



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ
ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΜΕ
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:ΓΚΙΟΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2008



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

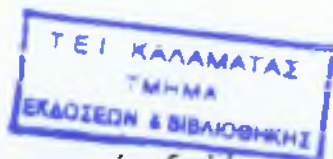
**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ
ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΜΕ
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:ΓΚΙΟΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ,2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ



Η εν λόγω εργασία πραγματεύεται την οικονομική αξιολόγηση μιας ιατρικής πράξης, εξετάζοντας την από δύο διαφορετικές σκοπιές, εκείνη της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής με παραμονή στο νοσοκομείο και της ίδιας μεθόδου χωρίς παραμονή. Απώτερος στόχος της εργασίας αυτής αποτελεί η σύγκριση από οικονομικής άποψης της ίδιας μεθόδου επέμβασης, της χολοκυστεκτομής, νοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά, για την εξαγωγή συμπερασμάτων που δύναται να προκύψουν από αυτήν.

Στην παρούσα εργασία προτάσσεται εισαγωγικό σημείωμα, στο οποίο τονίζεται ο καθοριστικός ρόλος της σύγχρονης τεχνολογίας στην ανάπτυξη της Λαπαροσκοπικής, ως μεθόδου με ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση των χολολιθιάσεων και της χολοκυστεκτομής.

Ακολουθεί το πρώτο κεφάλαιο με την ιστορική αναδρομή όσον αφορά στη Λαπαροσκοπική χειρουργική, όπου διαπιστώνεται η αποδοχή και υπεροχή της έναντι της κλασικής χειρουργικής στις περιπτώσεις της χολολιθίασης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται από ιατρικής σκοπιάς οι παθήσεις των χοληφόρων καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισης αυτών και αναπτύσσεται ιδιαίτερος η μέθοδος της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που την συνοδεύουν.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια ανάλυση στα δύο διαφορετικά επίπεδα που αποτιμάται η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα γενικά στοιχεία κόστους κατά τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης – άμεσο και έμμεσο κόστος – συμπεριλαμβανομένης στον υπολογισμό αυτών, με ιδιαίτερη αναφορά και της εργασιακής ανικανότητας.

Ακολουθεί στο ίδιο κεφάλαιο, με παράθεση πινάκων, η συλλογή στοιχείων από το νοσοκομειακό κέντρο, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα - εξωτερικά ιατρεία και χειρουργικός τομέας του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» κατά την περίοδο 2005-2007-, η οικονομική ανάλυση της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής με παραμονή και χωρίς παραμονή σε νοσοκομείο, καθώς και το αντίστοιχο κόστος εργασιακής ανικανότητας και τέλος, τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη ερευνά μας.

ΕΥΧΑΡΗΣΤΙΕΣ

Είμαι ευγνώμων στον καθηγητή **Γεώργιο Αβιζιώτη**, επιβλέποντα την πτυχιακή μου εργασία, για τις χρήσιμες πληροφορίες και την καθοδήγησή του καθ' όλη την διάρκειά της .

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στον κ. **Χρήστο Δερβένη**, Διευθυντή της Α΄ Χειρουργικής στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, για την βοήθεια του κατά την διαδικασία συλλογής των στοιχείων.

Ιδιαίτερως θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο προσωπικό του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας Διοικητικό, Νοσηλευτικό και Ιατρικό, για την βοήθεια τους στη συλλογή των στοιχείων.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απονέμω στον κ. **Φαρδέλα Χρήστο**, Βιοχημικό του Νοσοκομείου, για την συμβολή του στην συλλογή υλικού εντός και εκτός νοσοκομείου.

.....Τέλος θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή **Παρασκευόπουλο Λεωνίδα** που με ανέλαβε να παρουσιάσω την πτυχιακή μου εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	8
Κεφ.: 1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
Κεφ.: 2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ - ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ	15
2.1. Χολή.....	15
2.2. Τι προκαλεί το πρόβλημα στη χολή	16
2.3. Χολολιθίαση.....	17
2.4. Ορισμός Λαπαροσκοπικής χειρουργικής.....	17
2.5. Διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων αυτών.....	18
2.5.1 Προετοιμασία που απαιτείται πριν το χειρουργείο.....	18
2.5.2. Πώς διεξάγεται η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή	19
2.5.3. Τι συμβαίνει όταν η επέμβαση δεν μπορεί να γίνει με τη Λαπαροσκοπική μέθοδο.....	20
2.5.4. Χρόνος παραμονής ασθενών στο νοσοκομείο.....	21
2.5.5. Επιστροφή στην εργασία μετά το πέρας της επέμβασης.....	21
2.5.6. Μέγεθος σημαδιού.....	21
2.5.7. Υπάρχουν κίνδυνοι στη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή.....	22
2.5.8. Μετά τη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή.....	22
2.5.9. Η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή είναι η σωστή μέθοδος.....	23
2.6. Τα πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής.....	24
2.7. Τα μειονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής.....	25
Κεφ.: 3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	26
3.1. Ελαχιστοποίηση του κόστους.....	26
3.2. Ανάλυση Κόστους – Αποτελεσματικότητας.....	27
3.3. Ανάλυση Κόστους – Οφέλους.....	28
3.4. Ανάλυση Κόστους – Χρησιμότητας.....	29
3.5. Μελέτη ποιότητας ζωής – QOL.....	30

3.6. Εκτίμηση του κόστους της Ασθένειας.....	33
Κεφ.:4 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	35
4.1 Σύγκριση δαπανών στον τομέα της υγείας.....	35
4.2 Ταυτότητα έρευνας.....	37
4.3 Κόστος Διάγνωσης.....	48
4.4 Κόστος επέμβασης Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής.....	51
4.5 Κόστος Μετεγχειρητικής Νοσηλείας.....	53
4.6 Άμεσο κόστος εργασιακής ανικανότητας.....	54
4.7 Συνολικό κόστος διάγνωσης και θεραπείας.....	55
4.8 Παρατηρήσεις.....	56
4.9 Συμπεράσματα.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61

« Μπορεί¹ για έναν άνθρωπο το ταξίδι ως τον Άρη να αποτελεί ακόμη άπιαστο όνειρο · εκτιμάται ότι θα παρέλθει τουλάχιστον μία 20ετία ώσπου να επιτευχθεί ·, ωστόσο σε ό,τι αφορά τη χειρουργική οι ειδικοί αναφέρουν ότι ο άνθρωπος έχει ήδη κατακτήσει τον... Άρη, έχοντας περάσει από τους ενδιάμεσους σταθμούς-πλανήτες τού... χειρουργικού Διαστήματος. Ξεκινώντας από τη Γη, κοινώς από το νυστέρι, το οποίο ως πριν από περίπου μία 20ετία αποτελούσε και τη μόνη επιλογή εντός του χειρουργείου, τη δεκαετία του 1990 οι ειδικοί κατέκτησαν τη... Σελήνη φέρνοντας μέσα στο χειρουργικό δωμάτιο και στη ζωή των ασθενών την έννοια της λαπαροσκοπικής επέμβασης. Και τώρα πια τα τελευταία χρόνια έχουν ήδη μετοικήσει στον... Άρη με όπλο τους ένα ρομπότ · δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι η ρομποτική χειρουργική, περί ης ο λόγος, που αποτελεί πλέον γεγονός και στη χώρα μας, βασίστηκε σε σύλληψη και τεχνολογία της NASA · ανοίγοντας ένα καινούργιο παράθυρο στον κόσμο των χειρουργικών πράξεων. Έτσι σήμερα πλέον ο χειρουργός δεν χρειάζεται να βρίσκεται επάνω από το χειρουργικό τραπέζι αφού συντονίζει την όλη επέμβαση, την οποία διενεργούν ρομποτικοί βραχίονες, από μια κονσόλα... εξ αποστάσεως!. Όπως αναφέρουν πάντως οι επιστήμονες, με τους ρυθμούς που ταξιδεύουν πλέον η τεχνολογία και η ιατρική επιστήμη, σύντομα το μέλλον στον τομέα της χειρουργικής θα μεταφράζεται σε ταξίδια... εκτός του γαλαξία μας..»

«ΘΕΟΔΩΡΑ ΤΣΩΛΗ»

¹ . Θεοδώρα Τσώλη Βήμα Science www.tovima.gr Κυριακή 4 Νοεμβρίου 2007 · Αρ. Φύλλου 15207 (εξακρίβωση 12-08-2008)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες ζήσαμε μια επανάσταση στη Χειρουργική. Καθιερωμένες και δοκιμασμένες χειρουργικές τεχνικές πέρασαν ομαλά από την ανοικτή στην ελάχιστα επεμβατική χειρουργική, τη Λαπαροσκοπική χειρουργική. Ο χειρουργός κατά τη Λαπαροσκοπική Χειρουργική χειρίζεται τους ιστούς, όχι υπό άμεση όραση, αλλά μέσω μιας οθόνης και με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων. Η σύγχρονη τεχνολογία διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της λαπαροενδοσκοπικής χειρουργικής και τα εξαιρετικά αποτελέσματα της μεθόδου την καταξίωσαν τόσο στην ιατρική κοινότητα όσο και στη συνείδηση των ασθενών. Εντούτοις, η επανάσταση του 21ου αιώνα στο χώρο της χειρουργικής είναι η ρομποτική χειρουργική, δηλαδή η εισαγωγή ρομποτικών συστημάτων, καθοδηγούμενων από ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Η πρώτη γενιά χειρουργικών ρομπότ χρησιμοποιείται ήδη σε αρκετά χειρουργεία ανά τον κόσμο. Δεν πρόκειται φυσικά για αυτόνομα ρομπότ που μπορούν να χειρουργούν μόνα τους, αλλά για μηχανικά βοηθήματα των χειρουργών. Τα μηχανήματα αυτά απαιτούν, φυσικά, χειρισμό από ανθρώπους χειρουργούς και δέχονται εντολές από αυτούς. Ο έλεγχος αυτών των χειρουργικών ρομπότ γίνεται με τηλεχειρισμό και ενεργοποίηση μέσω φωνής. Η ρομποτική χρησιμοποιείται πλέον στην ιατρική, διότι παρέχει τη δυνατότητα άνευ προηγουμένου ελέγχου και ακρίβειας των χειρουργικών εργαλείων με ελάχιστες παρεμβατικές διαδικασίες.

Η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή είναι τώρα η μέθοδος που επιλέγουν οι χειρουργοί για την αντιμετώπιση των απλών χολολιθιάσεων. Τα πλεονεκτήματα αφορούν σε μια σχετικά ανώδυνη μετεγχειρητική περίοδο και στο μέγεθος του σημαδιού το οποίο γρήγορα επιστρέφει στην κανονική του μορφή, έχοντας θετικές επιπτώσεις στις κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές δραστηριότητες του ασθενή στην οικογένεια του, στον εργοδότη και στην κοινωνία του. Η χειρουργική επέμβαση χολοκυστεκτομής γίνεται συχνά στα γενικά νοσοκομεία της περιοχής, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δοθεί υπερβολική έμφαση στα πλεονεκτήματα των υγειονομικών υπηρεσιών λόγω του γρήγορου κύκλου των εργασιών. Η χειρουργική επέμβαση ημερήσιας φροντίδας τώρα ευρέως υποστηρίζεται και έχουν υπάρξει μελέτες

που παρουσιάζουν τη δυνατότητα Χολοκυστεκτομής χωρίς παραμονή στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά μια λεπτομερής αναφορά στην χοληδόχο κύστη και κατ' επέκταση στους τρόπους αντιμετώπισης των ασθενειών που προκύπτουν από πιθανές δυσλειτουργίες της. Αρχικά γίνεται μια ιστορική αναδρομή για τις πρωτόλειες χειρουργικές προσπάθειες αφαίρεσης της χολής, φτάνοντας στο σήμερα στις σύγχρονες Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε μια από τις πιθανές δυσλειτουργίες της χολής που είναι η χολολιθίαση, η οποία έχει ως βασική μέθοδο αποθεραπείας την Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή. Οι εξελιγμένες επεμβάσεις έχουν αρχίσει να βασίζονται σε ρομποτικά συστήματα-νέες τεχνολογίες. Η εξέλιξη της τεχνολογίας προήλθε από την ωρίμανση της κοινωνίας σε ζητήματα υγείας. Η ωρίμανση της κοινωνίας δημιούργησε εν συνεχεία τους δείκτες που διασφαλίζουν την ποιότητα της υγείας. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η λαπαροσκόπηση είναι μεν μία μέθοδος με υψηλό κόστος, παρόλα αυτά όμως είναι και μία μέθοδος η οποία αποδίδει και στο άτομο και στην κοινωνία περισσότερους εκμεταλλεύσιμους πόρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Χειρουργική Μικρών Τομών ή πιο γνωστή σαν Λαπαροσκοπική χειρουργική είναι μια επαναστατική στροφή της Γενικής Χειρουργικής που σημάδεψε το τέλος του προηγούμενου αιώνα και υπόσχεται πολλά για το μέλλον, άμεσο και απώτερο.

Η χειρουργική χωρίς νοσηλεία & διανυκτέρευση στο νοσοκομείο δεν είναι μια καινούρια θεωρία αλλά είναι ίσως η παλαιότερα γνωστή μορφή αντιμετώπισης χειρουργικών προβλημάτων, που ανευρίσκεται και σε Αιγυπτιακούς παπύρους. Αλλά και στον Όμηρο αναφέρεται με ακρίβεια πως απομακρύνονταν τα βέλη από τα σώματα των πολεμιστών και περιγράφεται η φροντίδα με επιδέσμους και άλλα υλικά, που χρησιμοποιούνταν για να κλείσουν τα τραύματα.

Στα νεότερα χρόνια, για αιώνες οι χειρουργικές επεμβάσεις γίνονταν εκτός νοσοκομείων. Ιστορικά, η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε από τον Γερμανό Karl Langenbuch το 1882, ενώ η πρώτη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή πραγματοποιήθηκε από τον Erich Mucbe το 1985 στην Γερμανία².

Οι απαρχές της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής μπορούν να τοποθετηθούν χρονικά στις αρχές του 20ου αιώνα με την πρώτη πειραματική λαπαροσκόπηση το 1901 από τον Kelling³, Γερμανό χειρουργό, που πέτυχε να εξετάσει την περιτοναϊκή κοιλότητα σκύλου με τη βοήθεια κυστεοσκοπίου.

Λαπαροσκοπήσεις σε ανθρώπους πραγματοποίησε πρώτος το 1910 ο Σουηδός Jacobaeus⁴ σε ασθενείς με ασκίτη, παρουσιάζοντας ένα χρόνο αργότερα 115 περιστατικά. Ακολούθησαν το 1922 ο Korbsch, το 1923 ο Keeling και το 1929 ο Steiner. Το 1929 ο ηπατολόγος Kalk υποστήριξε πρώτος την τεχνική του διπλού τροκάρ, ανοίγοντας το δρόμο για τη διαγνωστική και θεραπευτική λαπαροσκόπηση (μονογραφία του το 1951 περιελάμβανε περισσότερα από 2000 περιστατικά). Ο Fervers το 1935

² Sharp KW. Acute Cholecystitis. Surg. Clin. North Am 1988;68:269-279.

³ Kelling, G. Uber Oesophagoskopie, Gastroskopie und Coelioskopie. Munch Med Wochenschr 49:21-24 (1901)

⁴ Jacobaeus, HC. Uber die Moglichkeit, die Zystoskopie der Untersuchung serioser Hohlnhen anzuwenden. Munch Med Wochenschr 57:2090-2092

χρησιμοποίησε για πρώτη φορά την εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) στην περιτοναϊκή κοιλότητα (50 ασθενείς) και ο Veress⁵ εφηύρε τη μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενη βελόνα για την ασφαλή δημιουργία πνευμοπεριτοναίου.

Σημαντικό εμπόδιο στην καθιέρωση και την εξέλιξη της νέας μεθόδου αποτέλεσε ο φωτισμός και τα προκαλούμενα από αυτών θερμικά εγκαύματα. Σταθμός ορόσημο για την αλματώδη πρόοδο και την πολύπλευρη εφαρμογή της υπήρξε η εισαγωγή της χρήσης οπτικών ινών και ψυχρού φωτισμού από τον Hopkins τη δεκαετία του 1950.

Μια σημαντική μορφή στη δεκαετία του 1960, ο χειρουργός Kurt Semm⁶, επινόησε και κατασκεύασε μεγάλο αριθμό λαπαροσκοπικών εργαλείων όπως την αυτόματη συσκευή παροχής αερίου, τη συσκευή πλύσης - αναρρόφησης κ.ά.

Η σημαντική όμως πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές, στα φάρμακα (αντιβιοτικά, αναισθητικά) και κυρίως το αποτέλεσμα των μεγάλων τεχνολογικών ανακαλύψεων έδωσαν τη δυνατότητα για όλο και πιο σύνθετες επεμβάσεις σε όλο και πιο εξειδικευμένα νοσοκομειακά τμήματα μεγάλων οικοδομημάτων με πολύ ακριβά μηχανήματα. Έτσι οι χειρουργοί μετέφεραν όλη την δραστηριότητα τους (μικρή, μεσαία αλλά και τις μείζονες επεμβάσεις) σε αυτά τα μεγάλα και πολυτελή νοσοκομεία, αυξάνοντας το κόστος, τις ανάγκες για προσωπικό και μεγαλώνοντας τις λίστες αναμονής. Αποτέλεσμα αυτού είναι ακόμα και επεμβάσεις που δεν απαιτούν στην πραγματικότητα ειδικό εξοπλισμό, ειδική προεγχειρητική προετοιμασία και νοσηλεία, να εκτελούνται σε αυτά τα ίδια μεγάλα νοσοκομεία. Μέχρι την δεκαετία του '70 τα περισσότερα περιστατικά χειρουργούντο στα νοσοκομεία και πολλοί λίγοι χειρουργοί διακινδύνευαν μια χειρουργική αντιμετώπιση σε εξωνοσοκομειακή βάση. Αργότερα, με οδηγό τις ΗΠΑ & την Μ Βρετανία, ένα μεγάλο ποσοστό των θεραπειών γίνονται στις χώρες αυτές σε εξωνοσοκομειακή βάση, κάτι που δεν συμβαίνει στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπου δεν ακολουθείται με τον ίδιο ρυθμό η τάση αυτή.

⁵ Veress, J. Ein neeuew instrument zur Ausfuehrung von Brust-oder Bauchpunktionen und Pneumothorax behandlung. Deutsche Med Wochenschr 64:1480-1481(1938)

⁶ Semm, K. History in Sanfilippo JS and Levine RC et al. (Eds) Operative gynecologic endoscopy. Springer-Verlag. New York (1989)

Μετά το 1970 ευάριθμοι χειρουργοί και κυρίως γυναικολόγοι χρησιμοποίησαν δειλά την λαπαροσκόπηση για διάγνωση παθήσεων της πυέλου.

Το 1985 συντελείται το τεχνολογικό επίτευγμα της χρήσης της μικρής φωτογραφικής μηχανής λήψης (mini-camera) και καταγραφής της εικόνας (video-camera), γεγονός που απελευθέρωσε τον χειρουργό, δίνοντάς του τη δυνατότητα εκπαίδευσης με τη μεταφορά του χειρουργικού πεδίου σε οθόνη προβολής (monitor).

Το 1987 στη Lyons, ο Phillippe Mouret ⁷επιχειρεί την πρώτη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή με απόλυτη επιτυχία, κατά τη διάρκεια γυναικολογικής επέμβασης. Ακολουθούν το επόμενο έτος οι Γάλλοι F. Dubois και J. Perissat, οι Αμερικανοί E. Reddick, D. Olsen και G. Berci και ο Άγγλος A. Cuschieri. Η μέθοδος καθιερώνεται ταχύτατα παρά το σκεπτικισμό και τις αναμενόμενες ως ένα βαθμό αντιδράσεις στους χειρουργικούς κύκλους. Είναι κατανοητό γιατί τότε η πλειονότητα των χειρουργών αντιμετώπισε με δυσπιστία τη νέα μέθοδο και τη συνεπακόλουθη ανάγκη χρήσης νέων, πολυδάπανων εργαλείων για την εκτέλεση επεμβάσεων που εκτελούνταν παραδοσιακά χωρίς προβλήματα. Η έλλειψη εξοικείωσης με τη νέα τεχνολογία, η μη επαρκής πληροφόρηση και η εισβολή της σε ένα χώρο μάλλον συντηρητικό δικαιολογεί ίσως τις πρώτες αντιδράσεις.

Το 1992 μετά από πολυκεντρικές μελέτες που κατέδειξαν την υπεροχή της έναντι της ανοικτής μεθόδου, έρχεται η αναγνώριση της Λαπαροσκοπικής χειρουργικής από τον Εθνικό Οργανισμό Υγείας των ΗΠΑ (NIH) σαν επέμβαση εκλογής για την αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως. Στα χρόνια που ακολούθησαν η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή προβλήθηκε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το κοινό την αποδέχτηκε, γιατί ικανοποιούσε την ανάγκη του για λιγότερο πόνο, λιγότερες μέρες νοσηλείας, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και έγινε ο μοχλός πίεσης στους χειρουργούς για την καθιέρωσή της.

⁷ Mouret, G. From the first laparoscopic cholecystectomy to the frontiers of laparoscopic surgery: The future perspectives. Dig Surg 8:124-125, 1991

Κοντεύουν να συμπληρωθούν δυο δεκαετίες από την εφαρμογή της Λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε όλες σχεδόν τις ενδοκοιλιακές παθήσεις και η χειρουργική κοινότητα δεν έχει σταματήσει, με την βοήθεια της συνεχούς εξέλιξης της τεχνολογίας, να βρίσκει χειρουργικές τεχνικές που όλο και περισσότερο θα ελαχιστοποιούν τον μετεγχειρητικό πόνο, τις χειρουργικές ουλές, την διάρκεια νοσηλείας και θα φέρνουν γρήγορη πλήρη επάνοδο σε κανονική δραστηριότητα. Οι τεχνικές αυτές είναι η μίνι- και η μικρολαπαροσκόπηση.

Οι ουλές από την μικρο- και την μίνι -λαπαροσκόπηση είναι σχεδόν αόρατες και υπάρχει ακόμα λιγότερος πόνος και από την κλασική λαπαροσκοπική χειρουργική.

Εξελίξεις & βελτιώσεις στις οπτικές ίνες, τα διάφορα συστήματα καμερών, τα νεώτερα, εργονομικότερα και μικρότερα λαπαροσκοπικά εργαλεία των 1,7-2,5 χιλ, τα πιο εξελιγμένα αιμοστατικά εργαλεία, οι υψηλής ευκρίνειας οθόνες και τα ρομποτικά συστήματα επέτρεψαν στους χειρουργούς να εκτελούν όλο και πιο σύνθετες Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις με όλο και πιο μεγαλύτερη ασφάλεια. Επίσης οι NOTES & MANOS τεχνικές που άρχισαν να εφαρμόζονται ήδη και σίγουρα θα εξαπλωθούν όλο και περισσότερο τα επόμενα χρόνια, χρησιμοποιούν ήδη στο μεταβατικό αυτό στάδιο την μικρο- και την μίνι-λαπαροσκόπηση.

Μπορούμε σήμερα, στις αρχές του 2008, να εκτελούμε σε οργανωμένα λαπαροσκοπικά κέντρα με ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και πολύ μειωμένη βλάβη στους ιστούς επεμβάσεις με τις ανωτέρω τεχνικές, όπως χολοκυστεκτομή, βουβωνοκήλες, σκωληκοειδεκτομή, λύση συμφύσεων, βιοψίες ενδοκοιλιακών οργάνων, διαγνωστικές λαπαροσκοπήσεις, και να υποβοηθούμε επεμβάσεις όπως αποκατάσταση διαφραγματοκήλης, εκτομές εντέρων και επεμβάσεις στο στομάχι για παχυσαρκία. Επίσης μπορούν να γίνουν σαν day clinic χειρουργεία διάφορων ειδικοτήτων, όπως επεμβάσεις κιστών κάτω άκρων, αρθροσκοπήσεις ώμου & γονάτων, κυστεοσκόπηση και αφαίρεση μικρών βλαβών ουροδόχου κύστεως, ελάσσονες γυναικολογικές επεμβάσεις, επεμβάσεις μαστών, ΩΡΛ, βιοψίες, καθετηριασμοί, αγγειογραφίες, ενδοφλέβιες θεραπείες, ενδοσκοπήσεις, λιθοτριψία, κλπ

Οι επεμβάσεις αυτές εφαρμόζονται κυρίως σε νεώτερους ασθενείς & ιδιαίτερα παρακινήμενους για τέτοια τακτική, χωρίς ιστορικό άλλων επεμβάσεων στην κοιλιά, σε εκλεκτικές περιπτώσεις, χωρίς επείγοντα χαρακτήρα, και σε ασθενείς που μένουν σχετικά κοντά στο νοσοκομείο. Επίσης και από μέχρι τώρα δημοσιευθείσες μελέτες η δυνατότητα day clinic σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις έχει να κάνει και με την εμπειρία και την χειρουργική ικανότητα του λαπαροσκόπου χειρουργού. Από χειρουργεία ημέρας αποκλείονται οι ασθενείς που μπαίνουν στην αναισθησιολογική κατηγορία ASA III-IV, μεγαλύτεροι από 70 ετών, με διαταραχές ήπατος ή πηκτικότητας, με προηγηθέντα μεγάλα χειρουργεία στην κοιλιά και με οξείες καταστάσεις (πχ οξεία χολοκυστίτις).

Ένα σύγχρονο παράδειγμα έρχεται από μεγάλο νοσοκομείο της Νέας Υόρκης (Mount Sinai), όπου παραδόθηκε στο τέλος του 2007 ένα χειρουργικό τμήμα από το οποίο οι ασθενείς μετά την επέμβαση επιστρέφουν σπίτι τους την ίδια ημέρα. Στον ασθενή και την οικογένειά του δίνεται ιδιαίτερη προσοχή λόγω της ιδιαιτερότητας της day clinic χειρουργικής με χώρο αναμονής και έχει ξεχωριστά χειρουργεία και αίθουσες ανάνηψης. Εννοείται ότι το ιατρικό και υγειονομικό υλικό δεν υστερεί σε κάτι από το υπόλοιπο νοσοκομείο.

Παρ' όλα τα κοινωνικά, οικονομικά και ιατρικά πλεονεκτήματα που έχουν αναφερθεί από διάφορους συγγραφείς, πολλοί χειρουργοί είναι ακόμα απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν αυτή την τακτική είτε λόγω ελλιπούς πληροφόρησης τους, και του φόβου των μετεγχειρητικών επιπλοκών των ασθενών, ακόμα και της μη ικανοποιητικής αμοιβής, είτε λόγω της απροθυμίας των ασθενών να υποβληθούν σε αυτού του είδους την επέμβαση.

Όμως με την βοήθεια της ταχύτατα εξελισσόμενης τεχνολογίας το μέλλον της εξωνοσοκομειακής χειρουργικής πρακτικής είναι σαφώς πολλά υποσχόμενο.

Σήμερα, η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή έχει ραγδαίως εξελιχθεί ως μια επαναστατική εναλλακτική λύση στη θέση της ανοιχτής χολοκυστεκτομής. Παρά τα πλεονεκτήματά της όμως οι αρχικές αναφορές θεωρούσαν την ύπαρξη οξείας χολοκυστίτιδας ως απόλυτη αντένδειξη, ενώ για ορισμένους αυτό ισχύει ακόμη και σήμερα.

Καθημερινά πληθαίνουν οι αναφορές σύμφωνα με τις οποίες η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας με Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή είναι εφικτή και ασφαλής και επιπλέον έχει τα πλεονεκτήματα του μειωμένου χρόνου και κόστους νοσηλείας⁸.

Με την αύξηση της εμπειρίας η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή στην παρουσία χολοκυστίτιδας τείνει να καθιερωθεί διεθνώς όταν απατούνται τα κριτήρια εκείνα που κάνουν την παραπάνω επέμβαση ασφαλή. Ωστόσο είναι αρκετές ακόμα εκείνες οι περιπτώσεις όπου ο χειρουργός αναγκάζεται να ακολουθήσει την ανοικτή μέθοδο λόγω των κλασικών αντενδείξεων όπως το εμπύημα, η προχωρημένη ηλικία, συνυπάρχουσα άλλη πάθηση.

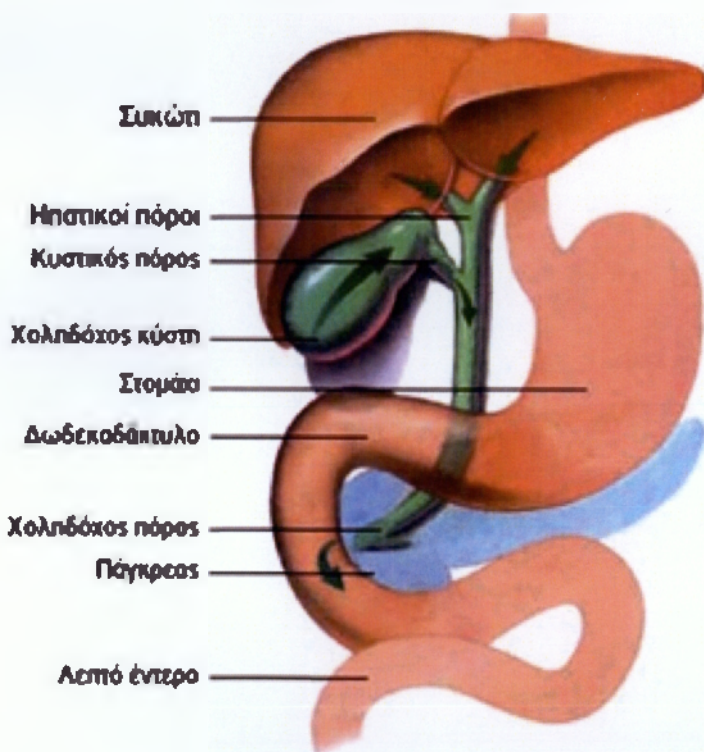
⁸ Schafer M., Krahenbuhl L., Buchler MW. Predictive factors for the type of surgery in acute cholecystitis. Am J Surg. 2001;182:291-297

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ – ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

2.1 Τι είναι η χολή

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα όργανο σχήματος αχλαδιού, που βρίσκεται κάτω από τη δεξιά πλευρά του ήπατος. Ο κύριος σκοπός του είναι να συγκεντρώνει το πεπτικό υγρό (χολή) που παράγεται από το ήπαρ. Το υγρό αυτό ελευθερώνεται από τη χοληδόχο κύστη μετά το φαγητό, βοηθώντας στην πέψη. Η χολή ταξιδεύει μέσω στενών σωληνοειδών καναλιών (χοληδόχος πόρος) μέσα στο λεπτό έντερο. Η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης δεν σχετίζεται με καμία διαταραχή της πέψης στους περισσότερους ασθενείς⁹.

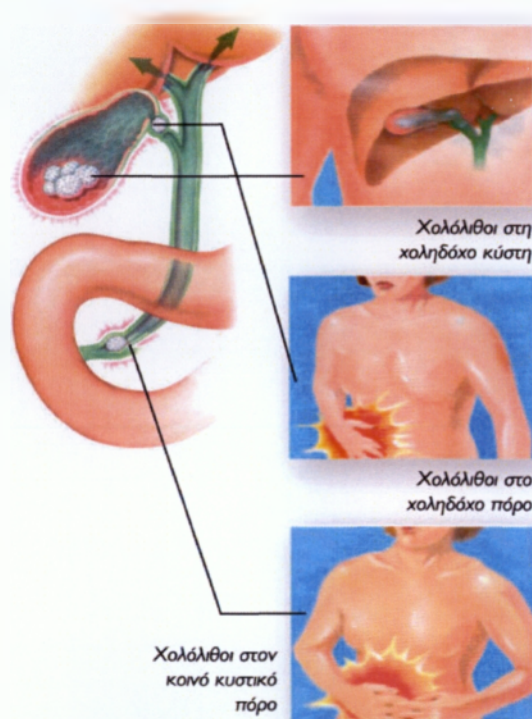


Εικόνα 2.1: Απεικόνιση χολής.

⁹ Κωνσταντινίδης Κ., Γενική, Λαπαροενδοσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, «Προβλήματα στη χοληδόχο κύστη-Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση», www.kkonstantinidis.com/content/entvpa_3.pdf, (εξακρίβωση 01/09/2008)

2.2 Τι προκαλεί τα προβλήματα στη χολή

Τα προβλήματα στη χοληδόχο κύστη συνήθως προκαλούνται από την παρουσία χολόλιθων¹⁰, μικρών σκληρών μαζών που σχηματίζονται κυρίως από χοληστερόλη και χολικά άλατα, τα οποία σχηματίζονται στη χοληδόχο κύστη ή στο χοληδόχο πόρο. Δεν είναι σίγουρο για ποιο λόγο σε κάποιους ανθρώπους δημιουργούνται χολόλιθοι. Δεν υπάρχουν γνωστοί τρόποι, ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία χολόλιθων. Οι πέτρες αυτές μπορεί να μπλοκάρουν τη ροή της χολής έξω από τη χοληδόχο κύστη, προκαλώντας τη διόγκωσή της με αποτέλεσμα την εμφάνιση οξέος κοιλιακού άλγους, εμέτων, δυσπεψίας και σε κάποιες περιπτώσεις πυρετό. Εάν ο χολόλιθος μπλοκάρει τον κοινό χοληδόχο πόρο, μπορεί να προκληθεί ίκτερος (κιτρίνισμα του δέρματος).



Εικόνα 2.2: Απεικόνιση χολόλιθων σε διάφορα σημεία.

¹⁰ Χολολιθίαση. (2008, Ιουλίου 25). Βικιπαίδεια, Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια. www.el.wikipedia.org ,(εξακρίβωση 01/09/2008)

2.3 Τι είναι η χολολιθίαση

Χολολιθίαση¹¹ ονομάζεται η πάθηση στην οποία ανευρίσκονται λίθοι (πέτρες) μέσα στη χοληδόχο κύστη. Εμφανίζεται στο 25% περίπου των ατόμων ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας. Προτιμά όμως τις παχύσαρκες, πολύτοκες γυναίκες ηλικίας 50 ετών. Η πιο καλή μέθοδος εξέτασης (διάγνωσης) της χολολιθίασης είναι το υπερηχογράφημα της κοιλιάς. Πολύ συχνά οι πέτρες δεν προκαλούν συμπτώματα και η ανεύρεσή τους γίνεται τυχαία. Όταν διαγιγνώσκεται η χολολιθίαση, συνιστάται σε μικρό χρονικό διάστημα οι ασθενείς να υποβληθούν σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή.

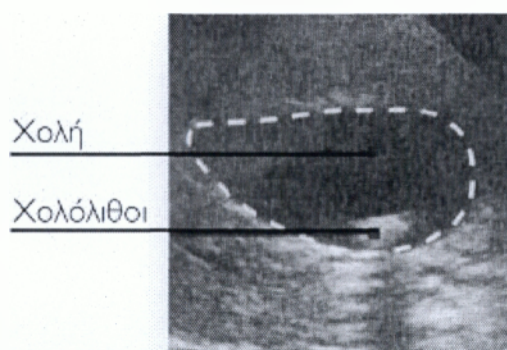
2.4 Ορισμός Λαπαροσκοπικής χειρουργικής

Λαπαροσκοπική χειρουργική είναι η τεχνολογικά εξελιγμένη χειρουργική που επιτρέπει τη διενέργεια πολύπλοκων επεμβάσεων χωρίς τομές με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων και video. Η Λαπαροσκοπική χειρουργική ξεκίνησε με στόχο την ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος και του μετεγχειρητικού πόνου. Κατά τη διάρκεια της εξελικτικής της πορείας, με τη Λαπαροσκοπική χειρουργική, κατέστη εφικτό όχι μόνο να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή, αλλά και να γεννηθεί μιά εξ ολοκλήρου νέα ιατρική φιλοσοφία και εξειδίκευση, αυτή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής (minimal invasive surgery). Δεν θα ήταν υπερβολή αν λέγαμε ότι η ανάπτυξη της λαπαροσκοπικής τεχνικής και της μικροχειρουργικής υπήρξε τόσο επαναστατική για την χειρουργική αυτού του αιώνα, όσο και η εφαρμογή της γενικής αναισθησίας τον προηγούμενο. Με την συνεχή τεχνολογική εξέλιξη και την αυξανόμενη επιδεξιότητα και εξοικείωση των χειρουργών, η Λαπαροσκοπική χειρουργική θα συνεχίσει να δίνει λύσεις σε όλο και πιά σύνθετα ιατρικά προβλήματα.

¹¹ Στρατούλιας Ι.Κ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», www.iatronet.gr/article.asp_id=293.
(εξακρίβωση 01/09/2008)

2.5 Διάγνωση και η θεραπεία των προβλημάτων αυτών

Το υπερηχογράφημα είναι η πιο συνηθισμένη εξέταση που χρησιμοποιείται για την εύρεση των χολολίθων. Σε κάποιες περιπτώσεις, άλλες ακτινολογικές εξετάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν, για να αξιολογηθεί το πρόβλημα. Οι χολόλιθοι δεν αποβάλλονται από μόνοι τους. Κάποιες περιπτώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν προσωρινά με φαρμακευτική ή διαιτητική αγωγή, όπως μείωση λήψης λιπαρών ουσιών. Αυτή η αγωγή έχει περιορισμένα και προσωρινά ποσοστά επιτυχίας. Τα συμπτώματα θα συνεχιστούν μέχρι να αφαιρεθεί η χοληδόχος κύστη. Η χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστης είναι η πλέον κατάλληλη και ασφαλέστερη θεραπεία της χολοκυστίτιδος.



Εικόνα 2.3: Εικόνα χολής από το υπερηχογράφημα U/S¹²

2.5.1 Προετοιμασία που απαιτείται πριν το χειρουργείο

Την προηγούμενη του χειρουργείου αποφύγετε να φάτε ή να πιείτε μετά τα μεσάνυχτα. Αν έχετε πρόβλημα δυσκοιλιότητας, ένα κλύσμα ή κάποια αντίστοιχη προετοιμασία θα πρέπει να γίνει, αφού πρώτα συμβουλευτείτε το χειρουργό σας. Απαιτούνται επίσης, κάποιες προεγχειρητικές εξετάσεις. Για τους σε καλή κατάσταση ασθενείς, οι μόνες προεγχειρητικές εξετάσεις που απαιτούνται είναι το υπερηχογράφημα, η γενική αίματος, η ηπατική βιολογία, ο αιμορραγικός έλεγχος, η ομάδα αίματος και ο παράγων Rh. Η ενδοσκοπική ανιούσα χολαγγειογραφία (ERCP) εκτελείται, όταν υποψιαζόμαστε πέτρες στο χοληδόχο πόρο βάσει υπερηχογραφήματος, κλινικών και βιοχημικών

¹² U/S: Υπέρηχος

κριτηρίων. Ακόμα κι έτσι, η αξιοπιστία αυτής της έρευνας αποδεικνύεται ασφαλής σε 25-50% τέτοιων περιπτώσεων. Για αυτόν τον λόγο, στα κέντρα με τις απαραίτητες εγκαταστάσεις, χρησιμοποιείται η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP)¹³ παρά η (ERCP)¹⁴, λόγω μεγαλύτερης διαγνωστικής ακρίβειας. Αν λαμβάνετε φάρμακα σε καθημερινή βάση, ενημερώστε το χειρουργό σας και ίσως να πρέπει να πάρετε κάποια από αυτά το πρωί της επέμβασης με μία γουλιά νερό. Αν παίρνετε για κάποιο λόγο ασπιρίνες, αντιπηκτικά ή φάρμακα για αρθρίτιδα, αναγκαίο είναι να συζητήσετε με το χειρουργό σας για τον κατάλληλο χρόνο που θα πρέπει να διακόψετε τα φάρμακα πριν από την επέμβαση.

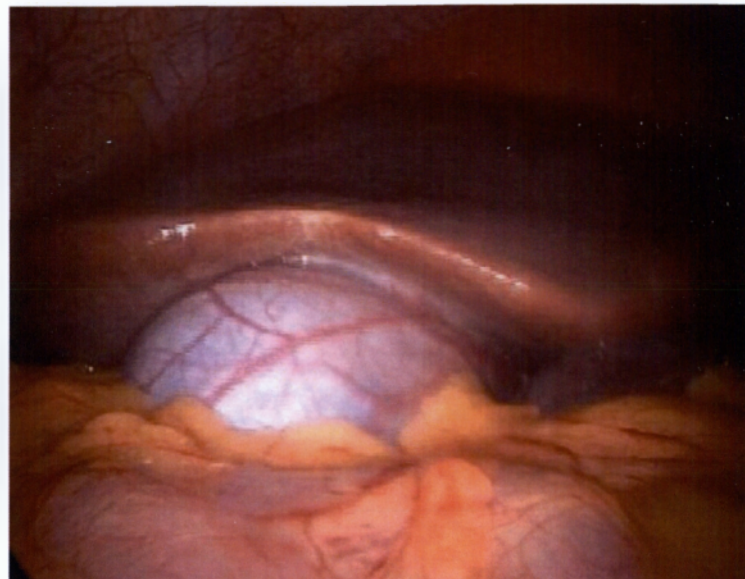
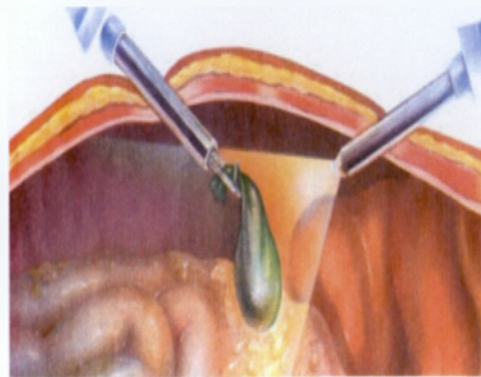
2.5.2 Πώς διεξάγεται η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή

Η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή πραγματοποιείται κατόπιν γενικής αναισθησίας, ώστε ο ασθενής να είναι κοιμισμένος καθ' όλη τη διάρκεια του χειρουργείου. Χρησιμοποιώντας ένα στενό σωλήνα, ο χειρουργός εισέρχεται στην κοιλιά από τον αφαλό. Ένα λαπαροσκόπιο (ένα μικροσκοπικό τηλεσκόπιο), συνδεδεμένο σε μία ειδική κάμερα, εισάγεται διαμέσου του σωλήνα, δίνοντας στο χειρουργό μία μεγεθυμένη εικόνα των εσωτερικών οργάνων του ασθενούς στην οθόνη μιας τηλεόρασης. Εισάγονται και άλλοι σωλήνες, οι οποίοι επιτρέπουν στο χειρουργό να χωρίσει απαλά την χοληδόχο κύστη από αυτά που τη συγκρατούν και να την αφαιρέσει μέσω μιας από τις οπές. Πολλοί χειρουργοί κάνουν μία ειδική ακτινογραφία, η οποία ονομάζεται χολοαγγειογραφία, για να εντοπίσουν πέτρες, οι οποίες είναι πιθανόν να βρίσκονται μέσα στα κανάλια του χοληδόχου πόρου. Εάν ο χειρουργός ανακαλύψει μία ή και περισσότερες πέτρες στο χοληδόχο πόρο, μπορεί να τις αφαιρέσει με ένα ειδικό όργανο, μπορεί να επιλέξει να τις αφαιρέσει αργότερα με μία δεύτερη, ελάχιστα διεισδυτική διαδικασία ή μπορεί να προχωρήσει σε μία ανοικτή επέμβαση, προκειμένου να αφαιρέσει όλες τις πέτρες σε αυτήν τη συγκεκριμένη επέμβαση. Μετά την αφαίρεση της

¹³ MRCP : μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία

¹⁴ ERCP : ανιούσα χολαγγειογραφία

χοληδόχου κύστης, ο χειρουργός κλείνει τις μικρές τομές με ένα ή δύο ράμματα ή με ειδική χειρουργική ταινία¹⁵.



Εικόνα 2.4: Εικόνα χολής μέσα από το λαπαροσκόπιο

2.5.3 Τι συμβαίνει όταν η επέμβαση δεν μπορεί να γίνει με τη Λαπαροσκοπική μέθοδο

Σε ένα μικρό αριθμό ασθενών η Λαπαροσκοπική μέθοδος δεν είναι εφικτή, όταν δεν μπορούμε να δούμε ή να πιάσουμε τα όργανα αποτελεσματικά. Όταν ο χειρουργός κρίνει ότι είναι πιο ασφαλές να

¹⁵ Στρατούλιας Ι.Κ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», www.iatronet.gr/article.asp_id=293. (εξακρίβωση 01/09/2008)

μετατρέψει μία Λαπαροσκοπική επέμβαση σε ανοιχτή, αυτό δεν σημαίνει επιπλοκή. Παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες για μία ανοιχτή επέμβαση μπορεί να είναι η παχυσαρκία, το ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιακή χώρα, η οποία έχει προκαλέσει σοβαρή βλάβη στον ιστό, ή η αιμορραγία κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Η απόφαση να γίνει ανοιχτή επέμβαση έγκειται στην κρίση του χειρουργού. Πρόκειται για μία απόφαση που μπορεί να ληφθεί τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και αφορά καθαρά στην ασφάλεια του ασθενούς.

2.5.4 Χρόνος παραμονής ασθενών στο νοσοκομείο

Οι περισσότεροι ασθενείς έπειτα από μία Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή εξέρχονται από το νοσοκομείο την επομένη της επεμβάσεως. Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, μπορούν να φύγουν και την ίδια ημέρα.

2.5.5 Επιστροφή στην εργασία μετά το πέρας της επέμβασης

Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στην εργασία τους εντός επτά ημερών από την ημέρα της επέμβασης. Φυσικά, αυτό εξαρτάται και από τη φύση της δουλειάς τους. Ασθενείς οι οποίοι εργάζονται σε γραφείο, συνήθως επιστρέφουν σε λίγες ημέρες, ενώ ασθενείς οι οποίοι εξασκούν χειρωνακτικό επάγγελμα ή σηκώνουν βάρη χρειάζονται περισσότερο χρόνο. Οι ασθενείς που υποβάλλονται στην κλασική επέμβαση συνήθως δεν μπορούν να επιστρέψουν στις κανονικές τους δραστηριότητες πριν από τέσσερις ή έξι εβδομάδες.

2.5.6 Μέγεθος σημαδιού

Χρησιμοποιώντας τη λαπαροσκοπική τεχνική, ο χειρουργός αποφεύγει μεγάλες τομές αφήνοντας τον ασθενή με τέσσερα μόνο μικρά σημάδια.

2.5.7 Υπάρχουν κίνδυνοι στη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή

Παρ' όλο που υπάρχουν κίνδυνοι που σχετίζονται με οποιοδήποτε είδος επέμβασης, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε μία Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή έχουν ελάχιστες ή και καθόλου επιπλοκές και είναι ικανοί να επιστρέψουν σύντομα στις κανονικές τους δραστηριότητες. Είναι σημαντικό, πριν προχωρήσετε σε οποιαδήποτε επέμβαση -κλασική ή Λαπαροσκοπική, να ενημερωθείτε για την εκπαίδευση και την εμπειρία του χειρουργού σας. Έτσι, μειώνετε κατά πολύ τους κινδύνους από μια Λαπαροσκοπική επέμβαση. Κάποιες επιπλοκές από μία Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή, αν και είναι σπάνιες, μπορεί να είναι οι εξής: αιμορραγία, μόλυνση, πνευμονία, θρόμβοι αίματος ή καρδιακά προβλήματα, ακούσιος τραυματισμός ενός γειτονικού οργάνου, όπως του χοληδόχου πόρου, που μπορεί να αποκατασταθεί με νέα χειρουργική επέμβαση. Επίσης, έχει αναφερθεί διαρροή χολής μέσα στην κοιλιακή χώρα από τα σωληνοειδή κανάλια, που ξεκινούν από το συκώτι μέχρι το έντερο. Πολυάριθμες ιατρικές έρευνες δείχνουν ότι ο βαθμός επιπλοκών από μία Λαπαροσκοπική επέμβαση Χολοκυστεκτομής, όταν βέβαια αυτή γίνεται από ένα σωστά εκπαιδευμένο και έμπειρο χειρουργό, είναι ανάλογος με το βαθμό επιπλοκών από μία επέμβαση Χολοκυστεκτομής με την κλασική μέθοδο.

2.5.8 Μετά τη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή

Η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης είναι μία από τις μεγαλύτερες επεμβάσεις και υπάρχει κάποιος μετεγχειρητικός πόνος¹⁶. Επίσης, δεν είναι σπάνια η περίπτωση να εμφανιστούν ναυτία και εμετοί. Αμέσως μόλις η κατανάλωση υγρών ή κάποιας ελαφριάς τροφής γίνει ανεκτή από τον ασθενή, μπορεί να εξέλθει από το νοσοκομείο (την ίδια ή την επομένη ημέρα της

¹⁶ Κωνσταντίνιδης .Μ.Κ., www.kkonstantinidis.com, (εξακρίβωση 27/08/2008)

επέμβασης). Η μετεγχειρητική πορεία εξαρτάται από το πώς αισθάνεται ο ασθενής. Το περπάτημα είναι κάτι που συνιστάται. Ο ασθενής μπορεί να αφαιρέσει τις γάζες και να κάνει μπάνιο μία ημέρα μετά την επέμβαση. Συνήθως, οι ασθενείς είναι ικανοί να επιστρέψουν στις κανονικές τους δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της οδήγησης, της άρσης ελαφριών βαρών και της εργασίας του, μέσα σε μία περίπου εβδομάδα. Γενικώς, η ανάρρωση θα πρέπει να είναι προοδευτική από τη στιγμή που ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι του. Εμφάνιση πυρετού, κιτρίνισμα του δέρματος ή των οφθαλμών, επιδείνωση του κοιλιακού άλγους, φούσκωμα, επίμονη ναυτία ή εμετοί είναι ενδείξεις ότι υπάρχει κάποια επιπλοκή και ο χειρουργός πρέπει να ενημερωθεί αμέσως. Γενικώς θα πρέπει να ορίσετε ένα ραντεβού με το χειρουργό σας εντός δύο εβδομάδων από την εγχείρηση, ακόμη και αν η μετεγχειρητική σας πορεία είναι ομαλή.

2.5.9 Η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή είναι η σωστή μέθοδος

Παρά τα πολλά πλεονεκτήματα της Λαπαροσκόπησης, η διαδικασία αυτή μπορεί να μην είναι η κατάλληλη για κάποιους ασθενείς, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις άνω κοιλίας ή έχουν ιστορικό προβλημάτων υγείας. Η ιατρική αξιολόγηση από τον προσωπικό σας ιατρό και η συνεργασία με ένα γενικό χειρουργό ειδικευμένο στη λαπαροσκόπηση, μπορεί να προσδιορίσει εάν η Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή είναι η κατάλληλη μέθοδος.

Η **Λαπαροσκοπική** χειρουργική αποτελεί μία αρκετά εξειδικευμένη μορφή χειρουργικής. Προαπαιτεί μεγάλη εμπειρία στην χειρουργική και απόκτηση ειδικών χειρουργικών τεχνικών κάτω από ειδικές συνθήκες "περιορισμών χώρου-οπτικού πεδίου". Βάσει όμως της ολοένα εξελισσόμενης με άλματα τεχνολογίας, της καλύτερα οργανωμένης εκπαίδευσης και συγκρότησης των Ελληνικών Νοσοκομειακών Κέντρων, σύντομα θα αποτελέσει την χειρουργική του μέλλοντος στην Ελλάδα , όπου πλείστες επεμβάσεις θα διενεργούνται Λαπαροσκοπικά ¹⁷ με ασφάλεια και ανώδυνα.

¹⁷ Σάμπαλης Χ.Γ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», <http://users.forthnet.gr/ath/sambalis/Cholecystectomy.htm>. (εξακρίβωση 25/08/2008)



Εικόνα 2.5:Χειρουργική επέμβαση χολής

2.6 Τα πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής

- Ελάχιστο χειρουργικό τραύμα (μια τομή 1 εκ. και τρεις τομές 0,5 εκ.)
- Γρήγορη ανάρρωση
- Μηδαμινή απώλεια αίματος
- Γρήγορη έξοδος από το νοσοκομείο
- Μικρότερο κόστος νοσηλείας
- Ταχεία επάνοδος στην εργασία
- Μεγέθυνση εικόνας κατά 10-15 φορές και καλύτερος φωτισμός
- Ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικού πόνου
- Σχεδόν εξάλειψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών που έχουν σχέση με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιος πόνος, κ.λπ.)
 - Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές
 - Μείωση πιθανότητας για δημιουργία μετεγχειρητικών συμφύσεων

- Δυνατότητα αντιμετώπισης ασθενών με βεβαρυμένο ιστορικό υγείας, όπως καρδιοχειρουργημένων, υπέρβαρων ή ασθενων που βρίσκονται στην Μ.Ε.Θ.
- Στη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή οι επιπλοκές είναι εξαιρετικά σπάνιες και οι ασθενείς επιστρέφουν πολύ σύντομα στις κανονικές τους δραστηριότητες. Λαμβάνουν εξιτήριο την επόμενη ημέρα του χειρουργείου¹⁸.

2.7 Τα μειονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής

Η Λαπαροσκοπική χειρουργική έχει όμως και μερικά μειονεκτήματα. Αυτά είναι το υψηλό κόστος των υλικών και η ανάγκη μακρόχρονης εκπαίδευσης των ιατρών. Κάθε Λαπαροσκοπική επέμβαση απαιτεί ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών (20-100) προκειμένου να ξεπεραστούν οι επιπλοκές της καμπύλης εκμάθησης. Επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις (μέχρι 5%) η Λαπαροσκοπική επέμβαση δεν είναι εφικτή. Οι συνηθέστεροι λόγοι είναι η ύπαρξη ενδοκοιλιακών συμφύσεων, η εκσεσημασμένη παχυσαρκία και οι ανατομικές παραλλαγές των οργάνων¹⁹.

¹⁸ Κωνσταντινίδης Κ., Γενική, Λαπαροενδοσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, «Προβλήματα στη χοληδόχο κύστη-Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση», www.kkonstntinidis.com/content/enivra_3pdf ,(εξακρίβωση 29/08/2008)

¹⁹ Κωνσταντινίδης Κ., Γενική, Λαπαροενδοσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, «Προβλήματα στη χοληδόχο κύστη-Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση», www.kkonstntinidis.com/content/enivra_1pdf ,(εξακρίβωση 29/08/2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας αποτιμάται σε δύο διαφορετικά επίπεδα: το επίπεδο των ιατρικών μέτρων και των προγραμμάτων υγείας όπου αναφέρεται ως οικονομική αποτελεσματικότητα και μετριέται μέσω μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης (economic evaluation methods), και το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών, όπου μετριέται μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς (benchmark analysis techniques). Στο πρώτο επίπεδο ανήκουν οι κλασικές μελέτες αξιολόγησης (αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας, ελαχιστοποίησης του κόστους, κόστους - χρησιμότητας και κόστους – οφέλους) και οι μελέτες μερικής αξιολόγησης (περιγραφής κόστους , σύγκρισης κόστους και κόστους ασθένειας).

3.1. Ελαχιστοποίηση του κόστους

Η Ανάλυση αυτή εφαρμόζεται μόνο στην περίπτωση όπου δυο ή περισσότερες εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι καταλήγουν στα ίδια αποτελέσματα και πρέπει να συγκριθεί το κόστος για κάθε μια εναλλακτική μέθοδο. Με άλλα λόγια, από τη στιγμή που οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι προσφέρουν τα ίδια αποτελέσματα, τότε η επιλογή γίνεται μεταξύ της λύσης με το μικρότερο κόστος δηλαδή μεταξύ της οικονομικότερης λύσης²⁰. Βασική και απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μπορεί να τεκμηριωθεί κυρίως βιβλιογραφικά η ίση αποτελεσματικότητα μεταξύ των μεθόδων που συγκρίνονται. Όταν μια έρευνα έχει σκοπό μόνο την ελαχιστοποίηση του κόστους δεν θεωρείται επαρκής . Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ερευνηθούν άλλες διαστάσεις της φροντίδας υγείας, οι οποίες να επικεντρώνονται στα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της χρησιμότητας²¹.

²⁰ Σούλης Σωτήρης, "Οικονομική της Υγείας", Παπαζήση, Αθήνα 1999,σελ 314-317.

²¹ Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ 133-136.

3.2. Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας

Σε αυτή τη μέθοδο όλα τα είδη κόστους εκφράζονται σε χρήμα αλλά οι επιπτώσεις μετρώνται σε φυσικές μονάδες όπως π.χ. ζωές ή χρόνια ζωής που διασώθηκαν κτλ. Το μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της ανάλυσης έγκειται στο ότι η ανθρώπινη ζωή και τα υγειονομικά αποτελέσματα δεν αποτιμώνται σε χρήμα. Μειονέκτημα της μεθόδου ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας είναι ότι τα αποτελέσματα μετριοούνται σε φυσικές μονάδες διάρκειας ζωής (το ένα έτος ζωής για δέκα ανθρώπους ισοδυναμεί με δέκα χρόνια ζωής για έναν άνθρωπο, ενώ τα έτη ζωής αξιολογούνται με την χρησιμότητα την οποία κάθε ασθενής δίνει σε αυτά).

Οι φυσικές μονάδες μέτρησης των αποτελεσμάτων λαμβάνουν υπόψη μια σειρά στατιστικών - επιδημιολογικών δεδομένων και δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας. Πιο αναλυτικά, με την ανάλυση κόστους-αποτελέσματος δίνεται η δυνατότητα στους αξιολογητές να εκπονήσουν επενδυτικά σενάρια με εναλλακτικά προγράμματα και συγκρίνουν το κόστος των εισροών ανά μονάδα αποτελέσματος. Επίσης στο τομέα των φαρμάκων, η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται για να καθορισθεί η αξία σε χρήμα των εναλλακτικών θεραπειών που αναλύονται. Αν κάποιο φαρμακευτικό προϊόν είναι δραστικό και οικονομικό σε σύγκριση με κάποιο άλλο, έχει προφανώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κόστους. Όταν όμως κάποιο φαρμακευτικό προϊόν έχει υψηλή τιμή και είναι πιο δραστικό από κάποιο άλλο, τότε η τελική κρίση για το κόστος αποτελεσματικότητας εξαρτάται από το αν αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις πιστεύει ότι η επιπλέον αποτελεσματικότητα δικαιολογεί το επιπλέον κόστος²².

²² Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992. σελ 135-145

3.3. Ανάλυση Κόστους – Οφέλους

Η Ανάλυση Κόστους - οφέλους, σκοπεύει στη βελτίωση μιας νοσολογικής κατάστασης, εφαρμόζοντας το κατάλληλο πρόγραμμα υγείας και χαρακτηρίζεται από δυο βασικές αρχές.

Πρώτον τόσο το κόστος όσο και το όφελος αποτιμώνται σε νομισματικές αξίες. Με άλλα λόγια, έχουμε μια χρηματική εξίσωση του κοινωνικού κόστους και του κοινωνικού οφέλους. Η κοινωνική ωφέλεια, μπορεί να είναι πραγματική, όταν έχουμε αύξηση της συνολικής ευημερίας των μελών μιας κοινωνίας και χρηματική, δηλαδή να οφείλεται στις μεταβολές των τιμών - εισοδημάτων. Σε επίπεδο δομών, πραγματική κοινωνική ωφέλεια έχουμε, όταν ένα νοσοκομείο κατασκευαστεί σε μια περιοχή και από την κατασκευή αυτή μειωθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα στην περιοχή. Από την άλλη χρηματική κοινωνική ωφέλεια έχουμε από την δημιουργία ενός νοσοκομείου, όταν αυξάνεται η καταναλωτική κίνηση στην συγκεκριμένη περιοχή (με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα ενοίκια των καταστημάτων κ.ά.).

Δεύτερη αρχή είναι ότι η επίτευξη των στόχων μπορεί να γίνει μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων που προσφέρουν μεγάλο κοινωνικό όφελος, με τη βασική παραδοχή ότι διαφορετικό κόστος συνεπάγεται διαφορετικά αποτελέσματα²³. Η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο περίπλοκη και δύσκολη. Αυτό συμβαίνει γιατί επιβάλλει στους υπεύθυνους της αξιολόγησης να αποτιμούν δύσκολες για αυτούς τιμές. Ο υπολογισμός των διαφόρων ειδών κόστους ενός προγράμματος υγείας δεν είναι περίπλοκος. Το κόστος ισοδυναμεί με τους πόρους, ανθρώπινους και υλικούς που μελετηθήκανε σε κάποιο πρόγραμμα υγείας. Από την άλλη μεριά, εκείνο που παρουσιάζει δυσκολία είναι η ερμηνεία των ωφελειών σε νομισματικούς όρους, που είναι και το κύριο μειονέκτημα της ανάλυσης αυτής. Πιο συγκεκριμένα, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν σε χρήμα τα πλεονεκτήματα από την μείωση του κίνδυνου των ατυχημάτων και τα οφέλη από την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, λόγω παροχής καλύτερων υπηρεσιών υγείας.

²³ Σούλης Σωτήρης. "Οικονομική της Υγείας", Παπαζήση. Αθήνα 1999,σελ 327- 329, 336

Η ανάλυση κόστους - οφέλους αποτελεί απαραίτητο μέσο για τη λήψη της βέλτιστης απόφασης στη διανομή των πόρων για κάποιο πρόγραμμα²⁴. Για την χρησιμοποίηση της ανάλυσης αυτής απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις που αφορούν ιδιαίτερα στον καθορισμό των στόχων, όπως ο καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης και της ποσοτικής αποτύπωσης των αποτελεσμάτων κάθε εναλλακτικής λύσης ύστερα από έκθεση των εναλλακτικών επιλογών και εξέταση των συνεπειών. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η υποκειμενική κρίση και η προσωπική επιρροή. Επιπλέον, είναι απαραίτητο το όφελος από ένα πρόγραμμα μετά την αναγνώριση του, να μετατρέπεται σε χρηματικούς όρους σε καθορισμένο χρόνο.

Το πρόβλημα σε αυτή την ανάλυση είναι η αδυναμία κοινής μέτρησης του οφέλους και της δαπάνης ενός προγράμματος σε νομισματική βάση. Παρ' ότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την επίλυση του προβλήματος, δεν έχει βρεθεί ακόμη μια αποδεκτή λύση.

3.4. Ανάλυση Κόστους – Χρησιμότητας

Η χρησιμότητα²⁵ είναι ουσιαστικά η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες - προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και έχει σχέση με το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την παροχή φροντίδας υγείας. Η ανάλυση αυτή, μετριέται σε χρήμα ενώ τα αποτελέσματα μετρούνται σε μονάδες χρησιμότητας. Οι μονάδες χρησιμότητας μετρούν ποιοτικά την ζωή μας. Οι μελέτες επικεντρώνονται συχνά στη ποιότητα υγείας μετά από την εφαρμογή ενός προγράμματος θεραπείας ή πρόληψης μετρώντας τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Κλασικός δείκτης που χρησιμοποιείται σε αυτή την ανάλυση είναι τα ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια ζωής, που είναι ουσιαστικά μετρήσεις βελτίωσης της υγείας τόσο σε ποσοτικό - φυσικό επίπεδο (έτη ζωής) όσο και σε ποιοτικό(υποκειμενική

²⁴ Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ 157-162

²⁵ Σουλιώτης, Κυριόπουλος, "Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα". "Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας", Συνάντηση Εργασίας, Αθήνα 2001.

εκτίμηση της ποιότητας). Το κύριο μειονέκτημα της ανάλυσης αυτής είναι η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας.

Ανάμεσα στην ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας και την ανάλυση κόστους χρησιμότητας υπάρχουν αρκετές ομοιότητες. Όπως για παράδειγμα και οι δύο απαιτούν στοιχεία αποτελεσματικότητας. Η διαφορά που υπάρχει είναι ότι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας έχει στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής μετά την εφαρμογή προγράμματος υγείας. Επιπλέον, η ανάλυση κόστους χρησιμότητας είναι ένα οικονομικό εργαλείο με το οποίο αποτιμάται το αποτέλεσμα της παρέμβασης σε σχέση με την προτίμηση του ασθενούς ή την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας

3.5. Μελέτη ποιότητας ζωής - QOL

Όπως είναι γενικά παραδεκτό, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο της ποιότητας ζωής του. Οι επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο χρησιμοποιούν νέες τεχνικές με απώτερο σκοπό την εκτίμηση της καλής κατάστασης της υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η μελέτη της ποιότητας ζωής μετρά τις επιπτώσεις ενός συστήματος ή μιας υπηρεσίας υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επιλογή της μεθοδολογίας αξιολόγησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως για π.χ τους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης, τους διαθέσιμους πόρους, το είδος του προβλήματος που αντιμετωπίζουμε, τα υπάρχοντα δεδομένα, τον χρόνο μέτρησης των επιπτώσεων κλπ. Οι νέες τεχνικές αξιολόγησης των υγειονομικών αποτελεσμάτων με στόχο την διασφάλιση της ποιότητας ζωής κατατάσσονται και αναλύονται σε έξι βασικές κατηγορίες²⁶:

- Δείκτες γενικών χαρακτηριστικών της υγείας.
- Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής.
- Κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας.
- Κλίμακες μέτρησης του πόνου.
- Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς.
- Ταξινόμηση της σοβαρότητας της νόσου.

²⁶ Καραμαλής Μανώλης, "Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παραχής Φροντίδας", Mediforce, Αθήνα 2001. σελ 920-922,939-945.

I. Δείκτες γενικών χαρακτηριστικών της υγείας

Η μέτρηση των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφερόμενη περίθαλψη υγείας. Αυτό συμβαίνει γιατί, οι στόχοι της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης επεκτείνονται και δεν περιορίζονται μόνο στη πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας. Για να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου έχουν χρησιμοποιηθεί μια σειρά από κλίμακες. Οι πιο γνωστές κλίμακες, μέσα στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας είναι:

- α) η Υγειονομική Απεικόνιση του Νότιγγχαμ
- β) η Απεικόνιση Επιπτώσεων της Ασθένειας και
- γ) οι Γενικοί Πίνακες Κατάταξης της Υγείας

Η πρώτη κλίμακα χωρίζεται σε έξι ενότητες και αποτελείται από 38 ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο ενεργητικότητας του ατόμου, τις συναισθηματικές ενέργειες, την αϋπνία και την κοινωνική αποξένωση²⁷. Η δεύτερη κλίμακα περιέχει 136 ερωτήσεις και αφορά στην φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και η τρίτη αξιολογεί την υγεία εκτιμώντας την τωρινή και μελλοντική κατάσταση της υγείας του ασθενούς²⁸.

II. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής

Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται:

- α) για να αξιολογηθούν συγκεκριμένα προγράμματα υγείας
- β) την εκτίμηση του κόστους αποτελεσματικότητας ορισμένων θεραπειών
- γ) για την επιλογή θεραπείας μεμονωμένων περιπτώσεων ασθενών
- δ) την επιλογή άμεσης θεραπείας

Οι πιο συνήθεις δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι: η κλίμακα ευεξίας και η κλίμακα των ποιοτικά βελτιωμένων ετών ζωής. Η κλίμακα ευεξίας εφαρμόζεται για την εκτίμηση του κόστους - οφέλους και την διανομή και διάθεση των υγειονομικών πόρων. Χρόνος ευεξίας ορίζεται ένας χρόνος χωρίς ασθένεια και αξιολογείται με βαθμό "1,00" στην κλίμακα ευεξίας. Εάν ένα άτομο αρρωστήσει τότε η ποιότητα ζωής μειώνεται κατά μισό χρόνο

²⁷ Hunt S.M. et al (1981), "The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations", *Social Science and Medicine*, 15 A, σελ 221-229.

²⁸ Davies A. R., Ware J. E (1981), *Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment*, Publication R 1987/2, DHEN. Rand Corporation, Santa Monica, σελ 145-149.

δηλαδή κατά "0,5" βαθμούς. Αντίθετα, εάν με την παρέμβαση κάποιας ιατρικής πράξης αυξηθεί η ποιότητα ζωής τότε κερδίζονται "0,5" βαθμοί ευεξίας. Όσον αφορά την κλίμακα των ποιοτικά βελτιωμένων ετών ζωής σε σχέση με την οικονομική αξιολόγηση των φαρμάκων, εκφράζεται με μια μονάδα μέτρησης η οποία προκύπτει ύστερα από πολλαπλασιασμό των ετών ζωής των ασθενών με την αντίστοιχη αξία στην κλίμακα ευεξίας²⁹.

III. Κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας

Οι κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: Η πρώτη κατηγορία περιέχει κλίμακες όπως τον αριθμό των ημερών αποχής από την εργασία και τον αριθμό ημερών με μειωμένη δραστηριότητα, την οριστική διακοπή της εργασίας και την πρόωρη συνταξιοδότηση. Η δεύτερη κατηγορία περιέχει πολλές μορφές ερωτηματολογίων και απώτερος σκοπός της είναι η μέτρηση της ανικανότητας και αναπηρίας των ασθενών οι οποίες προκύπτουν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη θεραπεία.

IV. Κλίμακες μέτρησης του πόνου

Η μέτρηση του πόνου εφαρμόζεται στην αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιοτικής υπηρεσίας υγείας. Βασικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η μείωση του πόνου. Η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης του πόνου είναι το ερωτηματολόγιο του πόνου McGill και κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά τη διαφορετική αντίληψη - αίσθηση του πόνου, η δεύτερη τις συναισθηματικές εκδηλώσεις του και η τρίτη την ένταση των φαινομένων.

V. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς είναι η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης της διασφάλισης της ποιότητας στην προσφερόμενη φροντίδα υγείας. Σχεδιάζεται για διαφορετικές ομάδες ασθενών και μονάδες νοσηλείας.

²⁹ Κυριόπουλος Γιάννης, Γείτονα Μαίρη, Σκουρολιάκου Μαρία. "Φαρμακοοικονομία Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης", Εξάντας Εκδόσεις ΑΕ, Αθήνα 1996, σελ 24 - 33,36-46,79,88.

VI. Ταξινόμηση της σοβαρότητας της νόσου

Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται η ταξινόμηση ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας είναι τα εξής: Πρώτον η διάγνωση της νόσου, δεύτερον η αιτιολογία της νόσου και τρίτον η παθολογική μεταβολή των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Επιπλέον τα στάδια εξέλιξης της νόσου σύμφωνα με το βαθμό της σοβαρότητας της διακρίνονται σε τέσσερα επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο κατατάσσονται περιστατικά χωρίς επιπλοκές, στο δεύτερο κατατάσσονται περιστατικά με προβλήματα σε ένα όργανο, στο τρίτο περιστατικά με μικρή πρόγνωση και στο τέταρτο με θάνατο.

3.6. Εκτίμηση του κόστους της Ασθένειας

Η εξέταση του άμεσου και έμμεσου συνολικού κόστους μιας συγκεκριμένης ασθένειας για καθορισμένο πληθυσμό σε καθορισμένο χρόνο ονομάζεται ανάλυση του κόστους ασθένειας. Η οικονομική αυτή εξέταση προσπαθεί να ορίσει σε μακροοικονομικό επίπεδο το συνολικό κόστος μιας συγκεκριμένης ασθένειας. Το κόστος της ασθένειας έχει άμεση σχέση με τη κοινωνία, τις πολιτιστικές αξίες, την παραγωγική ικανότητα, την ηλικία, το φύλο και άλλους παράγοντες. Ο ερευνητής προσπαθεί με αυτό το είδος της ανάλυσης να καθορίσει τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες μιας νόσου.

Το άμεσο κόστος διαφέρει από το έμμεσο. Η διάφορα έγκειται στο ότι, από την μια πλευρά το άμεσο κόστος περιλαμβάνει δαπάνες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία την αποκατάσταση, την έρευνα, την εκπαίδευση και την επένδυση κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Στην ανάλυση πρέπει να συνυπολογίζονται οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας του ασθενούς περιλαμβάνονται τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Από την άλλη, το έμμεσο κόστος εκφράζει την αξία των προϊόντων και των υπηρεσιών υγείας τα οποία θα μπορούσαν να παραχθούν από το άτομο εάν αυτό δεν είχε νοσήσει. Συμπεριλαμβάνει την απώλεια παραγωγής που προέρχεται από την ασθένεια, την ανικανότητα και τον πρόωρο θάνατο.

Το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας προκύπτει από την απώλεια εισοδήματος από τις χαμένες ημέρες εργασίας. Το κοινωνικό κόστος παρουσιάζεται στη κοινωνία και συγκεκριμένα στους ίδιους τους ασθενείς και στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Έχει σχέση με την απώλεια χρόνου και εισοδήματος των συγγενών και φίλων του ασθενούς. Η απώλεια αυτή προέρχεται από την απουσία στο χώρο της εργασίας τους και των άλλων δραστηριοτήτων τους, όταν περιθάλπουν τον ασθενή.

Η ανάλυση κόστους ασθένειας είναι ένα απαραίτητο είδος έρευνας από όπου χρειαζόμαστε εκτιμήσεις για τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες σοβαρών ασθενειών με μεγάλη επίπτωση στην κοινωνία. Τέτοιες ασθένειες είναι το AIDS, ο καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις κ.λ.π

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

4.1 Σύγκριση δαπανών στον τομέα της υγείας

Η συνεχής αύξηση των δαπανών του τομέα υγείας καθιστούν επιτακτικό τον έλεγχό τους. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων συνεχώς διογκώνονται και οι ειδικοί συμφωνούν ότι για την εξάλειψή τους είναι απαραίτητη η σωστή διαχείριση των πόρων. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, στο νοσοκομειακό κυρίως χώρο, πρέπει να υπάρχουν ακριβείς πληροφορίες ως προς το κόστος, κυρίως, των ιατρικών πράξεων που πραγματοποιούνται στο χώρο αυτό.

Η σωστή χρησιμοποίηση των πόρων που διατίθενται κατά τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, η επιλογή της καταλληλότερης και παράλληλα οικονομικότερης μεθόδου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους και την εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων κατά τη διενέργεια της πράξης αυτής.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού σημαντική βοήθεια θα υπάρξει με την εκπόνηση μελετών προσδιορισμού του κόστους κάθε ιατρικής πράξης που πραγματοποιείται στα πλαίσια των Νοσοκομείων. Τα συμπεράσματα από τις μελέτες αυτές μπορούν να χρησιμοποιούνται από τη διοίκηση και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διενέργεια των διαφόρων πράξεων.

Το σημαντικότερο πρόβλημα στην³⁰ κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων είναι ο ακριβής προσδιορισμός των συντελεστών του κόστους και η οικονομική μέτρησή τους.

Η οικονομική μέτρηση ασθένειας προσδιορίζεται από το άμεσο και έμμεσο κόστος:

- Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει τον υπολογισμό της χρήσης των πόρων (ανθρώπινων και υλικών).

- Το έμμεσο κόστος³¹ περιλαμβάνει το κόστος των οικονομικών και μη απωλειών λόγω της απουσίας του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς

³⁰ Αντωνοπούλου Α, Καραμητοπούλου Δ, Τσαλίκη Π, Σιγάλας Ι. Ανάλυση κόστους Ασθένειας στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Η περίπτωση της σκωληκοειδίτιδας. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία Αθήνα 1994; τόμος 3,2:97-112.

του που απασχολούνται με αυτόν από τις εργασίες τους, την απώλεια χρόνου τόσο του ασθενούς όσο των μελών της οικογένειάς του όσο διαρκεί η φάση διάγνωσης και θεραπείας αυτού, η απώλεια παραγωγής για την επιχείρηση όπου απασχολούνται, καθώς και οι επιπτώσεις της ασθένειας πάνω στον ασθενή είτε ως μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης είτε ως ποιότητα διαβίωσης κ.λπ.

Ο υπολογισμός του άμεσου κόστους περιλαμβάνει:

- Το κόστος διάγνωσης της ασθένειας, στο οποίο περιλαμβάνεται το κόστος των απαραίτητων εξετάσεων.

- Το κόστος νοσηλείας του ασθενούς, στο οποίο περιλαμβάνεται το σύνολο των δαπανών που γίνονται κατά τη νοσηλεία του ασθενούς και αφορούν στο κόστος που αναλογεί από τη μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού, στο κόστος που αναλογεί από τη χρήση των πάγιων στοιχείων του νοσοκομείου (αποσβέσεις και έξοδα συντήρησης εγκαταστάσεων, εξοπλισμού) καθώς και στο κόστος που αναλογεί από την ανάλυση των διαφόρων υλικών (φαρμάκων και υγειονομικού υλικού, τροφίμων κ.λπ.).

- Το κόστος αποθεραπείας του ασθενούς.

- Το κόστος εργασιακής ανικανότητας, κατά το οποίο μετρούνται οι απώλειες εισοδήματος αλλά και παραγωγικότητας, λόγω της απουσίας από την εργασία τόσο του ασθενούς όσο και των μελών της οικογένειάς του που απασχολούνται με αυτόν, καθώς επίσης και οι επιπτώσεις από μετέπειτα πιθανή μερική ή ολική ανικανότητά του (το τελευταίο είναι μη μετρήσιμο).

³¹ Βαρβάκης Κ. Λογιστική και κοστολογική οργάνωση των κρατικών νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 1993-4/1999; 24-27.

4.2 Ταυτότητα έρευνας

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την προσέγγιση του κόστους της διάγνωσης και της θεραπείας της χολολιθιάσεως με χειρουργική επέμβαση, συγκρίνοντας δύο τρόπους Λαπαροσκοπικών επεμβάσεων.

Η Λαπαροσκοπική³² Χολοκυστεκτομή είναι τώρα η διαδικασία της επιλογής για την επεξεργασία των απλών συμπτωματικών χολόλιθων^(5,6). Τα πλεονεκτήματα πηγαίνουν περαιτέρω από μια σχετικά ανώδυνη προεγχειρητική περίοδο και από το μέγεθος του σημαδιού, ο ασθενής⁽⁹⁾ νωρίς επιστρέφει στις κανονικές δραστηριότητές του, χωρίς να έχει κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές επιπτώσεις, στην οικογένεια, στον εργοδότη και στην κοινωνία. Η χειρουργική επέμβαση ημερήσιας φροντίδας τώρα ευρέως υποστηρίζεται³³ και έχουν υπάρξει μελέτες που παρουσιάζουν τις αυξημένες δυνατότητες των Λαπαροσκοπικών Χολοκυστεκτομών ως περιπτώσεις ημέρας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία και στο χειρουργικό τομέα του Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» την περίοδο 2005-2007. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 244 άτομα εκ των οποίων τα 120 είναι άντρες και τα 124 γυναίκες. Η επιλογή του δείγματος είναι αναλογική του πληθυσμού των ατόμων που υποβλήθηκαν σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή στην Ελληνική Επικράτεια.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗ				
α/α	ΕΠΩΝΥΜΟ- ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ.ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΗΜΕΡ.ΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΦΥΛΟ
1	Κ.Α. Δ.Ε.	26/03/07	26/03/07	Α
2	ΜΑ. Ε.Λ.	23/03/07	23/03/07	Γ
3	ΠΡ. ΕΥ.	23/03/07	23/03/07	Α

³² Bonnici B. L Hospital, enjeux politiques et realites economiques. Editions: La documentation francaise Paris, 1992.

³³ Βενιέρης Γ. Λογιστική Κόστους. Εκδόσεις: Το Οικονομικό Αθήνα. 1998

4	ΑΓ. ΑΓ.	19/03/07	19/03/07	Γ
5	ΜΕ. ΧΡ.	16/03/07	16/03/07	Α
6	ΠΑ. ΦΩ.	02/03/07	02/03/07	Α
7	ΤΑ. ΜΑ.	05/03/07	05/03/07	Γ
8	ΣΠ. ΔΗ.	13/03/07	13/03/07	Γ
9	ΠΛ. ΝΙ.	13/03/07	13/03/07	Γ
10	ΠΑ. ΙΑ.	04/01/05	04/01/05	Γ
11	ΑΛ. ΔΗ.	07/01/05	07/01/05	Γ
12	ΣΩ. ΧΡ.	11/01/05	11/01/05	Α
13	ΧΕ. ΧΡ.	14/01/05	14/01/05	Γ
14	ΛΙ. ΚΩ.	18/01/05	18/01/05	Α
15	ΙΩ. ΑΡ.	21/01/05	21/01/05	Α
16	ΖΙ. ΣΟ.	21/01/05	21/01/05	Γ
17	ΔΙ. ΚΟ.	21/01/05	21/01/05	Α
18	ΡΩ. ΑΘ.	25/01/05	25/01/05	Α
19	ΠΑ. ΕΛ.	25/01/05	25/01/05	Γ
20	ΠΕ. ΑΦ.	27/01/05	27/01/05	Α
21	ΚΑ. ΠΑ.	25/01/05	25/01/05	Α
22	ΜΗ. ΧΑ.	25/01/05	25/01/05	Γ
23	ΝΙ. ΔΕ.	25/01/05	25/01/05	Α
24	ΤΑ. ΣΤ.	25/01/05	25/01/05	Α
25	ΣΙ. ΕΛ.	01/02/05	01/02/05	Γ
26	ΚΟ. ΠΑ.	04/02/07	04/02/07	Γ
27	ΚΟ. ΕΥ.	04/02/05	04/02/05	Γ
28	ΚΟ. ΠΑ.	04/05/05	04/02/05	Α
29	ΤΣ. ΕΛ.	08/02/05	08/02/05	Α
30	ΣΥ. ΜΑ.	11/02/05	11/02/05	Γ
31	ΦΑ. ΑΙ.	11/02/05	11/02/05	Γ
32	ΣΑ. ΠΑ.	11/02/05	11/02/05	Α
33	ΚΟ. ΑΘ.	28/05/05	28/02/05	Α
34	ΦΙ. ΚΩ.	01/03/05	01/03/05	Γ
35	ΜΑ. ΑΝ.	04/03/07	04/03/07	Α
36	ΜΑ. ΧΡ.	04/03/07	04/03/07	Γ

37	ΣΑ. ΓΕ.	15/03/05	15/03/05	Γ
38	ΠΕ. ΕΥ.	15/03/07	15/03/07	Γ
39	ΣΤ. ΒΑ.	18/03/05	18/03/05	Α
40	ΝΤ. ΟΡ.	22/03/05	22/03/05	Α
41	ΒΟ. ΜΙ.	01/04/05	01/04/05	Γ
42	ΜΑ. ΜΗ.	01/04/05	01/04/05	Γ
43	ΚΟ. ΠΑ.	08/04/05	08/04/05	Α
44	ΝΕ. ΘΕ.	08/04/05	08/04/05	Γ
45	ΜΠ. ΑΡ.	12/04/05	12/04/05	Α
46	ΑΝ ΑΙ.	12/04/05	12/04/05	Γ
47	ΑΓ. ΖΑ.	15/04/05	15/04/05	Γ
48	ΨΥ. ΑΝ.	22/04/05	22/04/05	Γ
49	ΣΙ. ΜΠ.	25/04/05	25/04/05	Α
50	ΦΕ. ΔΗ.	06/05/05	06/05/05	Γ
51	ΑΡ. ΝΤ.	17/05/05	17/05/05	Α
52	ΚΑ. ΠΗ.	20/05/05	20/05/05	Γ
53	ΛΑ. ΚΟ.	19/05/05	19/05/05	Γ
54	ΓΙ. ΕΥ.	24/05/05	24/05/05	Γ
55	ΑΓ. ΠΟ.	27/05/05	27/05/05	Α
56	ΚΟ. ΣΩ.	27/05/05	27/05/05	Γ
57	ΛΑ. ΓΛ.	31/05/05	31/05/05	Α
58	ΠΑ. ΓΕ.	03/06/05	03/06/05	Γ
59	ΧΟ. ΑΓ.	03/06/05	03/06/05	Α
60	ΜΑ. ΑΡ.	07/06/05	07/06/05	Α
61	ΑΚ. ΛΙ.	07/06/05	07/06/05	Γ
62	ΚΑ. ΠΑ.	10/06/05	10/06/05	Γ
63	ΜΥ. ΖΑ.	14/06/05	14/06/05	Γ
64	ΔΙ. ΔΗ.	17/06/05	17/06/05	Γ
65	ΠΑ. ΑΘ.	21/06/05	21/06/05	Γ
66	ΠΑ. ΠΟ.	24/06/05	24/06/05	Γ
67	ΓΑ, ΚΥ.	28/06/05	28/06/05	Γ
68	ΠΑ. ΣΠ.	28/06/05	28/06/05	Γ
69	ΔΗ. ΑΝ.	01/07/05	01/07/05	Γ

70	ΣΤ. ΑΙ.	01/07/05	01/07/05	Γ
71	ΜΑ. ΛΑ.	05/07/05	05/07/05	Α
72	ΓΙ. ΑΝ.	08/07/05	08/07/05	Γ
73	ΒΑ. ΠΑ.	14/07/05	14/07/05	Α
74	ΜΠ. ΚΥ.	22/07/05	22/07/05	Α
75	ΚΑ. ΣΟ.	30/07/05	30/07/05	Γ
76	ΤΑ. ΕΛ.	02/08/05	02/08/05	Α
77	ΠΕ. ΜΑ.	23/08/05	23/08/05	Γ
78	ΤΣ. ΟΥ.	23/08/05	23/08/05	Α
79	ΦΟ. ΕΥ.	23/08/05	23/08/05	Γ
80	ΓΚ. ΕΛ.	30/08/05	30/08/05	Α
81	ΑΠ. ΑΡ.	30/08/05	30/08/05	Γ
82	ΠΑ. ΑΡ.	31/08/05	31/08/05	Α
83	ΣΑ. ΜΑ.	02/09/05	02/09/05	Γ
84	ΠΕ. ΚΑ.	06/09/05	06/09/05	Γ
85	ΤΣ. ΒΑ.	09/09/05	09/09/05	Α
86	ΣΑ. ΓΕ.	16/09/05	16/09/05	Γ
87	ΚΑ. ΕΥ.	04/10/05	04/10/05	Α
88	ΚΕ. ΒΑ.	07/10/05	07/10/05	Γ
89	ΧΩ. ΔΗ.	07/10/05	07/10/05	Γ
90	ΤΣ. ΒΙ.	14/10/05	14/10/05	Γ
91	ΚΑ. ΑΛ.	21/10/05	21/10/05	Γ
92	ΣΤ. ΓΕ.	25/10/05	25/10/05	Γ
93	ΣΤ. ΚΥ.	25/10/05	25/10/05	Γ
94	ΖΑ. ΕΜ.	08/11/05	08/11/05	Γ
95	ΤΖ. ΣΟ.	11/11/05	11/11/05	Γ
96	ΚΟ. ΟΛ.	15/11/05	15/11/05	Γ
97	ΛΙ. ΛΙ.	19/11/05	19/11/05	Γ
98	ΦΛ. ΑΝ.	25/11/05	25/11/05	Γ
99	ΚΟ. ΟΥ.	02/12/05	02/12/05	Γ
100	ΟΡ. ΣΟ.	05/12/05	05/12/05	Γ
101	ΡΑ. ΛΥ.	06/12/05	06/12/05	Α
102	ΚΟ. ΦΩ.	13/12/05	13/12/05	Α

103	ΣΙ. ΕΛ.	13/12/05	13/12/05	Γ
104	ΠΑ. ΙΩ.	13/12/05	13/12/05	Α
105	ΜΑ. ΑΓ.	13/12/05	13/12/05	Γ
106	ΠΟ. ΕΥ.	16/12/05	16/12/05	Α
107	ΖΙ. ΙΩ.	16/12/05	16/12/05	Α
108	ΜΑ. ΑΛ.	16/12/05	16/12/05	Α
109	ΤΟ. ΠΑ.	20/12/05	20/12/05	Γ
110	ΖΟ. ΜΑ.	31/03/06	31/03/06	Α
111	ΤΣ. ΕΜ.	31/03/06	31/03/06	Γ
112	ΠΛ. ΒΑ.	04/04/06	04/04/06	Α
113	ΣΤ. ΕΜ.	04/04/06	04/04/06	Γ
114	ΧΑ. ΚΩ.	07/04/06	07/04/06	Α
115	ΑΝ. ΕΥ.	07/04/06	07/04/06	Γ
116	ΨΥ. ΙΩ.	08/04/06	08/04/06	Γ
117	ΜΠ. ΙΩ.	08/04/06	08/04/06	Α
118	ΤΖ. ΣΟ.	08/04/06	08/04/06	Γ
119	ΣΤ. ΚΩ.	17/04/06	17/04/06	Γ
120	ΜΠ. ΝΙ.	11/04/06	11/04/06	Γ
121	ΣΑ. ΠΑ.	11/04/06	11/04/06	Α
122	ΨΑ. ΠΗ.	11/04/06	11/04/06	Γ
123	ΜΑ. ΕΥ.	14/04/06	14/04/06	Γ
124	ΑΝ. ΚΩ.	14/04/06	14/04/06	Α
125	ΠΑ. ΕΜ.	14/04/06	14/04/06	Α
126	ΥΦ. ΠΑ.	18/04/06	18/04/06	Α
127	ΑΝ. ΔΗ.	18/04/06	18/04/06	Α
128	ΛΑ. ΟΛ.	09/05/06	09/05/06	Α
129	ΣΤ. ΣΑ.	09/05/06	09/05/06	Γ
130	ΛΕ. ΔΙ.	09/05/06	09/05/06	Α
131	ΒΙ. ΜΑ	12/05/06	12/05/06	Α
132	ΜΑ.ΒΑ.	23/05/06	23/05/06	Α
133	ΚΛ. ΕΙ.	25/05/06	25/05/06	Γ
134	ΧΑ. ΦΙ.	26/05/06	26/05/06	Α
135	ΧΑ. ΓΕ.	30/05/06	30/05/06	Α

136	ΤΖ. ΙΣ.	30/06/06	30/06/06	A
137	ΝΤ. ΜΑ.	07/07/06	07/07/06	A
138	ΧΑ. ΕΥ.	07/07/06	07/07/06	Γ
139	ΓΚ. ΝΙ.	25/07/06	25/07/06	Γ
140	ΚΕ. ΣΟ.	22/09/06	22/09/06	Γ
141	ΧΑ. ΕΥ.	10/10/06	10/10/06	Γ
142	ΚΑ. ΜΑ.	10/10/06	10/10/06	Γ
143	ΟΙ. ΛΕ.	28/11/06	28/11/06	Γ
144	ΒΙ. ΜΑ.	01/12/06	01/12/06	Γ

ΣΥΝΟΛΟ **144**

Πίνακας 4.1 : Λίστα ασθενών χωρίς παραμονή

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΜΟΝΗ

α/α	ΕΠΩΝΥΜΟ- ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ.ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΗΜΕΡ.ΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΦΥΛΟ
1	ΚΩ. ΑΝ.	27/03/07	29/03/07	A
2	ΣΤ. ΔΙ.	23/03/07	26/03/07	A
3	ΚΑ. ΒΑ.	23/02/07	26/02/07	Γ
4	ΜΠ.ΣΕ	27/02/07	01/03/07	A
5	ΤΡ. ΕΥ.	14/01/05	16/01/05	A
6	ΣΑ. ΙΩ.	14/01/05	16/01/05	Γ
7	ΠΑ. ΙΩ.	17/01/05	19/01/05	A
8	ΝΤ. ΕΥ.	21/01/05	23/01/05	Γ
9	ΝΙ. ΝΙ.	25/01/05	27/01/05	Γ
10	ΧΩ. ΣΟ.	06/02/05	08/02/05	Γ
11	ΚΑ. ΔΗ.	08/02/05	10/02/05	Γ
12	ΠΑ. ΚΥ.	08/02/05	12/02/05	Γ
13	ΠΛ. ΑΝ.	15/02/05	20/02/05	Γ
14	ΜΠ. ΕΥ.	20/02/05	22/02/05	A
15	ΒΕ. ΧΡ.	22/02/05	24/02/05	A

16	ΔΗ. ΖΗ.	25/02/05	28/02/05	A
17	ΠΕ. ΑΓ.	26/02/05	28/02/05	Γ
18	ΧΑ. ΜΑ.	28/02/05	02/03/05	A
19	ΣΤ. ΑΝ.	04/03/05	06/03/05	A
20	ΣΤ. ΒΑ.	18/03/05	20/03/05	Γ
21	ΛΥ. ΠΕ.	18/03/05	20/03/05	A
22	ΝΙ. ΦΛ.	22/03/05	24/03/05	A
23	ΒΙ. ΚΩ.	22/03/05	24/03/05	Γ
24	ΣΤ. ΕΥ.	15/04/05	18/04/05	Γ
25	ΝΤ. ΛΙ.	15/04/05	17/04/05	A
26	ΝΤ. ΗΡ.	19/04/05	22/05/05	A
27	ΜΑ. ΦΩ.	03/05/07	07/05/07	Γ
28	ΣΤ. ΕΥ.	17/05/05	19/05/05	A
29	ΣΙ. ΣΤ.	17/05/05	19/05/05	Γ
30	ΠΕ. ΚΥ.	24/05/05	26/05/05	A
31	ΓΚ. ΑΔ.	31/05/05	02/06/05	A
32	ΣΙ. ΘΕ.	03/06/05	06/06/05	Γ
33	ΜΑ. ΚΩ.	06/06/05	08/06/05	A
34	ΤΣ. ΕΛ.	10/06/05	19/06/05	Γ
35	ΣΩ. ΜΑ.	10/06/05	12/06/05	A
36	ΜΠ. ΝΙ.	17/06/05	20/06/05	A
37	ΠΙ. ΕΙ.	20/06/05	22/06/05	Γ
38	ΝΤ. ΚΩ.	21/06/05	23/06/05	Γ
39	ΚΑ. ΣΤ.	21/06/05	23/06/05	Γ
40	ΜΑ. ΠΑ.	28/06/05	01/07/05	Γ
41	ΔΙ. ΕΥ.	05/07/05	07/07/05	A
42	ΠΙ. ΕΥ.	05/08/05	07/08/05	Γ
43	ΣΑ. ΣΟ.	22/08/05	24/08/05	A
44	ΠΙ. ΝΙ.	23/08/05	25/08/05	Γ
45	ΚΕ. ΑΙ.	26/08/05	31/08/05	Γ
46	ΦΑ. ΝΙ.	26/08/05	28/08/08	A
47	ΚΟ. ΜΑ.	02/09/05	04/09/05	Γ
48	ΚΑ. ΓΕ.	02/09/05	05/09/05	Γ

49	ΚΟ. ΘΩ.	09/09/05	12/09/05	A
50	ΛΑ. ΦΩ.	23/09/05	26/09/05	Γ
51	ΠΑ. ΓΕ.	02/10/05	08/10/05	Γ
52	ΜΠ. ΣΟ.	04/10/05	06/10/05	A
53	ΜΑ. ΜΑ.	07/10/05	09/10/05	A
54	ΑΘ. ΓΕ.	07/10/05	09/10/05	Γ
55	ΛΥ. ΕΛ.	10/10/05	12/10/05	Γ
56	ΚΟ. ΙΩ.	11/10/05	13/10/05	Γ
57	ΔΗ. ΧΡ.	11/10/05	14/10/05	A
58	ΣΤ. ΕΛ.	14/10/05	16/10/05	A
59	ΡΙ. ΕΛ.	21/10/05	23/10/05	A
60	ΚΑ. ΕΥ.	21/10/05	28/10/05	Γ
61	ΛΕ. ΑΡ.	01/11/05	03/11/05	Γ
62	ΓΟ. ΚΩ.	04/11/05	06/11/05	A
63	ΚΡ. ΚΩ.	15/11/05	19/11/05	Γ
64	ΤΣ. ΓΑ.	22/11/05	24/11/05	A
65	ΜΗ. ΝΙ.	09/12/05	12/12/05	Γ
66	ΣΚ. ΕΥ.	28/03/06	30/03/06	Γ
67	ΕΥ. ΣΟ.	31/03/06	02/04/08	A
68	ΓΕ. ΜΑ.	03/04/06	05/04/06	Γ
69	ΣΤ. ΜΑ.	24/04/06	26/04/06	Γ
70	ΒΟ. ΜΑ,	28/04/06	02/05/06	A
71	ΒΑ. ΑΓ.	02/05/06	04/05/06	A
72	ΖΑ. ΜΑ.	02/05/06	04/05/06	A
73	ΚΟ. ΔΗ.	05/05/06	07/05/06	Γ
74	ΔΑ. ΙΩ.	09/05/06	13/05/06	A
75	ΜΟ. ΣΤ.	12/05/06	15/05/06	A
76	ΓΚ. ΝΙ.	12/05/06	15/05/06	Γ
77	ΑΞ. ΕΥ,	16/05/06	19/05/06	A
78	ΤΣ. ΠΕ.	19/05/06	21/05/06	Γ
79	ΚΟ. ΧΡ.	23/05/06	26/05/06	A
80	ΜΑ. ΓΕ.	23/05/06	25/05/06	A
81	ΛΙ. ΙΩ,	24/05/06	26/05/06	A

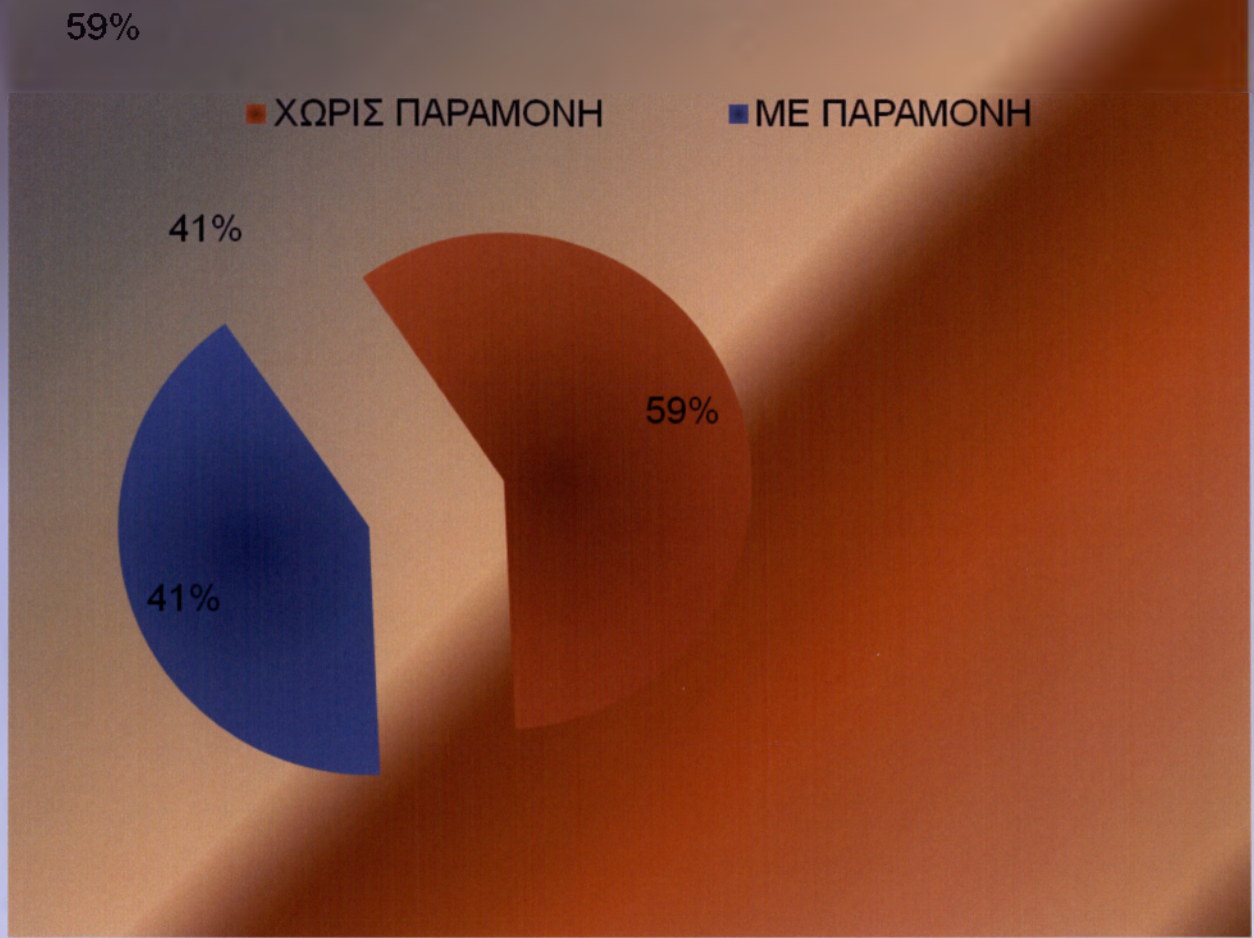
82	ΓΑ. ΣΟ.	30/05/06	01/06/06	A
83	ΦΩ. ΟΛ.	23/06/06	27/06/06	A
84	ΚΟ. ΦΩ.	13/07/06	15/07/06	A
85	ΝΤ, ΓΕ,	21/07/06	23/07/06	A
86	ΕΥ. ΠΑ.	15/09/06	17/09/06	A
87	ΠΑ. ΙΦ.	17/09/06	21/09/06	A
88	ΝΙ. ΔΗ.	17/09/06	19/09/06	A
89	ΠΑ. ΑΙ.	26/09/06	03/10/06	A
90	ΚΡ. ΘΕ.	29/09/06	01/10/06	A
91	ΝΙ. ΤΡ.	29/09/06	02/10/06	A
92	ΚΟ. ΓΕ.	03/10/06	05/10/06	A
93	ΚΑ. ΠΑ.	06/10/06	09/10/06	A
94	ΤΣ. ΚΑ.	09/10/06	13/10/06	A
95	ΤΣ. ΠΕ.	10/10/06	12/10/06	A
96	ΓΙ. ΝΟ.	10/10/06	12/10/06	A
97	ΚΑ. ΕΥ.	21/11/06	23/11/06	A
98	ΚΟ. ΧΡ.	24/11/06	29/11/06	A
99	ΨΙ. ΜΙ.	24/11/06	27/11/06	A
100	ΜΑ. ΚΩ.	04/12/06	11/12/06	A

ΣΥΝΟΛΟ . 100

Πίνακας 4.2: Λίστα ασθενών με παραμονή³⁴

³⁴ Πίνακες 4.1 & 4.2: Λίστα ασθενών από Γ. Ν. Νέας Ιωνίας <<Κωνσταντούλειο>>

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ & ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗ



Διάγραμμα 4.1: Ποσοστό ασθενών που έχουν υποβληθεί σε Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις με παραμονή και χωρίς παραμονή (με παραμονή 100-49% & χωρίς παραμονή 144-59%).

Στον υπολογισμό του κόστους κάθε επιμέρους ιατρικής πράξης συμμετέχουν τα παρακάτω στοιχεία:

- Αμοιβές εμπλεκόμενου προσωπικού (χρόνος συμμετοχής του και η αξία αυτού του χρόνου).

- Αναλώσιμα υλικά.

- Φάρμακα.

- Έμμεσες δαπάνες (όπως αποσβέσεις εξοπλισμού και γενικά έξοδα).

Δεδομένου ότι το θέμα της μελέτης είναι η σύγκριση του κόστους της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής με παραμονή και χωρίς παραμονή και όχι ο επακριβής προσδιορισμός του κόστους της καθεμίας ιατρικής πράξης, έγιναν οι παρακάτω παραδοχές:

Οι αμοιβές του προσωπικού και οι έμμεσες δαπάνες περιλαμβάνονται στο ημερήσιο κόστος νοσηλείας, το οποίο προσδιορίζεται από το λόγο συνολικές δαπάνες / συνολικές ημέρες νοσηλείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου (όσον αφορά τον υπολογισμό του κόστους αφ ενός των εξετάσεων που πραγματοποιούνται μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και αφ'ετέρου της νοσηλείας του ασθενούς).

Το κόστος των ανθρώπινων πόρων υπολογίζεται ανάλογα με την εκπαίδευση, την προϋπηρεσία, τις εργοδοτικές εισφορές, χωρίς να υπολογίζονται τα επιδόματα εκτός του βασικού πτυχίου και οι εφημερίες.

Για τον προσδιορισμό του κόστους των εξετάσεων χρησιμοποιήθηκε ο κρατικός τιμοκατάλογος και δεν κοστολογήθηκαν, δεδομένου ότι την παρούσα μελέτη ενδιαφέρει η σύγκριση των δύο Λαπαροσκοπήσεων.

Η έλλειψη λογιστικής και κοστολογικής οργάνωσης στα ελληνικά νοσοκομεία δεν επιτρέπει τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την περιουσιακή τους κατάσταση και δεν παρέχονται πληροφορίες σχετικά με αποσβέσεις³⁵.

Οι αποσβέσεις³⁶ των εργαλείων που χρησιμοποιούνται κατά τη χειρουργική επέμβαση θεωρήθηκε ετήσια (ποσά κάτω των €2000.).

Η νοσηλεία υπολογίστηκε με τον κρατικό τιμοκατάλογο (όπου συμπεριλαμβάνεται και η αμοιβή του προσωπικού).

³⁵ Καριώτης Π Σ. Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία. Εκδόσεις Euroclinica Αθήνα.1992.

³⁶ Κεχράς Ι. Μηνιαία Κοστολόγηση & Αναλυτική Λογιστική. Εκδόσεις Α.Σταμούλης Αθήνα, 1997.

Η προσέγγιση του κόστους των δύο διαφορετικών θεραπειών ακολούθησε τις παρακάτω φάσεις:

- Τη διάγνωση της ασθένειας με τη βοήθεια εξετάσεων.
- Τη χειρουργική επέμβαση που περιλαμβάνει τις δαπάνες που πραγματοποιούνται στο χώρο του χειρουργείου.
- Τη μετεγχειρητική φάση, που περιλαμβάνει τις δαπάνες που πραγματοποιούνται για την αποθεραπεία του ασθενούς, τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κατ οίκον νοσηλεία αυτού.

4.3 Κόστος Διάγνωσης

Για να μπορέσει ο ιατρός να διαγνώσει την ασθένεια δίνονται καταρχάς οι εξετάσεις που αναγράφονται στον (Πίνακα 4.3).

Από τις παραπάνω εξετάσεις μπορεί να διαγνώσει ο ιατρός, αν κρίνεται ή όχι σκόπιμη η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης.

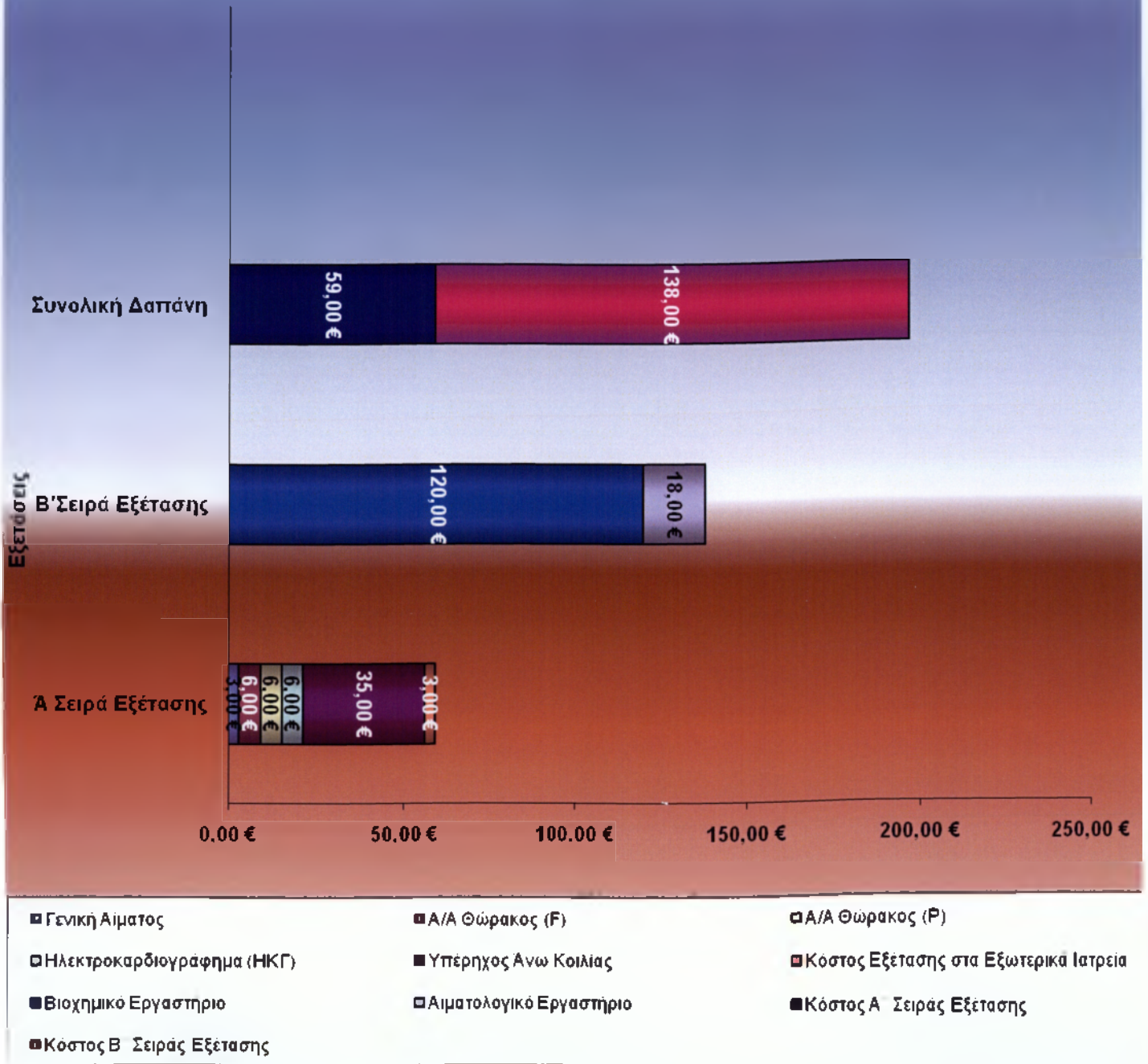
Σε περίπτωση κατά την οποία αποφασισθεί η αναγκαιότητα της επεμβάσεως, γίνεται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και υποβάλλεται σε εξετάσεις αίματος και ούρων από το βιοχημικό εργαστήριο (κρεατίνη, τριγλυκερίδια, ουρία, σάκχαρο, τρανσαμινάσες-AST/ALT, χολερυθρίνη, αμυλάση αίματος και ούρων, HDL, LDL, K, Na, Cl, CPK, LDH, γ-GT, κ.ά.)³⁷ και το αιματολογικό εργαστήριο (γενική αίματος, ομάδα Ρέζους, χρόνος προθρομβίνης- INR κ.ά.) του νοσοκομείου.

Το κόστος της β σειράς εξετάσεων φαίνεται στον (Πίνακα 4.4).

Και για τους δύο τύπους επεμβάσεων οι εξετάσεις αυτές είναι κοινές.

³⁷ Κοντούλη-Γείτονα Μ. Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Διδακτορική διατριβή Εθνικό και Κιποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσηλευτική Σχολή Αθήνα. 1992.

ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



Διάγραμμα 4.2: Κόστος Διάγνωσης

<u>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</u>	<u>ΠΟΣΟΤΗΤΑ</u>	<u>ΤΙΜΗ (€)</u>
Γενική αίματος	1	€3
A/A Θώρακος (F)	1	€6
A/A Θώρακος (P)	1	€6
Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ)	1	€6
Υπέρηχος άνω κοιλίας	1	€35
Κόστος εξέτασης στα εξωτερικά ιατρεία	1	€3
Σύνολο		€59

Πίνακας 4.3: Κόστος Α' Σειράς Εξετάσεων

<u>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)</u>
Βιοχημικό Εργαστήριο	€120
Αιματολογικό εργαστήριο	€18
Σύνολο	€138

Πίνακας 4.4: Κόστος Β' Σειράς Εξετάσεων

<u>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)</u>
Κόστος Α' Σειράς Εξετάσεων	€59
Κόστος Β' Σειράς Εξετάσεων	€138
Σύνολο	€197

Πίνακας 4.5: Συνολικό Κόστος Εξετάσεων

4.4 Κόστος επέμβασης Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής

Κατά τη διαδικασία της νάρκωσης, της επέμβασης και της ανάνηψης της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον υλικά, συνήθως μιας χρήσεως, των οποίων το συνολικό κόστος αναφέρεται αναλυτικά στον (Πίνακα 4.6).

<u>ΥΛΙΚΑ & ΦΑΡΜΑΚΑ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ</u>
Υλικά επέμβασης	€582
Υλικά αναισθησίας	€382
Υλικά ανάνηψης	€8,6
Φάρμακα	€83,9
Σύνολο	€1056,5

Πίνακας 4.6: Κόστος Υλικών & Φαρμάκων Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής

Υπολογίζεται, έτσι, ότι το συνολικό κόστος των υλικών επέμβασης ανέρχεται στις €582. περίπου. Το ίδιο ισχύει και για τα υλικά ανάνηψης, όπου χρησιμοποιούνται και 5 ηλεκτρόδια / monitors, των οποίων η απόσβεση ανά επέμβαση υπολογίζεται στα €5. (συντελεστής απόσβεσης 100%). Παράλληλα, η ομάδα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), η οποία συνήθως αναλαμβάνει την επέμβαση περιγράφεται στον (Πίνακα 4.7).

<u>Συμμετέχοντες</u>	<u>Άτομα</u>
Επιμελητής Α'	1
Ειδικευόμενοι	2
Αναισθησιολόγος	1
Νοσηλεύτρια νάρκωσης	1
Νοσηλεύτρια	1
Εργαλειοδοσίας	
Νοσηλεύτρια κίνησης	1
Σύνολο	7

Πίνακας 4.7: Αριθμός συμμετεχόντων στην επέμβαση Λ. Χ.

Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου μία ώρα, οπότε το κόστος των ανθρώπινων πόρων για το χρονικό αυτό διάστημα, ανάλογα με την εκπαίδευση, την προϋπηρεσία και τις εφημερίες αναγράφεται αναλυτικά στον (Πίνακα 4.8).

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	Εκπαίδευση	Μηνιαίο Κόστος	Κόστος ανά ώρα	
Α' ος	Επιμελητής	Π.Ε	€2558	€15,98
ος	Ειδικευόμεν	Π.Ε	€1498	€9,35
ος	Ειδικευόμεν	Π.Ε.	€1498	€9,35
λόγος	Αναισθησιο	Π.Ε.	€2558	€15,98
α Νάρκωσης	Νοσηλεύτρι	Τ.Ε.	€1282	€4,1
α Εργαλειοδοσίας	Νοσηλεύτρι	Τ.Ε.	€1282	€4,1
α κίνησης	Νοσηλεύτρι	Δ.Ε.	€1282	€4,1
α	Καθαρίστρι	Υ.Ε.	€1240	€7,75
	Σύνολο		€13198	€70,71

Πίνακας 4.8: Κόστος Συμμετεχόντων στην επέμβαση Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής

Επομένως, το συνολικό κόστος επέμβασης προκύπτει από τους δύο πίνακες και συνοψίζεται στον (Πίνακα 4.9).

Πόροι	ΔΑΠΑΝΗ
Υλικά & Φάρμακα	€1056,5
Προσωπικό	€70,71
Σύνολο	€1127,21

Πίνακας 4.9: Συνολικό Κόστος Επέμβασης Λ. Χ.

4.5 Κόστος Μετεγχειρητικής Νοσηλείας

Μετά την επέμβαση, ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για περίπου 12 ώρες αν έχει υποβληθεί σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή χωρίς παραμονή και για 3 τουλάχιστον ημέρες αν έχει υποβληθεί σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή με παραμονή. Κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών υποβάλλεται σε εξετάσεις και του χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (οροί, αντιβιώσεις).

Το κόστος των εξετάσεων της μετεγχειρητικής νοσηλείας (γενική αίματος, ουρία, κρεατινίνη, χολερυθρίνη αίματος άμεση και ολική, Κ, Na, Ρ, Μ) ανέρχεται σε €37,60. και είναι κοινό και για τις δυο μορφές .

Τέλος, η φαρμακευτική αγωγή στην περίπτωση της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής χωρίς παραμονή (πίνακας 4.10) χορηγείται για μια μόνον ημέρα με συνολικό κόστος €6,90., στην δε περίπτωση με παραμονή η τιμή ανέρχεται στα €20,7 (πίνακας 4.11) και χορηγείται για περίπου 3 ημέρες. Επομένως, το κόστος της νοσηλείας ανέρχεται σε ποσά που αναλυτικά φαίνονται στον (πίνακα 4.12).

<u>ΕΙΔΟΣ</u>	<u>ΚΟΣΤΟΣ</u>
Ορός	€2,5
Αντιβιοτικό	€4,4
Σύνολο	€6,9

Πίνακας 4.10: Κόστος Φαρμακευτικής Αγωγής Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής. Χωρίς Παραμονή

<u>ΕΙΔΟΣ</u>	<u>ΚΟΣΤΟΣ</u>
Ορός	€2,5
Αντιβιοτικό	€13,2
Σύνολο	€15,7

Πίνακας 4.11: Κόστος Φαρμακευτικής Αγωγής Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής. Με Παραμονή

	<u>Λ.Χ. Χωρίς Παραμονή</u>	<u>Λ.Χ. Με Παραμονή</u>
Εξετάσεις	€37,60	€37,60
Φαρμακ. Αγωγή	€6,90	€15,7
Σύνολο	€44,5	€53,3

Πίνακας 4.12 : Σύγκριση κόστους μετεγχειρητικής νοσηλείας

4.6 Άμεσο κόστος εργασιακής ανικανότητας

Ο ασθενής για τις 3 πρώτες ημέρες της ασθένειάς του δικαιούται από τον εργοδότη του το μισό του ημερομισθίου ή το 1/25 του μισθού του. Από την 4η ημέρα αναλαμβάνει την επιδότηση του ασθενούς ο ασφαλιστικός του φορέας.

Μετά την επέμβαση Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής χωρίς παραμονή, ο ασθενής δικαιούται αναρρωτική άδεια μίας εβδομάδας, ενώ μετά την επέμβαση με παραμονή δικαιούται αναρρωτική άδεια 10 ημερών.

Για να προσδιοριστεί το κόστος της εργασιακής ανικανότητας, υποθέτουμε ότι ο ασθενής αμείβεται με το βασικό μισθό, δηλαδή €800. μικτά, δηλαδή €650 καθαρά.

Σύμφωνα με τα παραπάνω:

Ο ασθενής θα λάβει από τον εργοδότη για τις 3 πρώτες ημέρες της ασθένειας τα 3,5/25 του μισθού του και τη διαφορά μεταξύ του μισθού του και της ημερήσιας επιδότησης του ασφαλιστικού του φορέα για τις υπόλοιπες ημέρες. Θα επιδοτηθεί από τον ασφαλιστικό του φορέα για τις ημέρες που δικαιούται άδεια, εκτός από τις 3 πρώτες ημέρες.

Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή χωρίς παραμονή

Στην επέμβαση αυτή η νοσηλεία ανέρχεται κατά μέσο όρο στις 12 ώρες και η αναρρωτική άδεια που δικαιούται ο ασθενής ανέρχεται στις 5-7 ημέρες.

Στο σύνολο αυτό των 8 ημερών περιλαμβάνεται και ένα Σαββατοκύριακο, το οποίο δεν καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα και αφαιρείται (Πίνακας 4.13).

Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή με παραμονή

Στην επέμβαση αυτή οι ημέρες νοσηλείας είναι κατά μέσο όρο 3 και η αναρρωτική άδεια που δικαιούται ο ασθενής ανέρχεται στις 13 ημέρες.

Στο σύνολο αυτό των 16 ημερών περιλαμβάνονται δύο Σαββατοκύριακα, τα οποία δεν καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα και αφαιρούνται (πίνακας 4.14).

	<i>Ημερήσια αμοιβή (€)</i>	<i>Ημέρες αμοιβής</i>	<i>Σύνολο αμοιβής</i>
Εργοδότης	€26	3,5	€91
Ασφαλιστικός Φορέας	€26	6	€156
Άμεσο Κόστος Εργασιακής ανικανότητας		9,5	€247

Πίνακας 4.13: Άμεσο κόστος εργασιακής ανικανότητας κατόπιν Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής Χωρίς Παραμονή

	<i>Ημερήσια αμοιβή (€)</i>	<i>Ημέρες αμοιβής</i>	<i>Σύνολο Αμοιβής</i>
Εργοδότης	€26	1,5	€39
Ασφαλιστικός Φορέας	€26	11	€286
Άμεσο Κόστος Εργασιακής ανικανότητας		12,5	€325

Πίνακας 4.14: Άμεσο κόστος εργασιακής ανικανότητας κατόπιν Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής Με Παραμονή

4.7 Συνολικό κόστος διάγνωσης και θεραπείας

Μετά την ολοκλήρωση της παράθεσης των στοιχείων κόστους της ιατρικής πράξης, μπορεί να πραγματοποιηθεί η σύγκριση της θεραπείας με τους δύο τρόπους επεμβάσεων (Πίνακας 4.15).

	<i>Λ.Χ. Χωρίς Παραμονή</i>	<i>Λ.Χ. Με Παραμονή</i>
Κόστος Διάγνωσης	€197	€197
Κόστος Επέμβασης	€1127,21	€1127,21
Κόστος	€44,05	€53,3
Μετεγχειρητικής		
Νοσηλείας		
Κόστος Νοσηλείας	€113,4	€340,2
Άμεσο Κόστος	€247	€325
εργασιακής		
ανικανότητας		
Σύνολο	€1729,11	€2042,71

Πίνακας 4.15 : Σύγκριση συνολικού κόστους

Επομένως, το κόστος της ασθένειας από τη διάγνωση μέχρι την πλήρη αποθεραπεία, δηλαδή την επιστροφή του ασθενούς στην ενεργό δράση, ανέρχεται: για την Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή χωρίς παραμονή στα €1729,11 και για την Λαπαροσκοπική με παραμονή το κόστος ανέρχεται στα €2042,71 (μέσω όρο 3 ημερών νοσηλείας) .

4.8 Παρατηρήσεις

Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρατηρήθηκε σπατάλη σε πόρους (π.χ. γίνονται λάθη σε κωδικούς υλικών κατά την επέμβαση και έτσι σπαταλούνται ακριβά υλικά), αλλά και σε χρόνο (π.χ. καθυστέρηση στην προσέλευση του προσωπικού, διαφορές στη διάρκεια της επέμβασης χωρίς να υπάρχει επιπλοκή κ.λπ.).

Η σοβαρότητα της επέμβασης δεν είναι τέτοια που να απαιτείται απασχόληση μέλους της οικογένειας του ασθενούς ή κάποιας αποκλειστικής νοσοκόμου.

Λαμβάνεται ως ημερήσιο κόστος νοσηλείας το ποσό των €113,4. (σύνολο ετήσιων δαπανών / συνολικές ημέρες νοσηλείας).

4.9 Συμπεράσματα

Με την παραπάνω παράθεση των στοιχείων έγινε προσπάθεια συγκριτικού προσδιορισμού του κόστους διάγνωσης και θεραπείας δια χειρουργικής επεμβάσεως της χολολιθίασης σε νοσοκομείο.

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι:

- Είναι απαραίτητη η συνεργασία των επιστημόνων διαφορετικών κατευθύνσεων του τομέα υγείας (οικονομολόγων, ιατρών, νοσηλευτών) για την εκπόνηση μελετών κοστολόγησης ιατρικών πράξεων, προκειμένου να καταστεί δυνατή η οικονομική αξιολόγηση κόστους - οφέλους αυτών. Με αυτό τον τρόπο θα αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά το πρόβλημα της κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων, που είναι ο ακριβής προσδιορισμός των συντελεστών του κόστους και η οικονομική μέτρησή τους.

- Η σωστή χρησιμοποίηση των πόρων που διατίθενται κατά τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, η επιλογή της καταλληλότερης και οικονομικότερης ή/και αποδοτικότερης μεθόδου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους και την εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων κατά τη διενέργεια της πράξης αυτής.

- Η διαφορά μεταξύ των δύο τύπων επεμβάσεων είναι πολύ μικρή, αλλά από ό,τι διαπιστώθηκε, με τη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή χωρίς παραμονή επιτυγχάνεται η μικρότερη ταλαιπωρία του ασθενούς, η ταχύτερη αποκατάστασή του και το μέγιστο εισπραττόμενο ποσό από το νοσοκομείο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την παραπάνω παράθεση των στοιχείων έγινε προσπάθεια συγκριτικού προσδιορισμού του κόστους διάγνωσης και θεραπείας με τη Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή με παραμονή και χωρίς παραμονή στο νοσοκομείο. Η έρευνα ξεκίνησε με δεδομένο ότι η Λαπαροσκοπική μέθοδος στην αντιμετώπιση προβλημάτων της χολής υπερτερεί έναντι της κλασικής, αφού ο ασθενής έχει τα πλεονεκτήματα, όπως παρατίθενται στη σελ. 24. Από τη συγκριτική παράθεση των στοιχείων, που προέκυψαν από την έρευνα για τη μέθοδο αυτή νοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά, προκύπτει ότι:

- Η σύγκριση του κόστους με τα έσοδα που εισπράττει το νοσοκομείο για τις επεμβάσεις αυτές και στη μια και στην άλλη περίπτωση κατέδειξε τη δημιουργία των ελλειμμάτων.
- Το κόστος της ασθένειας από τη διάγνωση μέχρι την πλήρη αποθεραπεία δημιουργεί πολύ μικρή οικονομική διαφορά, αλλά στην περίπτωση της επέμβασης χωρίς παραμονή στο νοσοκομείο τα οφέλη του ασθενή είναι μεγαλύτερα από κοινωνικής σκοπιάς (π.χ. επιστροφή νωρίτερα στο χώρο εργασίας κ.λ.π.)

Επίσης αντίστοιχα με τα περισσότερα επαγγέλματα έτσι και στον ιατρικό χώρο οι αλλαγές αντιμετωπίζουν συχνά από κάποιους αντίσταση και σκεπτικισμό. Το προσωπικό των νοσοκομείων που αντιμετωπίζει τώρα τις Λαπαροσκοπικές Χολοκυστεκτομές μετά από τόσα έτη συμβατικής χειρουργικής επέμβασης μπορεί αρχικά να είναι απρόθυμο να δεχτεί εύκολα την πρόωρη αλλαγή στον τρόπο διεξαγωγής αυτών των επεμβάσεων από φόβο για τον ασθενή μην τυχόν αναπτύξει σοβαρές επιπλοκές λόγω του ότι επιστρέφει νωρίς στην οικία του. Μια θετική προσέγγιση είναι ουσιαστική για την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων και αυτό μόνο με την αυξανόμενη εμπειρία μπορεί να επιτευχθεί. Το κόστος της διαδικασίας είναι χαμηλό, κυρίως λόγω της μειωμένης παραμονής των ασθενών.

Η χειρουργική λογοτεχνία τεκμηριώνει σαφώς το κόστος αποτελεσματικότητας των Λαπαροσκοπικών Χολοκυστεκτομών, όπως και την ασφάλεια της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής χωρίς παραμονή

στον χώρο νοσηλείας . Τα στοιχεία μας παρουσιάζουν σημαντική μείωση του κόστους της επέμβασης σε σύγκριση με το κόστος-παραμονής των ασθενών.

Αυτή η μελέτη αντιπροσωπεύει την πορεία της Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής η οποία αποδεικνύεται από τον σημαντικό αριθμό των εξωτερικών ασθενών. Ως αποτέλεσμα τα σημαντικά ενδοχειρουργικά συμπεράσματα που είναι εμφανή, αποδεικνύονται από τον μεγάλο αριθμό των ασθενών οι οποίοι επιστρέφουν στην οικεία τους, ακόμη και την ίδια μέρα μετά την χειρουργική επέμβαση, όπως επίσης και από την μείωση της άσκοπής σπατάλης των πόρων.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

H.K.Γ.: Ηλεκτροκαρδιογράφημα

M.E.Θ.: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Λ.Χ: Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

ERCP : ανιούσα χολαγγειογραφία

MRCP : μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία

U/S: Υπερηχογράφημα

HDL: Χοληστερίνη ορού (καλή)

LDL: Χοληστερίνη ορού (κακή)

K: Κάλιο

Na: Νάτριο

Cl: Χλώριο

CPK: Εξετάσεις ενζύμων καρδιάς

LDH: Εξετάσεις ενζύμων καρδιάς

γ-GT: Εξετάσεις για το συκώτι

AST/ALT: Τρανσαμινάσες

INR: Χρόνος προθρομβίνης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αντωνοπούλου Λ, Καραμητοπούλου Δ, Τσαλίκη Π, Σιγάλας Ι. Ανάλυση κόστους Ασθένειας στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Η περίπτωση της σκληροκοιτίτιδας. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία Αθήνα 1994; τόμος 3,2:97-112.

Βαρβάκης Κ. Λογιστική και κοστολογική οργάνωση των κρατικών νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 1993-4/1999; 24-27.

Βενιέρης Γ. Λογιστική Κόστους. Εκδόσεις: Το Οικονομικό Αθήνα, 1998

Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ 133-136.

Καραμαλής Μανώλης, "Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας", Mediforce, Αθήνα 2001, σελ 920-922,939-945.

Καριώτης Π Σ. Management υπηρεσιών υγείας και βιοιατρική τεχνολογία. Εκδόσεις Euroclinica Αθήνα,1992.

Κεχράς Ι. Μηνιαία Κοστολόγηση & Αναλυτική Λογιστική. Εκδόσεις Α.Σταμούλης Αθήνα, 1997.

Κοντούλη-Γείτονα Μ. Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Διδακτορική διατριβή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσηλευτική Σχολή Αθήνα, 1992.

Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ 135-145, σελ 157-162

Κυριόπουλος Γιάννης, Γείτονα Μαίρη, Σκουρολιάκου Μαρία, "Φαρμακοοικονομία Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης", Εξάντας Εκδόσεις ΑΕ, Αθήνα 1996, σελ 24 - 33,36-46,79,88.

Σούλης Σωτήρης, "Οικονομική της Υγείας", Παπαζήση, Αθήνα 1999,σελ 314-317, σελ 327- 329, 336

Σουλιώτης, Κυριόπουλος, "Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα". "Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας", Συνάντηση Εργασίας, Αθήνα 2001.

Ξένα βιβλιογραφία

Bonnici B. L Hoptal, enjeux politiques et realites economiques. Editions: La documentation francaise Paris, 1992.

Davies A. R., Ware J. E (1981), Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment, Publication R 1987/2, DHEN, Rand Corporation, Santa Monica, σελ 145-149.

Hunt S.M. et al (1981), "The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations", *Social Science and Medicine*, 15 A, σελ 221-229.

Jacobaeus, HC. Uber die Moglichkeit, die Zystoskopie der Untersuchung serioser Hohlnunhen anzuwenden. *Munch Med Wochenschr* 57:2090-2092

Kelling, G. Uber Oesophagoskopie, Gastroskopie und Coelioskopie. *Munch Med Wochenschr* 49:21-24 (1901)

Khan IA, El-Tinay OE. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Can preoperative factors predict conversion? *Saudi Med J*. 2004 Mar;25(3):299-302.

Milicevic M. Acute cholecystitis. *Acta Chir Iugosl*. 2003;50(4):27-33

Mouret, G. From the first laparoscopic cholecystectomy to the frontiers of laparoscopic surgery: The future perspectives. *Dig Surg* 8:124-125, 1991

Schafer M., Krahenbuhl L., Buchler MW. Predictive factors for the type of surgery in acute cholecystitis. *Am J Surg*. 2001;182:291-297

Semm, K. History in Sanfilippo JS and Levine RC et al. (Eds) *Operative gynecologic endoscopy*. Springer-Verlag. New York (1989)

Sharp KW. Acute Cholecystitis. *Surg. Clin. North Am* 1988;68:269-279.

Uchiyama K, Onishi H, Tani M, Kinoshita H, Ueno M, Yamaue H. Timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis with cholecystolithiasis. *Hepatogastroenterology*. 2004 Mar-Apr;51(56):346-8.

Veress, J. Ein neeuew instrument zur Ausfuhrung von Brust-oder Bauchpunktionen und Pneumothorax behandlung. *Deutsche Med Wochenschr* 64:1480-1481(1938)

Ηλεκτρονικές Πηγές

Θεοδώρα Τσώλη Βήμα Science www.tovima.gr Κυριακή 4 Νοεμβρίου 2007 - Αρ. Φύλλου 15207 (εξακρίβωση 12-08-2008)

Κωνσταντινίδης Κ., Γενική, Λαπαροενδοσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικού Κέντρου Αθηνών , «Προβλήματα στη χοληδόχο κύστη-Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση», www.kkonstsntinidis.com/content/entypa_3pdf ,(εξακρίβωση 01/09/2008)

Κωνσταντινίδης .Μ.Κ., www.kkonstantinidis.com. (εξακρίβωση 27/08/2008)
Σάμπαλης Χ.Γ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», <http://users.forthnet.gr/ath/sambalis/Cholecystectomy.htm>. (εξακρίβωση 25/08/2008)

Στρατούλιας Ι.Κ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», www.iatronet.gr/article.asp_id=293. (εξακρίβωση 01/09/2008)

Χολολιθίαση. (2008, Ιουλίου 25). *Βικιπαίδεια, Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια*. www.el.wikipedia.org ,(εξακρίβωση 01/09/2008)
Στρατούλιας Ι.Κ., «Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή», www.iatronet.gr/article.asp_id=293. (εξακρίβωση 01/09/2008)