



Σεμινάριο
Ομάδων Εργασίας
της Ελληνικής
Καρδιολογικής Εταιρείας

18-20
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ
2010

Ξενοδοχείο
Macedonia Palace
Θεσσαλονίκη

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

*Πολιτική και οικονομική διάσταση
της ψυχοκοινωνικής καρδιολογίας*



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
UNIVERSITY OF PELOPONNESE

Κυριάκος Σουλιώτης
Δρ. Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Θεσσαλονίκη, 18 Φεβρουαρίου 2010

1. Εισαγωγή

2. Επιδημιολογικά δεδομένα

3. Κόστος καρδιαγγειακών νοσημάτων

4. Το εξωτερικό οικονομικό περιβάλλον

5. Ποιότητα ζωής και ποιότητα φροντίδας

6. Συμπεράσματα και συζήτηση



ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εκτύπωση

-A +A

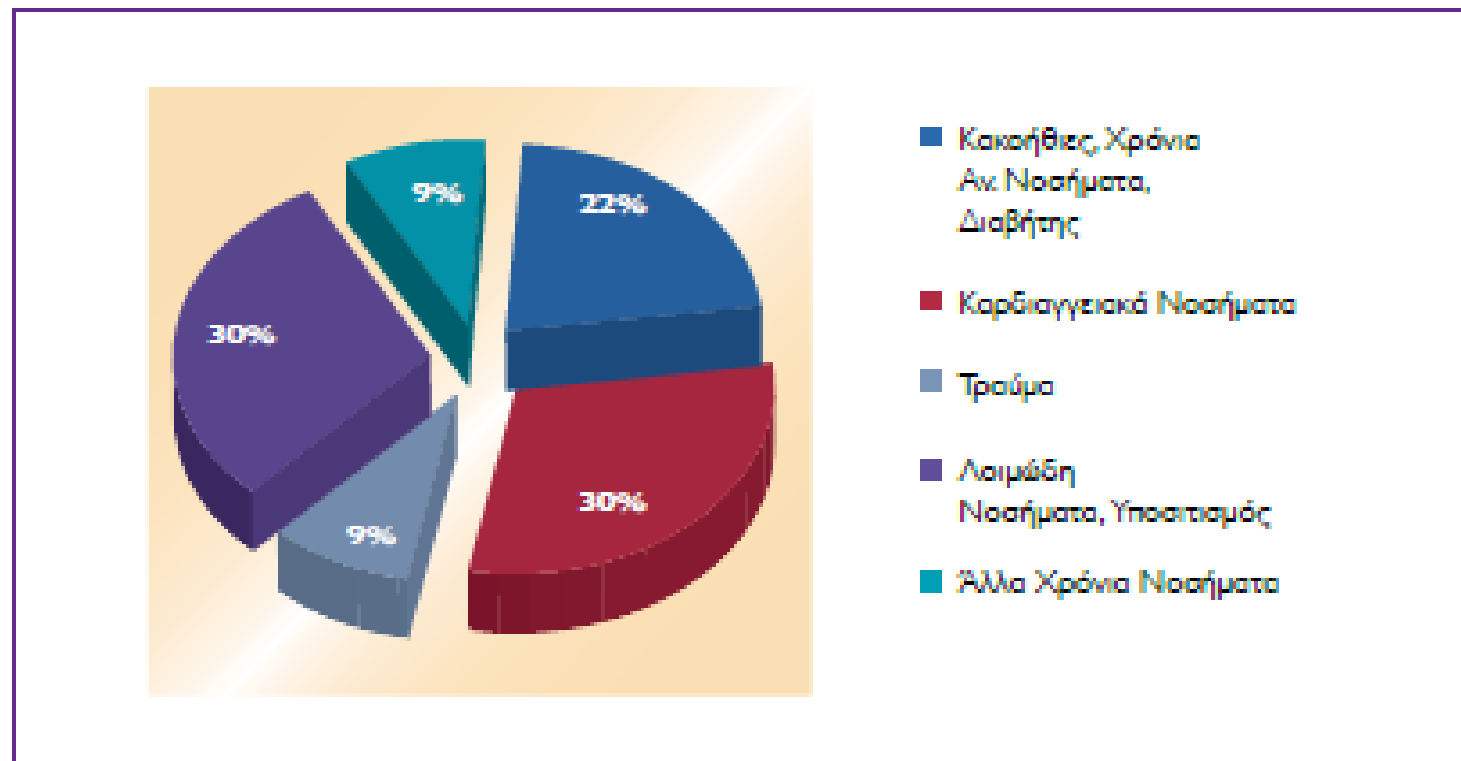
Στόχοι της Ομάδας

Σκοπός της ομάδας είναι η δραστηριοποίηση στον τομέα της εκτίμησης ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα ιδιαίτερα των ασθενών μετά από καρδιοχειρουργικές (πχ CABG, VADs, Tx) και καρδιολογικές παρεμβάσεις (PCI, εμφύτευση βηματοδοτών, απινιδωτών), των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και αυτών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Επίσης σκοπός της ομάδας είναι να ευαισθητοποιήσει τον κλινικό καρδιολόγο στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών παραμέτρων ως παραγόντων κινδύνου κυριώτερα της στεφανιαίας νόσου για παράδειγμα του εργασιακού stress, του άγχους, της επιθετικής προσωπικότητας (anger-hostility theory) και ιδιαίτερα της κατάθλιψης η οποία με βάση τις τελευταίες διεθνείς μελέτες αναδεικνύεται σε ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αλλά και αρνητικό προγνωστικό στοιχείο στην στεφανιαία νόσο. Η ομάδα στοχεύει στην ενεργοποίηση και δημοσίευση απλών εργαλείων-πάντα με την μορφή εύχρηστων ερωτηματολογίων-τα οποία θα βοηθήσουν τον θεράποντα καρδιολόγο στην διάγνωση της κατάθλιψης αλλά και την ένδειξη ψυχιατρικής παραπομπής. Η συστηματική προοπτική μελέτη του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι απο μηδαμινή έως ανύπαρκτη στη χώρα μας με ελάχιστες δημοσεύσεις οι οποίες μάλιστα προήλθαν από ανάλυση στοιχείων αναδρομικών μελετών με εντελώς διαφορετικό σκοπό (πχ ανάλυση μόνο κλασσικών παραγόντων κινδύνου).

Η σύνθεση της ομάδας εργασίας Ποιότητας Ζωής είναι διεπιστημονική και αποτελείται πέραν των καρδιολόγων-καρδιοχειρουργών από επιστήμονες μη γιατρούς (πχ ψυχολόγους, ψυχιάτρους, φυσικοθεραπευτές κλπ) οι οποίοι διαθέτουν εμπειρία στην ανάπτυξη των σχετικών ερωτηματολογίων-εργαλείων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην εκτίμηση ψυχοκοινωνικών παραμέτρων και ποιότητας ζωής.

Ποσοστό θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα



Πηγή : CVD Atlas WHO 2004.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ευθύνονται για το 30% των θανάτων, με τα λοιμώδη νοσήματα και τον υποσιτισμό να κατέχουν πλέον τη δεύτερη θέση.

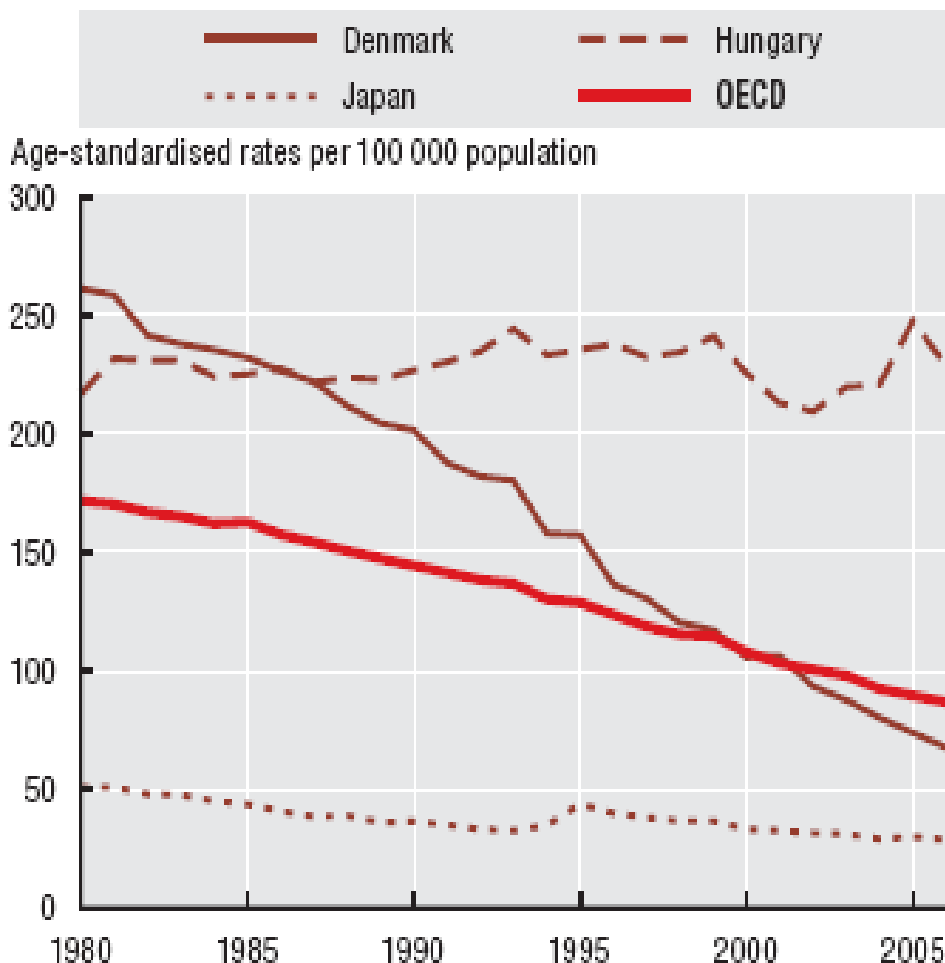


Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., περίπου 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2005, (7 εκατομμύρια από στεφανιαία νόσο και 6 εκατομμύρια από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

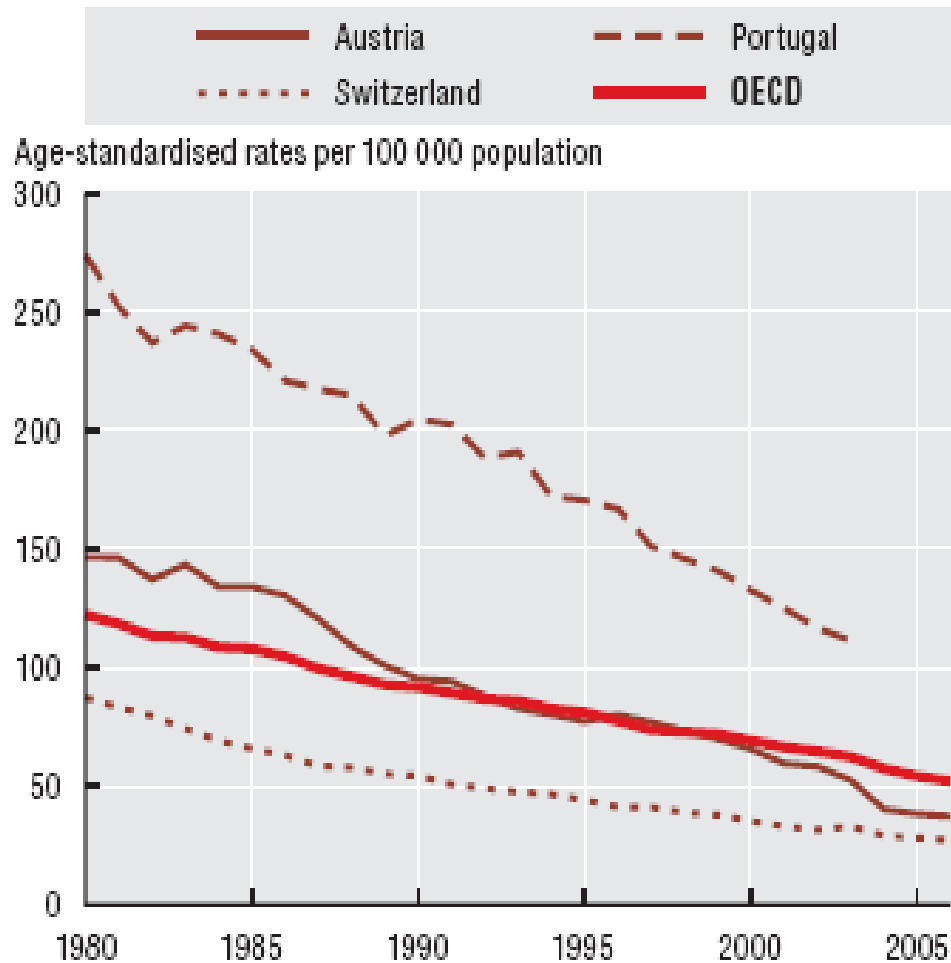
Η πλειοψηφία των θανάτων αυτών σημειώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2015, 20 εκατομμύρια άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα μειώνεται σταδιακά, αν και εμφανίζει σημαντικές διαφοποιήσεις ανάλογα με τη χώρα

Ischemic heart disease mortality rates, 1980-2006



Stroke mortality rates, 1980-2006

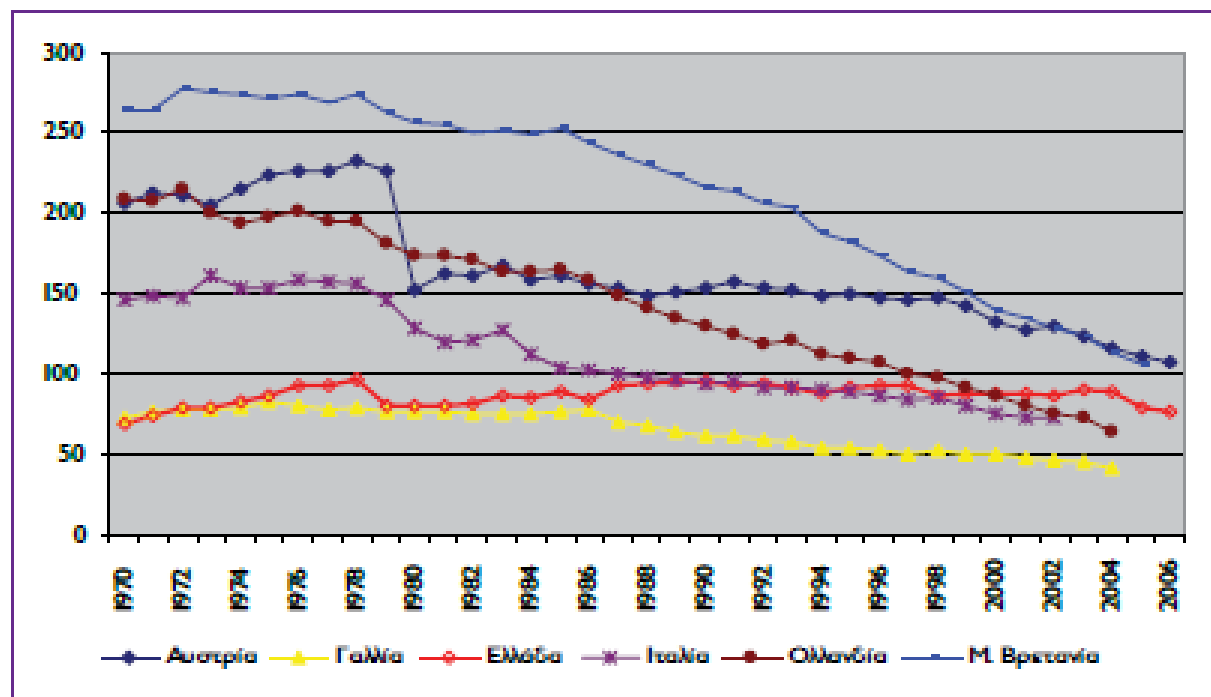


Προτυποποιημένη
θνησιμότητα (θάνατοι
ανά 100.000
κατοίκους) από
ισχαιμική καρδιοπάθεια
στις ηλικίες κάτω των
65 ετών, 1970-2004

	1970(*)	2004(**)	Μεταβολή (%)
Αυστρία	47,1	18,3	-61,1
Δανία	63,1	19,3	-69,5
Γαλλία	23,7	9,9	-58,3
Γερμανία	37,0	20,6	-44,4
Ελλάδα	23,3	32,3	38,5
Ισπανία	17,5	14,5	-17,0
Ιταλία	36,9	14,5	-60,8
Μ. Βρετανία	86,5	26,9	-68,9
Νορβηγία	68,1	16,4	-75,9
Ολλανδία	64,1	15,0	-76,6
Πορτογαλία	30,0	15,9	-47,1
Σουηδία	53,8	18,2	-66,3
Φινλανδία	114,4	29,7	-74,1

Πηγή: WHO, European Health For All Database 2008.

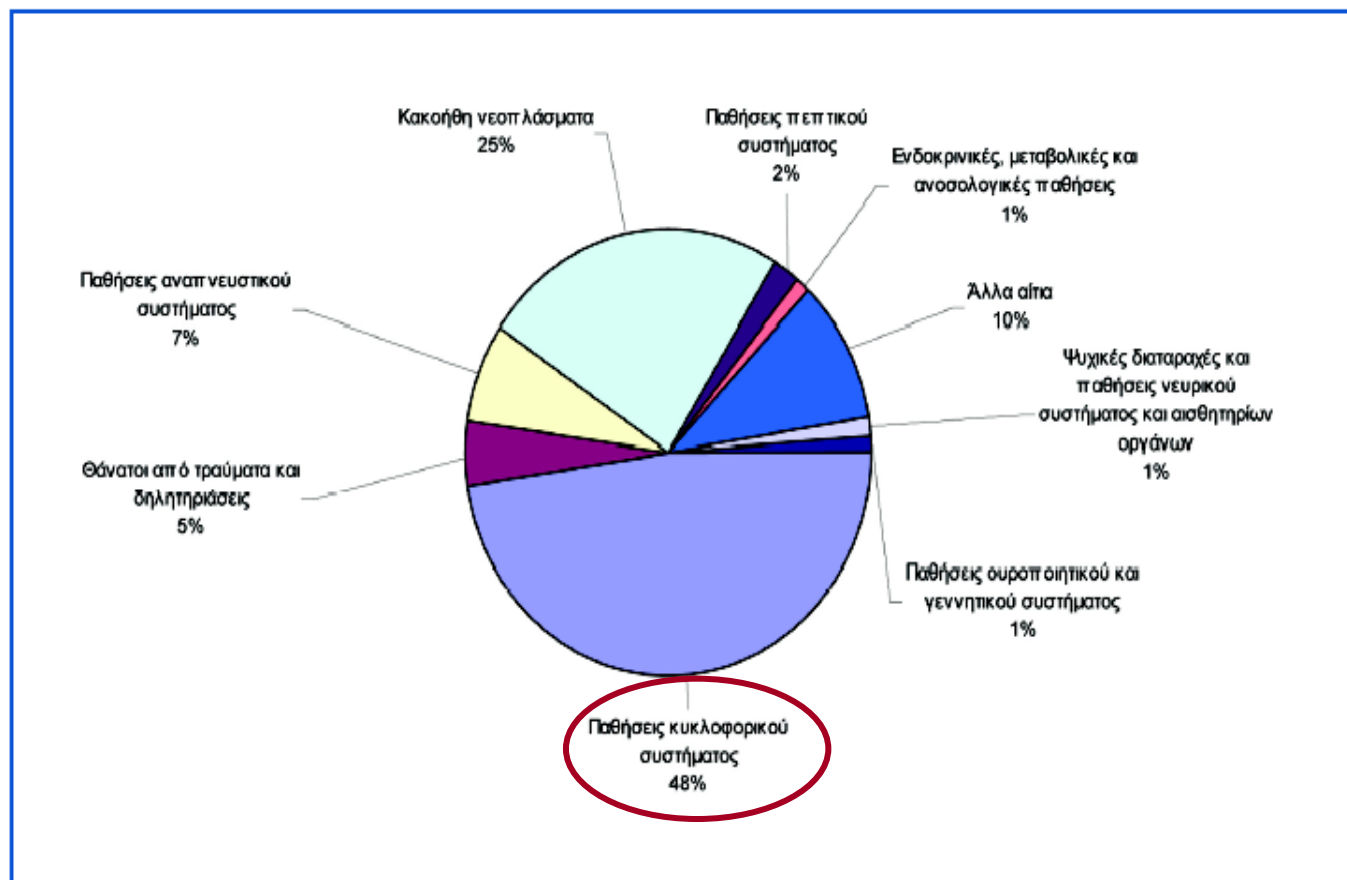
Εξέλιξη της
προτυποποιημένης
θνησιμότητας (θάνατοι
ανά 100.000
κατοίκους) από
ισχαιμική καρδιοπάθεια,
1970-2004



Πηγή: WHO, European Health For All Database 2008.

Η Ελληνική πραγματικότητα

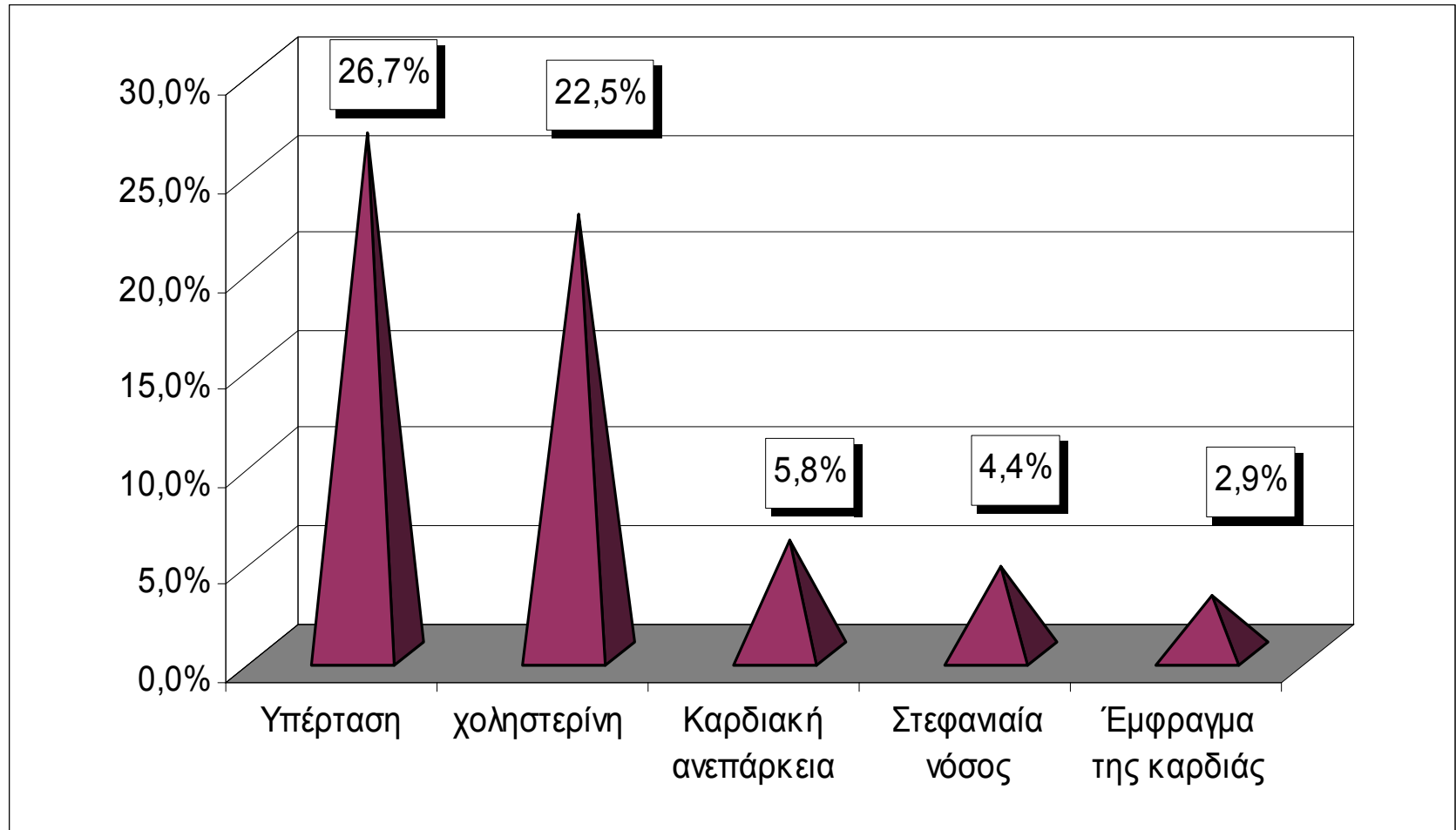
Σχήμα 2.4. Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004)



Πηγή: ΠΟΥ, Ίδιοι υπολογισμοί (2007)



ΕΡΕΥΝΑ ΕΚΚΕ: ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ ΔΕΙΓΜΑ 2500 ΑΤΟΜΩΝ





Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ποσοτικοποίησης των ανωτέρω μεγεθών, το κόστος όμως της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητο. Με βάση πρόσφατα στοιχεία από τις Η.Π.Α., το κόστος (άμεσο και έμμεσο) εξαιτίας του φορτίου των καρδιαγγειακών νοσημάτων ανέρχεται στα 310,23 δις Ευρώ/έτος. Συγκριτικά μόνο αξίζει να αναφερθεί ότι το αντίστοιχο κόστος των HIV λοιμώξεων είναι 22,24 δις και για τις κακοήθειες 146,19 δις (Heart Disease and Stroke Statistics 2006).

Με βάση στατιστικά στοιχεία από το ευρωπαϊκό δίκτυο καρδιολογίας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κοστίζουν στην ευρωπαϊκή οικονομία 192 δισεκατομμύρια Ευρώ ετησίως, το οποίο αντιστοιχεί σε 391 Ευρώ κατά κεφαλή κόστος. Από αυτό το 57% αντιπροσωπεύει δαπάνες του συστήματος υγείας (περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή), το 21% αντιστοιχεί σε απώλεια παραγωγικότητας και το υπόλοιπο 22% συνδέεται με τη φροντίδα που παρέχεται από το περιβάλλον του ασθενούς³.

Οι κατά κεφαλή δαπάνες ποικίλλουν μέχρι και δέκα φορές μεταξύ των κρατών-μελών σε λιγότερο από 60 Ευρώ στη Βουλγαρία, έως πάνω από 600 Ευρώ κατά κεφαλή/έτος στη Γερμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα³.



Επιπλέον, οι χώρες με υψηλή συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων πάσχουν από εξασθένηση της οικονομικής ανάπτυξης. Οι απώλειες παραγωγικότητας λόγω της θνησιμότητας και νοσηρότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων, κοστίζουν στην Ε.Ε. άνω των 35 δις Ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 21% του συνολικού κόστους των παθήσεων, με περίπου τα δύο τρίτα αυτού του κόστους λόγω του θανάτου (24.4 δις Ευρώ) και το ένα τρίτο λόγω της ασθένειας (10.8 δις Ευρώ), στόμων παραγωγικής ηλικίας.

Από τα λίγα στοιχεία που διαθέτουμε για τη χώρα μας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα:

- Απορροφούν το 10% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το οποίο αντιστοιχεί σε 1.922.000 Ευρώ ετησίως.
- Το ποσό αντιστοιχεί σε 173 Ευρώ κατά κεφαλή ετησίως.
- Το ένα τέταρτο της φαρμακευτικής δαπάνης αφορά σκευάσματα για καρδιαγγειακά νοσήματα που ισοδυναμεί σε 1,5 δις Ευρώ το χρόνο.
- Το κόστος στην παραγωγικότητα ανέρχεται σε 606.000 Ευρώ λόγω της θνητότητας και σε 62.700 Ευρώ λόγω της νοσηρότητας (British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008).

Δαπάνες περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα 2006

	Ποσό (χιλ. Ευρώ)	(%)
Νοσοκομειακή περίθαλψη	810.342	42,2
Φαρμακευτική περίθαλψη	990.169	51,5
Εξωνοσοκομειακή και επείγουσα περίθαλψη	93.554	4,9
Πρωτοβάθμια φροντίδα	27.645	1,4
Σύνολο	1.921.710	100

ATC	2003	2004	2005	2006	2007	2008
C	24,60%	24,50%	24,20%	24,60%	23,60%	23,80%

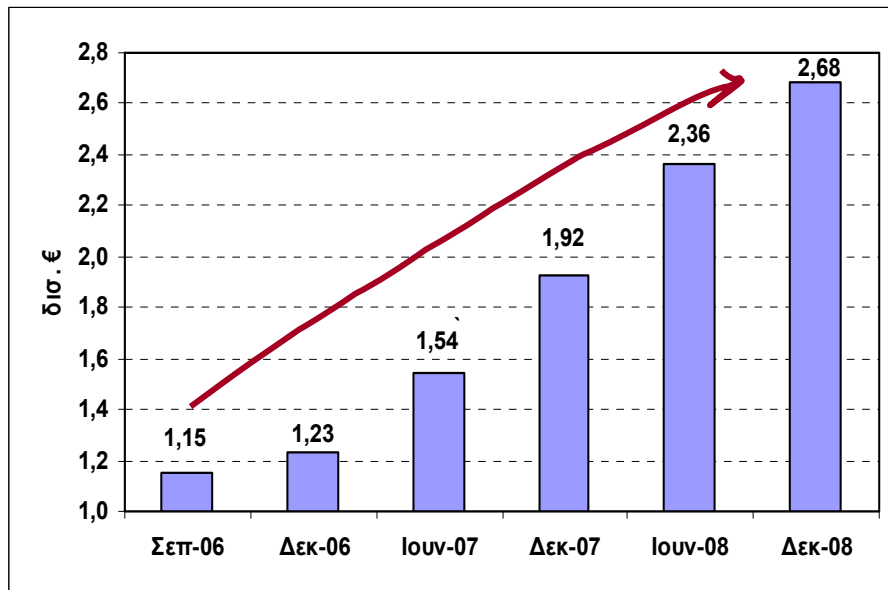
- Το 80% των καρδιαγγειακών επεισοδίων συμβαίνουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα εμφράγματα στη χώρα μας επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο στο Ιπποκράτειο και σε άλλα πέντε περιφερειακά νοσοκομεία, (Καλαμάτας, Χαλκίδας, Λαμίας, Καρδίτσας και Ζακύνθου), η συντριπτική πλειονότητα είχε μέσο όρο σπουδών τα 7,5 χρόνια (απόφοιτοι δημοτικού) (Pitsavos et al. 2003).

Το ευρύτερο περιβάλλον...

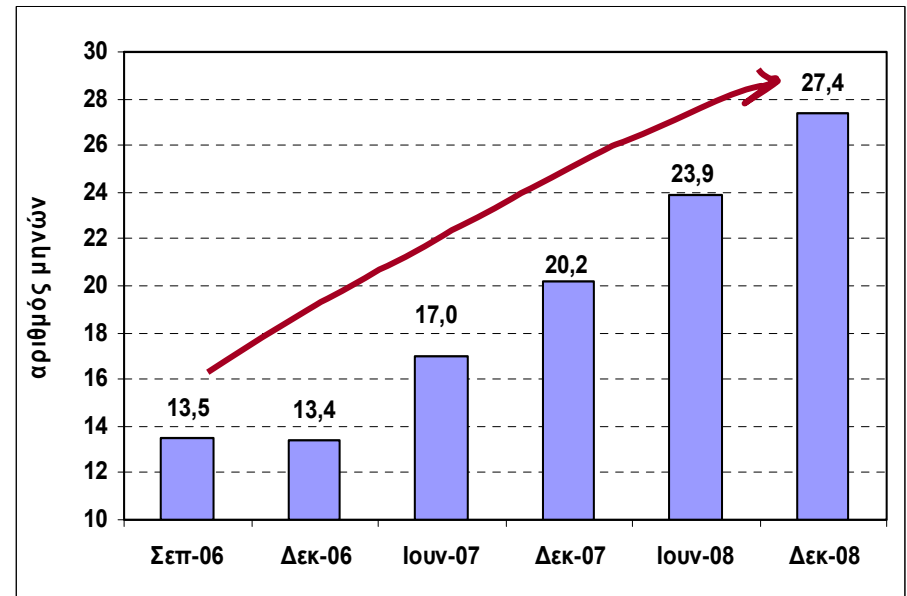
- ❖ Το δημοσιοοικονομικό έλλειμμα ξεπερνά το 13% του ΑΕΠ
- ❖ Το έλλειμμα μόνο όσον αφορά τους κλάδους υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 3 δισ. €
- ❖ Οι οφειλές των νοσοκομείων του ΕΣΥ στους προμηθευτές υπερβαίνουν τα 6 δισ. €

...χαρακτηρίζεται και από ένα σημαντικό πρόβλημα στη ροή των οικονομικών πόρων

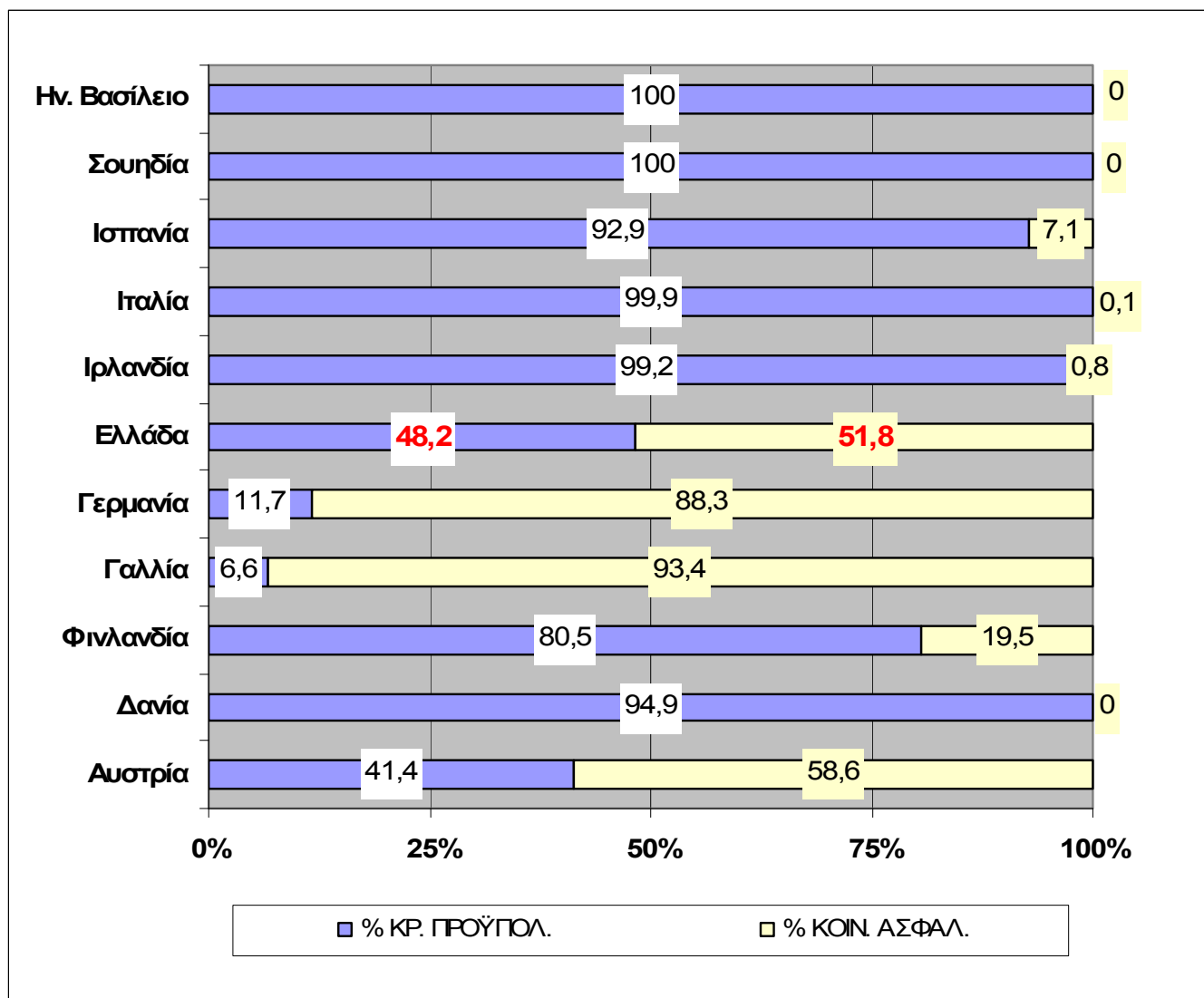
Διαχρονική Εξέλιξη Νοσοκομειακών Χρεών για Φάρμακα



Εξέλιξη του Μέσου Χρόνου Καθυστέρησης Αποπληρωμής των Νοσοκομειακών Χρεών για Φάρμακα

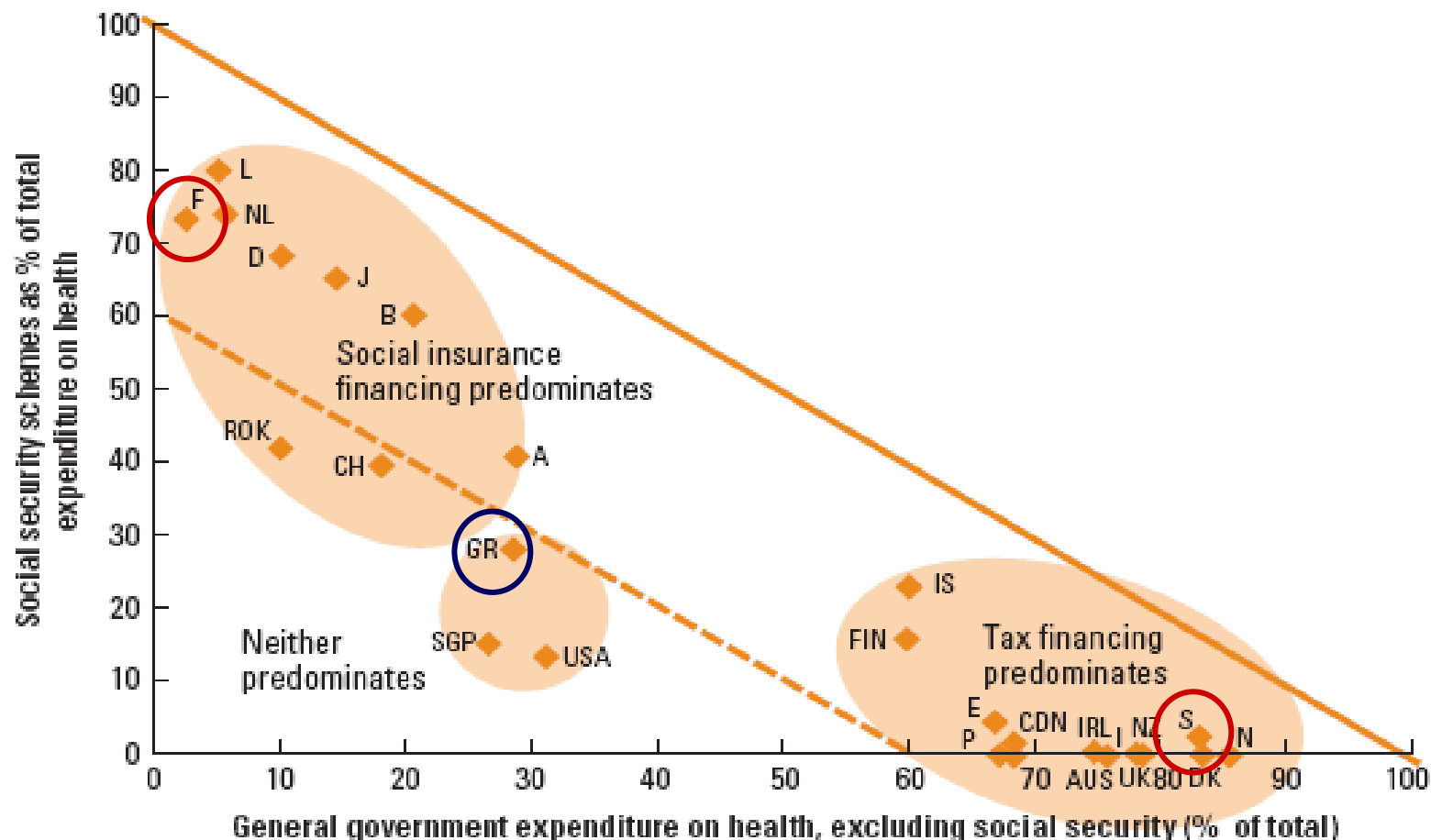


Σύνθεση δημόσιων πηγών χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, 2007



Πηγή: OECD
Health Data
2009

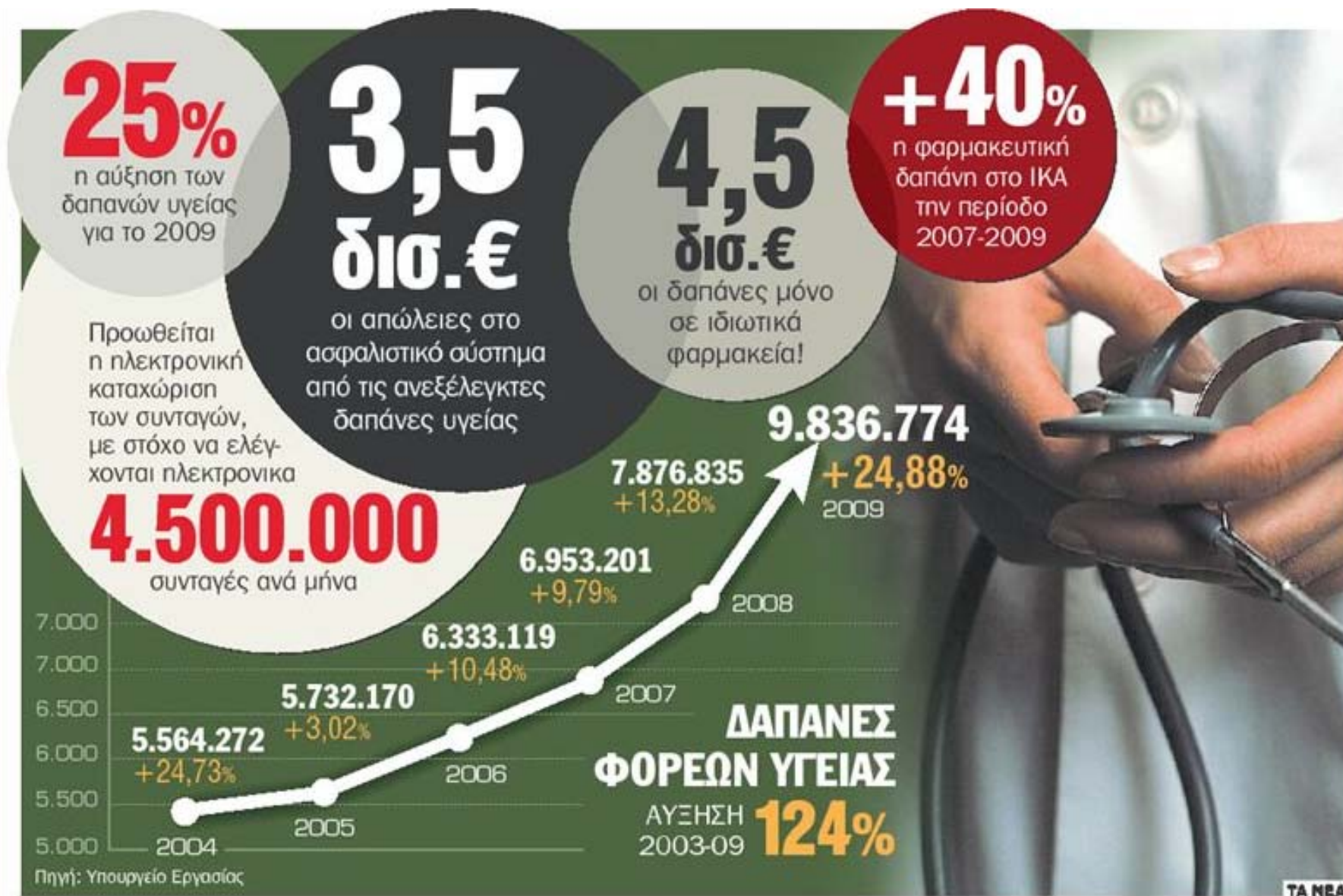
Ανάλυση των πηγών της δημόσιας δαπάνης υγείας

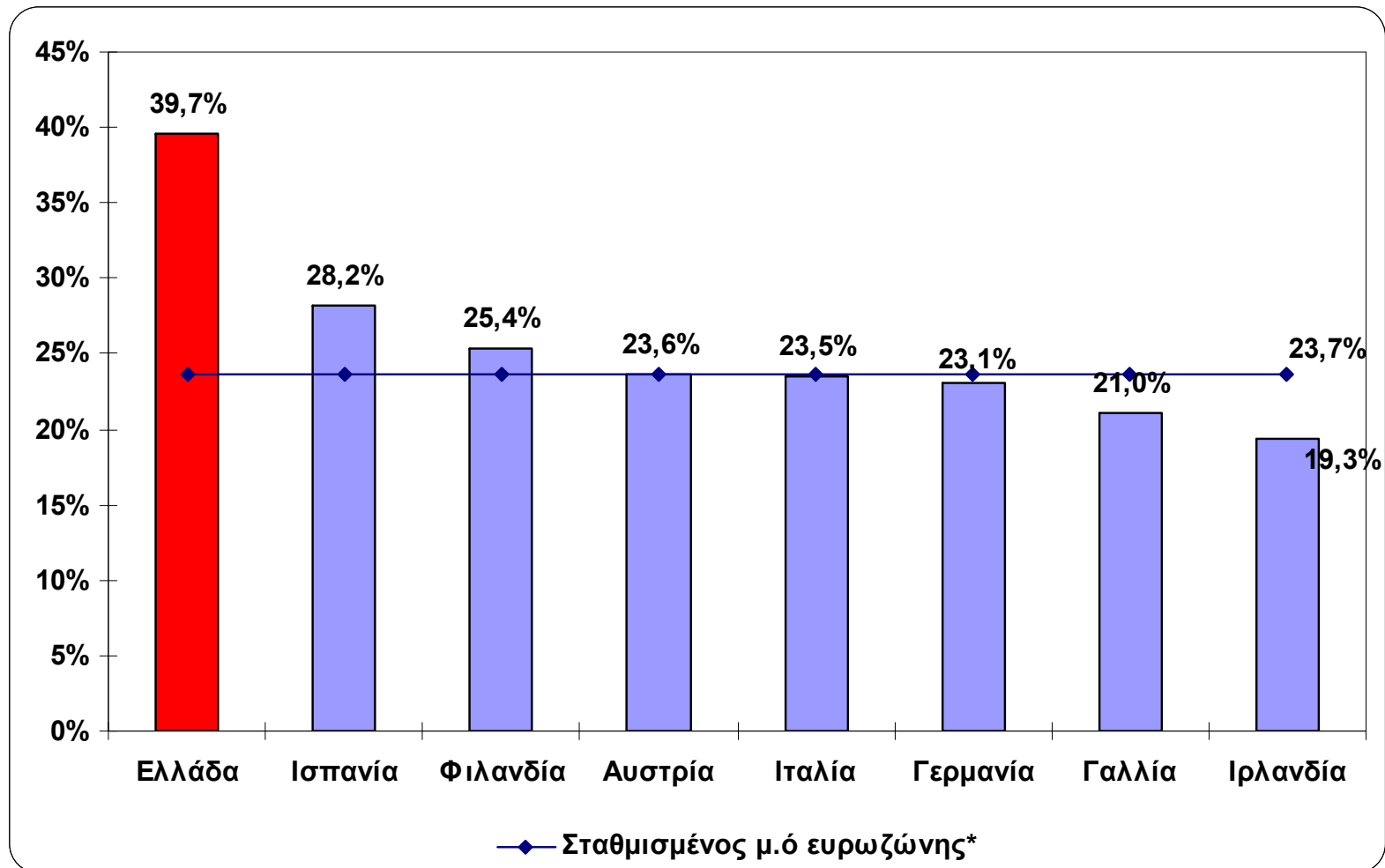


Source: OECD 2004a or national data.

Note: A = Austria; AUS = Australia; B = Belgium; CDN = Canada; CH = Switzerland; D = Germany; DK = Denmark; E = Spain; F = France; FIN = Finland; GR = Greece; I = Italy; IRL = Ireland; IS = Iceland; J = Japan; L = Luxembourg; N = Norway; NL = Netherlands; NZ = New Zealand; P = Portugal; ROK = Republic of Korea; S = Sweden; SGP = Singapore; UK = United Kingdom; USA = United States of America.

Η απειλή της οικονομικής κατάρρευσης του συστήματος υγείας...



Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας, 2007

Review

The “unexpected” growth of the private health sector in Greece

Yannis Tountas^{a,*}, Panagiota Kamaki^b, Elpida Pavi^c, Kyriakos Souliotis^{a,d}

^a *Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos St., 11527 Athens, Greece*

^b *Institute of Social and Preventive Medicine, 32 Shoufa st., 10673 Athens, Greece*

^c *National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11522 Athens, Greece*

^d *Onassis Cardiac Surgery Centre, 356 Sygrou Avenue, 17675 Kallithea, Athens, Greece*

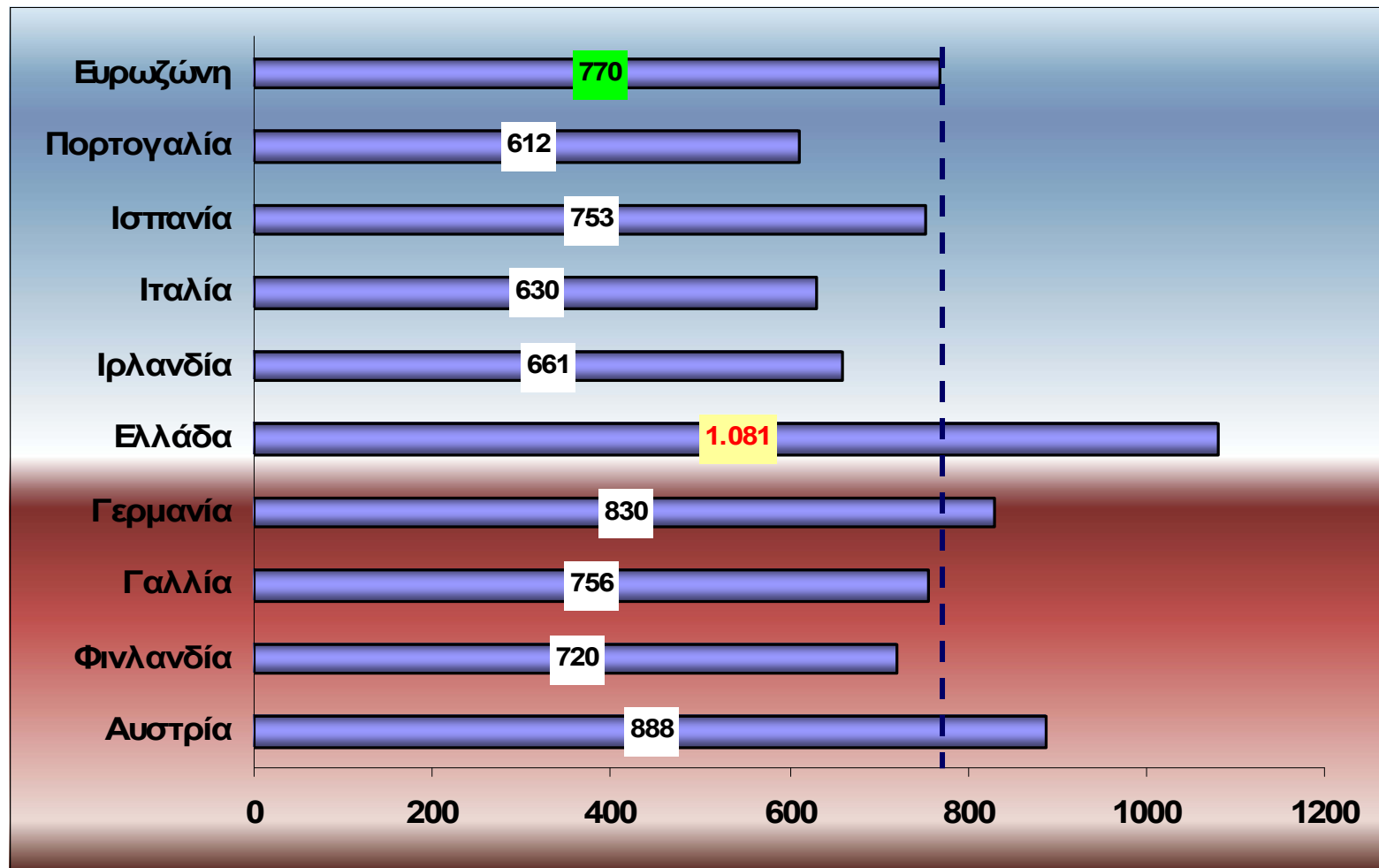
Abstract

The article analyses the situation which exists in the private health sector in Greece, it presents data on the growth of the private sector and discusses the reasons for this phenomenon in relation to privatisation trends in other European countries. The growth of private health care in Greece in the last 10 years is evident despite governmental attempts to minimise its role through the development of the National Health System in 1983 and the legislative restrictions on the private sector. Private health expenditure has increased, reaching 3.9% of the country's GNP (43% of the total expenditure in health) in 2000. The number of private hospitals and hospital beds has decreased (hospitals decreased from 468 in 1990 to 218 in 2000 and private beds decreased from 25,075 in 1980 to 15,806 in 2000) mainly because of the reduction in the number of small private hospitals. On the other hand, private doctors and private diagnostic centres have significantly increased. This situation is believed to be attributed mainly to the provision of inadequate and low quality public health services which have caused widespread dissatisfaction among the general public, and factors associated to improved standards of living, as well as the rapid growth of private insurance.

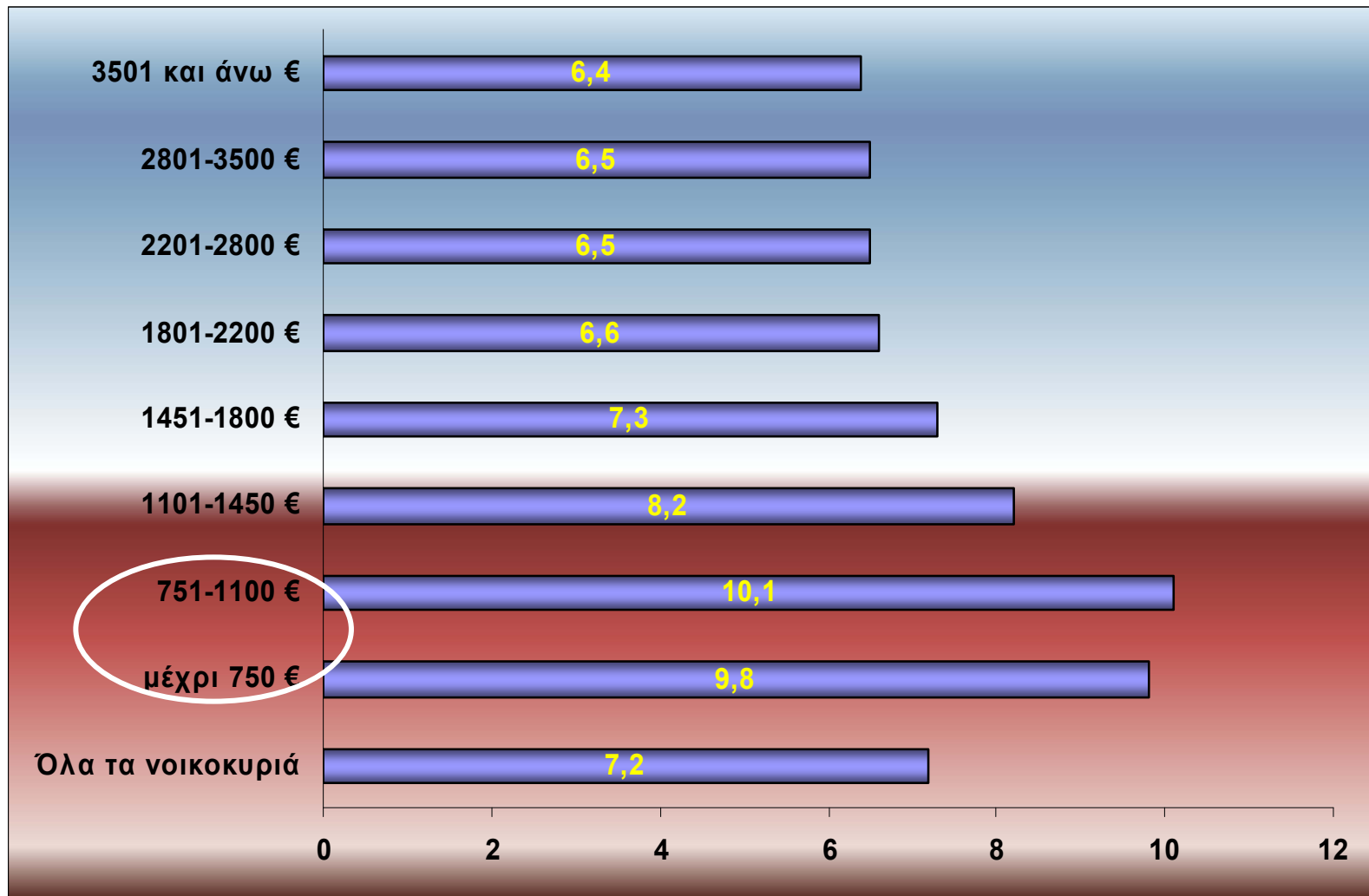
© 2005 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Keywords: Private health sector; Greece; Health services

Ιδιωτική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (PPP),
Επιλ. χώρες Ευρωζώνης, 2007



Ανάλυση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ως ποσοστό των συνολικών αγορών ανά εισοδηματική κατηγορία, 2005



Πηγή: ΕΣΥΕ, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2005 (αδημοσίευτα στοιχεία και ίδιοι υπολογισμοί).

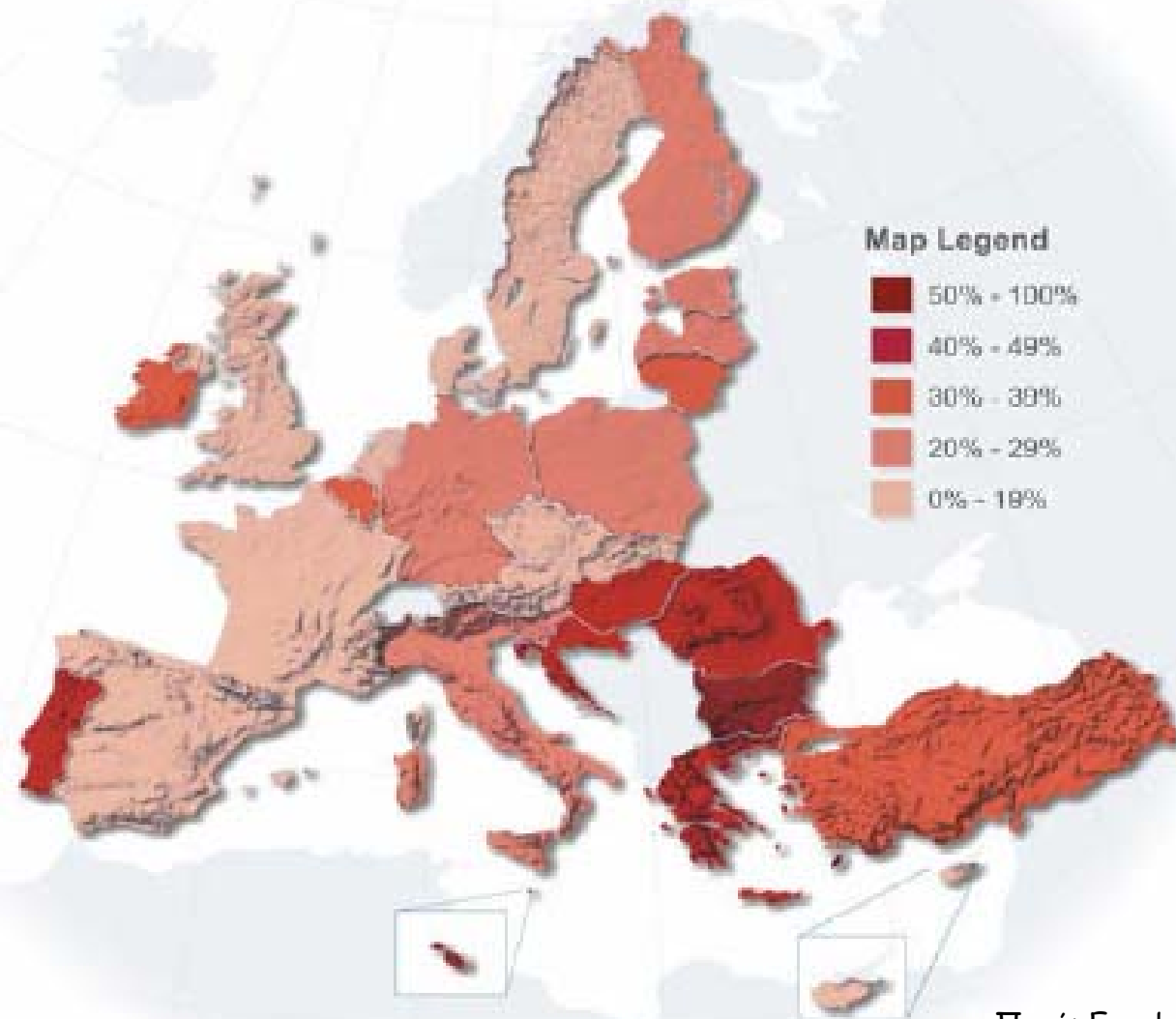
5

	MT	57%
	BG	52%
	HU	48%
	RO	48%
	EL	45%
	PT	40%
	IE	33%
	LT	33%
	BE	31%
	EE	25%
	DE	24%
	LV	24%
	IT	23%
	SI	23%
	FI	22%
	EU27	21%
	PL	21%
	NL	19%
	FR	17%
	SK	13%
	LU	11%
	AT	11%
	ES	10%
	CY	10%
	UK	8%
	CZ	8%
	SE	7%
	DK	1%
	HR	47%
	TR	32%

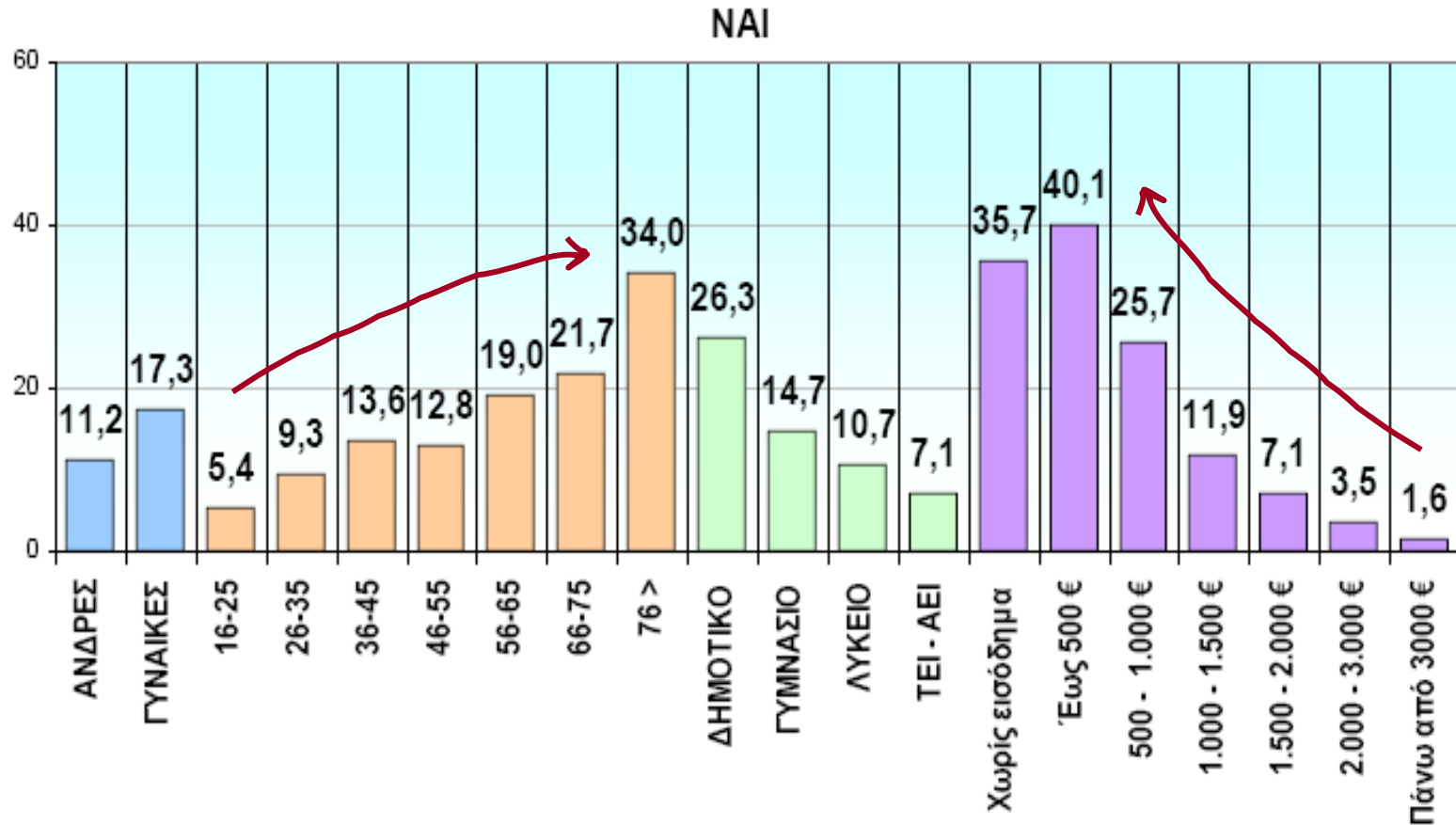
Question: QA5.1. Thinking now about the affordability of healthcare services in (OUR COUNTRY), please tell me if for you personally, or for your close ones, each of the following are very affordable, fairly affordable, not very affordable or not at all affordable.

Option: Hospitals

Answers: Not very affordable + Not at all affordable



ΕΡΩΤΗΣΗ: Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά;



Πηγή: ΕΣΔΥ-Τομέας Οικονομικών της Υγείας: Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης «Διερεύνηση του Επιπέδου Υγείας και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σεπτέμβριος 2006.

Οπου φτωχός και η στεφανιαία του

Τα χρήματα μπορεί να μη φέρνουν την ευτυχία, αλλά απ' ό,τι φαίνεται, χαρίζουν υγεία, καθώς προστατεύουν την καρδιά μας! Μάλιστα όσο πιο νέος βελτιώνει κάποιος το εισόδημά του, τόσο μειώνει την πιθανότητα να εμφανίσει αργότερα στεφανιαία νόσο!

Μπορεί παλαιότερα οι πλούσιοι να πάθαιναν πιο συχνά εμφράγματα, όμως σήμερα τα δεδομένα είναι αντίστροφα προς την εικόνα που υπήρχε στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα, καθώς η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένη στα χαμηλότερα εισοδήματα.

Όπως εξηγεί ο καρδιολόγος του Ωνασείου Θανάσης Δρίτσας, ιδρυτικό στέλεχος της ομάδας Ποιότητας Ζωής & Ψυχοκοινωνικής Καρδιολογίας, η πιθανότητα να πάθει κανείς έμφραγμα, όπως και η καλύτερη πορεία μετά το έμφραγμα, έχει να κάνει περισσότερο με την ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος παρά με την απόλυτη τιμή του εισοδήματος. Αν, δηλαδή, υπάρχει ομοιογένεια

εισοδήματος σε μια κοινωνία, η νοσηρότητα ελαττώνεται ανεξάρτητα από το αν όλοι είναι φτωχοί ή όλοι ευκατάστατοι. (Η ομάδα, στο πλαίσιο του συνεδρίου της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας στο Χίλτον, διοργανώνει την Παρασκευή συνάντηση με θέμα: Κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και υγεία, με άξονα τα καρδιαγγειακά νοσήματα).



Θ. Δρίτσας

ΑΝΔΡΕΑΣ Ν. ΛΥΤΡΑΣ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ Ν. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ:

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



Πρόλογος
Ηλίας Μανιάλος

London School of Economics and Political Science

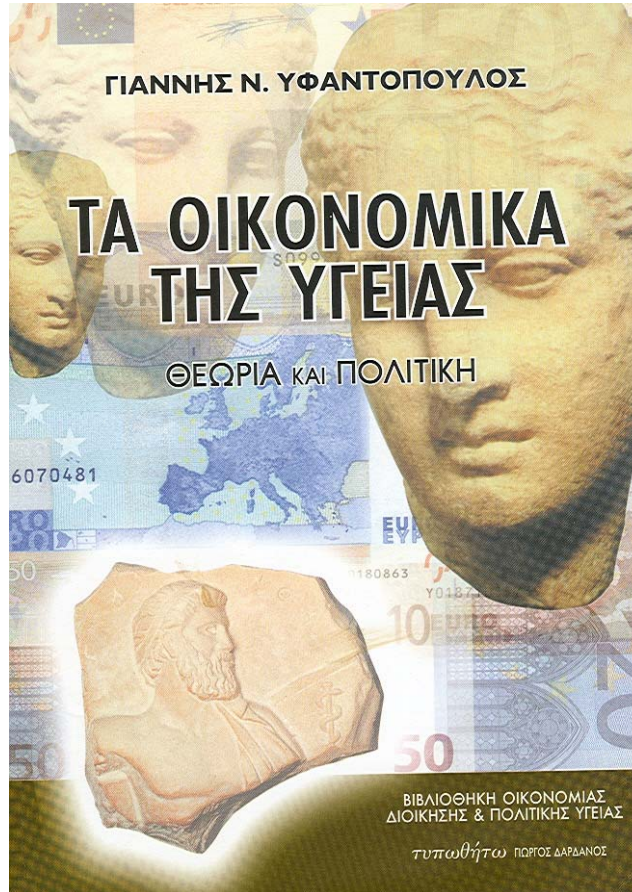


ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ

ΓΙΑΝΝΗΣ Ν. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ



ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

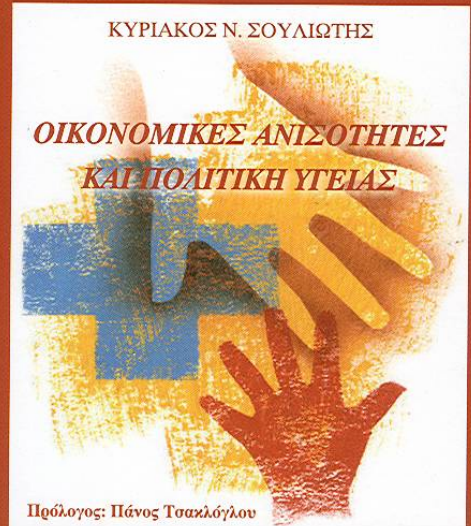
τυπωθήτω ΠΑΡΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ



ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗ ΚΑΙ ΔΗΜΗΤΡΗ ΤΣΑΤΣΟΥ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ Ν. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ



Πρόλογος: Πάνος Τσακλόγλου



ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ

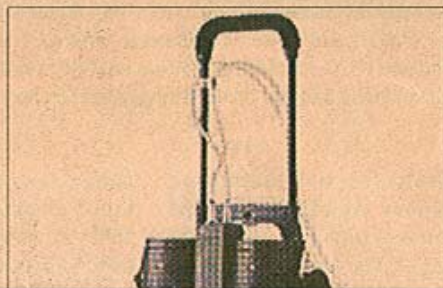
► Συσκευή μηχανικής υποβοήθησης καρδιάς της ίδιας εταιρείας στοιχίζει 68.400 ευρώ στην Γερμανία και 202.600 ευρώ σε γνωστό καρδιοχειρουργικό κέντρο της Αττικής. Διαφορά μόλις 138.202 ευρώ

ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΕΣ ΥΠΕΡΤΙΜΟΛΟΓΗΣΕΙΣ

Κατά 300% ακριβότερη η «καρδιά» στην Ελλάδα

ΤΗΣ ΕΛΕΝΗΣ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

Συσκευή μηχανικής υποβοήθησης της καρδιάς (μηχανική τεχνητή καρδιά) -που πλέον χρησιμοποιείται συχνότατα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, τελικού σταδίου- στοιχίζει σε μεγάλο νοσοκομείο της Αττικής 206.602 ευρώ. Η ίδια συσκευή, της ίδιας κατασκευάστριας εταιρείας, στη Γερμανία στοιχίζει 68.400 ευρώ! Το παράδοξο στην περίπτωση αυτή δεν είναι μόνον ότι η χώρα μας προμηθεύεται κατά 300% ακριβότερα τη συγκεκριμένη συσκευή, αλλά ακόμη και το γεγονός ότι μέχρι τον περασμένο Απρίλιο η μηχανική τεχνητή καρδιά που προμηθευόταν το συγκεκριμένο νοσοκομείο στοιχίζει περίπου 48.000 ευρώ. Βέβαια, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αναρίθμητη συσκευή είναι καλύτερη και πιο



προσφοράς τιμής ανά εργαστηριακή εξέταση και ταυτόχρονη παραχώρηση συνοδού εξοπλισμού. Το εν λόγω νοσοκομείο στα εργαστήρια του χρησιμοποιούσε αναλυτές που είχαν παραχωρηθεί προς επίδειξη και χρήση από προμηθεύτριες εταιρείες, με αποτέλεσμα να προμηθεύεται τα αντιδραστήρια από τις συγκεκριμένες εταιρείες με υψηλότερο κόστος. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε υψηλό κόστος για την προμήθεια αντιδραστηρίων αναλυτών που χρησιμοποιούνταν σε

ΕΚΘΕΣΗ

Ιδιωτικά ιατρεία σε δημόσιο νοσοκομείο

Σοβαρές καταγγελίες περιλαμβάνονται στην έκθεση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας. Μάλιστα, οι ημέρες και τα έργα κάποιων «λειτουργών» του ΕΣΥ αποκαλύφθηκαν μετά από έλεγχο που έκαναν οι επιθεωρητές Υγείας σε δύο μεγάλα νοσοκομεία. Εκεί διαπίστωσαν ότι γιατροί του ΕΣΥ λειτουργούσαν ιδιωτικά

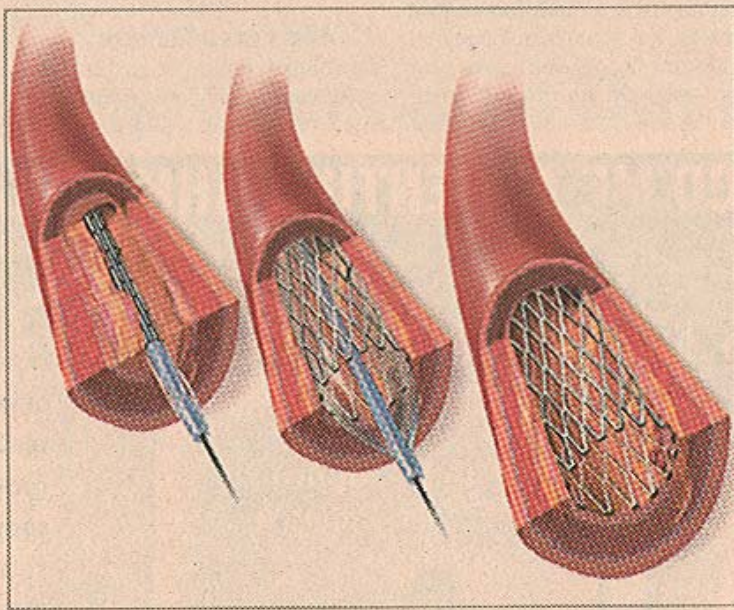
Αγγειοπλαστική... αιμορραγία 80 εκατ. τον χρόνο

Σπατάλη περίπου 80-100 εκατ. ευρώ τον χρόνο παρατηρείται στα καρδιολογικά υλικά που χρησιμοποιούνται στις αγγειοπλαστικές επεμβάσεις. Η διοίκηση του ΙΚΑ προχώρησε πριν από λίγες ημέρες σε μείωση κατά 50-60% της ανώτατης τιμής όλων των υλικών. Όμως, τα υπόλοιπα Ταμεία εξακολουθούν να πληρώνουν τα υλικά δύο έως τρεις φορές ακριβότερα!

Για παράδειγμα, τα πιο δημοφιλή στεντ είναι εκείνα που εκλύουν φαρμακευτικές ουσίες. Στις 22/1/2010, το ΙΚΑ μείωσε την ανώτατη τιμή τους από τα 3.000 στα 1.500 ευρώ. Το σκανδαλώδες είναι ότι ο ΟΓΑ, ο ΟΑΕΕ και το ταμείο υγείας προσωπικού ΔΕΗ δεν έχουν μειώσει τις τιμές και όλοι οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί οργανισμοί πληρώνουν για κάθε στεντ αυτού του είδους 3.800-4.500 ευρώ!

Αξίζει να αναφερθεί ότι είναι η δεύτερη φορά που η διοίκηση του ΙΚΑ μειώνει τις τιμές. Πριν από δύομισι χρόνια (7/5/2007) είχε μειώσει τις τιμές περίπου κατά 30%. Ενδεικτικό του χάους που επικρατεί στα ασφαλιστικά ταμεία είναι ότι, για παράδειγμα, ο ΟΓΑ εναρμονίστηκε με την πρώτη μείωση μόλις τον περασμένο Σεπτέμβριο. Δηλαδή, επί 28 μήνες ο ΟΓΑ αποζημίωνε τα υλικά κατά 30% ακριβότερα σε σύγκριση με το ΙΚΑ!

Και εύλογα αναρωτιέται κανείς ρητορικά: Οι διοικητές των Ταμείων δεν επικοινωνούν μεταξύ τους; Τι έκαναν τόσα χρόνια οι πολιτικές ηγε-



Μέχρι και πενταπλάσιες σε σχέση με το ΙΚΑ είναι οι τιμές που δίνουν τα άλλα Ταμεία για στεντ και μπαλονάκια – Περίπου 180 εκατ. ευρώ ο τζίρος των υλικών αγγειοπλαστικής στην Ελλάδα

οίες των υπουργείων Απασχόλησης και Υγείας; Ο Α. Λοβέρδος και η Μ. Ξενογιαννακοπούλου οφείλουν να δράσουν άμεσα και να δώσουν εντολή να μειωθούν οι τιμές σε όλα τα Ταμεία. Ακόμα, πρέπει να βάλουν το μαχαίρι βαθιά και στα ορθοπεδικά υλικά και στα φίλτρα τεχνητού νεφρού, καθώς και στην κατανάλωση ερυθροποιητίνης, η οποία εκτιμάται ότι ξεπερνά τα 200 εκατ. ευρώ τον χρόνο!

Όσον αφορά την αγγειοπλαστική, συνολικά στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι γίνονται 20.000 επεμβάσεις σε περίπου 50 αιμοδυναμικά εργαστήρια. Σε αυτές εκτιμάται ότι χρη-

Ανώτατη τιμή υλικών αγγειοπλαστικής (σε ευρώ)

Υλικά	ΙΚΑ	ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΔΕΗ	Υπόλοιπα Ταμεία (μέση τιμή)
Απλά μεταλλικά στεντ	500	1.600	2.500
Επενδεδυμένα στεντ	800	1.900	3.000
Στεντ που εκλύουν φαρμακευτικές ουσίες	1.500	3.000	4.500
Απλό μπαλόνι αγγειοπλαστικής	400	900	1.500
Ειδικά μπαλόνια	550	1.050	-

σιμοποιούνται περίπου 30.000 στεντ, εκ των οποίων τα 20.000 εκλύουν φαρμακευτικές ουσίες, 40.000 μπαλόνια, 90.000 καθετήρες στεφανιογραφίας, 90.000 καθετήρες αγγειοπλαστικής, 20.000 θηκάρια και άλλα τόσα φουσκωτήρια.

Πεδίο συναλλαγής

Το ετήσιο κόστος όλων αυτών των υλικών εκτιμάται ότι ξεπερνά τα 180 εκατ. ευρώ. Όσο και αν ακούγεται απίστευτο, λοιπόν, εκτιμάται ότι περίπου τα μισά (80-100 εκατ.) αφορούν τη σπατάλη σε βάρος των ασφαλιστικών ταμείων. Ποιοι καρπώνονται

τα χρήματα αυτά; Οι γιατροί, οι αντιπρόσωποι των ξένων οίκων που τα παράγουν και οι μεγάλες ιδιωτικές κλινικές.

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα ιδιωτικά θεραπευτήρια θησαυρίζουν διπλά. Από τη μία, έχουν δημιουργήσει «προμηθευτρίες εταιρείες», που αγοράζουν τα στεντ από τους αντιπροσώπους με τεράστιες εκπτώσεις και στη συνέχεια τα χρεώνουν στα Ταμεία στις υψηλές τιμές που αναφέραμε. Από την άλλη, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι βάζουν περισσότερα στεντ ανά ασθενή, παρά το γεγονός ότι το πιο βαριά περιστατικό εξυπηρετούται στα κρατικά νοσοκομεία!

Παρέμβαση Αλμούνια για τα χρέη του ΕΣΥ!



10/12/2009

Στα χέρια του επιτρόπου Αλμούνια έφθασαν τα χρέη των νοσοκομείων του ΕΣΥ! Σύμφωνα με αποκλειστικές πληροφορίες του healthview.gr την Τετάρτη πραγματοποιήθηκε συνάντηση στο γραφείο του επιτρόπου με την συμμετοχή αρμοδίων της Eucomed που είχε ζητήσει την συνάντηση και από πλευράς Ελλήνων προμηθευτών, του Προέδρου του ΣΕΠ κ. Π. Στραβόλαιμου.

Μάλιστα, κατά τις ίδιες πληροφορίες, ήταν η τρίτη κατά σειρά συνάντηση στις τελευταίες 15 ημέρες με παράγοντες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το θέμα της συνάντησης ήταν η

ανταλλαγή πληροφοριών και εκτιμήσεων σχετικά με τα χρέη των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων προς τους προμηθευτές τους. Απο την πλευρά του κ. Αλμούνια επισημάνθηκε ότι υπάρχει γενικότερο πρόβλημα με τα στατιστικά στοιχεία των Ελληνικών Κυβερνήσεων μέχρι σήμερα. Αυτό ισχύει και για το ακριβές ύψος των συσσωρευμένων χρεών των Νοσοκομείων.

Ο επίτροπος σημείωσε ωστόσο ότι υπάρχει από μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η εκπεφρασμένη βούληση να ασκήσουν πίεση για την επίλυση του προβλήματος. Προς την κατεύθυνση αυτή, η επιτροπή μελετά το ενδεχόμενο να ελέγξει εάν μπορεί να θεωρηθεί ότι η Ελλάδα παραβιάζει το **Άρθρο 28** της Συνθήκης της Ρώμης που αφορά την τυχόν παρεμπόδιση κυκλοφορίας ή διακριτική μεταχείριση προϊόντων και προμηθευτών. Οι κοινοτικοί ανέφεραν ότι η **Επιτροπή αναμένει την επίσημη ενημέρωση της Ελληνικής Κυβέρνησης για το τι θα γίνει με τα χρέη των Νοσοκομείων εντός του Δεκεμβρίου 2009.**

Διαχρονικοί στόχοι στις υπηρεσίες υγείας

1. **Ασφάλεια** – αποφυγή ιατρικών λαθών
2. **Αποτελεσματικότητα** – παροχή φροντίδας που βασίζεται στην τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση
3. **Ασθενοκεντρική αντίληψη** – ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες, τις αξίες και τις επιθυμίες των ασθενών
4. **Έγκαιρη επέμβαση** – μείωση χρόνου αναμονής και του κόστους αυτού
5. **Αποδοτικότητα** – αποφυγή απωλειών και σπατάλης πόρων
6. **Ισότητα** – ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου

Διαχρονικοί στόχοι στις υπηρεσίες υγείας

1. Ασφάλεια – αποφυγή ιατρικών λαθών
2. Αποτελεσματικότητα – παροχή φροντίδας που βασίζεται στην τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση
3. **Ασθενοκεντρική αντίληψη** – ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες, τις αξίες και τις επιθυμίες των ασθενών
4. **Έγκαιρη επέμβαση** – μείωση χρόνου αναμονής και του κόστους αυτού
5. **Αποδοτικότητα** – αποφυγή απωλειών και σπατάλης πόρων
6. Ισότητα – ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου

Δέκα (νέοι) κανόνες για την επίτευξη των στόχων

ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

1. Η φροντίδα παρέχεται στη βάση επισκέψεων.
2. Η επαγγελματική αυτονομία καλλιεργεί τη διαφοροποίηση στις παρεχόμενες υπηρεσίες.
3. Οι επαγγελματίες ελέγχουν την παρεχόμενη φροντίδα.
4. Η πληροφορία συνιστά ένα «αρχείο».
5. Οι αποφάσεις βασίζονται στην εξειδικευμένη εκπαίδευση και την εμπειρία.

ΝΕΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

1. Η φροντίδα παρέχεται στη βάση μακροχρόνιων θεραπευτικών σχέσεων.
2. Η φροντίδα προσαρμόζεται στις εξειδικευμένες ανάγκες του ασθενούς.
3. Ο ασθενής αποτελεί την πηγή του ελέγχου επί των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Η γνώση μοιράζεται με περισσότερους και η πληροφορία κυκλοφορεί ελεύθερα, στο πλαίσιο προστασίας ευαίσθητων δεδομένων.
5. Οι αποφάσεις λαμβάνονται στη βάση εμπεριστατωμένης ανάλυσης.

Δέκα (νέοι) κανόνες για την επίτευξη των στόχων

ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

6. Η αποφυγή του ιατρικού λάθους είναι ατομική υπόθεση του θεράποντα ιατρού.
7. Η μυστικότητα είναι απαραίτητη.
8. Το σύστημα αντιδρά (αντανακλαστικά) σε ανάγκες του πληθυσμού.
9. Επιδιώκεται ο περιορισμός της δαπάνης.
10. Εκδηλώνεται σαφής προτίμηση για διακριτούς επιστημονικούς / επαγγελματικούς ρόλους σε σχέση με τη συνολικότερη συμμετοχή στο σύστημα υγείας.

ΝΕΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

6. Η **ασφάλεια** συνιστά υποχρέωση του συστήματος υγείας.
7. Η **διαφάνεια** είναι απαραίτητη.
8. Οι **ανάγκες** μπορούν να **προβλεφθούν** αποτελεσματικά.
9. Οι **απώλειες** οφείλουν διαρκώς να **περιορίζονται**.
10. Η **συνεργασία** μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων επαγγελματιών υγείας συνιστά απόλυτη προτεραιότητα του συστήματος.

Figure ES-1. Overall Ranking

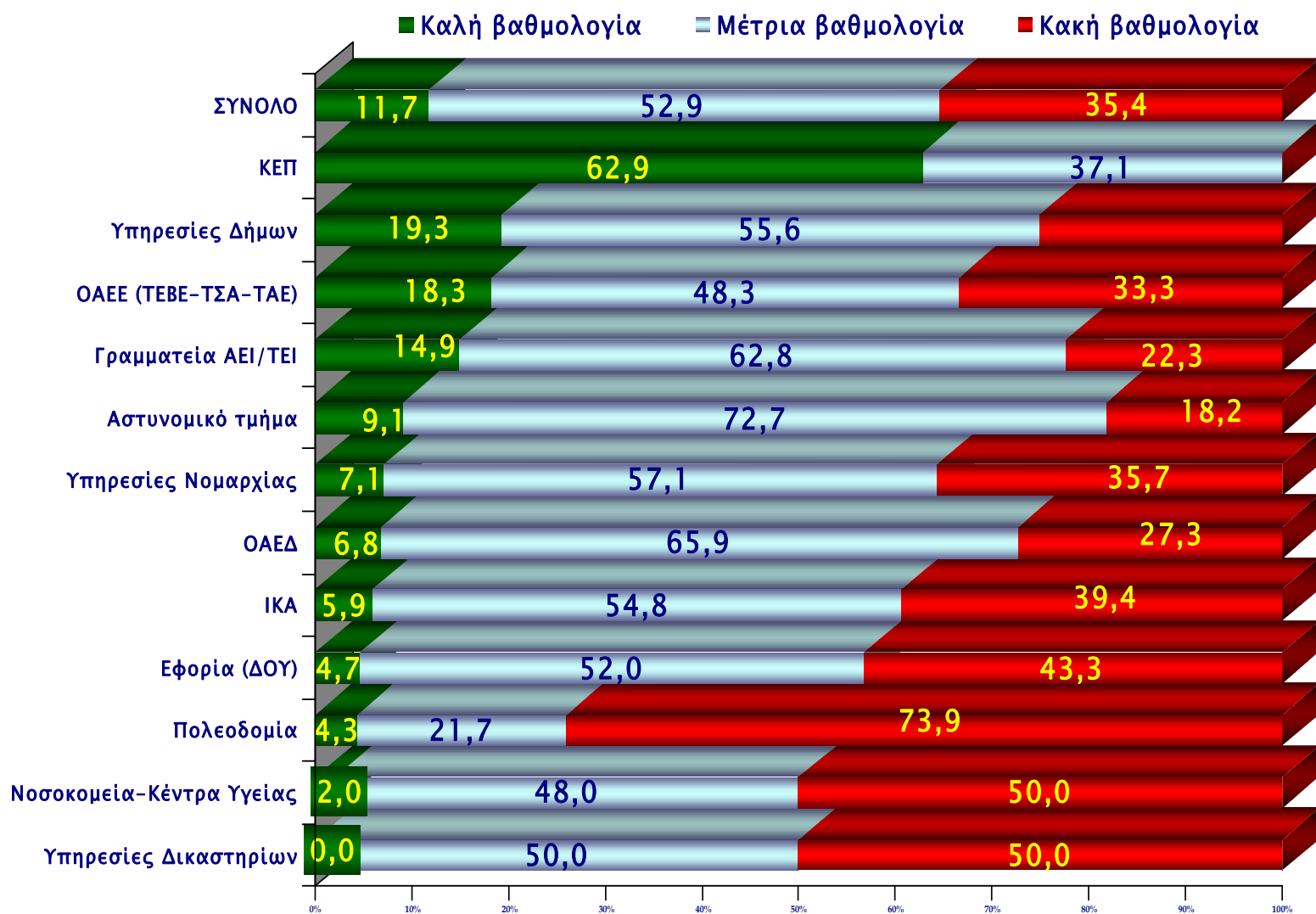
Country Rankings	
	1.00–2.66
	2.67–4.33
	4.34–6.00

	Australia	Canada	Germany	New Zealand	United Kingdom	United States
Overall Ranking (2007)	3.5	5	2	3.5	1	6
Quality Care	4	6	2.5	2.5	1	5
Right Care	5	6	3	4	2	1
Safe Care	4	5	1	3	2	6
Coordinated Care	3	6	4	2	1	5
Patient-Centered Care	3	6	2	1	4	5
Access	3	5	1	2	4	6
Efficiency	4	5	3	2	1	6
Equity	2	5	4	3	1	6
Healthy Lives	1	3	2	4.5	4.5	6
Health Expenditures per Capita, 2004	\$2,876*	\$3,165	\$3,005*	\$2,083	\$2,546	\$6,102

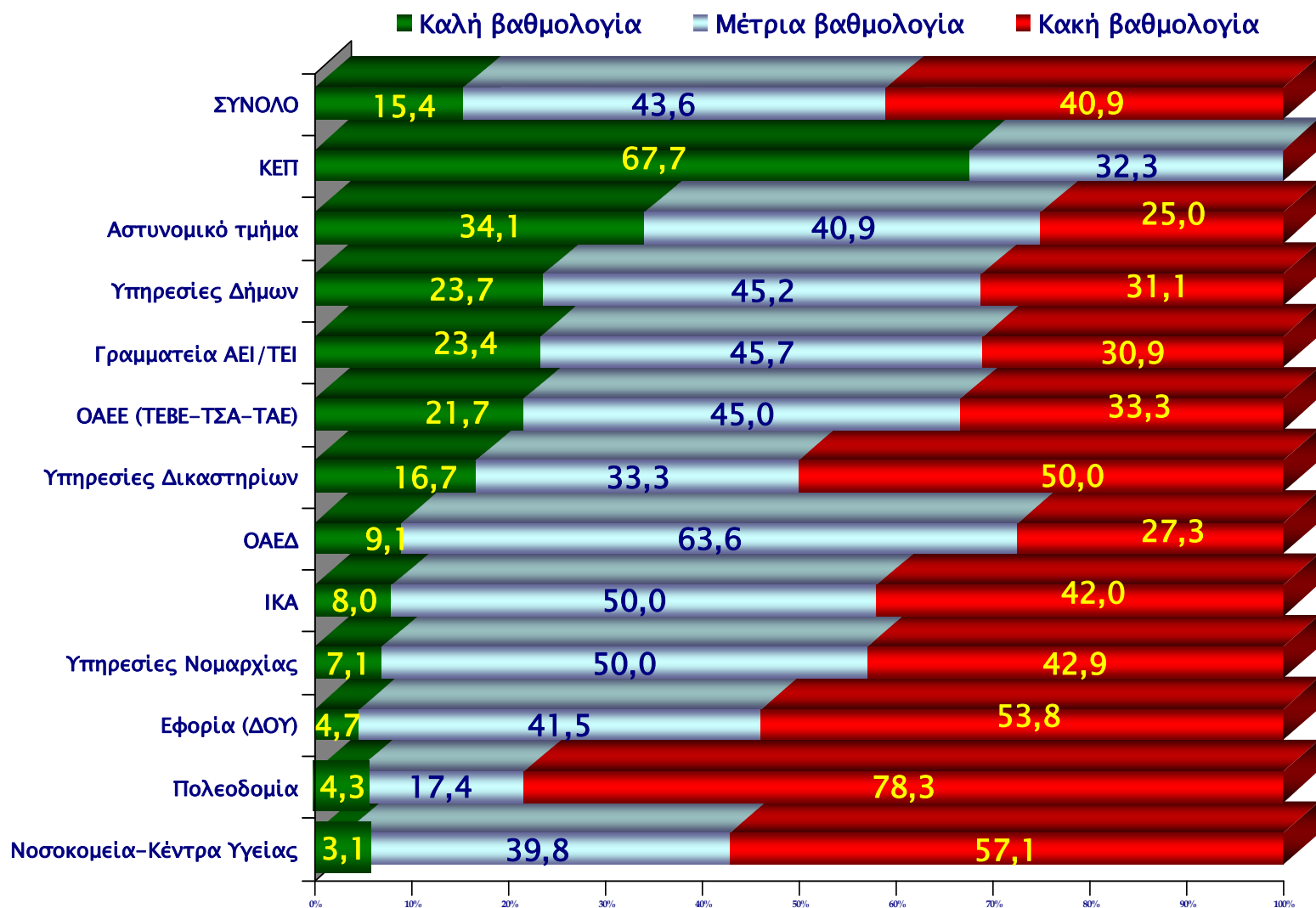
* 2003 data

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on the Commonwealth Fund 2004 International Health Policy Survey, the Commonwealth Fund 2005 International Health Policy Survey of Sicker Adults, the 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, and the Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System National Scorecard.

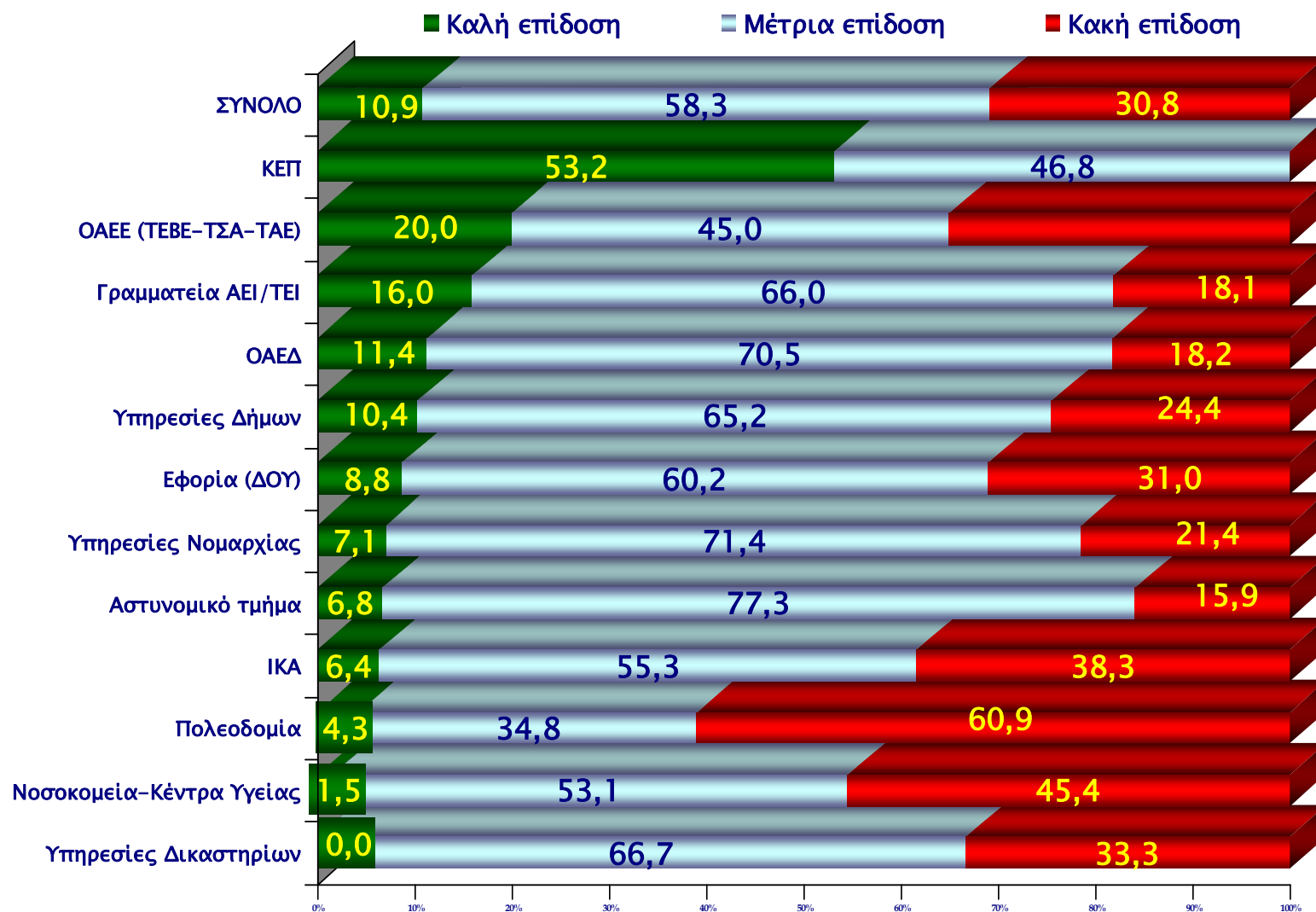
Συνολικός δείκτης ικανοποίησης ανά φορέα δημόσιας διοίκησης



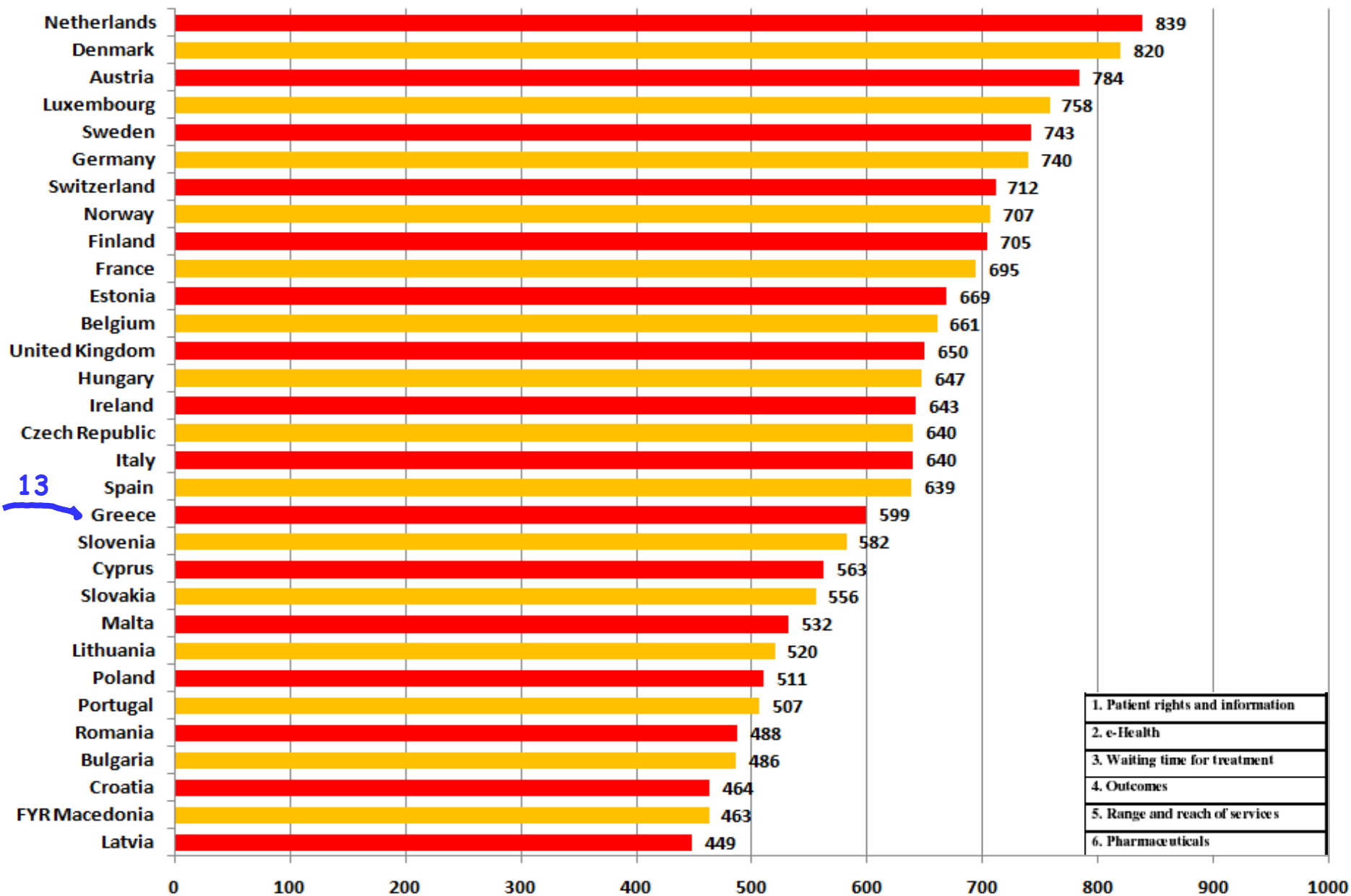
Κατηγορία δείκτη γενικής εικόνας φορέα πριν την επίσκεψη



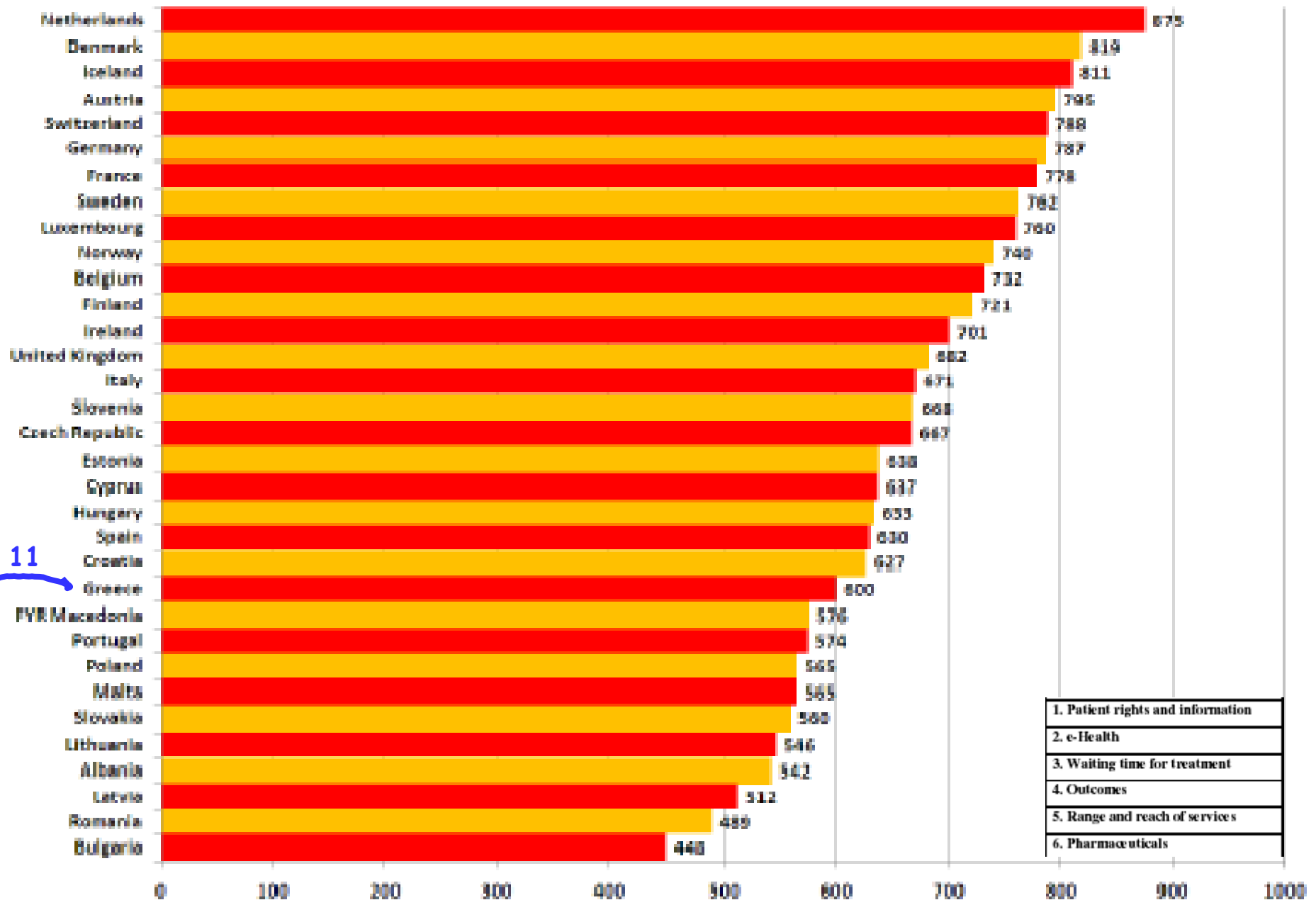
Κατηγορία δείκτη αξιολόγησης φορέα μετά την επίσκεψη



Total scores in Euro Health Consumer Index 2008



Total scores in Euro Health Consumer Index 2009



Country Results		
	Belgium	93%
	Austria	92%
	Sweden	90%
	Finland	88%
	The Netherlands	87%
	Denmark	85%
	Malta	84%
	France	83%
	Spain	82%
	Luxembourg	82%
	Czech Republic	80%
	Germany	79%
	United Kingdom	77%
	Slovenia	76%
	European Union (27)	71%
	Cyprus	69%
	Estonia	67%
	Ireland	64%
	Italy	63%
	Slovakia	62%
	Portugal	58%
	Lithuania	57%
	Latvia	55%
	Greece	48%
	Hungary	43%
	Bulgaria	43%
	Poland	42%
	Romania	42%

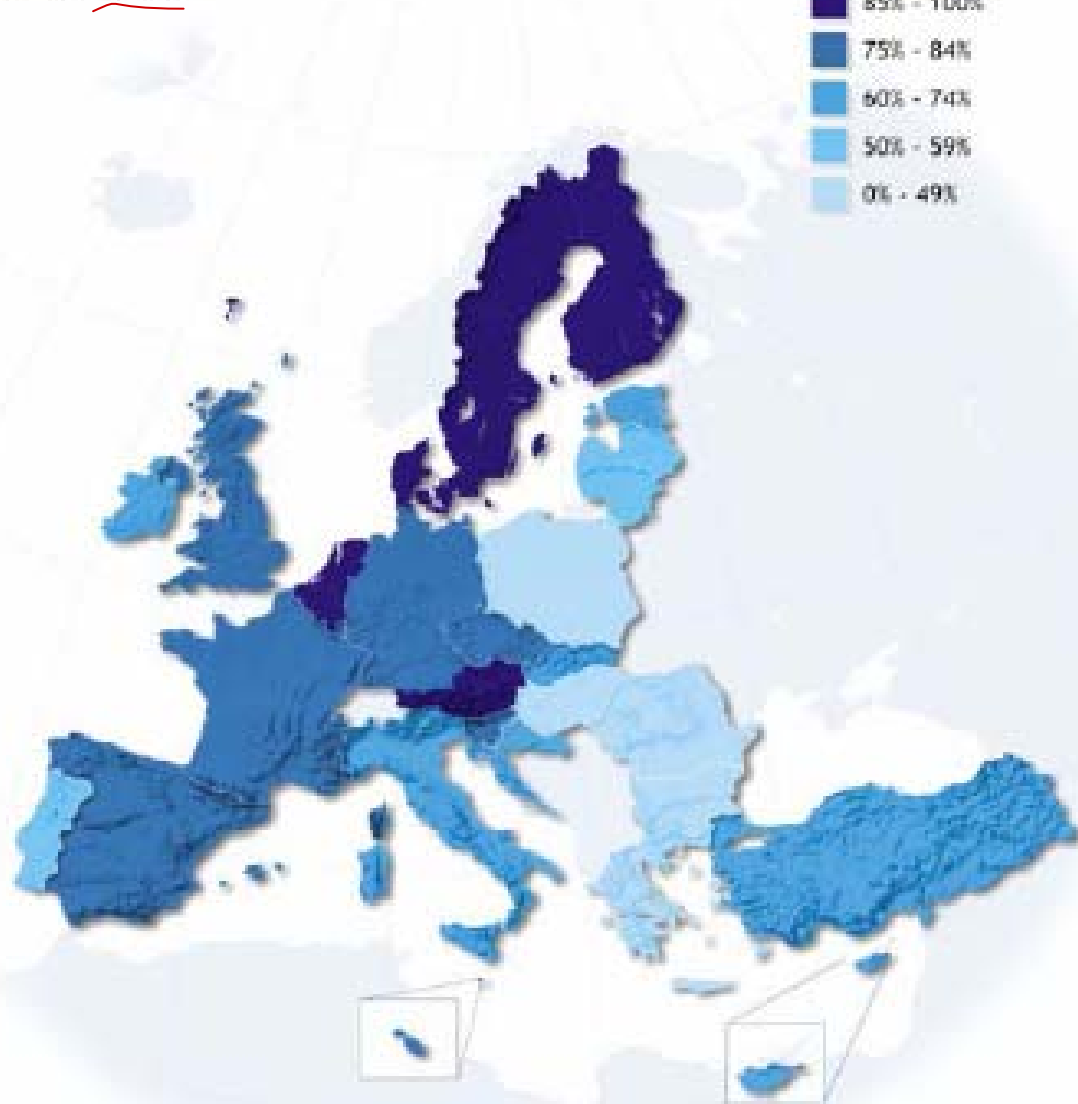
Other Countries		
	Turkey	68%
	Croatia	65%

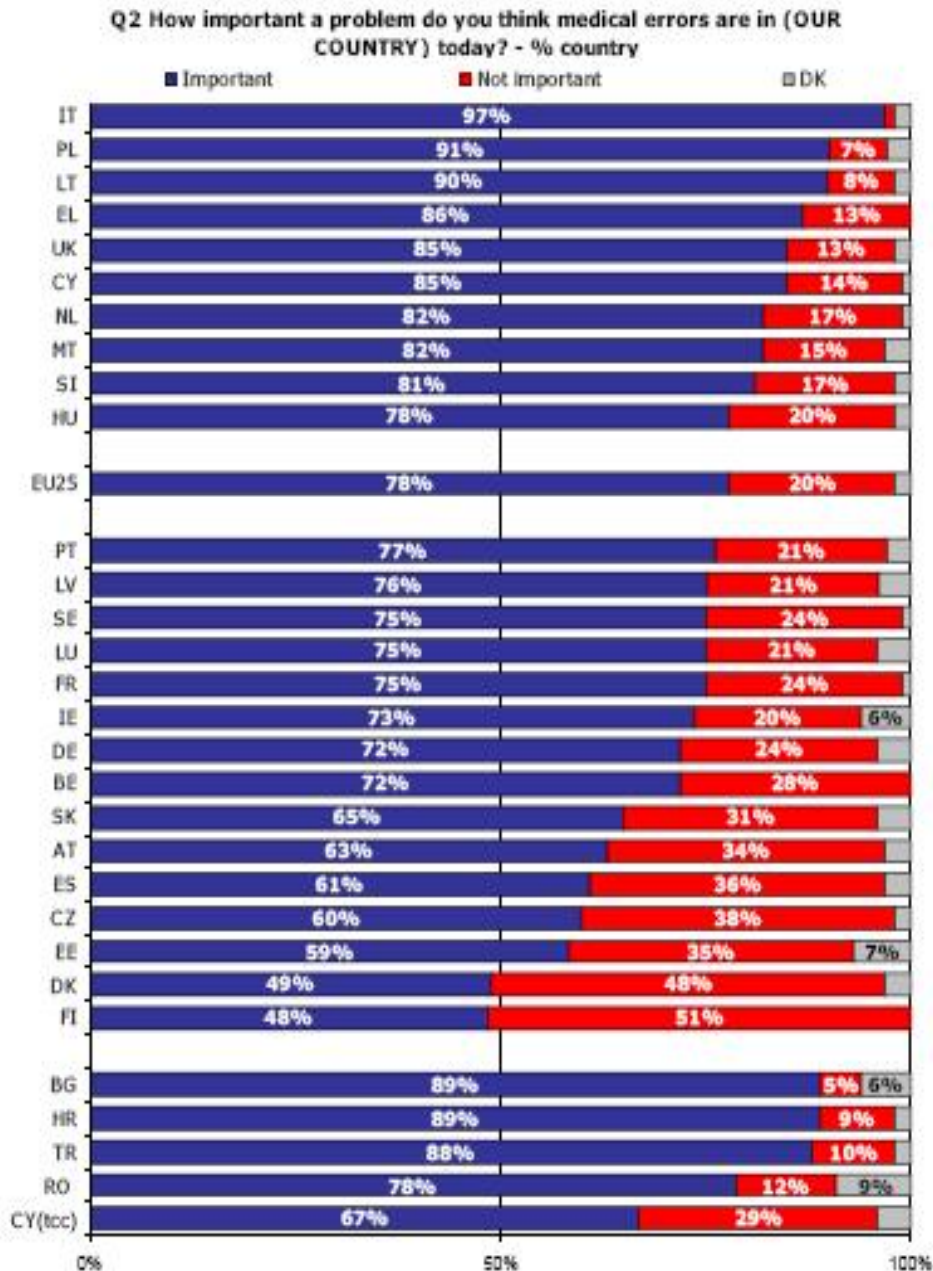
Question: QA3.1. Thinking now about your own experiences of health care services in (OUR COUNTRY) and those of people close to you, please tell me if you think that the quality of each of the following is very good, fairly good, fairly bad or very bad.

Option: Hospitals

Answers: Good

Map Legend





Σχεδόν τέσσερις στους
πέντε πολίτες της ΕΕ (78%)
ταξινομούν τα ιατρικά λάθη
ως σημαντικό πρόβλημα στη
χώρα τους

- Εκείνοι που ζουν στην **Ελλάδα** (75%), τη **Λετονία** (74%) και την **Ιταλία** (69%) αισθάνονται πιά πολύ να ανησυχούν
- Οι πολίτες της **Σουηδίας** (20%), της **Αυστρίας** (24%) και της **Τσεχίας** (30%) εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό ανησυχίας

54 | ΡΕΠΟΡΤΑΖ

ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- **Στοιχεία-σοκ** για πράξεις ή παραλείψεις λειτουργών του Ιπποκράτη, που έχουν συνέπεια ανεπανόρθωτες βλάβες στην υγεία συνανθρώπων μας ενώ επιφέρουν ακόμη και τον θάνατο

Είκοσι Έλληνες πεθαίνουν κάθε μέρα από λάθη γιατρών!

Πέπλος προστασίας, πειθαρχικής και ποινικής, καλύπτει τα ιατρικά σφάλματα, καθώς η συντεχνιακή αλληλοκάλυψη εξασφαλίζει ατιμωρησία για την πλειονότητα των υπαιτίων

Από το 2003 έως σήμερα επιδικάστηκαν αποζημιώσεις ύψους 4,5 εκατ. ευρώ

«Βροχή» οι αγωγές

Ο αριθμός των καταγγελιών για ιατρικά σφάλματα εις βάρος γιατρών, ιδιωτών ή του ΕΣΥ έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σε αντίθεση με την κατάσταση που έχει παγιωθεί σε χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ, όπου επιδικάζονται συχνά μεγάλες αποζημιώσεις σε ασθενείς ή συγγενείς ασθενών που έπασαν θάνατο ιατρικού λάθους, στην Ελλάδα τώρα αρχίζει να παγιώνεται ως πρακτική η δικαστική επίλυση όσων αφορούν στα ιατρικά σφάλματα. «Οι διοικητικοί δικαστές δείχνουν μεγάλη ευαισθησία σε αυτά τα θέματα», τονίζει ο κ. Κωνσταντίνος Πετρόπουλος, γε-

τοδικολό Αθηνών κατατέθηκαν μόλις 25 αγωγές, το 2001 κατατέθηκαν 59, το επόμενο έτος 40, το 2004 οι αγωγές έφτασαν τις 50, ενώ τα τελευταία τρία χρόνια έχουν κατατεθεί περί τις 130 αγωγές.

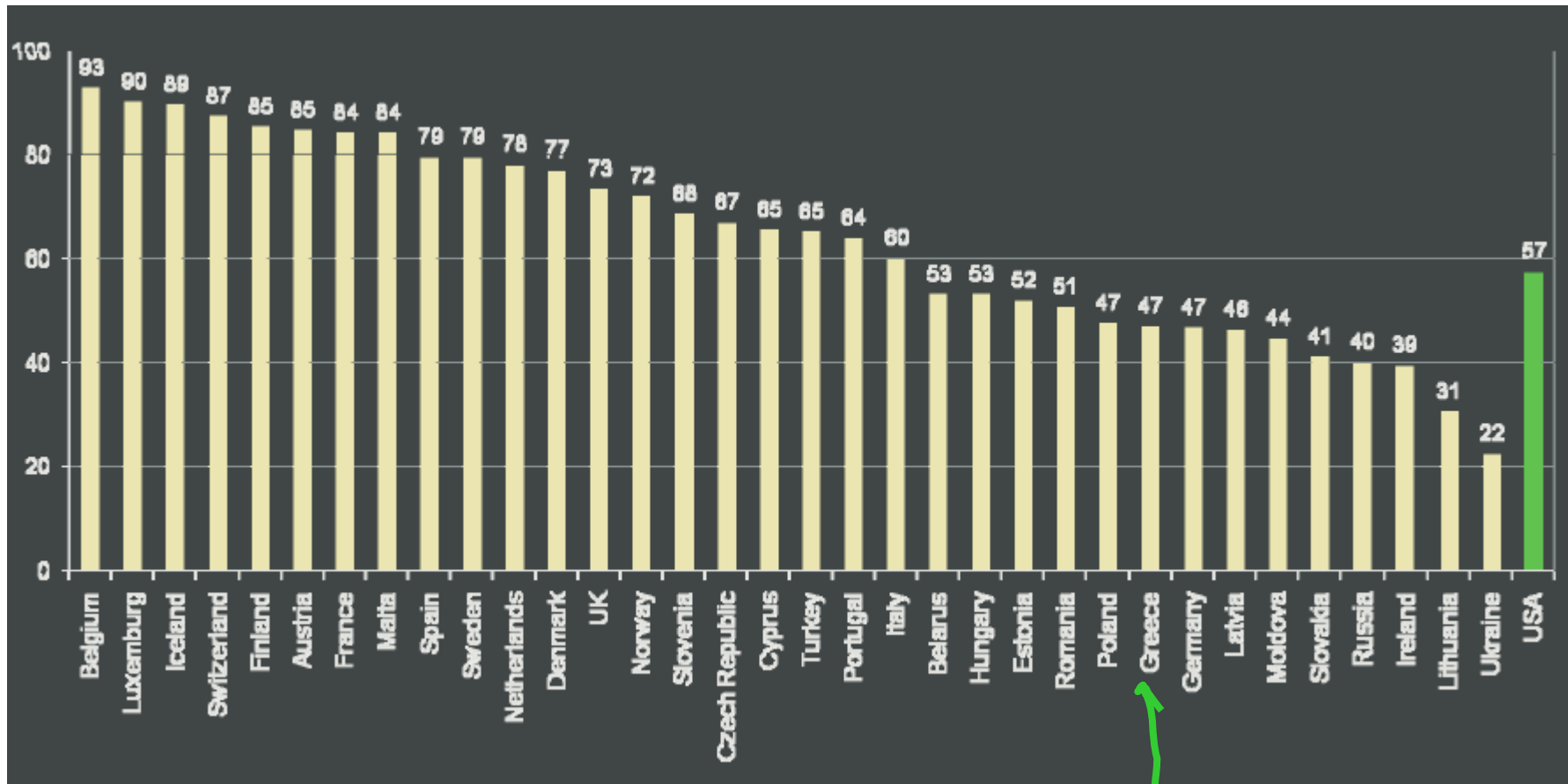
Από αυτές περίπου οι μισές έχουν γίνει δεκτές από το δικαστήριο, ενώ για σημαντικό ποσοστό έχουν βγει προδικαστικές αποφάσεις για τον διορισμό πραγματογνώμονα. Συνολικά, επιδικάστηκαν αποζημιώσεις από το 2003 έως σήμερα ύψους 4,5 εκατ. ευρώ.

Τα ζητήματα που καλούνται να εξετάσουν οι δικαστές είναι λευτά και εξειδικευμένα, με αποτέλεσμα ο διορι-

νείς 30χρονοί, ο οποίος ήταν φορέας του AIDS και έχασε τη μάχη για τη ζωή σε δριμύσιο νοσοκομείο. Ο ασθενής εισήχθη με συμπτώματα βρογχοπνευμονίας και οι γιατροί, χωρίς να προχωρήσουν στις απαραίτητες εξετάσεις, τον αντιμετώπισαν ως ένα περυσιατικό ρουτίνας και δεν έλαβαν υπόψη τους το ιδιαίτερο ιατρικό ιστορικό του.

Σε αυτή την υπόθεση οι δικαστές χρειάστηκε να μπουν στον ρόλο του γιατρού, προκειμένου να κατανοήσουν τα συμπτώματα του ασθενούς και να αποφασίσουν τελικά αν οι γιατροί άσκησαν πλημμελώς τα καθήκοντά τους.

Εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας



Clinical and cost effectiveness of cardiac rehabilitation presented to the group developing the NICE guideline: Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction

Angela Cooper PhD

Summary of evidence

- ✓ Comprehensive cardiac rehabilitation has a significant positive effect on survival in post MI patients and is cost effective
- ✓ Methods to improve uptake are cost effective
- ✓ Further studies in patients requiring special consideration and also in adherence to cardiac rehabilitation programmes are warranted

Σύμφωνα με την
Εισηγητική Έκθεση
στο NICE, η
Ολοκληρωμένη
Ψυχοκοινωνική
Φροντίδα και
Αποκατάσταση για
τους καρδιοπαθείς
έχει σημαντικό θετικό
αντίκτυπο στην
επιβίωση

Cost effectiveness of comprehensive cardiac rehabilitation

- ✓ Cardiac rehabilitation in patients after MI compared no cardiac rehabilitation is cost effective
 - ✓ Based on economic model requested by GDG (Leo Nherera, using clinical effectiveness from 3 recent systematic reviews)
- ✓ The estimated incremental cost effectiveness ratio was about £8000 per quality adjusted life year
- ✓ This ratio is generally regarded as value for money for the NHS

Και είναι οικονομικά
συμφέρουσα με ένα
ICER
£8000 ανά QALY,
σημαντικά
χαμηλότερο από το
όριο των £30000
που ορίζει το NICE!

Η Ολοκληρωμένη
Ψυχοκοινωνική
Φροντίδα και
Αποκατάσταση για
τους καρδιοπαθείς
έχει βρεθεί οικονομικά
συμφέρουσα μέσω της
μείωσης θανάτων, της
βελτίωσης της
ποιότητας ζωής και
της μείωσης της
κατάθλιψης

“ If there were a pill that cost very little, reduced cardiac deaths by 27 per cent, improved quality of life, and reduced anxiety and depression, every cardiac patient in Europe would be expected to take it. There is no such pill, but taking part in a cardiac rehabilitation programme can provide all these benefits. In the UK, only a small number of those in need are offered the chance to take part. ”

Professor Bob Lewin, European Society of Cardiology, Amsterdam 2005

How does the cost compare to other cardiac treatments?

A single day in a coronary care unit costs £1,400. An angioplasty (yielding no decrease in mortality) costs £3,000. Bypass surgery costs £8,000.

Costs per quality adjusted life year:

- £22,000 for coronary artery bypass surgery
- £47,000 for percutaneous coronary intervention (angioplasty)¹²
- £15,700 approximately for cardiac rehabilitation (averaged up at 5 per cent from 1997 costs).⁹

The Online Study of Cardiac Rehabilitation The OSCAR Trial Preliminary Findings

Devi, R^a., Powell, J^b., Barlow, J^c., & Singh, S^a.

^a Applied Research Group in Rehabilitation and Physiotherapy Interventions, Coventry University.

^b Warwick Medical School, University of Warwick

^c Self Management Programme, Coventry University.

Benefits of Cardiac Rehabilitation

Cochrane review identifies benefits of rehabilitation -

- Total cardiac mortality reduced by 26% (Jolliffe et al, 2000).
- Reduced cholesterol (Jolliffe et al, 2000).
- Reduced systolic blood pressure (Taylor et al, 2001).
- Increased smoking cessation (Taylor et al, 2001).
- Increased quality of life (Taylor et al, 2001).
- Cost effective (Ades et al 2001).

Βιβλιογραφικά
επιβεβαιωμένο όφελος
της Ολοκληρωμένης
Ψυχοκοινωνικής
Φροντίδας και
Αποκατάστασης,
εκτός από την μείωση
της σχετιζόμενης
θνησιμότητας και τα
υπόλοιπα ιατρικά
οφέλη, είναι και η
οικονομική
αποτελεσματικότητα!

Is CR Cost Effective?

Author	Setting	Currency year	Cost Effectiveness
Lowensteyn (2000)	Canada	1996	<\$15,000 per LYG
Ades (1997)	US	1995	\$4,950 per year of life
Oldridge (1993)	Canada	1991	\$9,200 per QALY \$21,800 per LYG

Η οποία επιβεβαιώνεται από σειρά ερευνητικών εργασιών σε διαφορετικά περιβάλλοντα....

COST-EFFECTIVENESS OF CARDIAC REHABILITATION IN PATIENTS AT VARYING CARDIAC RISK OR DIFFERENT REASONS FOR REFERRAL

R Reid, S Papadakis, D Coyle, W Dafoe, N Oldridge, L Beaton, L Morrin, A Mayhew, D Angus

Ottawa, Ontario

Economic evaluations are an important tool when allocating limited health care resources. Little is known about the relative cost-effectiveness (CE) of different cardiac rehabilitation (CR) program designs, and how CE may be influenced by patient characteristics such as cardiovascular risk or the reason for program referral.

PURPOSE: To compare the 2-year incremental cost-utility of a standard 3-month (33-session) versus a 12-month (33-session) program of CR in patients at different cardiac risk levels or different reasons for referral.

METHODS: 392 patients (mean age 57.9, SD10.9) with coronary artery disease were randomized to either a standard or distributed program of CR and assessed via questionnaire and structured interview at baseline and 3, 6, 12, 15, and 24-months later. Outcome measures included, program delivery costs, cardiac health care use, morbidity, mortality, and quality adjusted life years (QALY) measured by the time-trade off score and adjusted for baseline differences. Incremental cost utility ratios were calculated between intervention groups at 2-years. Stratified analysis, were used to compare the cost-utility of intervention models across cardiac risk strata (moderate, high, very high), and reason for referral to rehabilitation (PTCA, MI, CABG, angina).

RESULTS: The standard 3-month program was a more cost-effective intervention for moderate risk (\$26,262/QALY) and CABG patients (\$22,069/QALY). The 12-month program was more cost-effective for higher risk patients (\$830/QALY). **CONCLUSIONS:** Important differences were noted in the CE of CR interventions depending on cardiac risk level and reason for referral, suggesting patients may benefit from triage to available CR intervention models. The development and evaluation of alternative CR models has the potential to assist in more effectively spending cardiac rehabilitation dollars and improving CE.

DNC

Heart and Stroke Foundation of Canada

Οικονομική Αξιολόγηση διαφορετικών Προγραμμάτων Ολοκληρωμένης Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας και Αποκατάστασης για τους καρδιοπαθείς στο Οντάριο κατέδειξε ότι μπορεί να ενδείκνυται και η επιλογή ενός μείγματος προγραμμάτων ανάλογα με τον πληθυσμό για τη βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων

CHEST[®]

Official publication of the American College of Chest Physicians

Results of cardiac rehabilitation programs in improving the functional state of patients.

G F Fletcher

Chest 1982;82:801

DOI 10.1378/chest.82.6.801

The online version of this article, along with updated information and services can be found online on the World Wide Web at:

<http://chestjournal.chestpubs.org/content/82/6/801.citation>

Published 19 January 2010, doi:10.1136/bmj.b5631

Cite this as: BMJ 2010;340:b5631

Research

Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis

Hasnain M Dalal, *honorary clinical lecturer, general practitioner*^{1,2}, Anna Zawada, *senior analyst*³, Kate Jolly, *senior lecturer in public health and epidemiology*⁴, Tiffany Moxham, *information specialist*⁵, Rod S Taylor, *associate professor in health services research*⁵

¹ Peninsula Medical School (Primary Care), Truro, Cornwall TR1 3HD, ² Three Spires Medical Practice, Truro, Cornwall TR1 2LZ, ³ Agency for Health Technology Assessment, Warsaw, Poland, ⁴ University of Birmingham, Birmingham B15 2TT, ⁵ Peninsula Medical School (Primary Care), Exeter EX2 5DW

Επισκόπηση συγκρίσεων μοντέλων Επανένταξης στο σπίτι και σε ειδικά κέντρα....

Table 8 Summary of costs in home and centre based settings. Figures are means (SD or 95% confidence interval)

Variable	Carlson et al, ³² 2000	Marchionni et al, ²⁴ 2003	Dalal et al, ²¹ 2007; Taylor et al, ³¹ 2007	Jolly et al, ²² 2007
Follow-up (months)	6	14	9	24
Year of costs	NR	2000	2002-3	2003

Mean cost of cardiac rehabilitation programme (per patient):

Home	\$1519	\$1650	£170 (8)	£198 (189 to 209)
Hospital	\$2349	\$8841	£200 (3)	£157 (139 to 175)
Mean (95% CI) difference	—	—	£30 (−45 to −12)	—
P value	—	—	0.001	0.05

Costs considered	Staff, ECG, monitoring	NR	Staff, exercise equipment, staff travel	Staff, telephone consultations, staff travel
------------------	---------------------------	----	---	--

... Καταδεικνύουν κατ' αρχάς οικονομικά πλεονεκτήματα των προγραμμάτων αποκατάστασης στο σπίτι...



Journal List > Heart > v.84(4); Oct 2000

Heart. 2000 October; 84(4): 390–394.
doi: 10.1136/heart.84.4.390.

PMCID: PMC1729427

[Copyright notice](#)

A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL

H Smith, R Taylor, and A Mitchell

Department of Psychology, University of Exeter, Exeter, Devon, UK.

► This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

Abstract

BACKGROUND—With the increasing use of quality of life measures in evaluations of cardiac interventions, criteria are needed for selecting appropriate quality of life measures. An important criterion is the sensitivity of a measure for detecting clinically important changes.

Στις αξιολογήσεις
της
Ολοκληρωμένης
Ψυχοκοινωνικής
Φροντίδας και
Αποκατάστασης,
γίνεται
προσπάθεια να
χρησιμοποιηθεί το
πλέον κατάλληλο
εργαλείο μέτρησης
ποιότητας ζωής

Table 3 Frequency (percentages) of cues nominated by participants as most important to their overall quality of life

<i>Elicited cues</i>	<i>Frequency</i>
Family	13 (81%)
Health	10 (62%)
Leisure/hobbies	8 (50%)
Marriage	8 (50%)
Work	6 (38%)
Exercise	4 (25%)
Home life/environment	4 (25%)
Social life	4 (25%)
Independence	4 (25%)
Food	3 (19%)
Finances	3 (19%)
Miscellaneous*	3 (19%)
Holidays/travel	2 (13%)
Pets	2 (13%)
Work related activity since retirement	2 (13%)

*Cues nominated by only one participant were labelled as miscellaneous and included dining out, church, and retirement.

Όπου από τους πιο σημαντικούς παράγοντες φαίνονται να αξιολογούνται η ομαλότητα της οικογενειακής ζωής και η συνολική κατάσταση υγείας!

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χιωτέλης Ιωάννης, Πρασιανάκη Μαριάννα , Γιαννακόπουλος Αντρέας, Πλαγίσιου Λαμπρινή , Κρασάκη Προκοπία, Σταματοπούλου Ευαγγελία,Καλαφάτη Μαρία

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από εμφάνιση ενός STEMI ή NSTEMI καρδιακό συμβάν και η συσχέτιση της με δημογραφικούς ή άλλους παράγοντες.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτελέσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική μονάδα με STEMI ή NSTEMI και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής.

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι προοπτικός, επανειλημμένων μετρήσεων (ακριβώς μετά, 4 και 12 μήνες μετά το επεισόδιο). Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την μέθοδο της συνέντευξης. Οι ασθενείς συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο McNew το οποίο είναι ειδικό προς τους καρδιολογικούς ασθενείς , θετικά αξιολογημένο ως προς την εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευκολία συμπλήρωσης. Περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις για αξιολόγηση της συναισθηματικής, κοινωνικής και φυσικής ευεξίας με βαθμολόγηση κλίμακας τύπου Likert 7 σημείων.

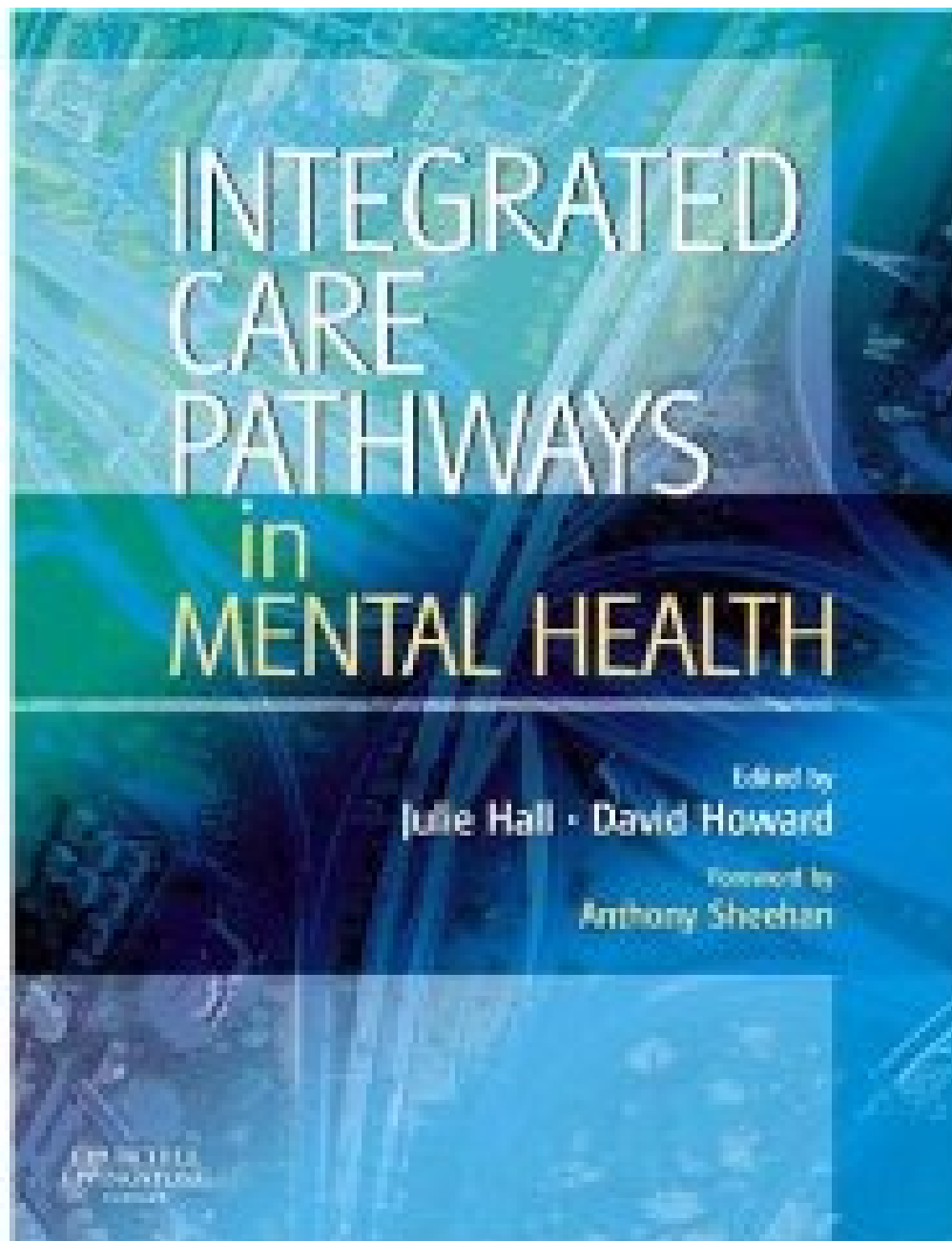
Συμπέρασμα: Οι ασθενείς που μελετήθηκαν είχαν ηλικία από 41-80 ετών. Οι περισσότεροι (N=34) ήταν άντρες. Από παράγοντες κινδύνου το μεγαλύτερο ποσοστό είχε υπέρταση (N=25) Υπερλιπιδαιμία(N=22) ήταν καπνιστές (N=29) και ήταν αγχώδης δηλαδή με προσωπικότητα τύπου A (N=26). Αυτοί που είχαν θετικό κληρονομικό ιστορικό ήταν λιγότεροι ικανοποιημένοι από την προσωπική τους ζωή και περισσότεροι ευάλωτοι στο συναίσθημα του φόβου και αγωνίας. Η σωματική άσκηση βρέθηκε να έχει θετική επίδραση και στην συναισθηματική και στη φυσική κατάσταση. Οι εργαζόμενοι υπάλληλοι (ετεροαπασχολούμενοι και αυτοαπασχολούμενοι) ένιωθαν να είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση στον εαυτό τους καθώς και περισσότερη σιγουριά για σωματική άσκηση από τους συνταξιούχους και τους άνεργους. Τέλος οι νεότεροι σε ηλικία και εκείνοι χωρίς σακχαρώδη διαβήτη είχαν λιγότερο περιορισμό στην σεξουαλική δραστηριότητα.

Δεν μπορεί να υποτιμηθεί η ανάγκη Ολοκληρωμένης, Διεπιστημονικής,
Προσέγγισης στα Προγράμματα Αποκατάστασης των καρδιοπαθών

Peter S. Millard, MD, PhD
Director of Research
Fam Pract Residency Program
Eastern Main Medical Center



"This referral filter bias operates strongly in research ... Specialists are always looking for zebras when they hear hoofbeats, whereas primary care people look for horses"



Ιδιαίτερα σημαντική
για τις ψυχολογικές
και ψυχιατρικές
διαστάσεις της
επανένταξης!

Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective

K. Souliotis^{1,3} and C. Lionis²

Over the past few years Greece has undergone several endeavors, aimed at modernizing and improving the national health care services. A Health Care Reform Act seeking quality improvement and coordination of outpatient and hospital services at the Regional level, through the enhancement of primary care, has been recently approved. This paper reports a proposal for integrated health system in the primary care system in Greece with a major focus on equity, quality, and outcomes. The equity and quality framework of this proposal will possess the main components focusing on the provision of essential services, clinical, and organizational standards.

KEY WORDS: health policy; primary health care; integrated health care; personal doctor; Greece.

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής Μεθοδολογία μέτρησης

Η ποιότητα ζωής είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενό της απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Οι πολλαπλές ερωτήσεις εκτιμήσεις μιας συγκεκριμένης διάστασης της ποιότητας ζωής είναι αναγκαίες, εάν επιδιώκεται η διερεύνησή της και η κατανόηση της σχέσης της με την αρρώστια, τη θεραπεία ή τις άλλες περιστάσεις της ζωής του αρρώστου. Μόνο με τη χρησιμοποίηση τέτοιων πολλαπλών μετρήσεων –οι οποίες προκύπτουν είτε από τα υπάρχοντα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, είτε από τη δημιουργία ενός νέου οργάνου μέτρησης, ειδικού για ένα συγκεκριμένο ερευνητικό πρόγραμμα– είναι δυνατή η εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της αποτίμησης μιας διάστασης. Αυτή η εκτίμηση μπορεί να οδηγήσει, με τη σειρά της, σε μια βελτιωμένη θεωρητική αντίληψη της ανωτέρω διάστασης. Αυτός ο τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ εκτίμησης και θεωρητικής αντίληψης μιας διάστασης προσδιορίζει την πρόοδο στον τομέα της έρευνας της ποιότητας ζωής.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2001, 18(3):218-229
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2001, 18(3):218-229

Γ. Υφαντόπουλος,¹
Μ. Σαρρής²

¹Πανεπιστήμιο Αθηνών
²Γραφείο Διασφάλισης και Ελέγχου
Ποιότητας, ΠΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Health related quality of life.
Measurement methodology

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αρρώστια
Μεθοδολογία
Μέτρηση
Ποιότητα ζωής
Υγεία

Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση

Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον ερευνητών στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας, θεωρώντας ως επίκεντρο παραμέτρους όπως η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή. Η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει ακόμα καθοριστεί μ' ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ακόμη πολλές εννοιολογικές ασάφειες. Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική, όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό ανάμεσά τους. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Η ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά της σχιζοφρένειας, κυρίως λόγω της αναπηρίας και ανικανότητας που αυτή επιφέρει στο άτομο, αλλά και λόγω της αναγκαιότητας για ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πλαισίου παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών. Αναφορικά με τις λοιπές ψυχικές διαταραχές, για μεν την περίπτωση της κατάθλιψης φαίνεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής είναι έννοιες ταυτόσημες, ενώ για τις αγχώδεις διαταραχές αυτές σχεδόν καθολικά υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής, σε μερικές όμως έρευνες παρουσιάζονται διαφορετικά σχήματα ποιότητας ζωής ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία, ενώ σε άλλες δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση. Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν εργαλεία που είναι εξειδικευμένα και απευθύνονται σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, εξετάζοντας την ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την υγεία και τις πολλαπλές επιπτώσεις της νόσου ή της θεραπείας. Πολλά, πάντως, είναι τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν και απαιτούν ενδελεχή διερεύνηση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις ψυχικές διαταραχές.

Μ. Οικονόμου,
Μ. Κοκκώση,
Ε. Τριανταφύλλου,
Γ. Χριστοδούλου

Ψυχιατρική Κλινική,
Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αιγινίτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Quality of life and mental health.
Conceptional approaches and clinical
and assessment issues

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αξιολόγηση
Ποιότητα ζωής
Ψυχική υγεία

East riding project - the impetus

Health authorities should purchase cardiac rehabilitation for all those who may benefit and provide good quality discharge care

Audit Commission. *Dear to our hearts? Commissioning services for the treatment and prevention of coronary heart disease.* London: HMSO. 1995.

Στο Ην. Βασίλειο, η ισότιμη πρόσβαση όλων σε προγράμματα Ολοκληρωμένης Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας και Αποκατάστασης για καρδιοπαθείς βρίσκεται στο επίκεντρο των προγραμμάτων των Περιφερειών Υγείας για τη δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων

East riding project - the brief

provide equitable and universal CR for all MI patients in the health authority area

be evidence based and guideline compliant*

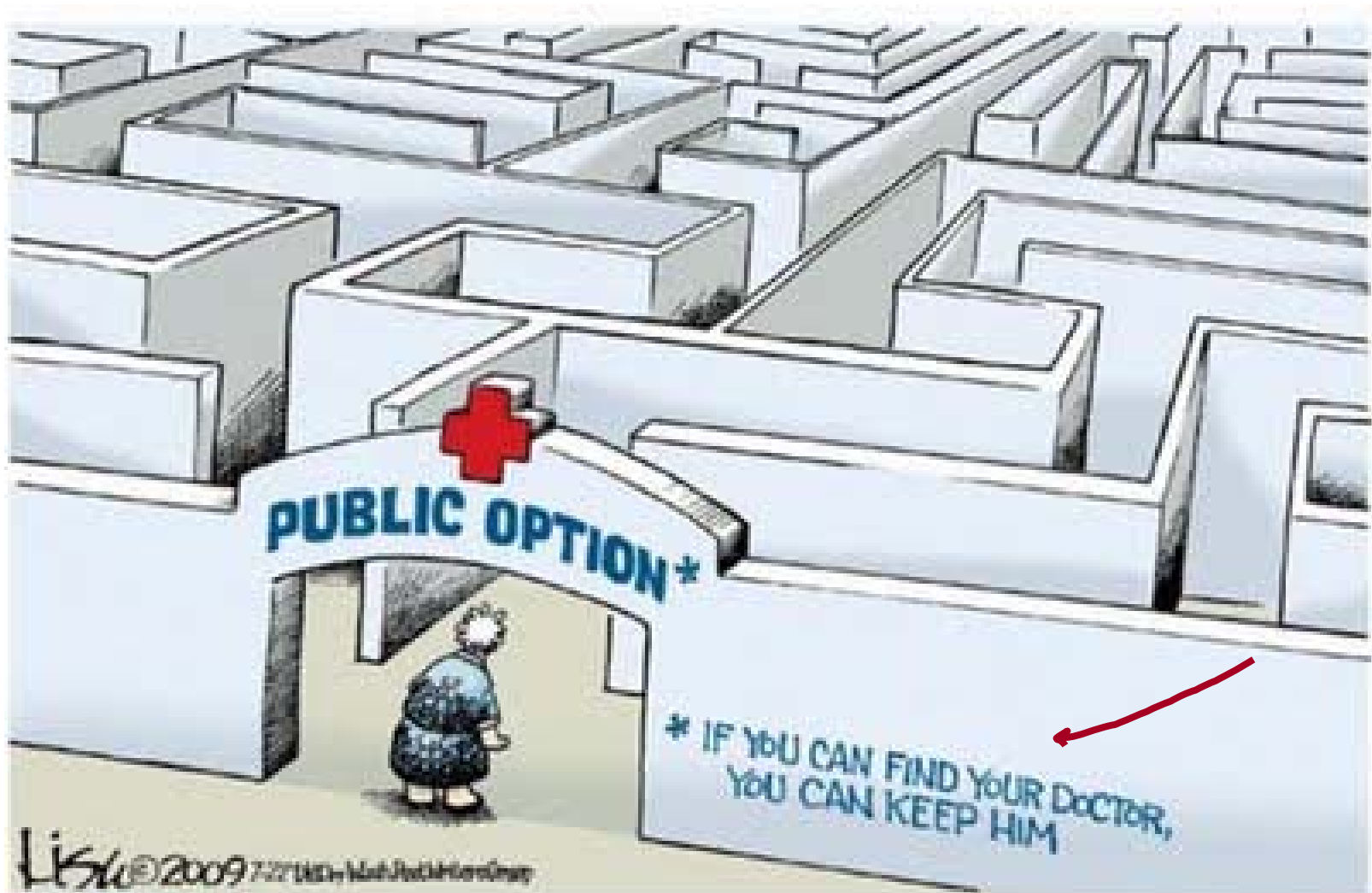
be acceptable to clinicians and patients

build on existing local provision

implicit - cost neutral!



*Thompson DR, Bowman GS, De Bono DP, et al. *Cardiac Rehabilitation: Guidelines and Audit Standards*. London: Royal College of Physicians, 1997.



Lisa © 2009 7:27 PM by Lisa J. Hirsch

 UCLICK.

Get a Laugh © GoComics.com



***“The drug itself has no side effects -
but the number of health economists needed to
prove its value may cause dizziness and nausea”***

Ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας