προγραμματισμένες Ιατρικές Πράξεις βρίσκονται σε εκκρεμή κατάσταση και μεταβαίνουν στο στάδιο εκτέλεσης, μέσα από αυτή τη διαδικασία. Εισάγονται στοιχεία όπως κωδικός ιατρού, ημερομηνία εκτέλεσης και επιβεβαίωσης. Επίσης, εισάγεται υπό μορφή κειμένου η αναφορά εκτέλεσης, δηλαδή σχόλια με την εκτέλεση και έκβαση της πράξης.

Η κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων (εκτός των χειρουργικών πράξεων) έγινε με βάση το Φ.Ε.Κ. Η κωδικοποίηση αυτή έγινε από το προσωπικό του Γραφείου Κίνησης Ασθενών του Αρεταλείου νοσοκομείου.

Το format του κωδικού είναι 99.99.9999.99, ένας δηλαδή δεκαψήφιος κωδικός αριθμός. Τα δύο πρώτα ψηφία δηλώνουν τις αρχικές ομάδες που διαχωρίζονται με λατινικούς αριθμούς στο Φ.Ε.Κ. Τα δύο επόμενα χαρακτηρίζουν μια υποομάδα, τα επόμενα 4 ψηφία χαρακτηρίζουν τον αύξοντα αριθμό που υπάρχει στο Φ.Ε.Κ και τα δύο τελευταία ψηφία χαρακτηρίζουν κάποιες εξετάσεις που δεν αριθμούνται στο Φ.Ε.Κ αλλά αναφέρονται στην εξέταση του αμέσως προηγούμενου τετραψήφιου αριθμού.

Παράδειγμα

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
04.00.0148.00	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (C/T)
04.00.0148.00	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (C/T)
04.00.0148.01	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (C/T) 1 ΕΠΙΠΕΔΟ
04.00.0148.02	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (C/T) 2 ΕΠΙΠΕΔΑ
04.00.0148.03	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (C/T) 3 ΕΠΙΠΕΔΑ

II. Ιατρικές Εντολές

Ένα σύνολο από εφαρμογές (modules) που καλύπτουν τις εντολές του ιατρικού προσωπικού στις κλινικές και στα τμήματα του νοσοκομείου έχει ομαδοποιηθεί με τον τίτλο Ιατρικές Εντολές. Οι καταγραμμένες αυτές εντολές είναι μέρος του Ιατρικού Φακέλου του ασθενή.

Η διαδικασία των ιατρικών εντολών περιλαμβάνει την περιγραφή των στοιχείων που τις χαρακτηρίζουν. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζουν ομοιότητες για τις διάφορες κλινικές και τα τμήματα. Έτσι, το σύνολο των εφαρμογών αυτών (modules) ανήκει στον πυρήνα του πληροφοριακού συστήματος και περιλαμβάνεται καθ' ολοκληρία ή μερικώς σε κάθε κλινική ή τμήμα.

Οι ιατρικές εντολές είναι ταξινομημένες σε ομάδες (π.χ. εντολές για εξέταση, εντολές για Ακτινολογικό, εντολές για Φαρμακείο) και απευθύνονται κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό του κλινικού τμήματος.

Στα προγράμματα υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της τρέχουσας κατάστασης των ιατρικών εντολών. Η χρήση της εφαρμογής προβλέπεται να γίνεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Παρουσιάζονται πάρα πολλές δυσκολίες ως προς την καταγραφή των ιατρικών εντολών, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπισθούν με αλλαγή του τρόπου καταχώρισης. Η προβλεπόμενη παρέμβαση για χρήση bar-code θα συμβάλει στην επιτυχία του συστήματος.

Εντολές για το νοσηλευτικό υποσύστημα

1. Ιατρικές Ιατρικές Λειτουργίες: Στη διεργασία αυτή καταγράφονται στο σύστημα οι ιατρικές λειτουργίες, για τις οποίες ο ιατρός έχει δώσει εντολή (γραφική ή προφορική) για

παρακολούθηση και καταγραφή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα στοιχεία της εντολής προσδιορίζουν τον ασθενή, τον τύπο της εντολής, την ημερομηνία έναρξης παρακολούθησης, το χρονοδιάγραμμα και τον υπεύθυνο ιατρό. Υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών στην εμφάνιση των τιμών μετρήσεων. Η εφαρμογή δεν παρέχει γραφική απεικόνιση των τιμών αυτών. Η δυνατότητα αυτή έχει απαιτηθεί και έχει ενταχθεί στις βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν.

2. Αιτούμενες Νοσηλευτικές Πράξεις: Στη διεργασία αυτή καταγράφονται οι αιτήσεις των ιατρών για νοσηλευτικές πράξεις. Τα στοιχεία που προβλέπεται να καταχωρούνται, ταυτοποιούν την πράξη, το χρονοδιάγραμμά της και το εμπλεκόμενο προσωπικό. Το τμήμα αυτό της εφαρμογής δεν έχει δοκιμασθεί μέχρι σήμερα, λόγω της μη συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού στο πιλοτικό σχέδιο.

3. Εργαστηριακές εξετάσεις: Οι απαιτήσεις των κλινικών τμημάτων για την εκτέλεση κλινικών εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων καλύπτονται από την πλευρά του νοσοκομειακού ιατρικού υποσυστήματος.

Η διενέργεια των εξετάσεων (προγραμματισμός - εκτέλεση - αποτέλεσμα - αποστολή) καλύπτονται από το Εργαστηριακό Πληροφοριακό Σύστημα (LIS) στις περιπτώσεις που απαιτείται σύνδεση με αναλυτές.

Από την πλευρά του κλινικού τμήματος η εφαρμογή διακρίνει και καλύπτει με τρεις εργασίες τις εργαστηριακές εξετάσεις:

- I. Αιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις
- II. Λήψη δείγματος
- III. Παρακολούθηση αποτελέσματος

I. Αιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις

Οι αιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις καταχωρούνται από το ιατρικό προσωπικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Η μέθοδος καταχώρισης αποδείχθηκε ότι ήταν ένα από τα κρίσιμότερα σημεία αποδοχής του συστήματος από το ιατρικό προσωπικό. Οι μέθοδοι και οι προτάσεις που δοκιμάστηκαν δε μπορούμε να πούμε ότι πέτυχαν. Η τελική αντιμετώπιση του κρίσιμου αυτού προβλήματος έχει προγραμματισθεί να υλοποιηθεί μέσω χρήσης γραμμωτού κώδικα (bar-code). Η μέθοδος αυτή προβλέπεται να δώσει ουσιαστική λύση στο θέμα.

Μετά από συζητήσεις που έγιναν με τους χρήστες των κλινικών και των εργαστηρίων διερευνήθηκαν οι τρόποι καταχώρισης των εντολών εξετάσεων για την εφαρμογή του πιλοτικού σχεδίου. Η καταχώριση εντολών εξετάσεων μπορεί να γίνεται:

- α. από τις κλινικές
- β. από τα εργαστήρια
- γ. από το Κέντρο Μηχανογράφησης

Οι δύο πρώτες περιπτώσεις συνάντησαν διαδοχικές δυσκολίες και ουσιαστικά την αντίσταση των χρηστών. Η τρίτη περίπτωση προτάθηκε σα συμβιβαστική λύση και δοκιμάστηκε για λίγο χρονικό διάστημα. Η καταχώριση παρουσίαζε μία χρονική υστέρηση, η οποία προερχόταν από την ανάγκη μεταφοράς των χειρόγραφων εντολών στη μηχανογράφηση.

II. Λήψη Δείγματος

Με τη διαδικασία αυτή γίνεται οριστικοποίηση των αιτούμενων εργαστηριακών εξετάσεων, οι οποίες παρουσιάζονται σε πίνακα που πρέπει να επιβεβαιώνεται ανά γραμμή και να συμπληρώνεται η ποσότητα του ληφθέντος δείγματος, καθώς και η ώρα.

Στη λειτουργία αυτή θα πρέπει να εκτυπώνεται ανά θάλαμο κατάσταση λήψης δειγμάτων, η οποία σήμερα δεν υπάρχει. Όταν το σύστημα τεθεί σε πλήρη λειτουργία η λήψη δείγματος θα πρέπει να διεκπεραιώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Μέχρι σήμερα γινόταν αρχικά από ειδικευμένους ιατρούς. Παρουσιάστηκαν όμως σοβαρά προβλήματα στο θέμα της επικοινωνίας με το πρόγραμμα των εργαστηρίων και ουσιαστικά δεν κατορθώθηκε να εκτιμηθεί η δυνατότητα επιτυχίας του. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν φοιτητές της Ιατρικής, οι οποίοι στα πλαίσια ενός επιδοτούμενου προγράμματος πρακτικής άσκησης καταχώρισαν στο σύστημα τις δύο παραπάνω φάσεις.

III. Παρακολούθηση Αποτελέσματος

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έρχονται στο κλινικό τμήμα από τη βάση δεδομένων των ασθενών, η οποία ενημερώνεται ON-LINE. Το εργαστηριακό υποσύστημα δημιουργεί τις απαντήσεις, το κύριο σύστημα τις παραλαμβάνει και τις καταγράφει στον αντίστοιχο φάκελο του ασθενή. Η μορφή που παρουσιάζονται οι εξετάσεις προσαρμόστηκε στις απαιτήσεις των χρηστών.

4. Εντολές προς το Ακτινολογικό: Οι διαδικασίες καταγραφής και παρακολούθησης των εντολών αυτών είναι όπως και των εντολών για τα εργαστήρια.
5. Αιτούμενα Φάρμακα: Οι ατομικές συνταγές των ασθενών καταγράφονται στο σύστημα και μεταφέρονται ON-LINE στο Φαρμακείο. Στο σύστημα ορίζονται ξεχωριστές σειρές συνταγολογίων για κάθε ιατρό. Τα στοιχεία που καταχωρούνται, ταυτοποιούν το ατομικό συνταγολόγιο, το χρονοδιάγραμμα χορήγησης κάθε φαρμάκου και τις ποσότητες. Ακόμα επιλέγονται οι οδοί χορήγησης.

Χρόνοι καταχώρισης Ιατρικών Εντολών

Σε δοκιμή καταμέτρησης του απαιτούμενου χρόνου που έγινε για την καταχώριση ιατρικής εντολής εξετάσεων - καταγραφή λήψης δείγματος - οριστικοποίησης, ο συνολικός χρόνος που απαιτήθηκε ήταν 1 λεπτό της ώρας. Η εντολή περιείχε 5 διαφορετικές εξετάσεις και χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά δείγματα. Αν υπολογισθεί ότι σε κάθε ιατρό αντιστοιχούν περίπου 15 ασθενείς, ο συνολικός χρόνος εισαγωγής στοιχείων (εξετάσεων) θα μπορούσε να

εκτιμηθεί σε 20-25 λεπτά της ώρας. Ο συνολικός όμως χρόνος καταχωρίσεων και καταγραφής των ενεργειών του ιατρού που απαιτείται από το πρόγραμμα είναι σημαντικά μεγαλύτερος, ιδίως στην καταγραφή των ιατρικών πράξεων και των άλλων εντολών προς τα άλλα τμήματα (φαρμακείο, χειρουργείο, ακτινολογικό κ.λπ.), δεδομένης της αδυναμίας που παρουσιάστηκε για συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σε περίπτωση φαρμακευτικής εντολής, υπάρχει ανάγκη κάποιας ποσότητας που έχει προγραμματισθεί να ενημερώνεται συνεχώς. Οι περιπτώσεις αυτές δεν έχουν προσεκτικά προσεγγισθεί, ώστε να γνωρίζουμε το συνολικό χρόνο συμμετοχής του κλινικού ιατρού στην καταχώριση (νοσηλευτική εργασία).

III Εξειδικευμένες Εφαρμογές

I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Στην εφαρμογή αυτή έγιναν αρκετές αναπροσαρμογές κυρίως στο χειρουργικό ιστορικό, στην αναισθησία, καθώς και στο πρακτικό εγχείρησης. Η εφαρμογή δεν έχει τεθεί σε παραγωγική λειτουργία. Έγιναν όμως σχετικοί έλεγχοι και σήμερα βρίσκεται σε πιλοτικό στάδιο.

Οι κύριες διαδικασίες που περιλαμβάνονται στην διεργασία αυτή είναι:

- εντολή εγχείρησης ασθενή
- προεγχειρητική ετοιμασία ασθενή
- αναισθησία ασθενή
- πρακτικό εγχείρησης
- μετεγχειρητική εξέλιξη ασθενή
- πληροφοριακές καταστάσεις

Η πρώτη διαδικασία της εντολής εγχείρησης είναι μέρος της εφαρμογής Ιατρικές εντολές, αλλά περιλαμβάνεται και στην εφαρμογή Χειρουργείο. Οι πληροφορίες που εισέρχονται ως είσοδος (input) στη διαδικασία της "Έκδοση Εντολή Εγχείρησης" είναι:

- Στοιχεία Εσωτερικού-Εξωτερικού Ασθενή
- Στοιχεία Κλινικού Τμήματος του Χρήστη
- Στοιχεία Χειρουργικής Επέμβασης

Οι ροές των παραπάνω πληροφοριών είναι "εξωτερικές" ως προς το σύστημα, πλην της ροής "Στοιχεία Χειρουργικής Επέμβασης" που είναι τοπική ως προς αυτό.

Οι ροές πληροφοριών που εξέρχονται (output) από τη διαδικασία είναι:

Στοιχεία Εντολής (δύο ροές). Η πρώτη αποτελεί είσοδο στη διαδικασία "Έκδοση πληροφοριακές Καταστάσεις", ενώ η δεύτερη αποτελεί είσοδο στις διαδικασίες "Κατάγραψε Προεγχειρητική Ετοιμασία" και "Κατάγραψε Πρακτικό Εγχείρησης".

Η διαδικασία της προεγχειρητικής ετοιμασίας προκαλείται από αντίστοιχη εντολή και καταγράφει κωδικοποιημένες ενέργειες, οι οποίες ενημερώνουν το φάκελο του ασθενή και τροφοδοτούν τη διαδικασία έκδοσης πληροφοριακών καταστάσεων.

Η διαδικασία αναισθησίας περιλαμβάνει ενέργειες συμπλήρωσης στοιχείων αναισθησία χορηγούνται στον ασθενή, τα οποία ενημερώνουν τον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Εξοπλισμός γίνεται ενημέρωση των νοσηλείων με τα στοιχεία χρέωσης της αναισθησίας. Τα παραπάνω στοιχεία εμφανίζονται ή εκτυπώνονται.

Το Πρακτικό Εγχείρησης υπαγορεύεται ή γράφεται αμέσως μετά την εγχείρηση και περιλαμβάνει περιγραφή των ευρημάτων, τις τεχνικές διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν, τα δείγματα που πάρθηκαν, καθώς και τα ονόματα των χειρουργών και εργαλειοδοτών. Με την ενημέρωση του πρακτικού εγχείρησης τα στοιχεία μεταφέρονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή και ενημερώνονται τα νοσήλια.

Στο διάγραμμα ροής δεδομένων που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι έξι (6) διαδικασίες, καθώς και τα δεδομένα τα οποία τις συνδέουν.

και
τικά
ς τα
που

έχει
ικά
την

ιν
ή

2.2 ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΠΣΝ - (ΠΣΝ & ΔΠΣΝ ή ΝΠΣ & ΣΔΕ)

- Ο βασικός πυρήνας του ΠΣΝ είναι ο Ιατρικός Φάκελλος Ασθενών (ΙΦΑ) που αφορά στην υποστήριξη της διαδικασίας παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς με το μικρότερο δυνατό κόστος. Σύμφωνα με αυτήν την αντίληψη θεωρούμε ότι όλες οι πληροφορίες του ΙΦΑ όπως αυτές παράγονται και χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της παροχής ιατρικής φροντίδας προς τους ασθενείς, αποτελούν τη μόνη ρεαλιστική βάση για την κατασκευή και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου ΠΣΝ.

Το προσφερόμενο ΠΣΝ βασίζεται σ' αυτήν την αντίληψη για τον ΙΦΑ ώστε να είναι κατάλληλος για κλινική αλλά και διαχειριστική χρήση. Έτσι, ο στόχος της ανάπτυξης του ΠΣΝ βασίσθηκε στη δημιουργία μιας αρχιτεκτονικής με πληροφορίες που συνεχώς καταγράφονται στον ΙΦΑ και είναι πιστή αναπαράσταση της διαδικασίας παροχής κλινικής φροντίδας και ταυτόχρονα είναι κατάλληλος και για άλλες χρήσεις των καταγεγραμμένων πληροφοριών με ταυτόχρονη δυνατότητα εύκολου εμπλουτισμού τους.

- Πολλά από τα υπάρχοντα ΠΣΝ στοχεύουν αποκλειστικά στην παροχή (συνοπτικών) πληροφοριών κατάλληλων για έρευνα, ή την εκπαίδευση, ή την κλινική αξιολόγηση, ή για οικονομικούς λόγους ή για προγραμματισμό (planning). Όμως οι σύγχρονες τάσεις θεωρούν ότι οι πληροφορίες αυτές πρέπει να εξάγονται από τα αναλυτικά δεδομένα της κλινικής δραστηριότητας (όπως συμβαίνει στο προσφερόμενο ΠΣΝ) και όχι να αποτελούν αυτοσκοπό. Σε αντίθετη περίπτωση, οι πληροφορίες είναι κατάλληλες μόνον για επιμέρους λειτουργίες ή για "διοικητική" χρήση και όχι για κλινική.
- Γενικά, τα δεδομένα του ΙΦΑ του προσφερόμενου ΠΣΝ είναι δύο ειδών: δομημένα (structured) (π.χ. αριθμός μητρώου, ονοματεπώνυμο κ.λπ.) και μη-δομημένα όπου περιλαμβάνονται και ελεύθερα κείμενα (π.χ. σημειώσεις νοσοκόμων και ιατρών, περιγραφικές γνωματεύσεις), εικόνες (π.χ. αξονικές τομογραφίες, ακτινογραφίες) καθώς και σήματα (π.χ. καρδιογραφήματα, εγκεφαλογραφήματα).

Για το συγκεκριμένο διαγωνισμό του ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ το προσφερόμενο ΠΣΝ υποστηρίζει δομημένα δεδομένα όλων των τύπων (data types) καθώς και δεδομένα σαν ελεύθερα κείμενα (μη-δομημένα) δηλαδή υπερκαλύπτει πλήρως τις απαιτήσεις της προκήρυξης. Σε επόμενη έκδοση του ΠΣΝ η INTRASOFT προτίθεται να ενσωματώσει και δυνατότητες καταγραφής, επεξεργασίας και ανάκτησης και άλλων τύπων μη-δομημένων δεδομένων πέραν των ελευθέρων κειμένων στοχεύοντας στη δημιουργία ενός multimedia ΠΣΝ (π.χ. εικόνες). Το γεγονός αυτό δεν αποκλείει σήμερα την "πρωτόγονου τύπου" αποθήκευση και μεταφορά ακτινογραφιών ή άλλων εικόνων αλλά οι λειτουργίες αυτές δεν είναι σήμερα οργανικά ενσωματωμένες στο ΠΣΝ.

- Οι εργασίες που εκτελούνται στα διάφορα τμήματα των νοσοκομείων όπως τα κλινικά χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα, καθώς και από κρίσιμες αποφάσεις και διαδικασίες που συχνά, λαμβάνονται υπό πίεση λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας ή της κρισιμότητας. Επίσης, τα επιμέρους τμήματα έχουν ιδιαίτερες μεθόδους εργασίας στις οποίες έχει εξοικειωθεί το προσωπικό και στις οποίες αποδίδει μεγάλη σημασία. Για τους λόγους αυτούς το προσωπικό είναι συνήθως πολύ ευαίσθητο σε τυχόν αναντιστοιχίες μεταξύ του πληροφοριακού συστήματος και των καθιερωμένων πρακτικών εργασίας τους.

Κατά συνέπεια, η επιτυχία ενός ΠΣΝ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευελιξία του για προσαρμογή στις αντίστοιχες πρακτικές εργασίας των τμημάτων του και ειδίως των κλινικών. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι δύσκαμπτα ή αναποτελεσματικά συστήματα δεν γίνονται αποδεκτά από τους χρήστες και απορρίπτονται και ιδίως τα συστήματα με Ιατρικό Προσανατολισμό (ΙΠΣΝ). Κατά συνέπεια, η ευελιξία πρέπει να παρέχει, σε σημαντικό βαθμό τη δυνατότητα τροποποιήσεων του λογισμικού εφαρμογών του ΠΣΝ χωρίς την παρέμβαση ειδικών προγραμματιστών.

- Έτσι και ειδικότερα η ανάπτυξη του ΠΣΝ βασίζεται σε δύο λογικά μοντέλα δηλαδή το μοντέλο δεδομένων (data model) του ΙΦΑ και το μοντέλο διαδικασιών (process model) της φροντίδας ασθενών και κυρίως της κλινικής φροντίδας. Το μοντέλο δεδομένων αφορά τη δόμηση των δεδομένων που σχετίζονται με τον ασθενή και την παρεχόμενη σ' αυτόν φροντίδα. Το μοντέλο διαδικασιών αφορά τις διαδικασίες που πρέπει να εκτελούνται και τα δεδομένα που πρέπει να καταγράφονται και να χρησιμοποιούνται.

Γενικότερα πάντως τα βασικά κριτήρια σχεδιασμού και υλοποίησης του ΠΣΝ είναι :

Αποδοτικότητα

Οι δοσοληψίες που εκτελούνται από το σύστημα μπορεί να είναι απλές ή σύνθετες. Όλες πάντως οι δοσοληψίες υπόκεινται σε περιορισμούς όσον αφορά τους χρόνους απόκρισης και απαιτούνται γρήγοροι χρόνοι απόκρισης ιδιαίτερα για τις απλές δοσοληψίες. Οι δοσοληψίες αυτές εκτελούνται συχνά και από διάφορα ή διαφορετικά άτομα και πρέπει να εισάγονται στο σύστημα γρήγορα σωστά και απλά.

Ευελιξία

Το σύστημα επιβάλλεται να είναι ευέλικτο ώστε να είναι δυνατή η εύκολη και γρήγορη προσαρμογή του στις τοπικές απαιτήσεις χωρίς την παρέμβαση ειδικών προγραμματιστών (κατά το δυνατό). Έτσι τμήματα διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά ακόμα και κλινικά τμήματα της ίδιας γενικής ειδικότητας (π.χ. α' και β' παθολογική κλινική) μπορεί να έχουν διαφορετικές απαιτήσεις σχεδιασμού τουλάχιστον σε ότι αφορά το user interface.

Το βασικό χαρακτηριστικό που διακρίνει το HELIOS είναι η ποιότητα του σχεδιασμού, της κατασκευής και της αρχιτεκτονικής του. Η έμφαση στην ποιότητα προσδίδει στο προϊόν την απαραίτητη ευελιξία για προσαρμογή και ανάπτυξη που το καθιστά αξιόπιστο και χρήσιμο σε κάθε νοσοκομειακό περιβάλλον. Έτσι, το HELIOS καθιστά ουσιαστική τη χρήση του υπολογιστή και όχι απλά την ύπαρξη του. Ο υπολογιστής ενσωματώνεται στη λειτουργία του νοσοκομείου συμβάλλοντας αποφασιστικά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του. Το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου έχει στη διάθεσή του ένα εργαλείο που διευκολύνει την εργασία του και η διοίκηση του νοσοκομείου ένα πληροφοριακό σύστημα που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του.

2.3.3 Λειτουργικά Χαρακτηριστικά

Το HELIOS είναι ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα νοσοκομείου (ΠΣΝ) που προσδιορίζεται από τρία βασικά συστατικά: ολοκλήρωση δεδομένων, λειτουργική ολοκλήρωση και τεχνολογική ολοκλήρωση.

- *Ολοκλήρωση δεδομένων* σημαίνει ότι τα δεδομένα καταχωρούνται μία μόνο φορά και κατόπιν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από κάθε χρήστη που είναι συνδεδεμένος στο σύστημα και έχει κατάλληλη δικαιοδοσία σε διάφορες μορφές και στον τόπο εργασίας του (π.χ. εντολές).
- *Λειτουργική ολοκλήρωση* σημαίνει ότι τα λογικά τμήματα που αποτελούν το σύστημα επικοινωνούν μεταξύ τους, όπου απαιτείται, παρέχοντας τη δυνατότητα στους χρήστες, με την κατάλληλη δικαιοδοσία, να εκμεταλλεύονται εύκολα τις λειτουργίες του (π.χ. εκτέλεση εντολών).
- *Τεχνολογική ολοκλήρωση* σημαίνει ότι οι χρήστες που έχουν πρόσβαση στο δίκτυο διαχειρίζονται τα δεδομένα και τις λειτουργίες που χρειάζονται στην εργασία τους και επιπλέον διατίθεται πλήρης επικοινωνία και ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των συνιστωσών του δικτύου (π.χ. διάθεση πληροφοριών σε οποιοδήποτε χρήστη με την κατάλληλη εξουσιοδότηση).

Οι κύριες λειτουργίες που υποστηρίζει το HELIOS είναι:

- Ιατρικός φάκελος ασθενών (ΙΦΑ)
- Αυτοματισμός εργαστηρίων
- Ακτινολογικό (ακτινοδιαγνωστικό, ακτινοθεραπευτικό, πυρηνική ιατρική)
- Φαρμακείο
- Χειρουργεία
- Διαιτολογικό
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες
- Λογιστήριο
- Εισαγωγή και κίνηση ασθενών
- Βλέπε Κεφάλαια 4 και 5 για λεπτομερή περιγραφή των λειτουργιών του.

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ενα πληροφοριακό σύστημα νοσοκομείου (ΠΣΝ) αφορά την αποθήκευση, επεξεργασία και ανάκτηση πληροφοριών για την υποστήριξη των διαδικασιών παροχής ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς του νοσοκομείου. Μεταξύ των εφαρμογών που απαιτούνται για ένα ολοκληρωμένο ΠΣΝ με την αντίστοιχη χρέωση των υπηρεσιών αυτών, περιλαμβάνονται:

ΙΠΣΝ - Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων :

- Διαχείριση Ασθενή
- Ιατρική Φροντίδα
- Ιατρικές Εντολές
- Νοσηλευτική Φροντίδα
- Εξετάσεις
- Ακτινολογικό
- Διαιτολογικό
- Εφημερίες
- Χειρουργεία (εγχειρήσεις)
- Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
- Φαρμακείο
- Τράπεζα Αίματος
- Διαχείριση Πληροφοριών
- Εργαλεία Λογισμικού
- Γενικές Βοηθητικές Εργασίες

ΔΠΣΝ - Διαχειριστικό Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων:

- Γενική Λογιστική
- Αναλυτική Λογιστική
- Ταμειακός Προϋπολογισμός
- Κύκλωμα Πελατών
- Διαχείριση Αποθηκών
- Κύκλωμα Αγορών
- Διαχείριση Παγίων
- Σύστημα Προσωπικού
- Μισθοδοσία
- Οργανωτική Διαχείριση
- Άλλες Βοηθητικές Εργασίες

Αρχειοθέτηση - Οπτικές Βιβλιοθήκες

Ο Ιατρικός Φάκελος Ασθενών (ΙΦΑ) αποτελεί τον πυρήνα οποιοδήποτε ΠΣΝ και μπορεί να οριστεί ως μία βάση δεδομένων (ολοκληρωμένο σύνολο αρχείων οιασδήποτε μορφής που περιλαμβάνει αριθμητικά δεδομένα, κείμενα, εικόνες) στην οποία καταγράφονται τα δεδομένα που παράγονται κατά την εκτέλεση ιατρικών και νοσηλευτικών καθώς και άλλων βοηθητικών διαδικασιών. Έτσι, ο ΙΦΑ αποτελεί

σημαντική πηγή πληροφοριών πολλαπλών χρήσεων όπως: ιατρική αξιολόγηση (medical audit), παρακολούθηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων (utilization review), υποστήριξη ιατρικών αποφάσεων (medical decision support), επιστημονική έρευνα και εκπαίδευση (research and education), παρακολούθηση του κόστους των υπηρεσιών παροχής νοσοκομειακής φροντίδας, χρέωση των παρασχεθέντων υπηρεσιών, κ.λ.π.

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της αυτοματοποίησης του ιατρικού φακέλου, η προκήρυξη αναφέρει ότι "ο προμηθευτής είναι υπεύθυνος για την ολοκλήρωση (Integration) και επικοινωνία των επιμέρους υποσυστημάτων που συνθέτουν το πληροφοριακό σύστημα" (σελ4). Η προσφορά της INTRASOFT ανταποκρίνεται πλήρως στην βασική αυτή απαίτηση της προκήρυξης καλύπτοντας τις απαιτήσεις του Νοσοκομείου.

Στη συνέχεια περιγράφονται οι βασικές απαιτήσεις ενός σύγχρονου ΠΣΝ όπως σκιαγράφονται στην προκήρυξη και η δομή του προτεινόμενου συστήματος όσον αφορά τη βάση δεδομένων, τις εφαρμογές, το περιβάλλον ανάπτυξης καθώς και το τεχνικό περιβάλλον λειτουργίας.

Στο Κεφάλαιο 5 περιγράφεται αναλυτικά ένα προαιρετικό σύστημα αρχειοθέτησης (πέραν δηλαδή των συνηθών Backups σε ταινίες που αποτελεί επέκταση του ΙΦΑ, συνλειτουργεί με το ΠΣΝ και ουσιαστικά καταργεί άλλα πολυδάπανα συστήματα (π.χ. μικροφωτογράφηση) και ελευθερώνει το προσωπικό το Νοσοκομείου από την διαχείριση των πολυπληθών εγγράφων (όγκος, αποθηκευτικοί χώροι).

Τέλος, ένα ΠΣΝ δεν πρέπει παρά να λαμβάνει υπ'όψιν τα προβλήματα ομοιομορφίας του ΙΦΑ με τα υπόλοιπα Νοσοκομεία της χώρας καθώς και τα θέματα τηλεπικοινωνιακής σύνδεσής τους.

Στον τομέα αυτό, η INTRASOFT είναι η μοναδική εταιρεία που μπορεί να παράσχει μία παρόμοια εγγύηση.

4.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από τις Λειτουργικές Προδιαγραφές του Παραρτήματος Α της Προκήρυξης το ΠΣΝ πρέπει να εξυπηρετεί τις ανάγκες επικοινωνίας των ακόλουθων χρηστών :

- Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό των Κλινικών
- Προσωπικό Εργαστηρίων
- Ιατρικό Προσωπικό Εξωτερικών Ιατρείων
- Προσωπικό Φαρμακείου
- Διοικητικό Προσωπικό
- κλπ.

Παράλληλα ο ΙΦΑ πρέπει:

- α. να αποτελεί τον πυρήνα όλων των εφαρμογών της ΒΛ
- β. να είναι problem-oriented αλλά και time-oriented για να μπορεί να χρησιμοποιείται για κλινικούς και για διαχειριστικούς σκοπούς

Με δεδομένη τη σημασία του ΙΦΑ και ιδίως του κλινικού μέρους (ΙΠΣΝ) για την λειτουργία το Νοσοκομείο και υπό μορφή πίνακα παρουσιάζονται στα επόμενα οι βασικές Λειτουργίες κάθε Νοσοκομείου που έχουν σχέση με την παροχή υπηρεσιών κλινικής φροντίδας και οι δοσοληψίες (business transactions) κατά την εκτέλεση των εργασιών τους σε αντίθεση δηλαδή με τις διαχειριστικές ανάγκες (ΔΠΣΝ) οι οποίες είναι "κλασσικές".

5.2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ΙΠΣΝ)

5.2.1. Γενικά

Το ΙΠΣΝ αποτελεί την κύρια συνιστώσα του πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείου, με πυρήνα την εφαρμογή του Ιατρικού Φακέλου Ασθενών (ΙΦΑ) και επικουρικές εφαρμογές εκείνες που αφορούν την επικοινωνία μεταξύ κλινικών τμημάτων και του κάθε κλινικού τμήματος με άλλες μονάδες του νοσοκομείου όπως εργαστήρια, ακτινολογικό, αιμοδοσία, φαρμακείο, διαιτολογικό.

Το ΙΠΣΝ διαχειρίζεται όλα τα κύρια σημεία επαφής των ασθενών με τις λειτουργικές μονάδες του Νοσοκομείου και η ευχρηστία του σε συνδυασμό με την ευλυγισία και πληρότητά του αποτελούν παράγοντες για την ορθολογική και επιτυχή εισαγωγή του ΠΣΝ στο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ.

Για το λόγο αυτό, στο τέλος του παρόντος και ενδεικτικά, παραθέτουμε δείγματα (οθόνες) της επαφής (Interface) του χρήστη με το σύστημα.

ΣΤΟΧΟΙ

Το ΙΠΣΝ όπως έχει αναπτυχθεί από την INTRASOFT A.E. στοχεύει :

- Στην παροχή υψηλής ποιότητας πληροφοριών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους χρήστες εκείνους για τους οποίους έχει οριστεί ανάλογη δυνατότητα πρόσβασης.
- Στη μείωση της γραφικής εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η αποτελεσματικότερη χρήση των υπάρχοντων πόρων.
- Στην αυτοματοποίηση της διαδικασίας έγκαιρης διάθεσης και χρέωσης ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικού υλικού.
- Στη βελτίωση της παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και η ορθολογική δόμηση των αντίστοιχων πληροφοριών.
- Στην παροχή των κατάλληλων πληροφοριών για ιατρική/νοσηλευτική έρευνα και εκπαίδευση.
- Στη δημιουργία και εκμετάλλευση ολοκληρωμένου ομοιογενούς Ιατρικού Φακέλου Ασθενών για κάθε νοσοκομείο και την χώρα συνολικά.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα γενικά λειτουργικά χαρακτηριστικά του ΙΠΣΝ είναι:

- Καταγραφή και παρακολούθηση της πορείας του ασθενή από την είσοδο του στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδο του από αυτό.
- Δυνατότητα αυτόματης αρχειοθέτησης ιατρικών φακέλων ασθενών και αυτόματης ανάκτησής τους.
- Ασφάλεια στην πρόσβαση των στοιχείων του ασθενή (η πρόσβαση στα στοιχεία επιτρέπεται μόνο στους χρήστες με την κατάλληλη δικαιοδοσία).

Οι παραπάνω βασικές απαιτήσεις οδηγούν στις εξής σχεδιαστικές αποφάσεις που διέπουν την προτεινόμενη λύση.

1. Το σύστημα επιβάλεται να μπορεί να γίνει customised στις ανάγκες κάθε κλινικής ή εργαστηρίου διατηρώντας, όμως την ομοιομορφία των λεξικών δεδομένων (Data Dictionary) στο Νοσοκομείο.

Με άλλα λόγια το κάθε κλινικό τμήμα ή εργαστήριο θα μπορεί να χρησιμοποιεί έντυπα της επιλογής του (εάν αυτό είναι επιθυμητό).

2. Το σύστημα θα πρέπει να αποτυπώνει τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου αλλά και να τους αλλάζει όταν αυτό απαιτηθεί χωρίς όμως και πάλι να παραβιάζονται οι κανόνες λειτουργίας της Βάσης Δεδομένων.
3. Να επιτρέπει στο προσωπικό του κάθε τμήματος να δημιουργήσει το δικό του περιβάλλον εργασίας με στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης κλινικής φροντίδας προς τους ασθενείς.

Παράλληλα η υπάρχουσα τεχνική υποδομή στα νοσοκομεία οδηγεί στην υλοποίηση μίας λύσης που θα πρέπει να έχει τα εξής τεχνικά χαρακτηριστικά:

- Επεκτασιμότητα (expandability) ώστε να μπορούν και άλλες λειτουργίες να ενσωματωθούν στο μέλλον εύκολα και γρήγορα.
- Μεταφερτότητα (portability) ώστε να εξασφαλίζεται η ανεξαρτησία τους από κατασκευαστές και η κατοχύρωση της επένδυσης.
- Φιλικότητα (user-friendliness) με τη χρήση νέων τεχνολογιών Γραφικών User Interface ή να παρέχει τη δυνατότητα εύκολης ενσωμάτωσής τους.
- Συνεργασιμότητα (interoperability) που κύρια βασίζεται στο αρχιτεκτονικό μοντέλο του client-server όχι μόνο σε επίπεδο data base αλλά και σε επίπεδο User Interface. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό στο ίδιο σύστημα να συνυπάρχουν PCs, Terminals με Data Base Servers.

Ο κύριος λόγος για τον οποίο προτείνεται ο παραπάνω τρόπος λειτουργίας είναι ότι σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή αν δεν κατανεμηθούν προσωπικοί υπολογιστές σε εργαστήρια τότε:

- Μετά την εγκατάσταση του συστήματος θα δημιουργηθεί ένας επιπλέον φόρτος εργασίας για το νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό του κλινικού τμήματος, το οποίο θα επιφορτιστεί με το επιπλέον έργο της εισαγωγής των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων στη βάση δεδομένων του ΙΦΑ.
- Δεν θα υπάρχει δυνατότητα αξιολόγησης της λειτουργίας του συστήματος σε ότι αφορά την απομακρυσμένη προσπέλαση (remote access) της βάσης δεδομένων του ΙΦΑ από εργαστηριακές μονάδες και της λειτουργίας του όλου περιβάλλοντος κατανεμημένης επεξεργασίας κατά το μοντέλο client/server.

Σε κάθε περίπτωση, είναι γεγονός ότι ο ζητούμενος αριθμός σταθμών εργασίας (προσωπικοί υπολογιστές) είναι πιθανόν να μην καλύπτει τις ανάγκες του ΠΣΝ. Οπότε, επιβάλλεται το νοσοκομείο να προμηθευτεί τον απαιτούμενο εξοπλισμό και μέχρι τότε υπάρχει ανάγκη λειτουργίας του νοσοκομείου κατά υβριδικό τρόπο. Δηλαδή, κάποιες μονάδες του νοσοκομείου που "τροφοδοτούν" τον ΙΦΑ με στοιχεία θα διαθέτουν προσωπικό υπολογιστή (συνδεδεμένο στο δίκτυο) και θα επικοινωνούν με τον ΙΦΑ κατά αυτοματοποιημένο τρόπο ενώ κάποιες μονάδες του νοσοκομείου δεν θα διαθέτουν προσωπικό υπολογιστή (συνδεδεμένο στο δίκτυο) και θα επικοινωνούν με τον ΙΦΑ κατά τον παραδοσιακό χειρόγραφο τρόπο. Για τις δεύτερες μονάδες, θα πρέπει να ληφθεί η απόφαση είτε τα στοιχεία που παράγουν δεν θα καταχωρούνται στον αυτοματοποιημένο ΙΦΑ είτε θα καταχωρούνται στο κλινικό τμήμα που είναι ο αποδέκτης αυτών των στοιχείων.

Στα πλαίσια του R&D της INTRASOFT στο χώρο της πληροφορικής υγείας, και σε δεύτερο στάδιο ανάπτυξης της προσφερόμενης λύσης, η INTRASOFT προτίθεται να ενσωματώσει και λειτουργία τοπικής διαχείρισης δεδομένων δηλαδή τα PCs να μπορούν να αντικατασταθούν από ισχυρότερους τμηματικούς υπολογιστές. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων θα μπορούν να καταγράφονται εκτός της Βάσης Δεδομένων του ΙΦΑ, και σε τοπική βάση δεδομένων του τμηματικού υπολογιστή του αιματολογικού εργαστηρίου για τοπική χρήση (π.χ. για ερευνητικούς σκοπούς). Κατ' αυτόν τον τρόπο αυξάνεται και η διαθεσιμότητα του όλου συστήματος διότι θα παρέχεται η δυνατότητα μερικής, έστω, λειτουργίας του σε περίπτωση βλάβης του κεντρικού υπολογιστή ή του κεντρικού δικτύου επικοινωνίας. Η επέκταση αυτή (δαπανηρή σε εξοπλισμό) μπορεί να υλοποιηθεί σε δεύτερη φάση όταν θα έχει γενικευθεί η χρήση του συστήματος και ανάλογα με τις ανάγκες του νοσοκομείου.

Παράλληλα (κυρίως για τα εργαστήρια) για τα τμήματα που διαθέτουν προσωπικούς υπολογιστές συνδεδεμένους σε ιατρικά μηχανήματα όπου και καταλήγουν οι μετρήσεις, εξετάσεις κλπ. Η INTRASOFT πέραν της πρότασης σύνδεσης (προαιρετικά) έχει ξεκινήσει μία γενικότερη δραστηριότητα ανάλυσης απαιτήσεων και δημιουργίας γενικευμένου interface για την αυτόματη μεταφορά τους στο ΙΦΑ που θα διευκολύνει και βελτιώσει την λειτουργικότητα του συνολικού νοσοκομείου. Εξυπακούεται ότι η λύση αυτή θα προκύψει μετά από την συνεννόηση και με τις

ιατρικών δεδομένων όπως τα HL7, IEEE P1157 MEDIX και TC251/CEN. Η INTRASOFT δεσμεύεται να ενσωματώσει τα αντίστοιχα πρότυπα όταν αυτά ανακοινωθούν επίσημα.

- 4.5.5 Η ανάπτυξη του ΠΣΝ όπως και άλλων μεγάλων έργων που έχει αναλάβει η INTRASOFT ακολουθεί έναν δομημένο κύκλο ζωής (structured life-cycle) που περιλαμβάνει συγκεκριμένες φάσεις από την ανάλυση των απαιτήσεων και το σχεδιασμό μέχρι τη λειτουργία και τη συντήρηση του συστήματος. Σε όλες τις φάσεις του κύκλου ζωής χρησιμοποιούνται δομημένες τεχνικές όπως: Data Flow Diagrams, Entity-Relationship Methodology και Structure Charts. Η χρήση των τεχνικών αυτών γίνεται μέσω εργαλείων CASE που διαθέτει η INTRASOFT.
- 4.5.6 Η τροφορούμενη λύση έχει σχεδιαστεί κατά τρόπο που επιτρέπει την κωδικοποίηση ιατρικών δεδομένων κατά οποιοδήποτε σύστημα επιλεγεί από το Νοσοκομείο ή το Υπουργείο Υγείας. Μεταξύ των συστημάτων αυτών τα πιο κοινά και ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι:
- ICD-9 ή ICD-9-CM ή ICD-10 (International Classification of Diseases) από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας που αφορά την κωδικοποίηση νόσων και διαγνώσεων. Η INTRASOFT με δική της πρωτοβουλία έχει ενσωματώσει την Ελληνική μετάφραση του ICD αλλά αυτό δεν είναι υποχρεωτικό για το νοσοκομείο.
 - RCC (Read Clinical Classification) που κατασκευάστηκε από τον ιατρό JD Read που περιλαμβάνει περισσότερους από 100.000 κώδικες και συνώνυμα για διαγνώσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και διαδικασίες, φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις και αποτελέσματα, ακτινογραφίες, στοιχεία ατομικού, οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού, φυσικές εξετάσεις, συμπτώματα και σημεία, επαγγέλματα κλπ.
 - SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) από το College of American Pathology που αφορά την κωδικοποίηση νόσων και διαγνώσεων, επαγγελμάτων, σταδίων νόσων κλπ.
 - SNOP (Systematized Nomenclature of Pathology) από το College of American Pathology που αφορά την κωδικοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων.
 - OPCS-4 (Operations Procedures Classification System) που αφορά την κωδικοποίηση χειρουργικών διαδικασιών.
 - Για την κωδικοποίηση των φαρμάκων προτείνεται να χρησιμοποιηθεί το σύστημα που έχει υιοθετήσει ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) και έχει χρησιμοποιήσει και το ΚΗΥΚΥ (εφαρμογή Φαρμακείου) που χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλά Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ομως, παρέχεται η δυνατότητα χρήσης οποιουδήποτε άλλου (π.χ. British National Formulary - BNF).

- 4.5.10 Η υλοποίηση συστήματος DRG είναι δυνατόν να γίνει αλλά προϋποθέτει την ύπαρξη κωδικοποιημένων δεδομένων. Για παράδειγμα, το Αμερικάνικο σύστημα DRG που αναπτύχθηκε το 1981 από τους Fetter et al του Πανεπιστημίου του Yale βασίζεται στο σύστημα κωδικοποίησης ICD-9-CM. Κατά συνέπεια, η προσφερόμενη λύση παρέχει τη δυνατότητα υλοποίησης συστήματος DRG εφόσον ένα τέτοιο σύστημα επιλεγεί ή αναπτυχθεί στη χώρα μας από το Υπουργείο Υγείας το οποίο και έχει αναλάβει τις σχετικές πρωτοβουλίες (βλέπε και προηγούμενα στην 5.6 για την πρωτοβουλία της INTRASOFT).
- 4.5.11 Ο IRG που έχει ενσωματωθεί στην προσφερόμενη λύση παρέχει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής της μορφής των αναφορών (π.χ. tabular) ή εφόσον το νοσοκομείο διαθέτει το κατάλληλο λογισμικό γραφικών της αντιστοιχίας βάσης δεδομένων (π.χ. Vigraph για την INGRES).
- 4.5.12 Κατά το φυσικό σχεδιασμό της εφαρμογής χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες μέθοδοι οργάνωσης και προσπέλασης αρχείων (π.χ. B-trees, hashing) από αυτές που παρέχει τα ΣΣΔΒΔ με στόχο τη βέλτιστη απόδοση.
- 4.5.13 Η ανάλυση και ο σχεδιασμός του ΠΣΝ ακολουθεί την data flow προσέγγιση που διευκολύνει τη διάσπαση σε modules που περιλαμβάνουν: ομάδες δεδομένων (objects), επιμέρους λειτουργίες (operations) και σημεία επικοινωνίας μεταξύ των modules (messages). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για το σχεδιασμό συστημάτων κατανεμημένης επεξεργασίας λόγω της έμφασης που δίδει στη ροή δεδομένων (data-flow). Υπό μία έννοια η ροή δεδομένων του ΙΦΑ αντιστοιχεί προς τη (λογική) ροή των ασθενών (patient flow) τον οποίο αφορούν όλα τα δεδομένα.
- Στη συνοπτική αναπαράσταση της επικοινωνίας μεταξύ μονάδων του νοσοκομείου (Σχήμα 8) μέσω του τοπικού δικτύου, οι προσωπικοί υπολογιστές μπορούν να συνδεθούν με πιθανούς τμηματικούς μέσω κλάδου του τοπικού δικτύου ή και απευθείας στο τοπικό δίκτυο. Οι τμηματικοί Υπολογιστές δηλαδή μπορεί να είναι απλοί προσωπικοί υπολογιστές με το κατάλληλο λογισμικό ή multiuser (UNIX) συστήματα.
- 4.5.14 Ένα διάγραμμα ροής ασθενών (patient-flow diagram) απεικονίζει την πρόοδο του ασθενούς εντός ενός κλινικού τμήματος από την εισαγωγή του μέχρι την έξοδο του. Η προσφερόμενη λύση περιλαμβάνει τη χρονική καταγραφή όλων των ιατρικών, νοσηλευτικών και λοιπών δραστηριοτήτων του νοσοκομείου που αναλαμβάνονται κατά τη ροή των ασθενών, την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων τους (χρονικά και κατά πρόβλημα, καταγραφή των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, των μεταβολών της κατάστασης των ιατρικών προβλημάτων, κλπ.). Έτσι, είναι δυνατή η παραγωγή στατιστικών στοιχείων σχετικά με τη λίστα αναμονής, τη διάρκεια νοσηλείας, το είδος των ασθενών ανά πρωτεύουσα διάγνωση και ανά κλινικό τμήμα, τους χρόνους μεταξύ ιατρικών εντολών και εκτέλεσης τους, την πληρότητα των κλινών ανά κλινικό τμήμα κ.λπ. Έτσι το σύστημα και για οιαδήποτε λειτουργική μονάδα του νοσοκομείου μπορεί και παρέχει (με γραφικό τρόπο) πληροφορίες πληρότητας (στατιστικά) αλλά και επακριβείς πληροφορίες (π.χ. ποιός ασθενής βρίσκεται σε ποιά κρεβάτι του νοσοκομείου).
- 4.5.15 Η προσφερόμενη λύση περιλαμβάνει ιατρικά δεδομένα στο απαιτούμενο επίπεδο λεπτομέρειας για την κλινική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (effectiveness)

και αποδοτικότητας (efficiency) των ιατρικών/νοσηλευτικών πρακτικών. Η διαδικασία κλινικής αξιολόγησης υποβοηθάται σημαντικά από την κατάσταση προγραμμάτων νοσηλείας (care-plans) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τήρηση προτύπων νοσηλείας.

- 4.5.16 Η προσφερόμενη λύση είναι εφοδιασμένη με εκτεταμένη on-line help λειτουργία για τη γρήγορη εκμάθησή του συστήματος και για τη καθοδήγηση των χρηστών στη λειτουργία του. Επιπλέον το σύστημα εμφανίζει υποβοηθητικά μηνύματα στις περιπτώσεις λήψης κρίσιμων αποφάσεων αλλά και σε περιπτώσεις παράληψης βασικών πληροφοριών.
- 4.5.17 Όλα τα λογικά τμήματα της προσφερόμενης λύσης έχουν το ίδιο user interface το οποίο παρέχει έναν εύκολο και αποτελεσματικό μηχανισμό ελέγχου και εκτέλεσης των επιθυμητών διαδικασιών.
- 4.5.18 Η προστασία και εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων έχει διάφορες όψεις όπως: την προστασία των δεδομένων από βλάβες ή καταστροφές, την προστασία των δεδομένων από μη εξουσιοδοτημένες τροποποιήσεις ή καταστροφές, την προστασία προσωπικών δεδομένων από τυχαία ή μη εξουσιοδοτημένη αποκάλυψή τους και την προστασία του ιατρικού απορρήτου. Η προσφερόμενη λύση διαθέτει εκτεταμένο μηχανισμό προστασίας και διατήρησης της εμπιστευτικότητας των δεδομένων μέσω δομών passwords διαφόρων επιπέδων. Ο μηχανισμός ελέγχει τη δικαιοδοσία των χρηστών για πρόσβαση σε εφαρμογές, επιμέρους προγράμματα εφαρμογών και/ή δοσοληψίες και επιμέρους δεδομένα. Σε κάθε τροποποίηση των δεδομένων καταγράφεται αυτόματα η ημερομηνία, η ώρα και η ταυτότητα του χρήστη. Για την προστασία και τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων αξιοποιώντας επίσης πλήρως οι δυνατότητες που παρέχει το ΣΣΔΒΔ (π.χ. με καθορισμό συγκεκριμένων views των χρηστών).
- 4.5.19 Η προσφερόμενη λύση διαθέτει έναν εκτεταμένο μηχανισμό διατήρησης της ακεραιότητας των δεδομένων κατά την εισαγωγή και την πιθανή ενημέρωσή τους χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες του ΣΣΔΒΔ καθώς επίσης και προγραμματιστικές τεχνικές (όπου απαιτείται). Επιπλέον, υπάρχουν διαρκείς έλεγχοι για την ιατρική συμβατότητα των δεδομένων με πρωτόκολλα θεραπείας.
- 4.5.20 Η εισαγωγή δεδομένων στην προσφερόμενη λύση είναι εύκολη, εργονομική και υποστηρίζεται από μηχανισμό πλήρους ελέγχου της ορθότητας των δεδομένων. Όλα τα δεδομένα που εισάγονται ελέγχονται με βάση διάφορα κριτήρια όπως: εύρος αριθμητικών δεδομένων, ημερομηνίες σε σχέση με την ημερομηνία που παρέχεται από το σύστημα, επιτρεπτό εύρος κωδικοποιημένων δεδομένων, κ.λπ. Επιπλέον παρέχεται πλήρης μηχανισμός εμφάνισης μηνυμάτων και υπενθυμίσεων.
- 4.5.21 Η προσφερόμενη λύση παρέχει τη δυνατότητα αυτόματης επικοινωνίας μέσω του τοπικού δικτύου μεταξύ κλινικών τμημάτων και άλλων μονάδων του νοσοκομείου (π.χ. φαρμακείο, εργαστήρια) που "τροφοδοτούν" τον ΙΦΑ με στοιχεία. Για παράδειγμα, το σύστημα υποστηρίζει την αυτόματη απόστολή μιας ιατρικής εντολής ή παραπεμπτικού από κλινική προς κάποια άλλη μονάδα και η αυτόματη ανάληψη των απαντήσεων στην κλινική εφόσον τούτο είναι νομικά επιτρεπτό (π.χ αν δεν απαιτείται

4.6. ΣΥΝΔΕΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΥΤΩΝ ΣΤΟ ΠΣΝ (προαιρετικά)

Ένα ΠΣΝ δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι ικανοποιεί λειτουργικά τις ανάγκες του Ιατρικού, Νοσηλευτικού και του Προσωπικού των Εργαστηρίων εάν δεν προβλέπει την διαχείριση των αναλύσεων ή εξετάσεων που εκτελούνται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός ασθενούς.

Το ΠΣΝ της INTRASOFT έχει σχεδιασθεί με κέντρο βάρους τον ασθενή (ασθενοκεντρικό) και παρέχει στους χρήστες του τη δυνατότητα να εισάγουν **Ιατρικές Εντολές** από οποιοδήποτε σημείο (με την κατάλληλη εξουσιοδότηση). Με την σειρά τους οι Ιατρικές Εντολές οδηγούνται αυτόματα από το σύστημα στα **Εργαστήρια** (π.χ. ακτινολογικό) όπου και εκτελούνται αφού έχει προηγηθεί η **Λήψη Δείγματος** στην κατάλληλη μονάδα (με τις κατάλληλες οδηγίες).

Είναι προφανές ότι το προτεινόμενο ΠΣΝ καλύπτει οργανικά και λειτουργικά όλες τις απαραίτητες μονάδες ενός Νοσοκομείου για την εκτέλεση οποιασδήποτε Ιατρικής Εντολής προσφέροντας μία ολοκληρωμένη οργανωτική υποδομή που έχει ενσωματωθεί στο σύστημα και είναι εύκολο να προσαρμοσθεί στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του Νοσοκομείου.

Επιπλέον, το ΠΣΝ, διαθέτει αντίστοιχες οθόνες (εύκολα προσαρμόσιμες από τους χρήστες) για την εισαγωγή των αποτελεσμάτων από τις Ιατρικές Εντολές από τα διάφορα εργαστήρια (ή άλλες μονάδες του Νοσοκομείου) καθώς και γνωματεύσεις (π.χ. ελεύθερο κείμενο).

Είναι όμως επιθυμητό για την εκμετάλλευση των σύγχρονων αναλυτών τα τυποποιημένα αποτελέσματά τους να εισάγονται απ' ευθείας στον ΙΦΑ του ΠΣΝ χωρίς την ανάγκη πληκτρολόγησης που είναι χρονοβόρα αλλά και παράγοντας λαθών. Έτσι η INTRASOFT έχει ξεκινήσει μία προσπάθεια με στόχο τον καθορισμό "προτύπων αναλύσεων" αλλά και προτυποποιημένου τρόπου επικοινωνίας μεταξύ αυτόματων αναλυτών και των υπολογιστών των εργαστηρίων. Στην προσπάθεια αυτή απαιτείται να εμπλακούν πέραν του Υπουργείου Υγείας και των Νοσοκομείων οι κατασκευάστριες εταιρείες και η **προσπάθεια** αυτή απαιτεί σημαντικό χρόνο.

Έτσι για την ενδιάμεση περίοδο η INTRASOFT προτείνει στο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ προαιρετικά ένα σύστημα για την αυτόματη σύνδεση των αναλυτών στο ΠΣΝ. Το σύστημα αυτό συνεργάζεται προς το παρόν με ένα αριθμό αναλυτών και συνεχώς εμπλουτίζεται με νέους (interfaces). Στην περίπτωση που το ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ διαθέτει διαφορετικούς αναλυτές (εκτός λίστας) τότε θα δημιουργηθεί και γι αυτούς η κατάλληλη σύνδεση με την προϋπόθεση ότι έχουν την ικανότητα για επικοινωνία (π.χ. πρωτόκολλο).

Στο Κεφ. 5 δίνεται η λίστα με τους αναλυτές που υποστηρίζονται μέχρι σήμερα **καθώς και δείγματα αναλύσεων.**

Το σημαντικότερο όμως πλεονέκτημα της προσφοράς της INTRASOFT είναι ότι όλο το κύκλωμα (εντολές, οδηγίες, διαχείριση, λήψη δειγμάτων, αποτελέσματα) αποτελούν οργανικό μέρος του ΠΣΝ και δεν είναι κάτι που προστέθηκε αργότερα, ούτε απαιτεί "συνδέσεις" μεταξύ διαφόρων συστημάτων υπολογιστών ή εφαρμογών για τη μεταφορά εντολών ή λήψη αποτελεσμάτων. Το γεγονός αυτό προέρχεται ακριβώς από τον σχεδιασμό του συστήματος με τον ασθενή και τις ζωτικές σημασίας λειτουργίες του Νοσοκομείου στον πυρήνα του έτσι ώστε οι Ιατρικές Εντολές και η εκτέλεσή τους δεν αντιμετωπίζονται σαν "προσθήκες" ή χωριστά υποσυστήματα όπως στα παλαιότερα ξεπερασμένα συστήματα.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

I. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

II. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σωτήρης Σούλης
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

3

Αθήνα 1992

ΔΕΙΚΤΕΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Όπως έχει επισημανθεί, οι μονάδες Υγείας είναι οι τελικοί εκφραστές κάθε συστήματος Υγείας, αφού μέσα από τις παραγόμενες υπηρεσίες, τον τρόπο της παραγωγής των και τη μεθοδολογία παροχής των υπηρεσιών υγείας, αντικατοπτρίζονται οι αντιλήψεις και οι πολιτικές της κοινωνίας (κράτους και πολιτών) απέναντι στο αναφαίρετο δικαίωμα του πολίτη για άμεση και ίση πρόσβασή του στο αγαθό Υγείας. Ουσιαστικά οι μονάδες Υγείας (Πρωτοβάθμιες, Δευτεροβάθμιες, Τριτοβάθμιες) είναι χώροι όπου γίνεται η κατάλληλη λειτουργική μίξη της Ιατρικής επιστήμης, τη Τεχνολογίας και της Διοικητικής επιστήμης με στόχο την υγεία του πολίτη. Ο όρος λειτουργική μίξη υπονοεί τις επιστημονικές εφαρμογές όπως αυτές μεταφέρονται και υλοποιούνται από το επιστημονικό εργαστήριο στις μονάδες υγείας.

Την υλοποίηση των επιστημονικών εφαρμογών στις μονάδες υγείας καλούνται να εκτελέσουν όχι τόσο αυτοματοποιημένα μηχανολογικά συστήματα, όσο κυρίως εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό με ποικιλία εξειδικεύσεων. Οι μονάδες Υγείας είναι κυρίως **μονάδες έντασης εργασίας**. Αυτό γίνεται φανερό και από τα ποσοστά των ετήσιων δαπανών των μονάδων υγείας για το προσωπικό με την ευρύτερη έννοια του όρου (αμοιβές, ασφάλιση, εκπαίδευση κλπ), που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό ομαδοποιημένων δαπανών.

Η ποιότητα του παραγόμενου και προσφερόμενου από τις μονάδες υγείας προϊόντος, η υγεία, είναι αδιαφιλονίκητα ο κυρίαρχος στόχος των μονάδων. Η ποιότητα βεβαίως είναι κυρίως έργο του εξειδικευμένου προσωπικού. Εκδηλώνεται μέσα από ένα σύνολο χαρακτηριστικών όπως επίπεδο μόρφωσης, εξειδίκευση, επικοινωνιακή ικανότητα, επάρκεια ανθρωπίνων πόρων. Κάθε σύγχρονη μονάδα υγείας στην προσπάθειά της να παράγει και διαθέσει ποιοτικό προϊόν, θα πρέπει να υπόκειται συνεχώς στη διαδικασία της **ποιοτικής ανάλυσης** του προσωπικού της.

Η σύγχρονη διοικητική επιστήμη όπως σήμερα εκφράζεται με την θεωρία της

Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, μας παρέχει ολοκληρωμένο σύστημα μεθοδολογίας και εργαλείων ποιοτικής ανάλυσης-προσωπικού σε μονάδες υγείας και Πρόνοιας. Τέτοια εργαλεία είναι οι δείκτες.

11.2 ΕΙΔΗ ΔΕΙΚΤΩΝ

Δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος στο οποίο αναφέρονται. Η αξιολόγηση και ο έλεγχος λαμβάνουν χώρα από την στιγμή που ένας δείκτης μας δίνει την δυνατότητα να διαπιστώσουμε κατά πόσο το εξεταζόμενο σύστημα λειτουργεί και δραστηριοποιείται μέσα στα προκαθορισμένα όρια σχεδιασμού. Έτσι, με τη βοήθεια των δεικτών μπορούμε να διαπιστώσουμε πιθανή παρέκκλιση από τον αρχικό μας σχεδιασμό, που σημαίνει συμπληρωματικές διορθωτικές κινήσεις (ποιοτικές επεμβάσεις).

Η χρήση των δεικτών προϋποθέτει:

- α. την ύπαρξη μετρήσιμων ποσοτικά μεγεθών (π.χ. αριθμός πελατών, κλίνες, τετραγωνικά μέτρα κλπ). Δείκτες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν τα υπό χρήση μεγέθη μπορούν να περιγράψουν αλλά όχι να μετρηθούν (π.χ. κλίνες κακής ποιότητας, χωρίς να ποσοστοποιείται ο αριθμός τους),
- β. την ύπαρξη διαχρονικά μετρήσιμων ποσοτικά μεγεθών (δηλαδή δεδομένα περισσότερων του ενός έτους, ή εξαμήνου, ή μηνός). Έτσι έχουμε τη δυνατότητα σύγκρισης και εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

Οι δείκτες είναι εργαλεία ποιοτικής ανάλυσης που χρησιμοποιούνται από όλους τους επιστημονικούς κλάδους, όπου βέβαια αυτό είναι δυνατόν. Έτσι υπάρχουν δείκτες τραπεζικοί, δείκτες απόδοσης κεφαλαίου, δείκτες βιομηχανικής παραγωγής κλπ. Ταυτόχρονα, διακρίνουμε ομάδες δεικτών που ομαδοποιούνται ανάλογα των στόχων που επιδιώκουν. Έτσι διακρίνουμε:

- Δείκτες Επάρκειας: (προσμετρούν το βαθμό επάρκειας προσωπικού ή άλλων υλικών που θα αποφέρουν το επιθυμητό επίπεδο παραγωγής).
- Δείκτες Χρησιμοποίησης - Κατανάλωσης: (προσμετρούν το βαθμό χρησιμοποίησης των συγκεκριμένων υπηρεσιών που παράγει το σύστημα).
- Δείκτες Λειτουργικότητας: (προσμετρούν το βαθμός λειτουργικής ικανότητας του συστήματος).
- Δείκτες Παραγωγικότητας: (προσμετρούν το βαθμό βελτίωσης παραγωγής υπηρεσιών).
- Δείκτες Αποδοτικότητας: (προσμετρούν το βαθμό απόδοσης του συστήματος).

Τέλος οι δείκτες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και έλεγχο μικροσυστημάτων (π.χ. μια μονάδα Υγείας), ή μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και έλεγχο μεγα - συστημάτων (π.χ. σύνολο μονάδων Υγείας στην Ελλάδα) ή συστημάτων κατά γεωγραφική περιφέρεια. Έχοντας στη διάθεσή μας όλες τις παραπάνω δυνατότητες χρήσης έχουμε τη δυνατότητα σύγκρισης δεικτών:

- για όμοια συστήματα διαφορετικών χωρών
- για σύγκριση δεικτών μικροσυστημάτων (Γ.Ν.Ν. Καλαμάτας και Γ.Ν.Ν. Φλώρινας) ή με δείκτες συστημάτων γεωγραφικών περιοχών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, αφού πολύ εύκολα μπορεί κάποιος να οδηγηθεί σε λανθασμένα συμπεράσματα.

11.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Οι δείκτες που έχουν άμεση σχέση με τον ποιοτικό έλεγχο του προσωπικού των μονάδων και της συμμετοχής του στη παραγωγική διαδικασία των μονάδων Υγείας - Πρόνοιας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- Δείκτες Εισροών (ανθρωπίνων πόρων)
- Δείκτες Εκροών
- Δείκτες Επάρκειας

11.3.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ

Οι ανθρωπίνους, οι υλικοί και οι χρηματικοί πόροι συναποτελούν τις εισροές στο σύστημα υγείας καθώς και στα υποσυστήματα μονάδων Υγείας και Πρόνοιας που άμεσα μας ενδιαφέρουν. Οι εισροές αυτές είναι απαραίτητες και αναγκαίες ώστε το σύστημα των μονάδων Υγείας - Πρόνοιας να παράγει έργο, δηλαδή υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας. Τα κύρια ερωτήματα που απασχολούν τους υπεύθυνους διοίκησης των μονάδων αυτών είναι:

- οι προαναφερθείσες εισροές είναι οι απαραίτητες σε ποσότητα και ποιότητα για να παραχθεί ποιοτικό προϊόν;
- αν οι εισροές ποσοτικά και ποιοτικά κρίνονται ικανοποιητικές, διοχετεύονται και κατανέμονται κατάλληλα ώστε να επιτευχθούν οι προβλεπόμενοι στόχοι;

Τα δύο παραπάνω ερωτήματα αφορούν ιδιαίτερα και τις εισροές των ανθρωπίνων πόρων στο υποσύστημα των μονάδων Υγείας - Πρόνοιας. Εισρέουν ικανοποιητικές «ποσότητες» ανθρωπίνων πόρων στο υποσύστημα ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ζήτησης υπηρεσιών από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας, ή το Κέντρο Υγείας Καστελόριζου;

Απάντηση στα ερωτήματα αυτά θα μας δώσουν οι Δείκτες Εισροών Ανθρωπίνων Πόρων. Διακρίνονται δυο κατηγορίες τέτοιων δεικτών:

Δείκτες Εισροών Ανθρωπίνων Πόρων (συνολικά)

- Κάτοικοι ανά εργαζόμενο σε μονάδες Υγείας ή Πρόνοιας

$$\frac{\text{Πληθυσμός περιφέρειας έτους A}}{\text{Εργαζόμενοι στη μονάδα το έτος A}} \quad (1)$$

Παράδειγμα: Σύμφωνα με την απογραφή του 1991 ο πληθυσμός του Ν. Τρικάλων ήταν 138.946 κάτοικοι, ενώ για το ίδιο έτος ο συνολικός αριθμός εργαζομένων στο Γ.Ν.Ν. Τρικάλων ήσαν 500 άτομα.

Έτσι ο δείκτης (1) έχει ως εξής: $\frac{138.946 \text{ κάτοικοι}}{500 \text{ εργαζόμενοι}} = 277,9 \text{ κάτοικοι/εργαζόμενο}$

Για το ίδιο έτος ο ίδιος δείκτης για την Ελληνική επικράτεια ήταν 117,8 κάτοικοι/εραζόμενο. Συγκρίνοντας τους δύο δείκτες παρατηρούμε ότι ο εργαζόμενο του Γ.Ν.Ν. Τρικάλων κατά μέσο όρο καλείται να εξυπηρετήσει διπλάσιο αριθμητικά πληθυσμό απ' αυτόν που κατά μέσο όρο εξυπηρετεί ο εργαζόμενος σε πανελλήνιο επίπεδο.

Βεβαίως η παραπάνω σύγκριση δεν σημαίνει και κατ' ανάγκη ότι ο εργαζόμενος στο Γ.Ν.Ν. Τρικάλων κοπιάζει διπλάσια σε σχέση με ένα εργαζόμενο κάποιου νοσοκομείου στην Αθήνα όπου ο δείκτης είναι στο μ.ο. Οφείλουμε να ερευνήσουμε το θέμα λεπτομερέστερα επιστρατεύοντας επιπλέον δείκτες για να οδηγηθούμε σε τελικά συμπεράσματα τέτοιας μορφής, που θα είναι επιστημονικά αποδεκτά.

- Εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας ανά 1.000 ή 10.000 ή 100.000 κατοίκους

$$\frac{\text{Εργαζόμενοι στη μονάδα x 1.000 ή 10.000 ή 100.000 έτους A}}{\text{Πληθυσμός έτους A}} \quad (2)$$

Αναλόγως του πληθυσμού της περιφέρειας στην οποία ανήκει η μονάδα χρησιμοποιούμε τους 1.000 κατοίκους ή 10.000 ή 100.000 κατοίκους. Για παράδειγμα αν εξετάζουμε τον παραπάνω δείκτη για το Κ.Υ. Νάξου με συνολικό εξυπηρετούμενο

πληθυσμό κάτω των 10.000 χρησιμοποιούμε το 1.000 ως μέτρο σύγκρισης. Αν βεβαίως ενδιαφερόμαστε για πανελλήνια στοιχεία χρησιμοποιούμε ως μέτρο σύγκρισης το 10.000 ή το 100.000. Ιδιαίτερη βαρύτητα στην επιλογή του μέτρου σύγκρισης (1.000 ή 10.000 ή 100.000) έχει και το πως διαμορφώθηκε ο δείκτης σύγκρισης. Έτσι αν ο δείκτης (2) σε πανελλήνιο επίπεδο είναι ανά 100.000 κατοίκους, αναγκαστικά και ο δείκτης του Γ.Ν.Ν Τρικάλων θα πρέπει να είναι ανά 100.000 κατοίκους για να έχουμε τη δυνατότητα σύγκρισης.

Δείκτες Εισροών Ανθρωπίνων Πόρων (ανά ειδικότητα)

- Κάτοικοι ανά νοσηλεύτη

$$\frac{\text{Πληθυσμός έτους A}}{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}} \quad (3)$$

- Νοσηλευτές ανά 1.000 ή 10.000 ή 100.000 κατοίκους

$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A} \times 1.000 \text{ ή } 10.000 \text{ ή } 100.000}{\text{Πληθυσμός έτους A}} \quad (4)$$

- Παρομοίως οι παραπάνω δείκτες μπορούν να επεκταθούν και στις άλλες ειδικότητες εργαζομένων (ιατρικό, διοικητικό, παραϊατρικό κλπ).

11.3.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ

Οι δείκτες εκροών κατά κύριο λόγο αξιολογούν και ελέγχουν τις εκροές των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις χρησιμοποιούμενες εισροές. Βεβαίως ο όρος εκροές υπονοεί πλήθος διαφορετικών στοιχείων, όπως μέση ετήσια κάλυψη κλινών, ειδικές εξετάσεις ανά ασθενή, ωριαία διάρκεια νοσηλευτικών παροχών ανά ασθενή κλπ. Ταυτόχρονα ως εισροές μπορούμε να θεωρήσουμε υλικούς, χρηματικούς ή ανθρώπινους πόρους όπως στην περίπτωση που εξετάζουμε. Δείκτες εκροών που σχετίζονται με εισροές ανθρωπίνων πόρων είναι οι ακόλουθοι:

Ημέρες Νοσηλείας Ανά Απασχολούμενο

Για την υλοποίηση του παραπάνω δείκτη εκρών προαπαιτούνται οι ημέρες νοσηλείας συγκεκριμένου έτους και ο αριθμός των εργαζομένων για το ίδιο έτος και εφαρμόζεται ο παρακάτω τύπος:

$$\frac{\text{Σύνολο ημερών νοσηλείας έτους A}}{\text{Σύνολο απασχολούμενων έτους A}} \quad (6)$$

Παράδειγμα: Με βάση τα στοιχεία κίνησης του Π.Γ.Ν.Ν. Νικαίας για το έτος 1994 το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας ανήρχετο σε 652 άτομα ενώ οι ημέρες νοσηλείας για το ίδιο έτος ήταν 171.820. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία ο δείκτης (6) διαμορφώνεται ως εξής:

$$\frac{171.820}{652} = 263,5 \text{ ημέρες νοσηλείας/νοσηλευτή}$$

Με βάση τα στοιχεία του έτους 1990 ο δείκτης (6) διαμορφώνεται ως εξής:

$$\frac{166.412}{585} = 284,5 \text{ ημέρες νοσηλείας/νοσηλευτή}$$

Βασίζόμενοι στην παραπάνω εφαρμογή το μόνο σίγουρο συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι το έτος 1990 αντιστοιχούσαν περισσότερες ημέρες νοσηλείας ανά νοσηλευτή σε σχέση με το έτος 1994. Παρακινδυνευμένο θα ήταν οποιοδήποτε άλλο συμπέρασμα (π.χ. η μείωση των ημερών νοσηλείας ανά νοσηλευτή σημαίνει μείωση της παραγωγικότητας του νοσηλευτικού σώματος στη μονάδα. Για να οδηγηθούμε σε τέτοιας μορφής συμπεράσματα θα πρέπει να εξετάσουμε και άλλους δείκτες συναφείς για να εξαχθεί με σιγουριά ένα συμπέρασμα όπως το προηγούμενο).

Εισαγωγές ανά Απασχολούμενο Άτομο

- Εισαγωγές ανά απασχολούμενο ιατρό

$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A}}{\text{Σύνολο απασχολούμενων ιατρών έτους A}} \quad (5)$$

Παράδειγμα: Σύμφωνα με τα στοιχεία κίνησης του Περιφ. Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» το σύνολο των νοσηλευθέντων στη μονάδα για το έτος 1994 ανήλθε σε 31.397 άτομα. Την ίδια χρονική περίοδο στη μονάδα εργάζονταν 442 ιατροί. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία ο δείκτης (5) έχει ως εξής:

$$\frac{31.397 \text{ (έτος 1994)}}{442 \text{ (έτος 1994)}} = 71 \text{ εισαγωγές/ιατρό}$$

Με βάση τα στοιχεία του έτους 1990 ο δείκτης (5) διαμορφώνεται

$$\frac{23.727 \text{ (έτος 1990)}}{449 \text{ (έτος 1990)}} = 52,8 \text{ εισαγωγές/ιατρό}$$

Συγκρίνοντας τον δείκτη (5) διαχρονικά (στοιχεία 1990 και 1994) εκ του ασφαλούς μπορούμε να συμπεράνουμε ότι μεταξύ των ετών 1990 και 1994 παρατηρείται ότι ο ιατρός του Νοσοκομείου Νίκαιας, εξυπηρέτησε πολύ μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών το έτος 1994 σε σχέση με το 1990 (αύξηση περίπου 34,5% σε σχέση με το 1990).

Με βάση την παραπάνω εφαρμογή θα μπορούσαμε να εξάγουμε το «πρόχειρο» συμπέρασμα ότι η παραγωγικότητα του ιατρικού προσωπικού στη συγκεκριμένη μονάδα αυξάνει. Είναι ιδιαίτερα διακινδυνευμένο συμπέρασμα. Απαιτούνται αποτελέσματα και άλλων συμπληρωματικών δεικτών (π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας κλπ) για να εξάγουμε ένα σαφές και σίγουρο συμπέρασμα.

Με βάση την ίδια μεθοδολογία, αλλάζοντας μόνο το περιεχόμενο του παρανομαστή του δείκτη (5) θα μπορούσαμε να έχουμε δείκτες εκροών όπως:

- Εισαγωγές ανά νοσηλεύτη
- Εισαγωγές ανά απασχολούμενο διοικητικό υπάλληλο
- Εισαγωγές ανά απασχολούμενο (θέτουμε την ειδικότητα).

11.3.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Οι δείκτες επάρκειας στοχεύουν στην αξιολόγηση των εισροών (ποσοτικά αλλά και από άποψη κατανομής) σε σχέση με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Ειδικότερα οι δείκτες επάρκειας προσωπικού των μονάδων Υγείας - Πρόνοιας αποβλέπουν στην αξιολόγηση της ικανότητας του συστήματος να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού από άποψη ανθρώπινου δυναμικού. Ειδικές σχέσεις μεταξύ ειδικευμένων ομάδων προσωπικού ή ειδικευμένων ομάδων και κλινών απαρτίζουν το πυρήνα των δεικτών επάρκειας με τους οποίους θα ασχοληθούμε στη συνέχεια.

Συνολικό Προσωπικό ανά Κλίνη

Για την υλοποίηση του παραπάνω δείκτη προαπαιτούνται ο αριθμός των κλινών που διαθέτει η μονάδα ή οι μονάδες σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και ο αριθμός των εργαζομένων στη/στις μονάδες τον ίδιο χρόνο.

$$\frac{\text{Σύνολο απασχολούμενων στη μονάδα, έτος A}}{\text{Σύνολο διαθέσιμων κλινών στη μονάδα, έτος A}} \quad (7)$$

Παράδειγμα: Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των γηριατρικών μονάδων που λειτουργούν στο Ν. Ηλείας για το έτος 1996, ο δείκτης επάρκειας (7) μας δίνει τα εξής στοιχεία συνολικά αλλά και για τις επιμέρους πέντε γηριατρικές μονάδες.

Δείκτης Μεταξύ Ειδικοτήτων

Οι δείκτες επάρκειας χρησιμοποιούνται επιπλέον στη διαδικασία μέτρησης αλληλοκάλυψης και υποστήριξης μεταξύ των επιμέρους ειδικοτήτων προσωπικού. Έτσι σε μια νοσοκομειακή μονάδα το βάρος της θεραπείας του πελάτη - ασθενή αναλαμβάνει συνήθως το ιατρικό προσωπικό συνεπικουρούμενο από άλλες ειδικότητες με διαφορετική βαρύτητα συμμετοχής ανάλογα με το περιστατικό και άλλα επιμέρους δεδομένα. Με βάση τα παραπάνω, ο δείκτης αυτός σαν βάση χρησιμοποιεί το ιατρικό προσωπικό το οποίο σχετίζει με άλλες ειδικότητες που υποβοηθούν το έργο του ιατρικού προσωπικού. Κύρια ομάδα υποβοήθησης θεωρείται το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι ο συνήθης δείκτης επάρκειας επί μέρους ειδικοτήτων προσωπικού εστιάζεται στο δείκτη **νοσηλευτικό προσωπικό ανά ιατρό**,

$$\frac{\text{Σύνολο Νοσηλευτικού προσωπικού, έτους A}}{\text{Σύνολο Ιατρικού προσωπικού, έτους A}} \quad (8)$$

Παράδειγμα: Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία μπορούμε να διαμορφώσουμε δείκτες επάρκειας προσωπικού μεταξύ ειδικοτήτων για συγκεκριμένα χρονικά σημεία και να εξάγουμε επιμέρους συμπεράσματα. Έτσι με βάση τον πίνακα και την βοήθεια του δείκτη επάρκειας **νοσηλευτικό προσωπικό ανά ιατρό** για τα έτη 1980, 1990, 1995 για την Ελληνική επικράτεια για ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, μπορούμε να συμπεράνουμε:

ΕΤΗ	1980	1990	1995
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	37.747	65.046	74.056
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	35.340	53.944	64.547
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ νοσηλευτικό προσωπικό / ιατρό	1,07 νοσηλ. / ιατρό	1,21 νοσηλ. / ιατρό	1,15 νοσηλ. / ιατρό

Πίνακας.... Δείκτες επάρκειας προσωπικού, νοσηλευτικό προσωπικό ανά ιατρό

Πηγή: Τμήμα Δ.Μ.Υ.Πρ., ΤΕΙ Καλαματας

1: ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ που είναι:

1.1.: ΧΡΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ

$$\frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας έτους A}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

1.2: ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ

$$\frac{\text{Αριθμός Εισαγωγών έτους A X 100}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

1.3: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

$$\frac{\text{Αριθμός Ιατρικών επισκέψεων έτους A X 100}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

1.4: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

$$\frac{\text{Αριθμός Οδοντιατρικών Επισκέψεων έτους A X 100}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

1.5: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

$$\frac{\text{Αριθμός Φαρμάκων (που καταναλώθηκαν) το έτος A}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

ΔΕΥΤΕΡΟΝ

Ο βαθμός επάρκειας των νοσοκομείων σε ανθρώπινο δυναμικό. (τους υλικούς πόρους σε σχέση γενικά με τον πληθυσμό, τους είδαμε στην ενότητα I). Θα επιχειρήσουμε να δούμε το ποσοτικό επίπεδο της σχέσης που πρέπει να υπάρχει μεταξύ ειδικού προσωπικού και κλινών ή της σχέσης μεταξύ ειδικοτήτων.

Θα χωρίσουμε την ενότητα σε δυο παραγράφους. Στην πρώτη θα παρουσιάσουμε τις διεθνείς συγκρίσεις με αμφισβητούμενη όμως την αξιο-

πιστία των στοιχείων. Προκειμένου να ξεπεράσουμε αυτή την αδυναμία στη δεύτερη παράγραφο θα δούμε τους δείκτες μόνο των δημοσίων νοσοκομείων της Ελλάδας.

Η δεύτερη αυτή παράγραφος θα χρησιμοποιήσει την ομάδα δεικτών:

2.1./ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

2.1.1: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσηλευτικών κλινών έτους A}}{\text{Αριθμός Γιατρών έτους A}}$$

2.1.2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσοκομειακών * κλινών έτους A}}{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους A}}$$

* Σύνολο Νοσηλευτηρίων της χώρας

2.1.3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμός Γιατρών έτους A}}$$

2.2: ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

2.2.1: ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΚΛΙΝΗ

$$\frac{\text{Αριθμός Συνολικά Απασχολούμενων στο Νοσοκομείο το έτος A}}{\text{Αριθμός αναπτυγμένων κλινών έτους A ή κατειλημμένων κλινών έτους A}}$$

Ο δείκτης αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλες τις ειδικότητες:

- α. Ιατρικό προσωπικό/κλίνη
- β. Νοσηλευτικό προσωπικό/κλίνη

3: ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.1: ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

$$\frac{\text{Σύνολο Ασθενών - ημερών * έτους A}}{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A * Ημέρες νοσηλείας}}$$

3.2: ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ

$$\frac{\text{Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευομένων * έτους A}}{\text{Αριθμός Νοσηλευτικών κλινών έτους A}} \text{ Μ.Η.Α.Ν.} - \frac{\text{Ασθενο - ημέρες έτους A}}{\text{Ημέρες έτους A}}$$

Εκτός από τους δυο παραπάνω βασικούς δείκτες εκρών όπου θα γίνουν οι διεθνείς συγκρίσεις, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και μια άλλη σειρά ελέγχου της παραγωγικότητας που ανήκουν στην ίδια ομάδα.

3.3.1: ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A}}{\text{Συνολικά απασχολούμενοι το έτος A}}$$

3.3.2: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο Γιατρό

3.3.3: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο Νοσηλεύτη

3.3.4: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο Ξενοδοχειακό Προσωπικό

3.3.5: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο Τεχνικό Προσωπικό

3.3.6: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο Διοικητικό Προσωπικό

3.3.7: Εισαγωγές ανά απασχολούμενο (Ενδιαφερόμενης ειδικότητας)

3.4: ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ

$$\frac{\text{Αριθμός ημερών νοσηλείας έτους A}}{\text{Αριθμός Συνολικά απασχολούμενων έτους A}}$$

3.5: ΩΡΙΑΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ

(π.χ.1 σε ημερήσιο επίπεδο, π.χ.2. σε ετήσιο επίπεδο)

Coding for External Cause of Injury (E-Code)

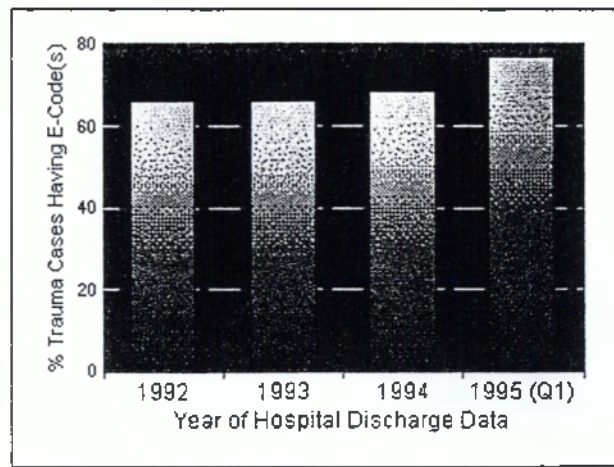
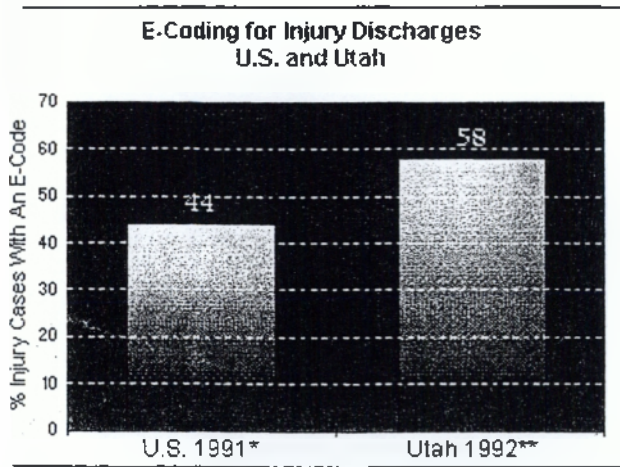
See Also

■ - [Utah Hospital Discharge Query System. External Injury](#)

A very important source for injury surveillance is the E-codes in hospital discharge data. E-code is a secondary diagnosis code for the external cause of an injury. If a discharge record has an injury principal diagnosis in a range of ICD-9 800-999, and E-code (E80-E999) as a secondary diagnosis is desired. A designated E-code field (Box 77) is allocated in the Uniform Billing 1992 (UB92). Since January 1, 1995, Utah Health Data Committee has required hospitals to report E-code with discharge records. The following graphs show the reporting and coding patterns in the past three years. The quality of E-code data has been improved since 1992.

Utah did better than the national average on E coding injury hospitalization

*** More than 60% (1992-1994) and 77% (The first quarter of 1995) of trauma hospital discharge records have an E-code to indicate the external causes.**

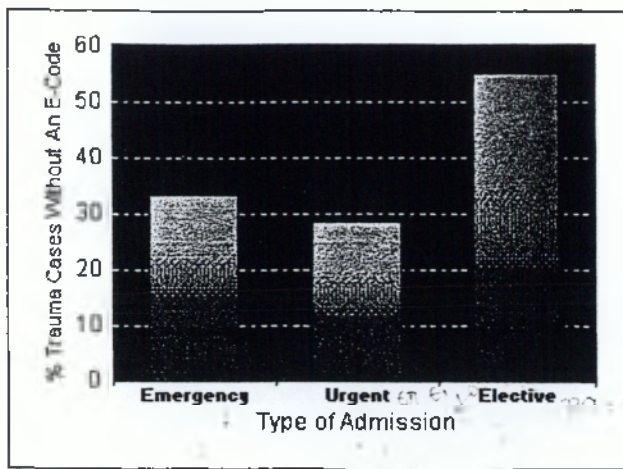
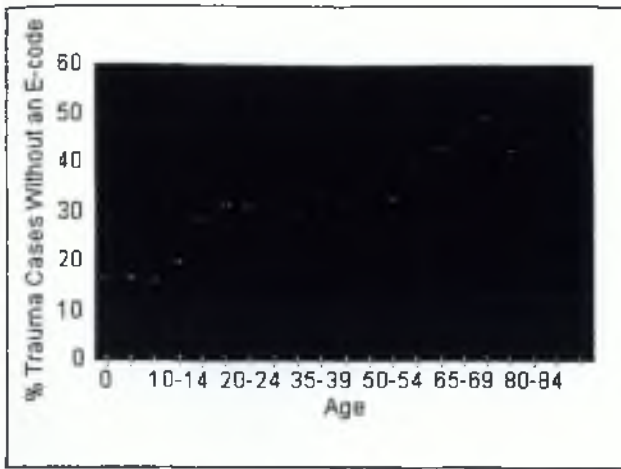


Injuries and Poisonings = ICD 800-999
 Source: (1) Utah Hospital Discharge Database.
 (2) The National Hospital Discharge Survey, Advance Data No. 252, 1994

Trauma Cases=ICD 800-959, excluding 905-909 and 958

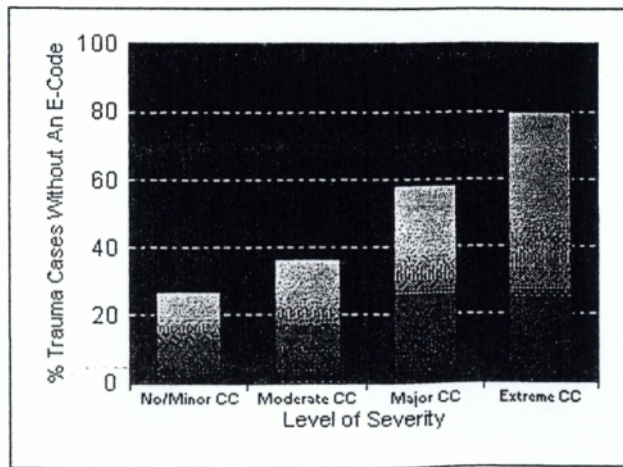
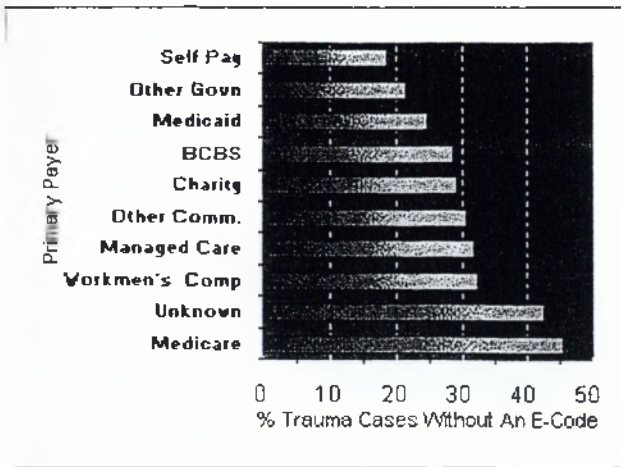
* Elderly trauma inpatient are more likely not to have an E-code in their discharge records than younger trauma patients.

* Elective admitted trauma inpatients are more likely without an E-code in their discharge records.



* Medicare trauma patients have a higher percentage of not having an E-code in their discharge records

* The higher level of patients' severity, the lower level of E-coding for trauma hospital discharge records.



ack to HDA

contact me at zhiwei-li@hlunix.hl.state.ut.us
 copyright © 1996 Utah Office of Health Data Analysis



ACHS

Care
Evaluation
Program

Clinical Indicators A Users' Manual

Hospital-Wide
Medical Indicators

Version 4 for surveys after January 1996

The Royal Australian
College of Medical
Administrators





ACHS Accreditation - promoting quality health care

CLINICAL INDICATORS - A USERS' MANUAL

HOSPITAL WIDE MEDICAL INDICATORS

VERSION 4 FOR SURVEYS AFTER JANUARY 1996

**This Users' Manual is to be used in
conjunction with the Hospital Wide Medical
Indicators Results Booklet, Version 4.**

The Royal Australian College of Medical Administrators

35 Drummond Street
CARLTON VIC 3053

Phone: (03) 9663 5347
Fax: (03) 9663 4117

ACN 004 688 215

ACHS Care Evaluation Program

9th Floor
Aikenhead Centre
41 Victoria Parade
FITZROY VIC 3065

Phone: (03) 9417 5488
Fax: (03) 9417 1923

ACN 008 549 773

PREFACE

THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS

The introduction of medical clinical indicators into the ACHS Accreditation program in 1993 significantly enhanced the ACHS Accreditation survey process by providing tools for the measurement of the management and outcome of patient care. Their introduction has not altered the Council's requirement that a formal quality activities program must be in place, but rather enhances that program by enabling the identification of possible problems in clinical practice which warrant review within a particular health care facility.

The establishment of the ACHS Care Evaluation Program has strengthened the input of the medical colleges into the ACHS Accreditation process by having a series of college clinical indicators introduced and addressed by health care facilities. The increased emphasis on management and outcome of patient care will undoubtedly promote a greater clinician participation in the ACHS Accreditation program.

The ACHS is grateful for the assistance that it has received from the medical colleges as well as the health care facilities which have participated in the development of the clinical indicators.

The generous financial support by the Commonwealth Department of Human Services and Health is gratefully acknowledged.

The overriding ACHS objective is to facilitate, in cooperation with health care professionals, the development and maintenance of an optimum level of practice in health care facilities throughout Australia.

The Council commends to you this manual, which will contribute significantly towards the ACHS objectives and congratulates the Royal Australian College of Medical Administrators on the establishment and ongoing development of this set of indicators.

Mrs Patricia Heath AM, BEM
President
The Australian Council on Healthcare Standards

THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF MEDICAL ADMINISTRATORS

The Royal Australian College of Medical Administrators has been honoured and delighted to participate with the Australian Council on Healthcare Standards through the Care Evaluation Program in developing the Hospital Wide Medical Indicators. These have been reviewed and revised for this publication, Version 4 of the Users' Manual.

The College encourages the expansion of the clinical indicator approach as a method of signalling potential areas for review and improvement. In this way aspects of the delivery of clinical care and achievement of outcomes can be monitored and evaluated with the objective of further improvement in both the clinical management and health outcome.

The use of this manual by the health industry to achieve these objectives is encouraged and supported by the Royal Australian College of Medical Administrators.

Dr Jennifer Alexander
President
The Royal Australian College of Medical Administrators

COMMITTEE OF PRESIDENTS OF MEDICAL COLLEGES

There can be very little doubt that medical clinical indicators are here to stay. Certainly they will require modification and updating - sometimes at quite short intervals - but the deeply concentrated knowledge and expertise which is entailed in their evolution seeks to ensure that they constitute a guideline to the best medical practice at the time.

Australian doctors are known for their originality of thought, inventiveness and versatility. These characteristics have perhaps been the reason for some resistance to the introduction of medical clinical indicators. For some practitioners the introduction of clinical indicators might appear to carry a degree of rigidity of practice, whilst others might see their potential for penalties. Yet, with the reservation that these are only guidelines, there is a good deal of comfort in the knowledge that one's practice is close to that of one's peers. Already, in the United States, adherence to medical clinical indicators has been used as a powerful defence against litigation.

The recent publication of the Australian Hospital Care Study, with its documentation of a high incidence of untoward events, has made the necessity for guidelines even more cogent. In the midst of some very critical commentary, which is not yet responsibly validated, the benefit of guidelines for care and the evaluation of outcomes cannot be overstated.

All of the learned colleges are involved to some extent in the preparation and introspection of clinical indicators. Both the Hospital Wide Medical Indicators and Obstetric and Gynaecology Indicators have been well received since their incorporation in 1993 and 1995 and are now joined by several new indicator sets. They represent the most modern concise consensus applicable to their individual disciplines and are offered as a supplement to the already high standard of the practice of medicine in this country.

Professor Alex Cohen AO FRACP
Chairman
Committee of Presidents of Medical Colleges

THE ACHS CARE EVALUATION PROGRAM

The Australian Council on Health Care Standards (ACHS), since its inception in 1974, has been conducting a voluntary program of accreditation of health care facilities through its process of surveying. The standards used to assess a facility's performance have mainly reflected the structures and processes of a health care facility rather than the actual quality of patient care. This has been left to the health professionals within a facility to assess through their own internal quality activities programs.

The ACHS Care Evaluation Program (CEP), which was formally established in 1989, takes this assessment of health care facilities further, through the development of objective measures of the management and outcome of patient care. These objective measures or "clinical indicators" are developed in conjunction with Australian medical colleges, for use within medical quality activities programs. Clinical indicators are not to be considered as standards, but rather as "flags" which identify where there are possible problems or opportunities for improvement in patient management.

The move towards outcome measurement is receiving greater recognition within the health care industry and many other bodies are now following the initiative of the ACHS in this regard. However, the CEP holds its place as the major program addressing acute health care processes and outcomes. The introduction of clinical indicators into a health care accreditation program was a "world first" for Australia and the ACHS, and the CEP has gained significant international recognition for this achievement. While similar development programs are underway in countries such as the United States of America and Canada, Australia is ahead of all other international programs in introducing indicators into accreditation.

The CEP has guidelines which are used as a basis for development for each set of indicators. These are, that:

- the data are available in health care facilities;
- the indicator is relevant to clinical practice;
- the measure is achievable.

Through the process of developing and testing the indicators in Australian health care facilities the CEP is able to establish that the above requirements can be met. The testing process occurs in a broad base of health care facilities of varying sizes and types around Australia to ensure that data are available and useful on a national level. One set of indicators, therefore, may take several years to develop and introduce into accreditation.

As the data are accumulated through both the testing process and from facilities undergoing accreditation, the content validity of the indicators can be ascertained and issues of reproducibility and reliability of the indicators can be addressed through ongoing analysis of the data elements.

The CEP is currently working with sixteen Australian Medical Colleges and Associations in developing discipline specific sets of clinical indicators. To date two college sets have been introduced into the ACHS Accreditation process: the *Hospital Wide Medical Indicators* developed by the Royal Australian College of Medical Administrators were introduced in 1993 and the *Obstetric and Gynaecology Indicators* developed by the Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists were introduced in 1995.

1996 will see the introduction of five new sets of indicators into accreditation: *Clinical Indicators in Psychiatry, Internal Medicine, Anaesthetics, Day Surgery and Emergency Medicine*. On current timelines,

it is anticipated that all sixteen college-developed sets will be a part of accreditation by 1997. This is an important time frame, being in keeping with the introduction of the new ACHS Accreditation program, which is currently being developed through the Charter for Change Project. With the introduction of more sets of clinical indicators into accreditation there will be a wide range available for facilities to address as part of their quality activities programs.

It is timely, with the inclusion of new indicator sets, that the ACHS Policy on Clinical Indicators, which was originally developed in 1992, be reviewed. Whilst the thrust of the revised Clinical Indicator Policy is unchanged, greater emphasis is now being placed on determining that facilities have addressed appropriate indicators and responded accordingly. Whilst there is no formal requirement that data on a specific number of indicators be collected, facilities are required to address those indicators appropriate to the size, type and services of their facility; it is expected that facilities will address as many appropriate indicators as possible.

In light of indicator data received and analysed by the CEP for 1993 and 1994, new requirements for data collection have also been developed by the CEP for use in conjunction with the ACHS Clinical Indicator Policy. Whilst some requirements do not come into effect until 1997, facilities should be aware of them to allow for planning.

Data from facilities presenting for ACHS Accreditation are incorporated into a National Clinical Indicator Database, which has been developed to aggregate and report on data received for each indicator set. In the two years since indicators have been a part of the ACHS Accreditation program, data from 242 acute health care facilities have been entered into the database, representing more than 20% of Australia's acute health care facilities. This is an important development within the health care industry, as for the first time facilities will have access to comparative information on the processes and outcomes of care, relating to the indicators for which data have been provided. This first aggregate report of the results of clinical indicator monitoring in 1993 was released this year (1995) and this report will be followed by further versions to be made available on an annual basis.

The process of development and implementation of indicators is an ongoing one but there is substantial evidence already to indicate that their use within quality programs has stimulated changes in clinical practice and that they have the potential to improve the outcomes of patient care. This is a significant achievement for the ACHS and the respective medical colleges.

Brian T Collopy
Clinical Director

Joanne L Booth
Program Manager

THE ACHS CARE EVALUATION PROGRAM MISSION STATEMENT

To facilitate the development and introduction of measures to be used in the assessment of quality of clinical care provided by Australian health care facilities.

AIMS OF CLINICAL INDICATOR DEVELOPMENT

1. To increase the involvement of doctors in quality and accreditation activities.
2. To add the surveying of patient care processes and outcomes to the existing ACHS Accreditation process.
3. To create and provide useful tools for flagging potential problems and/or areas for improvement in health care.
4. To facilitate the collection of national data on the processes and outcomes of acute patient care in Australia.

ACHS POLICY ON CLINICAL INDICATORS

1. Health care facilities are required to address clinical indicators as a part of the Quality Activities requirement of the ACHS Accreditation process, by utilising the Hospital Wide Medical Indicators and other relevant college specific indicators.
2. Surveyors should determine whether a health care facility has genuinely addressed those indicators which relate to the services provided and reacted appropriately to indicator data where variance is noted.
3. The ACHS will observe the confidentiality of facility specific clinical indicator data and accepts that aggregate data be released to appropriate authorities.
4. The ACHS may recommend to a health care facility that it consult the relevant college when a problem is identified but not resolved within the facility.

July 1995

CLINICAL INDICATOR DATA REQUIREMENTS **(For use in conjunction with the ACHS Policy on Clinical Indicators)**

1. As from January 1997, all health care facilities participating in the ACHS Accreditation program will be required to collect clinical indicator data for each calendar year of their accreditation period and to report these data at six monthly intervals as prescribed in Items 3 and 4, following.
2. There are some clinical indicators for which recommended data collection time frames will be nominated. These will be stated in the relevant Clinical Indicator Users' Manual.
3. As from January 1997, all health care facilities shall forward their clinical indicator results to the ACHS Care Evaluation Program in the prescribed and relevant Results Booklet at six monthly intervals, that is, by the end of August (for the period January to June) and the end of February (for the period July to December).
4. Completed copies of relevant Clinical Indicator Results Booklets and data for the year in progress, are to be presented to the medical/clinician surveyor at the time of survey.
5. Clinical indicator data must be collected according to the definitions in the current version of the relevant Clinical Indicator Users' Manual.

July 1995

Clinical quality initiatives: the search for meaningful—and accurate—measures

At times, it seems as though every hospital, hospital association, philanthropic foundation and major corporation in the United States is involved in the quality movement in health care. The explosion of quality measurement initiatives that began in the 1980s is continuing apace, with earlier programs being expanded, enhanced, modified and replicated throughout the country in a variety of settings.

This cover story looks at the broad efforts to develop clinical quality measurement tools from four different perspectives. First, we provide an update on the Maryland Quality Indicator Project and its ongoing use as a role model for many of the newer clinical indicator projects now being developed. Part two looks at the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and its Agenda for Change project, as well as other large-scale quality measurement programs under way in the private sector that are attempting to determine what indicators are meaningful to use.

Part three examines the growing role of corporate payers in pushing hospital-comparison and other assessment programs forward. And in the final section, we look at the federal government's role in developing practice guidelines and outcomes research.

Why Maryland's clinical indicator project is building steam

We didn't want to re-invent the wheel," says Gary Carter, president of the New Hampshire Hospital Association (NHHA), Concord. The "wheel" in this case is the Maryland Quality Indicator Project, which as of January 1992 boasts about 600 hospital participants in 46 states (see "What the Maryland project is tracking," p. 27).

Carter's sentiment echoes those of many state hospital association executives. What all of them are trying to do is find a method for hospitals to objectively measure the quality of clinical care that they provide.

Noting that "hindsight is always 100 percent," Larry

Wall, president of the Colorado Hospital Association, Denver, explains why a growing number of hospitals have not only reconciled themselves to the public disclosure of comparative clinical data, but have also eagerly sought to involve themselves with research projects, like Maryland that produce a data base facilitating such comparisons. "It's critically important for hospitals to recognize that we have a responsibility for public accountability, and that we accept that responsibility voluntarily," Wall says. "If we had willingly done so in the mid-1980s, state data commissions would never have been an issue."

Although Colorado hospitals had voluntarily begun to compare clinical outcomes using discharge data in 1980, providers there weren't willing to release data to the public. Partly as a result, in 1985 the state legislature established the Health Data Commission. Colorado's experience is not unique; it's estimated that fewer than 20 states are now out state-mandated health data commissions.

"Rather than arguing about the credibility and validity of data collected, I think hospitals now agree it's time to spend our time making data bases stronger and better," says Wall.

He cites consensus as the reason that 27 of the state's hospitals (representing about 80 percent of total discharges in the state) participate in the Maryland program. A recently released report from the American Hospital Association titled *Practice Pattern Analysis: A Tool for Continuous Improvement of Patient Care Quality*, notes, "Improved data will be both the driving force behind and the by-product of new approaches to quality assessment and improvement." • **A cost/value analysis.** A large part of the attraction of the Maryland program is that participation is relatively inexpensive. "The proprietary products, like severity system can cost an individual hospital between \$30,000 and \$100,000, plus labor," says New Hampshire's Carter. I. Nowakowski, director of quality management for the Illinois Hospital Association, Naperville, estimates that private consultant services in quality may cost more than \$100,000 a year for some Illinois hospitals.

For a modest investment of \$26,000 in 1986, all 27 acute care hospitals in New Hampshire signed on to the Maryland project. (In 1992, the annual participation fee for hospitals in the Maryland project is \$2,300.)

In Wisconsin, where 37 of the state's 150 hospital

participating in the Maryland program, the relatively low cost was only one reason the state hospital association endorsed the program, according to Kathy Speck, director of quality and review.

"Participation is fairly simple," Speck says. "Most hospitals already collect the data that's requested. And the project is an excellent opportunity for hospitals to learn how to use performance data. It permits both internal tracking of indicators of quality and benchmarking of an individual's hospital performance with others." Speck notes that in Wisconsin it was membership interest that led the state hospital association to investigate sponsorship of the program.

Benchmarking and comparative data. The issue of benchmarking is critical in comparative quality assessment. In the absence of normative data, hospitals must rely on the phrase "we're unique" to explain findings like a high mortality rate, says David Weisman, vice president, Indiana Hospital Association, Indianapolis. State executives seem to agree that a key goal for them is to minimize the subjectivity of hospitals' responses to data generated by others and often widely publicized by the press.

And others *are* generating data. In Wisconsin, the state's Office of Health Care Information is using uniform billing data to issue reports on both medical and surgical diagnostic categories. Data are currently available on acute myocardial infarctions, pulmonary disease, cerebrovascular accidents, congestive heart failure, coronary bypass surgery, gynecological operations, and transurethral prostatectomies, according to Speck.

In California, a bill passed last year will create a database using risk-adjusted outcomes and mortality data. The first data reports are scheduled to be available in June 1993, says Julie Hopkins, vice president for quality management, Hospital Council of Southern California, Los Angeles.

Besides state health care data commissions, purchasers are more active than ever in assembling comparative databases. In Michigan, "Blue Cross Blue Shield [BCBS] is almost the only player in town," says Nancy Fiedler, group vice president for public affairs, Michigan Hospital Association, Lansing. Contracts issued by BCBS of Michigan in October 1989 required hospitals to participate in a quality assessment program that compares hospitals on outcomes by peer groupings. Inpatient mortality statistics and readmissions within 14 days to any facility in the state are the focus of that program.

In Washington state, a partnership between hospitals and the business community is producing a database on clinical indicators for the treatment of lower back pain and the quality and cost-effectiveness of obstetrical services.

In a recent survey on quality assurance activities among state hospital associations, the issue of sources of comparable data ranked second most important, after the standards of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and its Agenda for Change, according to Sandy Metzler, director of the Division of Quality Resources, AHA. Metzler notes that the third most important topic was data collection and analysis methods.

Despite the support that such concepts as total quality



What the Maryland project is tracking

"I really wish we could rename the project," says Vahe A. Kazandjian, Ph.D., director of research at the Maryland Hospital Association, Lutherville, and director of the Quality Indicator Project. "What we've really created are performance assessment indices," Kazandjian says. "The word 'indicator' has a connotation of standard, and this is a research project, not an attempt to construct standards."

Despite the general reluctance in the field to say that there are *any* specific indicators of quality in health care delivery, the Maryland project is collecting data on factors that are generally regarded as meaningful events, in order to investigate potential problems in the delivery of patient care. Developed by consensus and with medical staff input, the indicators were originally 10 in number and focused exclusively on inpatient care.

Last year, the project added five ambulatory/emergency department indicators. The project provides standard definitions for each of the indicators listed below:

- Hospital-acquired infections
- Surgical-wound infections
- Inpatient mortality
- Neonatal mortality
- Perioperative mortality
- Cesarean sections
- Unplanned readmissions
- Unplanned admissions following ambulatory procedure
- Unplanned returns to a special care unit
- Unplanned returns to the operating room
- Unplanned returns to the emergency department within 72 hours
- Patients in the emergency department more than six hours
- Cases where a discrepancy between initial and final X-ray reports required an adjustment in patient management
- Patients who leave the emergency department prior to completion of treatment
- Cancellation of an ambulatory procedure on the day of the procedure

Source: Maryland Hospital Association, Quality Indicator Project

management (TQM) and continuous quality improvement (CQI) are now enjoying, it's hard to embrace a *process* to improve care without some baseline information about what needs to be improved. Many agree that clinical indicators are a useful tool to provide that focus. "The combined focus on outcomes and process allows the provider to look at both ends of the spectrum—what care is delivered and how it's delivered," says Metzler.

Physician input. Evaluating the quality of care delivered makes some hospital executives uncomfortable because the process is often incorrectly perceived as focusing solely on physicians' practice patterns. That misconception is vigorously denied by Vahe Kazandjian, Ph.D., director of the Maryland project.

"Clinicians aren't the only focus on quality assessment activities," Kazandjian says. "Management, other providers, and patients should also be scrutinized. For instance, in the case of the incidence of C-sections, we believe that patient preference could be as strong a factor as physician proclivity to explain the rate performed at an institution."

Still, one of the virtues of the Maryland project remains that it has sought medical input from its inception, and that the project asks participants to show "a demonstrated commitment to quality improvement and an established strategy to improve clinical performance" as preconditions for participation.

"It's critical that the state hospital association and the state's physician organizations work together to set the tone of quality projects at the state level," says Colorado's Wall. In Colorado, the state's medical society is providing resources that permit small-area variation analysis of the findings generated by the Maryland project.

In New Hampshire, the state hospital association has worked with the state medical society's medical staff section and a state physicians' advisory committee to ensure endorsement of the Maryland project. "The process is not confrontational," says the NHHA's Carter. "A big factor, we've discovered, is that the Maryland project is not judgmental. It may indicate that a hospital is an outlier, but it leaves it to the hospital to justify the finding. As a result, physicians see the process as educational."

"The Maryland project provides institution-specific indicators that lead to investigation of service-specific indicators," says Colorado's Wall. "Generally, once you've focused on a service, you may get to physician-specific indicators, but you may also get to other indicators, like nursing or support issues. If you can objectively demonstrate that there's a better way to provide care, I believe physicians will change their practice. The Maryland project, because it provides a structure for physicians to work with other physicians, helps accomplish the goal of evaluating objectively

how care is being delivered at an institution," Wall adds.

Using a software program developed by the Maryland project, hospitals submit data to the project on a quarterly basis. The information is then folded into a large data base and disseminated to participants showing both the hospital's performance and its comparison with the overall data base, again on a quarterly basis. Participants claim that the form is timely, understandable and useful. Data reports are displayed for each hospital by indicator and by hospital bed size. Indicator information that is returned to a hospital is identified by a hospital-specific code number.

Getting administrators involved. Although many note that aggregate data permit physicians to scrutinize meaningful patterns of care, others note that the exercise is primarily useful for non-clinicians. One person who believes that is Gary Pehrson, vice president, professional services, Intermountain Health Care Inc. Pehrson supervises the quality area at Intermountain.



"The main advantage of TQM programs is that they get administrators back into studying clinical processes. Administrators are learning how specific clinical processes are applied to specific diagnoses and how that affects care."

Gary Pehrson,
vice president, professional services,
Intermountain Health Care Inc.

The Salt Lake City-based chain of hospitals was cited last year by *Business Week* in a special issue on quality as an example of an innovative application of quality management in health care. "Administrators, in my judgment, are not trained in clinical processes," Pehrson says. "The main advantage of total quality management programs is that they get administrators back into studying clinical processes. Administrators are learning how specific clinical processes are applied to specific diagnoses and how that affects care. As a process, that involvement gives clinicians a strong sense that you know and respect what they do." At Intermountain, clinical indicators have been used to focus attention on such issues as postoperative wound infection, hip replacement and heart bypass surgery.

That assessment is shared by the Maryland project's Kazandjian. "This project promotes thinking and cooperation among providers. It was originally designed to provide trustees and management with answers to the question of how to determine whether institutions were doing the right thing and doing it well."

Indeed, long-time observers of quality assessment activities note that physicians never seem to have much trouble with good clinical data. HCSC's Hopkins, who has been involved with quality assurance since the late 1970s, says, "Lack of administrative support is the reason quality assurance activities never went anywhere in the past. Projects like Maryland's are providing normative systems that present quantifiable data about care to non-clinicians in a meaningful way, similar to the financial systems that hospital executives appear much more comfortable with."

Hopkins continues, "Total quality management programs are providing senior management with the direction, involvement, and role-modeling activities necessary to bring

about changes in the way care is delivered. I really don't think that medical staff disinterest or lack of desire to participate in programs has been a major stumbling block to quality assessment."

The confidentiality issue. The confidentiality of data can be a stumbling block for participation in clinical indicator projects, protestations about the acceptability of a new age of accountability aside. Participants in the Maryland project are prohibited from using aggregate data for external marketing purposes. And the program encourages hospitals to examine indicator data within the context of its peer review process so that individual hospital data are protected by state peer review statutes.

The Vermont Program for Quality in Health Care Inc., a statewide coalition of hospitals, physician groups, payers, employers, and consumers, was formed in 1988. Says executive director Susan Andrews, "Data collected in our program are kept confidential. Individual hospitals know how they're doing as compared to other hospitals, which are identified in reports only by a letter. This prevents participants from getting defensive about the data. We also think it's important to keep data out of the public domain," Andrews adds. "That assurance encourages participants to actively use the data for quality improvement." She reports that to date payer and employer members of the coalition haven't balked at this policy.

Progress through evolution. It would be misleading to suggest that the Maryland project is the only game in town; it isn't. Besides the Vermont program just mentioned, one of the other programs meriting attention is operating in the state of Washington.

In 1988, the Washington State Hospital Association, the Washington State Medical Association, the Seattle Area Hospital Council and the Health Care Purchasers Association, and a coalition of major businesses in the state, formed the Foundation for Health Care Quality. Keith McCandless, executive director of the foundation, says that clinicians in the state "didn't feel like they'd get much" from existing clinical indicator projects, including the Maryland project.

McCandless also points out that the business community was frustrated by "lack of access to immediately verifiable data." As a result, the foundation has begun creating its own data bases, focusing on such issues as lower back pain and obstetric care. Participation in the program is voluntary. To date about 25 hospitals in the state (of 85 that offer obstetrical care and 105 hospitals in the state) participate, according to McCandless. In Washington state, the business community has access to aggregate data generated by the foundation.

And in Illinois, with over 200 hospitals in the state, the state hospital association has embarked on assembling its own data base, although clinical indicators have yet to be established.

Generally, those developing their own data bases claim they can be more responsive to local pressure from payers and purchasers or that they can do so for fewer dollars than it would take to join existing programs—although they don't provide any hard financial data about the cost of developing

those systems to substantiate that claim. Others are fairly honest, like Indiana's Weisman, who notes that there was "some concern about the number of dollars going out of state" for participation in the Maryland project.

Maryland's Kazandjian is philosophical. "Local acceptance is a big issue," he says. "This is a research project; if others wish to copy it, fine. Besides, this isn't a project about data; it's a project about thinking. The important aspect is getting people to look at the data and work together to determine why an individual participant is obtaining the results it's getting."

The AHA's Metzler says, "This whole quality assessment area is going through change that's evolutionary, not revolutionary. There's no right way or wrong way to look at quality assessment. Differences that exist are probably good. What would we learn if everyone did quality assessment the same way?"—Frank Sabatino

Defining meaningful indicators of quality is slow, complex work

Defining which clinical outcomes data are meaningful indicators of quality care is the thrust of a number of large-scale quality measurement programs currently under way in the private sector.

"The name of the game is to improve performance, and to prove to somebody else that this is what you did," says Dennis O'Leary, M.D., president of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Oakbrook Terrace, IL. Of the quality measurement initiatives currently under way, the JCAHO's Agenda for Change may have the most significant direct bearing on hospitals. The Agenda for Change represents the accrediting organization's concerted effort to replace the "bad apple" approach of traditional quality assurance with the system-focused methods of continuous quality improvement (CQI).

The issue is how hospitals use data to determine quality, O'Leary says. But, he adds, "Quality comes in different packages; it has different dimensions. Sometimes you're talking about effectiveness, sometimes you're talking about appropriateness, sometimes about safety, sometimes about continuity of care, sometimes about access. Ultimately, a good measurement system incorporates measures that cut across all those dimensions."

Clearly, O'Leary is most in favor of data collected with good performance measures. The JCAHO's own set of performance measures, its clinical indicators, aim to be specific and sensitive, two qualities that he claims are lacking in information such as the Health Care Financing Administration's mortality data. Time-consuming field testing of the JCAHO indicators has revealed sensitivity and specificity levels 40 percent to 50 percent higher than those of commonly used generic quality screens, O'Leary says.

Slow progress? Still, the JCAHO has been criticized for the snail's pace at which its indicator development is progressing. Originally, the JCAHO expected to be able to develop indicators, field-test them in a limited number of hospitals and mandate them as part of the accreditation survey process, all in two years, says Robert Marder, M.D., the JCAHO's former project manager of indicator development and now the medical director, quality management, at Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago. Yet four years into the project, no indicator sets are considered to be complete, and the "limited" number of hospitals field-testing the indicators has grown to 900.

Marder says the JCAHO's willingness to delay its original timetable reflects a sophisticated approach to outcomes research. It's also a testament to the complexity of developing a standardized data collection system. "Unlike Joint Commission standards, the application of which allows for some variability, indicators that require the measurement of specific issues have to be much more standardized," he says. "It is through the process of standardizing the data collection, so that the data are reliable for use in comparisons from one hospital to another, that the JCAHO has discovered the wide variety of data collection systems, or lack of data collection systems, in hospitals."

In fact, the JCAHO's clinical indicator data collection efforts have taught hospitals plenty about the pitfalls of collecting quality-related data, says Sandy Metzler, director of the Division of Quality Resources at the American Hospital Association. "It gets people to start recognizing that not everybody is looking at these data elements in the same way, shape or form. And that it's very difficult to get people to even agree on the indicators." Metzler commends the JCAHO for its meticulous approach: "They are learning from their experiences as they go. I think that's very important, because all of us are treading on new territory here."

A number of obstacles remain. The lack of computer systems, the scarcity of financial and human resources—particularly in rural hospitals—is a fact O'Leary is acutely aware of. And hospitals involved in continuous quality improvement are raising another issue. Asks Marder: "How much of the data collection for the Joint Commission's predetermined indicators will fit into their continuous quality improvement programs? How much of it will be viewed as collection for the Joint Commission but not of specific value for the hospital's individualized program?"

As indicator development matures, that question may answer itself. If not, Marder speculates, hospitals may prefer to put their data collection efforts and resources into areas of high priority in their facilities and not into the Joint Commission's predetermined indicator collection areas, creating an issue that would have to be negotiated between hospitals and the accrediting organization.

Not until 1995 does the JCAHO hope to have some idea of how indicator data collection will be mandated as part of the accreditation survey process. "That makes us maybe a little slower than some," O'Leary says. "But there is some agreement now that maybe the attempt to produce quick fixes, to reach into existing data bases and pull out what there, has perhaps done more to slow things down rather than to speed things up," he adds. "On balance, we might get to the gate a little slower than some of the others, but when we get to the gate we'll be on pretty firm ground, and most of the others won't be."

HRET: determining what data are relevant Help hospitals determine what data elements are important to measure, and not just measuring anything that is readily available, is one of the goals of the Quality Measurement and Management Project (QMMP) of the Hospital Research and Educational Trust (HRET), Chicago, which is now in its fourth year of operation.

Many employers, says Dan Longo, HRET president, are looking for hospitals to tell them what clinical data are meaningful quality indicators. If hospitals gain a better understanding of what data are relevant, and what are not, they can play that role pro-actively, he adds.

That's the crux of QMMP's clinical data modules scheduled to be complete in August. The modules, Longo explains, will recommend meaningful indicators for approximately 10 clinical areas. For example, a clinical data module for obstetrics may discuss the relevance of neonatal death rates. He suggests that many hospitals, this number says more about the existence of life-sustaining technology than about the true quality of care delivered. A more meaningful number, he suggests, may be the death rate of these infants a year after they leave the neonatal unit.

Unlike the JCAHO's clinical indicators, which are laying the groundwork for a new accreditation survey process, the HRET's clinical data modules are publications addressing hospitals' external data demands and evaluating severity of illness systems are purely informational. Whether QMMP's efforts are truly useful to hospitals will be determined mainly by the AHA's advocacy efforts and the extent to which individual hospitals adapt their data collection and reporting to the HRET's recommendations.

One QMMP participant describes the difficult nature of such projects: "QMMP has been an honorable effort on the part of about a dozen hospital systems," says David Sundwall, M.D., vice president and medical director for the American Healthcare Systems Institute, Washington, DC, which is affiliated with the American Healthcare Systems (AmHS) alliance and one of the sponsors of QMMP. "The satisfaction in some of the products we developed. But it



"The name of the game is to improve performance, and to prove to somebody else that this is what you did."

Dennis O'Leary, M.D.,
president of the Joint Commission on
Accreditation of Healthcare Organizations,
Oakbrook Terrace, IL



HOSPITAL FINANCIAL AND UTILIZATION PROFILE STANDARD REPORT 1 (ST-1) 1993

Based on 1993 Hospital Discharge Data.

THIS REPORT

This report is designed to be a tool for analysis of health care issues, and includes a wide range of data for applications by many user groups. Consumers, employers, and payers, policy-makers, and providers may begin to use this type of data to make health care decisions. Health care reform policies rely heavily on the use of objective, comparable information to drive decision-making by all parties.

Utilization

The tables display indicators of patient characteristics, services, source utilization, patient case mix, source and type of admission and discharge, patient charges, payer mix, patient origins by local health district and comparative norms. It presents many of the factors within a hospital which drive the costs of patient care. The major issues addressed by these documents include:

- . volume and intensity of inpatient health care, ²⁷⁰⁰⁰
- . differences in inpatient services,
- . differences in patient demographics and complexity among hospitals.

Consumers, employers, payers, policy-makers, and providers can utilize these documents to plan for resource allocation, identify geographic areas of public concern, weigh purchasing decisions, and make peer comparisons. Purchasers may use the information to select providers and payers, or to tailor benefit offerings.

Users of this report must remember that several factors such as volume of patients discharged, coding inconsistencies, and severity of patient illness can influence inter-hospital comparisons. In interpreting the information shown in this report, the reader is advised to keep in mind the following:

Volume

(If a hospital discharged only a few of a certain type of cases, comparing data with other hospitals would not be especially meaningful because a small number of cases is not sufficient to establish a pattern of treatment.) The reader must exercise caution when interpreting measures shown in this report that were based on less than five discharges.

Timing

From its beginning, the committee worked to assure the best data

quality possible. To do so, they implemented the following:

1. The Health Data Plan provides data element definitions and standards to ensure all hospitals will report similar data.
2. Systematic edits were put in place to identify missing or invalid data fields and hospitals are required to correct these.
3. All discharge records are subjected to a second round of editing which checks for potential problems in a record related to highly improbable clinical situations. (A detailed description of systematic edits and clinical coding edits are included in the DATA PROCESSING AND QUALITY section below.)
4. Each hospital is provided with two 35 day review periods to validate the committee's data against their hospital records.

Despite the detailed edit and validation process, data quality is still an issue but is expected to improve over time as hospitals become accustomed to reporting data for public dissemination. The committee is working with individual hospitals to improve data quality by comparing their coding error rates with state norms. Any comparative analysis, or decision-making, based on these data, should take into account issues of data quality.

Severity of Illness

Patients entering hospitals for the same treatment and conditions often vary in the severity of their illnesses. Factors such as age, gender, and secondary illnesses account for differences in severity. Treating severely-ill patients is the most resource intensive and expensive. For instance, patients who are the sickest may need to be admitted to intensive care units, may need high-technology equipment, or may need to stay longer in hospitals than those less ill patients.

Some hospitals, especially regional referral centers such as Primary Children's Hospital and LDS Hospital, treat more acutely ill patients because of the specialized care available at their facility. The University of Utah hospital, which serves as a regional referral center as well as a major teaching hospital, treats more patients with complex medical conditions than other hospitals. Charges for patients cared for at these hospitals may be higher than at other hospitals due to the type of services offered and the type of patients served.

Rural hospitals often admit a mix of patients that may be chronically ill, uninsured, or elderly. The elderly are often more severely ill because of chronic and multiple health problems.

DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)

The DRGs were developed for the Health Care Financing Administration as a patient classification scheme which provides a means of relating the type of patients a hospital treats (i.e., its case mix) to the costs incurred by the hospital. While all patients are unique, groups of patients have common demographic, diagnostic and therapeutic attributes that determine their resource needs. All patient classification schemes capitalize on these commonalities and utilize the same principle of grouping patients by common characteristics.

The use of DRGs as the basic unit of payment for Medicare patients represents a recognition of the fundamental role a hospital's "sicker" patients play in determining resource usage and costs, at least on average.

"The DRGs, as they are now defined, form a manageable, clinically coherent set of patient classes that relate a hospital's case mix to the resource demands and associated costs experienced by the hospital." (Diagnosis Related Groups, Seventh Rev., Definitions Manual, page 15.)

Each discharge in the UHDDB was assigned into a DRG based on the principal diagnosis, secondary diagnoses, surgical procedures, age, sex, and discharge status of the patient. In the 1992 UHDDB, each patient is assigned into one of 492 DRGs.

ALL-PATIENT REFINED (APR) DRG

The APR-DRGs are a patient classification scheme developed by 3M Health Information Systems (HIS) that follows the basic DRG methodology of classifying patients into disease categories, but further subdivides each disease category into severity of illness classifications. With a few exceptions, a patient in each disease category (called consolidated DRG) is assigned into one of four levels of severity: no/minor complication or comorbidity (CC), moderate CC, major CC and extreme CC. Some of the exceptions to the four-level classification are newborns and neonates which are assigned to APRDRGs formed with the severity of condition already built-in (e.g., APRDRG 606: Neonate, birthweight 1000-1499g with significant O.R. procedure, discharged alive).

APRDRG categories do not appear in this report, but were used to fine charge and length of stay outliers and calculate the Case Mix Index (see CASE MIX INDEX).

The Health Data Committee has published a separate report at the APR-DRG level, showing average charges and length of stay adjusted for severity level. The report, entitled "SP-1 Patient Severity, Total Charges and Length of Stay" was done for 1992 discharges.

DATA PROCESSING AND QUALITY

Data Submission

The UHDC receives discharge data quarterly from hospitals in various formats and media. Most of the unaffiliated small rural hospitals submit hard copies of UB-82 forms. Discharges from affiliated hospitals are submitted in electronic format by the corporate office (IHC; Health Trust, Inc.; and Holy Cross). Discharge data are converted into a standardized format by the Office of Health Data Analysis as specified in the Health Data Plan.

System Edits

Data are validated through a process of automated editing and report verification. Each record is subjected to a series of edits that check for accuracy, consistency, completeness, and conformity with the definitions specified in the Technical Manual. Records failing the edit check are returned to the data supplier for correction or comment.

Clinical Claims Edit

All discharge records are subjected to a second round of editing using 3M HIS Clinical Claims Edit (CCE) software. The CCE flags records when any of 25 edit conditions are detected. Table 1 summarizes the conditions which may result in the record failing the edit process and requiring a correction or explanation from the hospital.

Table 1

Conditions Flagged as Possible Errors
by CCE

- 1. Procedure unlikely with diagnosis
- 2. O.R. procedures coded are not usually performed for principal diagnosis
- 3. Principal diagnosis suggests surgery but no O.R. surgery performed
- 4. Symptom code as principal diagnosis
- 5. Clinically unreasonable length-of-stay (high or low)
- 6. Questionable admission
 - 7. Age conflict
 - 8. Sex conflict
 - 9. E-Code as principal diagnosis
 - 10. Manifestation code as principal diagnosis
 - 11. Non-specific principal diagnosis
 - 12. Open biopsy check
 - 13. Unacceptable principal diagnosis
 - 14. Non-specific O.R. procedure

15. Duplicate of principal diagnosis
16. Bilateral procedure
17. Invalid diagnosis or procedure code
18. Invalid 4th or 5th digit
19. Duplicate code
20. Evaluate as principal diagnosis
21. Requires secondary diagnosis
22. Diagnosis conflict
23. Procedure conflict
24. Maternal/Newborn code conflict
25. Invalid or unknown age

Appendix A contains a description of each of the error flags listed below.

OUTLIER CASES

Some patients have exceptionally low or high lengths of stay (LOS) or total charges. A hospital's charges can be affected by just a few unusually long (or short) or expensive (or inexpensive) cases. These high or low values could be a result of coding or data submittal errors, particularly in length of stay, total charges, or data elements that affect DRG assignments. Other reasons for an exceptionally low LOS or charges could be due to death or transfer to another facility. Exceptionally high LOS or charges could be due to a catastrophic condition. Whatever the reason, these values, referred to as "outliers", distort the averages and were excluded from calculations. LOS or charge high outliers are defined in this and succeeding reports as values above 2.5 standard deviations from the mean. Means and standard deviations are APR-DRG specific and calculated on a statewide basis. The low outliers were defined as a non-newborn or non-normal delivery discharge with less than \$300 charge. However, the calculations in this report do not exclude low outliers. A preliminary analysis showed that of the 449 discharges that met this definition, a high proportion are in the DRG "Other factors influencing health status", for which it was difficult to determine whether they were true outliers.

ACK TO HDA)

Copyright © 1995 Utah Office of Health Data Analysis

1

FACTS ABOUT INDICATORS

1. *What is a clinical indicator?*

A clinical indicator is a measure of the clinical management and outcome of care. It is an objective measure of either the process or outcome of patient care in quantitative terms.

Clinical indicators are not exact standards, rather they are designed to be flags which through the collection and analysis of data can alert to possible problems and/or opportunities for improvement in patient care. These areas can then be further investigated within facility quality activities (QA) programs. They are therefore, measurement tools to assist in assessing whether or not a standard in patient care is being met.

There are two main categories of clinical indicators, "rate based" and "sentinel event". Rate based indicators are those in which it is "common" for a certain number of cases to be unfavourable. For example, if a post-operative cholecystectomy infection rate of 5% is quite usual, 5% may be established as the "threshold" level. A percentage higher than this may flag or alert a facility to potential problems with the delivery of this type of patient care. Sentinel events are those which happen so rarely, or which describe such a major event that they should be investigated individually; an example of this is maternal death.

2. *How were the RACMA Hospital Wide Medical Indicators developed?*

The Hospital Wide Medical Indicators (HWMI) were developed by a working party comprising four medical administrators (members of RACMA) and ACHS CEP staff. The working party extensively reviewed relevant literature and advice from expert clinicians in areas covered by the indicators, before formulating the indicators. The draft indicators underwent testing in fifteen health care facilities around Australia, specifically to ascertain data availability. They were tested a second time in ten facilities undergoing an ACHS Accreditation survey. The working party reviewed the results of the testing before re-working the indicators into a format, ready for publication.

The HWMI were the first set of medical clinical indicators to be incorporated into ACHS Accreditation, in 1993. Since their introduction, the indicators have been reviewed and revised, by the RACMA Working Party on an annual basis, based on data accumulated from facilities and feedback from the industry. Special working groups have also been consulted as required. The revisions are reflected in this current version of the Users' Manual and the process of review will continue to be an ongoing one.

3. **How is a clinical indicator structured?**

All clinical indicators follow a similar structure, which is described and exemplified as follows:

Area: Describes the major area of care being addressed.

Topic: Targets a more specific aspect of this area of care.

Rationale: Reason for indicator development.

Definition of Terms: Explains the terms used in the indicator for the purposes of this data collection.

Type of Indicator: Explains the purpose of the indicator and whether it is rate based or sentinel event.

Numerator: Explanation of the criteria for the numerator figure for rate based indicators.

Denominator: Explanation of the criteria for the denominator figure for rate based indicators.

Total: Explanation of the criteria for sentinel event indicators.

Threshold: The accepted level of practice based on mean values.

Clinical Indicators - A Users' Manual: Hospital Wide Medical Indicators Version 4

INDICATOR AREA 4: RETURN TO OPERATING ROOM

INDICATOR TOPIC: Unplanned return to the operating room during the same admission

Rationale: Unplanned return of a patient to the operating room during the same admission.

Definition of Terms:

- Unplanned refers to the necessity for a further operation for complication(s) related to a previous operation/procedure in the operating room.
- Return refers to re-admissions to the operating room for a further procedure.
- Day stay patients are included in both the numerator and denominator.

Type of Indicator: This is a comparative rate based indicator addressing the outcome of patient care.

INDICATOR DATA FORMAT:

CI No: 4.1

<i>Numerator</i>	The number of patients having unplanned returns to the operating room during the same admission, during the time period under study.
<i>Denominator</i>	Total number of patients having operations/procedures in the operating room during the time period under study.
<i>Current Threshold</i>	

FACILITY SIZE	THRESHOLD (%)
1 - 99 beds	0.2 - 0.4
100 - 199 beds	0.3 - 0.5
≥ 200 beds	0.8 - 1.2

4. **How do clinical indicators fit into current QA programs?**

Clinical indicators are not intended to replace current QA programs within health care facilities. Rather, they should be regarded as supplementary quality tools which allow for the objective measurement of the management and outcome of patient care.

The inclusion of indicator monitoring into facility QA programs lends objectivity and an extra interest to quality activities, as participating facilities can compare their performance against established thresholds and national aggregate data. It is not intended that college based clinical indicators will replace performance indicators already developed and in use within health care facilities, rather they will act as an adjunct to them.

A common difficulty in QA programs is the setting of priorities for activities and identification of problems. Clinical indicators have been developed by medical colleges to monitor critical areas of patient care, therefore their use may help to identify areas that most warrant a focused quality activity, or provide ideas for new studies, or internal indicator development.

5. *How do clinical indicators fit into the ACHS Accreditation process?*

Clinical indicator monitoring is a component in the assessment of a facility's QA program. They enable the ACHS Accreditation process to encompass the management and outcome of patient care, rather than focusing on the structures and process within a facility and thus strengthen the need for medical involvement in accreditation and quality activities.

There is no formal requirement that a facility monitor a specific number of indicators. Facilities are required, however, to address a number of indicators appropriate to the size and type of their facility and those indicators which relate to the health care services provided; it is expected that facilities will address as many appropriate indicators as possible. This is of particular relevance as more college specific sets of indicators move into the accreditation process.

6. *What will the ACHS Accreditation surveyors be looking for?*

At the time of survey, surveyors will ask for the results of clinical indicator data collection in reviewing the medical QA documentation. Clinical indicator results should be documented in the relevant Clinical Indicator Results Booklet, relating to the appropriate version of the Users' Manual. These are available from the ACHS (Sydney).

The surveyors will be interested to see that a facility's indicator program reflects the services provided within that facility. Above all, surveyors will be interested in the actions that have emanated from indicator monitoring, in response to numerical results. As with any quality activity, assessment will focus on how the results were used to assess and then improve patient care, particularly if a problem has been identified.

7. *How should indicator data be collected?*

Collecting clinical indicator data should become a routine part of your QA program. The ACHS is not prescriptive about how data are collected due to the variation in Australian health care facility data systems and QA programs. As far as possible it should be done using existing clinical data sources and QA mechanisms.

The most important thing, however, is to keep it as simple as possible.

Facilities, **at minimum**, should collect 3 months of data for each indicator for each year between surveys. It is important however, that sufficient data be collected to give a reasonable reflection of actual practice in areas related to the indicator. Notwithstanding the above, current analysis of Hospital Wide Medical Indicator data, shows that it is desirable to continuously monitor rate based clinical indicators. Facilities should prepare for this, as it will become a requirement for ACHS Accreditation purposes from January 1997 (see Clinical Indicator Data Requirements).

8. *What is a threshold and how is it developed?*

During the development of a set of indicators, provisional thresholds are established from the test data, comparisons with international literature and recommendations from the relevant working party. In most instances thresholds represent the mean value from test sites. Where provisional thresholds have not been established, the working party has elected to wait until more data from the field are accumulated and analysed.

Once established, thresholds are reviewed by the working party in light of data submitted by facilities, over approximately a 2-3 year period, to ensure their continued applicability. Given sufficient data, degrees of variance, stratified according to facility bedsize (not ownership) will be developed, thus making the threshold values more rigorous over time.

Clinical Data Retrieval and Analysis

I've Seen a Case Like That Before

CHRISTOPHER G. CHUTE^a

*Section of Medical Information Resources
Mayo Clinic/Foundation
Rochester, Minnesota 55905*

A common paradigm of medical care is to compare patients to those we have seen and treated in the past. This experiential approach dominates medical education, where the practicum of medical apprenticeship constitutes most of postgraduate education. We rely on our most distinguished colleagues to draw upon their wisdom and experience when they provide subspecialty consulting. Most clinicians will suspect clinical literature that report findings that conflict with their personal experience. ✓

Medicine has emerged in the late twentieth century as an information-intensive practice. Human memory, anecdote, and folklore can no longer train and equip medical practitioners to do their best possible job nor can they best serve the interest of the patient. Coupled with the explosion of medical knowledge and increasing sophistication of diagnostic and therapeutic procedures is the mobility and fragmented care of patient populations. Thus, the complexity and scope of patient data management have grown enormously in the past ten years alone. ✓

The Mayo Foundation has expanded in the past decade without loss of its original vision to provide the best possible care to its patients. Linking the geographically dispersed group practice centers of Jacksonville, Florida; Scottsdale, Arizona; and the original Rochester, Minnesota base of integrated physician practices is a sophisticated network of satellite television for intersite clinical consult and conferencing, and wide area data networks for coordinated patient information management and administrative resource sharing. Despite these state-of-the-art showcases of disseminated medical practice technology support, the century-old Mayo commitment to patient care, education, and research remains unaltered. These three traditions quickly evolved to place the patient as the common focus of attention, with the particular study of patient outcomes positioning the Mayos among the forerunners¹ of this now well-recognized paradigm of seeking new medical knowledge.

This report will not describe Mayo's existing clinical teleconsulting and wide area clinical data networks. I hope to present the visions and unrealized goals of the next steps toward enhancing the ability to bring the vast experience of Mayo's combined patient episodes to bear on timely clinical decisions and to the advancement of medical knowledge. The clinical data models and constructs should have broad generalizability and may contribute to the common goal of enabling physicians anywhere, independent of practice affiliation or geographic setting, to draw upon the accumulated clinical experience of numerous physician groups and practices to pose the question, "Has anyone seen a patient like the one I am treating now?" and, more importantly, "What were the outcomes of reasonable interventions?"

^ae-mail: chute @ mayo.edu

THE NATURE OF OUTCOMES RESEARCH

Clinical outcomes research is practiced under a variety of headings and titles ranging from health services research to clinical epidemiology and continuous quality improvement. Fundamentally, these disciplines are the same in that they attempt to characterize the presenting or preconditions of patients matched to a spectrum of potentially indicated interventions, and correlate these with the subsequent conditions or outcomes of the patients. The goal is to invoke the methodologies of observational research, such as clinical epidemiology, to find combinations of preconditions and interventions that maximize good outcomes.

The nation is engaged in ambitious and well-intended efforts to manage our escalating health costs without compromising the quality of American health care by invoking the principles of outcomes research. Indeed, much of the enormous success of the Mayo brothers at the turn of the century in raising the status of the Clinic from an obscure midwestern medical practice to an internationally known and respected medical center is attributable to their attention and use of clinical outcome infrastructure. Patient care and research were greatly facilitated by the introduction of a unit medical record in 1907, which combines hospital and outpatient details of care into a single dossier. The establishment of cross-referenced indices to medical diagnoses and surgical procedures in 1909 provided the critical hook for the subsequent conduct of thousands of patient outcome studies. These research registries continue to be maintained today, providing far greater detail than conventional billing records.

Unfortunately, the careful conduct of outcomes research requires the detailed representation of the patients' conditions, their interventions, and subsequent outcomes. At most institutions, including Mayo, this remains a tedious task of careful record abstraction and follow-up patient survey. Each study must define the details of these representations, and occasionally abstract them redundantly for patients with related conditions also under study. The process is time consuming and expensive, and can only become more efficient with the introduction of consistent methods to represent patient data.

The problems on a national level are more acute. Few, if any, detailed data sources are available for large populations which contain initial patient conditions, interventions, and subsequent outcomes in sufficient detail for the optimal application of observational research methods. This does not render all national datasets useless for outcomes research; much scholarly and valuable work attests to the contrary. However, the promise and potential for outcomes research to harvest efficiently the empirical knowledge of innumerable patient experiences that take place every day will never be realized without the establishment of a robust infrastructural theory to organize and maintain longitudinal patient representations.

The salient elements of outcomes analysis include four basic points:

- ① Knowledge of patient presentation, including extent of disease and co-morbidities;
- ② An understanding of the major disease processes and natural histories;
- ③ A characterization of intervention, such as surgery, pharmacotherapy, radiation, manipulative therapies, procedures, and patient education; and
- ④ The measurement of patient outcome, including morbidity, functional status, and satisfaction.

The process of outcomes analysis constitutes the determination of sequential correlations among all these elements, in the hope of discovering optimal management pathways that maximize outcome and minimize cost.

THE HERITAGE OF OUTCOMES ANALYSIS

Several disciplines have arisen which focus on analysis of patient course and outcome. These include:

- Clinical epidemiology
- Biostatistics
- Health services evaluation
- Outcomes research
- Clinical guideline development
- Continuous quality improvement
- Quantitative practice description
- Decision support

Common to all these activities is the need to formally estimate clinical outcomes. Two traditional approaches have emerged: (1) expert opinion or Delphi panel, and (2) empirical analysis of patient data. This paper will treat only the data-driven approach to these activities.

Mayo Clinic has evolved the infrastructure for these activities over many decades.² The innovative introduction of a unified medical record in 1907, encompassing all in- and outpatient encounters was a critical beginning. This made practical the longitudinal study of patients, regardless of the complexity of their treatment and the number of specialists contributing to their care.³ Careful cross-references to these records, which indexed diagnoses and procedures, were found necessary by 1909 and were augmented by disease registries in 1919.⁴ The *Mayo Clinic Proceedings* began in 1929, allowing the broad dissemination of clinical studies in what has become one of the world's largest circulation, peer-reviewed medical journals. Major advances in epidemiologic methodology were described by Mayo researchers dedicated to patient data analysis, for example, Berkson's Bias of 1946.⁵ The introduction of population-based studies by Kurland in the NIH-sponsored Rochester Epidemiology Project³ enables researchers to ask if tertiary medical center experience generalizes to community populations.⁶⁻⁸ Today, nearly 2,000 reports, papers, and abstracts are written annually from the indexed patient records at Mayo, contributing to our understanding of patient outcomes.

THE PATIENT EXPERIENCE REPOSITORY

The conduct of outcomes research at Mayo and elsewhere necessitates tedious manual review of patient records to abstract pertinent detail. The advent of an electronic medical record will not by itself obviate this problem, if medical data remains as free-form text or unstructured observations. A major goal of medical informatics is to develop clinical data repositories of patient experience that can process *ad hoc* inquiries against transportable databases using practical interfaces and standard vocabularies, and which generate useful interpretations. Five questions arise for an ideal system.

- ① How do I represent the clinical detail of a patient I am seeing now?
- ② Do patients with similar presentations exist in the database?
- ③ How alike is my patient to those known in the database?
- ④ What happened to those patients following an intervention?
- ⑤ Do these previous experiences provide any guidance in optimally managing my patient? *

The design and implementation of such a patient repository pose formidable challenges. Among them are the need to have clear and complete representations of medical concepts, detailed and consistent recording of events and interventions, a cohesive data architecture across clinical, administrative, and research departments, and practical applications for the indexing and retrieval of patient records. Once these infrastructural resources exist, the analysis, interpretation, and inference of patient experience can be efficiently brought to bear for decision support, guideline development, and data-driven advice applicable to current patients.

X MEDICAL CONCEPT REPRESENTATION

The scope of a clinical concept should apply to the serial course of patient experience, and not be limited to admitting, discharge, or summary diagnoses. In longitudinal analysis, the outcome diagnosis of one episode-of-care may become the presenting condition for the next. Similarly, a broad inclusion of diagnoses, clinical syndromes, procedures, and patient events is critical to a complete capturing of patient conditions. Argument of whether a positive HIV test is a finding or a diagnosis serves little purpose. Analogously, overlooking a heart transplant in a list of patient diagnoses because it is a procedure, would create a clinically incomplete picture. These issues arise in the artificial intelligence realm of knowledge representation and have a large body of experience in medical expert systems. This report focuses on patient data; nevertheless, the parallel issues in medical knowledge representation provide beginning points for solutions to the problem.

The fundamental attribute-nominal nature of medical concepts was clearly demonstrated by Blois,⁹ although it has roots in the New York Academy of Medicine-initiated Standard Classified Nomenclature of Disease,¹⁰ which introduced the multiaxial representation of medical concepts integral to its intellectual descendants still in use today.¹¹⁻¹³ The practical recognition of this approach is that a medical concept, such as cancer, may have many modifiers such as anatomic location, histology, stage, grade, extent, functional impact, and chronicity. Each of these details can have many levels, implying that any effort to represent their permutations will result in an explosion of possibilities. Worse, the absence of all permutations in a one-dimensional tabular list, such as the ICD-9-CM,¹⁴ can only mean that concepts are missing. •

Consider the example of colon cancer. Although commonly regarded as a single disease, the concept is clearly composed of an anatomic location combined with cancer. The level of anatomic detail is extended somewhat in the ICD-9-CM, but a patient with "Dukes B₂ adenosquamous carcinoma of the ascending colon with *c-myc* oncogene production" clearly strains the capacity for a tabular representation, yet could efficiently be captured in a multiaxial system comprising the dimensions anatomy, stage, histology, and functional characteristics. The addition of more axes, such as laterality, severity, chronicity, and functional impact would extend the representation schema to easily accommodate patient representations that were unanticipated during the design of the system.

• We have evaluated three existing systems to ascertain the relative ability of a multiaxial system, SNOMED,¹³ to capture the clinical detail of patient records relative to two tabular systems, ICD-9-CM¹⁴ and the Unified Medical Language System (UMLS) Metathesaurus.¹⁵ The methodology is described elsewhere,¹⁶ but the practical ability of a multidimensional system to capture important modifiers more completely is clearly demonstrated in TABLE I. Still, large gaps exist; a

complete and robust system for the representation of medical concepts does not yet exist.

CLINICAL DATA ARCHITECTURE

Equally important to the national representation of medical concepts in a medical data repository is its organization or structure. The absence of data coordination among departments and divisions in large medical centers results in redundant, and possibly conflicting, data about patient conditions and events. The analogy of urban development in the absence of any plan or master architect illustrates the point. No national standards for patient data layout yet exist, and medical systems vendors have tended to produce proprietary structures which fail to interface with nonvendor systems by design. *

* The Mayo Foundation has undertaken several rounds of strategic planning, the most recent occurring in 1981, 1985, 1988, and 1991. A component of the present

TABLE 1. Diagnostic Phrase-Modifying Words Captured by Classification System (in Percent)^a

	UMLS		ICD		SNOMED *	
	Included	Partial	Included	Partial	Included	Partial
Direction	12	4	5	12	54	17
History	25	1	31	—	36	1
Negation	17	—	27	—	80	—
Probability	—	—	—	—	—	—
Qualitative	35	2	36	2	55	4
Quantitative	9	—	4	—	35	1
Site	64	9	73	8	84	4
Etiology	56	—	100	—	100	—
Histology	50	10	33	—	57	—

^aModified from Chute *et al.*¹⁶

plan is the development of a clinical data architecture, described more completely elsewhere.¹⁷ FIGURE 1 illustrates the high-level structure of our evolving architecture. Two components dominate these structures: the patient care event and a diagnostic-related problem element. The linkage between these components is explicit. Subsequent expansions of this diagram provide the practical detail that enables departmental system designers to see exactly how data elements in their applications relate to the rest of the patient data environment.

INDEXING AND RETRIEVAL

Mayo discovered in 1909 that it is not sufficient to have well-organized patient records; they must also be cross-referenced for case retrieval. Analogously, electronic repositories of patient data and text, regardless of their structural elegance, require extensive indexing to facilitate review and analysis. Controversy lingers about

need at all for clinical classification systems, suggesting that computational linguistic algorithms alone might suffice for retrieval.¹⁸

We are exploring multiple techniques for classifying and retrieving patient records. Our initial focus on the UMLS Metathesaurus suggested that approach to be premature, given the relative dearth of clinical concepts in the early metathesaurus versions.¹⁹ Subsequent work has evaluated the performance of latent semantic indexing^{20,21} and the more promising technique of a least squares fit pattern matching.^{22,23} This last technique approaches precision/recall products of 80% with test-sized training sets.

Regardless of the approach, efficient case retrieval forms the foundation for any use of outcomes analysis or epidemiologic study. Obviating the need for expensive and error-prone human coding now forms a major research agenda for medical informatics.

CONCLUSIONS AND SUMMARY

Patient data are growing increasingly more complex and dense: the possibility to learn from organized repositories of patient experience poses a great opportunity and challenge. Nationally adopted standards for medical concept representation and clinical data architectures will greatly extend our ability to build patient data repositories at reasonable cost that can efficiently support outcomes analysis and clinical decision making. Our task is to build upon traditional experience to establish new standards, and to ensure their widespread adoption and integration.

Clinicians seek guidance from past patient experience. In this report issues surrounding computerized patient repositories of clinical experience, suitable for outcomes analysis, clinical decision support, and epidemiologic research are described. The salient domains of medical concept representation, clinical data architecture, data classification, and case retrieval are considered separately. The Mayo Clinic experience with these issues is reviewed, and national standards for their development and adoption are advocated.

REFERENCES

1. CODMAN, E. A., W. J. MAYO, W. W. CHIPMAN, J. G. CLARKE & A. B. KANAVEL. 1916. Report of the committee appointed by the Clinical Congress of Surgeons of North America. Standardization of hospitals. *Surg. Gynecol. Obstet.* **18**(Suppl): 9-12.
2. BEELER, G. W., JR. & C. G. CHUTE. 1989. A brief history of medical informatics at Mayo Clinic. *In* Supplement to Proceedings of the Sixth Conference on Medical Informatics (MEDINFO '89). B. Barber, D. Cao, D. Qin & G. Wagner, Eds. North-Holland, Amsterdam.
3. KURLAND, L. T. & C. A. MOLGAARD. 1981. The patient record in epidemiology. *Sci. Am.* **245**(4): 54-63.
4. CHUTE, C. G., C. R. STANHOPE & L. J. MELTON III. 1991. The Mayo Cancer Registry: Past, Present, and Future. Annual Report. Mayo Clinic Foundation, Rochester, MN.
5. BERKSON, J. 1946. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics Bull.* **2**(3): 47-53.
6. KENNEDY, R. H., R. F. BRUBAKER, W. M. O'FALLON & L. J. MELTON. 1985. Impact of referral bias on evaluation of cataract surgery. *Am. J. Ophthalmol.* **99**: 149-153.
7. MELTON, L. J., J. W. OCHI, P. J. PALUMBO & C-P. CHU. 1984. Referral bias in diabetes research. *Diabetes Care* **7**(1): 12-18.
8. MELTON, L. J. 1985. Selection bias in the referral of patients and the natural history of surgical conditions. *Mayo Clin. Proc.* **60**: 880-889.