

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ-ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
MBA-TQM

**Διασυνοριακή Φροντίδα
Υγείας στην Ε.Ε.
Κριτήρια και Μεθοδολογία
Επιλογής Νοσοκομειακής Μονάδας**

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επιβλέπων καθηγητής:
Μποχώρης Γεώργιος
Πειραιάς 2016

Περίληψη

Η παρούσα εργασία μελετά την παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εστιάζει στην διαδικασία που ακολουθείται για την επιλογή νοσοκομειακής μονάδας νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος, και αναλύει τα στάδια όπου λαμβάνονται αποφάσεις από τον ασθενή, καθώς και τα κριτήρια που επηρεάζουν την απόφαση αυτή. Η εργασία περιορίζεται στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης η διαδικασία νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος που αναλύεται αφορά μετακίνηση ασθενών μέσω της οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου ή τον Κανονισμό 883/04.

Ένας από τους στόχους της εργασίας είναι να παρουσιάσει την υφιστάμενη κατάσταση στο κομμάτι της διασυνοριακής φροντίδας υγείας. Περιγράφονται τάσεις μετακίνησης, τα κίνητρα μετακίνησης, η εξέλιξη του νομικού πλαισίου και των δικαιωμάτων των ασθενών, τεχνολογικές και μεθοδολογικές εξελίξεις σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία.

Στη συνέχεια η εργασία εστιάζει στις διαδικασίες που ακολουθούν όσοι επιθυμούν να νοσηλευτούν σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, εκτός της χώρας καταγωγής τους. Αποτυπώνονται τα βασικά βήματα που απαιτείται να ακολουθήσει ένας τέτοιος ασθενής και θα αναλύεται η βαρύτητα των βασικών κριτηρίων που είναι καθοριστικά για την απόφασή του σε κάθε βήμα. Σε κάθε επίπεδο που λαμβάνεται απόφαση, γίνεται μια αξιολόγηση των καθοριστικών κριτηρίων και περιορισμών, και ανάλυση της σημαντικότητάς αυτών. Για την μελέτη των κριτηρίων εφαρμόζεται η μεθοδολογία Analytic Hierarchy Process (AHP) που αποτελεί μια δομημένη προσέγγιση ανάλυσης σύνθετων αποφάσεων και συνδυάζει την επιστήμη των μαθηματικών και της ψυχολογίας.

Η βασική συνεισφορά της εργασίας είναι ότι η προτεινόμενη μεθοδολογία διαχωρίζει το πρόβλημα σε βήματα όπου οι ρόλοι είναι σαφώς προσδιορισμένοι και σε συνδυασμό με την μέθοδο AHP, δημιουργούν ένα εργαλείο που επιτρέπει στους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Με αυτό τον τρόπο, ενώ η επιλογή νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις, ο χρήστης του μοντέλου εξασφαλίζει συγκεκριμένη πληροφορία την οποία βαθμολογεί και στην συνέχεια η βαθμολογία της κάθε εναλλακτικής σταθμίζεται σύμφωνα με συντελεστές βαρύτητας που έχουν διαμορφωθεί από τις προτιμήσεις του χρήστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

Ο αριθμός των ανθρώπων που ταξιδεύουν εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ ταυτόχρονα οι μετακινούμενοι ασθενείς είναι ένα θέμα που συζητείται έντονα σε εθνικό αλλά και ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι αριθμοί των ασθενών που τελικά ταξιδεύουν σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας είναι ακόμα χαμηλοί, οι ίδιοι όμως δηλώνουν συχνά πως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας άλλου κράτους μέλους είναι πιο εύκολη πιο άμεση ή καλύτερης ποιότητας. Η ελεύθερη μετακίνηση ανθρώπων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατοχύρωσε και την ελεύθερη μετακίνηση ασθενών, κάτι το οποίο ανέδειξε με τη σειρά του ζητήματα προσβασιμότητας και ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και συντονισμού των συστημάτων υγείας των κρατών μελών. Μετά τις εξελίξεις αυτές, ένας ασθενής που επιθυμεί να νοσηλευτεί σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα, πρέπει να πάρει μια σειρά αποφάσεων που καθορίζουν τις εναλλακτικές επιλογές του, και στο τέλος να τις αξιολογήσει και να επιλέξει την καλύτερη για τον ίδιο. Το πρόβλημα της επιλογής νοσοκομειακής μονάδας ανάμεσα σε μια σειρά παραπλήσιων εναλλακτικών μπορεί να γίνει ιδιαίτερα σύνθετο για έναν ασθενή που δεν ακολουθεί μια συγκεκριμένη μεθοδολογία αξιολόγησης των επιλογών του.

Η εργασία αυτή, στόχο έχει να αναλύσει το πρόβλημα της επιλογής νοσοκομειακής μονάδας και να προσδιορίσει σαφώς τους βασικούς ρόλους του προβλήματος, τα κριτήρια και τον βαθμό στον οποίο επηρεάζουν τον εκάστοτε ασθενή καθώς και τα βήματα τα οποία πρέπει να ακολουθήσει μέχρι να λάβει την τελική του απόφαση.

Η προσέγγιση που ακολουθείται, είναι σε πρώτο στάδιο να αναλυθεί το περιβάλλον στο οποίο ανήκει ένας ασθενής. Συνεπώς στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζεται αναλυτικά το νομικό πλαίσιο για την διασυνοριακή φροντίδα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι επιλογές που δίνονται σε έναν ασθενή μέσω αυτού του πλαισίου, το επίπεδο σύγκλισης των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα κριτήρια που δείχνουν να επηρεάζουν τους ασθενείς που επιθυμούν να λάβουν διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφία που έχει αναπτυχθεί κυρίως την τελευταία δεκαετία και συντίθεται από επιστημονικά άρθρα και μελέτες, κρατική και ευρωπαϊκή νομοθεσία, αποτελέσματα σχετικών έργων που υλοποιήθηκαν, καθώς και σε στατιστικές αναφορές διεθνών οργανισμών. Αφού αναλυθεί το περιβάλλον, όλα τα παραπάνω συνδυάζονται σε μια μεθοδολογία τεσσάρων βασικών βημάτων για τον ασθενή.

Στο 1ο βήμα συμμετέχει αποκλειστικά ο Ιατρός που κάνει την διάγνωση της πάθησης και δίνει την ελάχιστη απαιτούμενη πληροφορία για να προχωρήσει η διαδικασία. Στο 2ο βήμα εφαρμόζεται η μεθοδολογία της AHP ώστε ο ασθενής να αξιολογήσει ποια κριτήρια είναι πιο σημαντικά για τον ίδιο ως προς την συγκεκριμένη πάθηση και μέσω της αξιολόγησης αυτής προκύπτουν οι συντελεστές βαρύτητας των κριτηρίων. Στο 3^ο βήμα ο ασθενής σε συνεργασία με το Εθνικό Σημείο Επαφής ετοιμάζουν μια λίστα με τις εναλλακτικές επιλογές σε κάθε χώρα, το κόστος θεραπείας σε κάθε μία από αυτές καθώς και το νομικό πλαίσιο κάτω από το οποίο θα αποζημιωθεί.

Στο 4^ο βήμα ο ασθενής βαθμολογεί τις επιλογές του σύμφωνα με 5 συγκεκριμένα κριτήρια, και αφού σταθμιστεί η βαθμολογία με τους συντελεστές βαρύτητας του βήματος 2 προτείνεται η βέλτιστη επιλογή.

Ένα σημαντικό σημείο που καθιστά και την AHP κατάλληλο εργαλείο για την λήψη τέτοιου τύπου αποφάσεων είναι το ότι η μέθοδος αυτή ελέγχει την συνέπεια των απαντήσεων του χρήστη. Συνεπώς αν ο ασθενής στο βήμα 2 δώσει απαντήσεις που η μία έρχεται σε αντίφαση με την άλλη, το μοντέλο το επισημαίνει. Έτσι αυξάνεται η αξιοπιστία στους συντελεστές βαρύτητας και κατά συνέπεια είναι πιο πιθανό ο ασθενής να καταλήξει στην σωστή για τον ίδιο επιλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Διασυνοριακή Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η διασυνοριακή φροντίδα υγείας αφορά την παροχή κάθε ιατρικής υπηρεσίας και με οποιοδήποτε τρόπο σε διακρατικό επίπεδο. Ο επίσημος ορισμός που δίνεται στην οδηγία 2011/24 ΕΕ ορίζει ως διασυνοριακή υγειονομική φροντίδα την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται ή συνταγογραφείται σε κράτος μέλος διάφορο από το κράτος μέλος ασφάλισης (European Parliament, 2011).

Η οδηγία αυτή κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών και περιγράφει τις προϋποθέσεις για παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας. Μέχρι την ανάπτυξη της τελικής οδηγίας, μεσολάβησε ο κανονισμός 1408 του 1971 και μια σειρά αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για ασθενείς που είχαν διεκδικήσει δικαστικά τα δικαιώματά τους.

2.2 Δικαιώματα Ασθενών και Νομικό Πλαίσιο

Η σχέση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου με την Ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία

Το νομικό υπόβαθρο για την μετακίνηση ασθενών στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτέλεσε ο κανονισμός 1408/71 που θεσπίστηκε το 1971 και αφορούσε τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Ο κανονισμός αυτός έχει επιτρέψει να προσφερθούν εγγυήσεις σε όλους τους εργαζομένους υπηκόους των κρατών μελών για την ίση μεταχείριση και τη χορήγηση των παροχών κοινωνικής ασφάλισης, ανεξάρτητα από τον τόπο απασχόλησής ή κατοικίας τους (European Parliament and Council of the European Union, 1971). Στη συνέχεια, από την Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992) και μετέπειτα η αρμοδιότητα των κρατών μελών για την διαμόρφωση των συστημάτων τους κοινωνικής ασφάλειας κωδικοποιήθηκε ρητά στο πρωτογενές ευρωπαϊκό δίκαιο (άρθρο 168, παράγραφος 7, ΣΛΕΕ), χωρίς, όμως, να μπορέσει να επεκταθεί η ρυθμιστική αρμοδιότητα της Ένωσης για την εσωτερική αγορά και στις παροχές των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας των κρατών μελών. Ωστόσο, στην επίτευξη του στόχου αυτού συνέβαλε τα μέγιστα το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ύπαρξη αρκετών υποθέσεων που σχετίζονταν με αιτήματα Ευρωπαίων Πολιτών για κάλυψη του κόστους υγειονομικών υπηρεσιών που έλαβαν σε άλλο κράτος μέλος από αυτό της χώρας ασφάλισής τους, δημιούργησαν την ανάγκη για ένα Ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για την προγραμματισμένη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Οι πιο γνωστές υποθέσεις ήταν των Kohl και Decker το 1998 και των Watts το 2006. Για τους πρώτους η απόφαση όριζε πως υπήκοοι της ΕΕ μπορούν να έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος χωρίς προέγκριση, και να τους επιστραφούν τα έξοδα κατά το ποσοστό που προβλέπει το κράτος στο οποίο είναι ασφαλισμένοι. Στην υπόθεση Watts το δικαστήριο αποφάσισε ότι υποχρέωση επιστροφής των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος ισχύει επίσης για τους εθνικούς φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες δωρεάν. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου δεν μπορεί να αρνηθεί να εγκρίνει τη μετάβαση ασθενούς στο εξωτερικό για περίθαλψη λόγω του μακρού χρόνου αναμονής για νοσοκομειακή περίθαλψη στο κράτος διαμονής του, εκτός αν είναι σε θέση να αποδείξει ότι ο χρόνος αναμονής δεν υπερβαίνει μια αποδεκτή από ιατρική άποψη περίοδο αναμονής, λαμβανομένης υπόψη της κατάστασης υγείας και των κλινικών αναγκών του ασθενούς (ECJ, 2004). Οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου βασίστηκαν στην λογική ότι εφόσον η υγεία παρεχόταν ως υπηρεσία

έναντι αμοιβής, θα έπρεπε να ισχύσει ότι ισχύει στη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση για την ελεύθερη μετακίνηση αγαθών και υπηρεσιών εντός αυτής (ECJ, 1998). Βούληση των κρατών μελών ήταν να μην αφήσουν στο Δικαστήριο την περαιτέρω εξέλιξη του ευαίσθητου τομέα της διασυνοριακής περίθαλψης. Για τον λόγο αυτόν αναπτύχθηκε από το 2004 ένας διάλογος με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ο οποίος όμως, κατέληξε στην αποτυχημένη προσπάθεια της Επιτροπής να συμπεριλάβει στην Οδηγία 2006/123/ΕΚ, σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά (άρθρο 23) τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, το Συμβούλιο EPSCO το 2006, με στόχο μία Πρόταση Οδηγίας ανάλογη των ιδιαιτεροτήτων της παροχής υπηρεσιών υγείας, συμπεριέλαβε στα συμπεράσματά του μία δήλωση στο θέμα “Κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης”, στις οποίες βασίζονται όλα τα συστήματα υγείας των κρατών μελών: καθολικότητα, αλληλεγγύη και πρόσβαση σε ισότιμη και ποιοτική περίθαλψη. Όλες αυτές οι προσπάθειες οδήγησαν στην Οδηγία 2011/24/ΕΕ, για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Για το σκοπό αυτό, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, έπειτα από σχετική διαβούλευση στο θέμα, υιοθέτησε το 2008 μια πρόταση Οδηγίας για “Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη”, η οποία ψηφίστηκε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στις 19 Ιανουαρίου 2011 και δημοσιεύτηκε ως Οδηγία 2011/24/ΕΕ στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 4 Απριλίου 2011, με καταληκτική ημερομηνία μεταφοράς στο Εθνικό Δίκαιο των Κρατών Μελών την 25η Οκτωβρίου 2013.

Η Οδηγία καλύπτει όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς για αξιολόγηση, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων τη συνταγογράφηση και διανομή φαρμακευτικών προϊόντων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Εξαιρούνται από τα παραπάνω οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας για στήριξη ατόμων στην καθημερινότητά τους, τα μοσχεύματα οργάνων ή εθνικές εκστρατείες εμβολιασμών.

Βασικοί Στόχοι της Οδηγίας:

Η Οδηγία διευκρινίζει τα δικαιώματα των ασθενών για πρόσβαση σε ασφαλής και καλής ποιότητας περίθαλψη σε διασυνοριακή βάση εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις προϋποθέσεις αποζημίωσης για αυτήν.

Οι στόχοι αυτοί είναι οι εξής:

1. Η παροχή σαφέστατων κανόνων και αξιόπιστων πληροφοριών στους ασθενείς για

άσκηση των δικαιωμάτων τους για πρόσβαση και αποζημίωση για υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε άλλο Κράτος Μέλος.

2. Η παροχή πληροφοριών αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών σε διασυνοριακή βάση, ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής για ενημερωμένες επιλογές πριν την αναχώρησή του για σκοπούς υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό.

3. Η καθιέρωση και διασφάλιση επίσημης συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας.

4. Η επίτευξη της σωστής ισορροπίας μεταξύ της διατήρησης και της αειφορίας των συστημάτων υγείας, με παράλληλη προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών να αναζητήσουν θεραπεία εκτός της χώρας τους.

Η Οδηγία συμπεριλαμβάνει πρόνοιες που θα επιτρέψουν την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών σε διασυνοριακή βάση.

Δικαιώματα ασθενών και Υποχρεώσεις Κρατών Μελών:

1. Ενημέρωση των Ασθενών: Η δημιουργία Εθνικού Σημείου Επαφής (ΕΣΕ) θα βοηθά τους ασθενείς να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις, μέσω της παροχής προς αυτούς πληροφοριών για τα δικαιώματα, την αποζημίωση, τα κριτήρια για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών και τους περιορισμούς στο δικαίωμα άσκησης του επαγγέλματός τους, τη διαδικασία προσφυγής και καταγγελίας, τους μηχανισμούς άσκησης ένδικων μέσων και νομικών και διοικητικών επιλογών για επίλυση διαφορών, τα στοιχεία επικοινωνίας των Εθνικών Σημείων Επαφής στα άλλα ΚΜ και την προσβασιμότητα των νοσοκομείων από άτομα με αναπηρίες.

2. Αποζημίωση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης: Τα Κράτη Μέλη καλούνται να παρέχουν ξεκάθαρη πληροφόρηση στους ασθενείς αναφορικά με το είδος της υπηρεσίας που υπόκειται σε αποζημίωση και σε ποιο βαθμό.

3. Προηγούμενη Έγκριση: Συγκεκριμένες υπηρεσίες στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη μπορούν να υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση από το κράτος μέλος ασφάλισης, το οποίο είναι υποχρεωμένο να καθορίζει συγκεκριμένο σύστημα προηγούμενης έγκρισης με συγκεκριμένο κατάλογο των υπηρεσιών υγείας που υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση.

4. Διοικητικές Διαδικασίες: Η Οδηγία καθορίζει κανόνες για διοικητικές διαδικασίες που σχετίζονται με τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και συγκεκριμένα για

αιτήματα αποζημίωσης και προηγούμενης έγκρισης και για υποβολή παραπόνων. Η ενημέρωση για τις διαδικασίες αυτές θα πρέπει να είναι διαθέσιμες για το κοινό.

5. Ασφάλεια, ποιότητα και συνέχεια στην περίθαλψη: Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς με βάση τα κριτήρια ποιότητας και ασφαλείας και της κατευθυντήριες γραμμές που ισχύουν στο ΚΜ θεραπείας. Για σκοπούς συνέχειας, οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε άλλο ΚΜ δικαιούνται να έχουν το αρχείο της θεραπείας τους και οι συνταγές που έχουν εκδοθεί στο εξωτερικό πρέπει να αναγνωρίζονται με βάση τις πρόνοιες της Εφαρμοστικής Οδηγίας 2012/52/ΕΕ για “καθορισμό μέτρων για διευκόλυνση της αναγνώρισης των ιατρικών συνταγών που εκδίδονται σε άλλο ΚΜ”.

6. Ασθενείς με Σπάνιες Παθήσεις: Η Οδηγία περιλαμβάνει πρόνοιες για αντιμετώπιση των σπάνιων παθήσεων και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα υποστηρίζει τα ΚΜ στη μεταξύ τους συνεργασία και στην ανάπτυξη καλύτερων ικανοτήτων για διάγνωση και θεραπεία των σπάνιων παθήσεων μέσω Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς.

7. Συνεργασία μεταξύ των Συστημάτων Υγείας: Η Οδηγία περιλαμβάνει πρόνοιες που εμπλουτίζουν τη συνεργασία μεταξύ των Εθνικών Συστημάτων Υγείας μέσω των Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς, της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας και της Ηλεκτρονικής Υγείας. Συγκεκριμένα, οι πρόνοιες για τα Εθνικά Δίκτυα Αναφοράς στοχεύουν στο να φέρουν σε επαφή εξειδικευμένα κέντρα σε όλη την Ευρώπη, διευκολύνοντας τους επαγγελματίες υγείας στη διάδοση πληροφοριών και εμπειρογνωμοσύνη; οι πρόνοιες για Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας εισάγουν μία μόνιμη δομή συνεργασίας στην ΕΕ η οποία θα βοηθήσει τα αρμόδια σώματα λήψης αποφάσεων να πάρουν τις σωστές αποφάσεις για επενδύσεις και δαπάνες στον τομέα της υγείας; και οι πρόνοιες για την ηλεκτρονική υγεία αποτελούν ένα πρώτο βήμα στη “διαλειτουργικότητα” των τεχνολογιών πληροφοριών επικοινωνίας στον τομέα της υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο για διασφάλιση της ασφαλείας και ποιότητας στην υγεία, συνέχεια στη θεραπεία και έρευνα υγείας.

Ιστορικό κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) συντονίζονται μεταξύ τους. Ωστόσο, ο καθορισμός των κοινωνικών παροχών και οι προϋποθέσεις για τη χορήγησή τους γίνεται σε εθνικό επίπεδο, βάσει των παραδόσεων και της νοοτροπίας κάθε χώρας.

Το ευρωπαϊκό δίκαιο ορίζει κανόνες και αρχές που οφείλουν να διαφυλάσσουν το δικαίωμα ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της ΕΕ.

Ο παρών κανονισμός εφαρμόζεται σε όλους τους υπηκόους μίας χώρας της ΕΕ που καλύπτονται ή έχουν καλυφθεί από τη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλισης σε μία από τις εν λόγω χώρες, καθώς επίσης και στα μέλη της οικογένειάς τους και τους επιζώντες τους.

Επίσης, εφαρμόζεται στους υπηκόους τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στην ΕΕ και η κατάσταση των οποίων τους συνδέει με περισσότερα κράτη μέλη. Ο κανονισμός εφαρμόζεται επίσης στα μέλη της οικογένειάς τους και τους επιζώντες τους.

Σύμφωνα με την αρχή της ίσης μεταχείρισης, οι υπήκοοι μίας χώρας της ΕΕ και τα πρόσωπα που διαμένουν στην εν λόγω χώρα χωρίς να έχουν την υπηκοότητα είναι ίσοι έναντι των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων που προβλέπονται από την εθνική νομοθεσία.

Οι διατάξεις του κανονισμού αυτού αφορούν όλους τους κλασικούς κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή:

την ασθένεια,

τη μητρότητα,

τα εργατικά ατυχήματα,

τις επαγγελματικές ασθένειες,

τις παροχές αναπηρίας,

τις παροχές ανεργίας,

τις οικογενειακές παροχές,

τις παροχές σύνταξης,

τα επιδόματα θανάτου.

Ο κανονισμός αναγνωρίζει επίσης την αρχή συνυπολογισμού των περιόδων, σύμφωνα με την οποία οι περίοδοι ασφάλισης, απασχόλησης ή κατοικίας που έχουν συμπληρωθεί σε μία χώρα της ΕΕ λαμβάνονται υπόψη σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Αυτό σημαίνει ότι το άνοιγμα του δικαιώματος στις παροχές σε ένα κράτος πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις περιόδους ασφάλισης, απασχόλησης, μη μισθωτής δραστηριότητας ή κατοικίας που έχουν συμπληρωθεί σε ένα άλλο κράτος μέλος της ΕΕ.

Ο ασφαλισμένος υπάγεται στη νομοθεσία ενός μόνο κράτους μέλους. Το εν λόγω κράτος μέλος είναι αυτό μέσα στο οποίο ασκεί μια επαγγελματική δραστηριότητα.

Ειδικοί κανόνες προβλέπονται για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για τους δημόσιους υπαλλήλους που υπάγονται στη

νομοθεσία του κράτους μέλους στο οποίο ανήκει η υπηρεσία που τους απασχολεί, για εργαζομένους που πραγματοποιούν μια μισθωτή ή μη μισθωτή δραστηριότητα σε περισσότερες από μία χώρες της ΕΕ.

Οι διασυνοριακοί εργαζόμενοι ασφαλίζονται στον οργανισμό της χώρας στην οποία εργάζονται, μολονότι κατοικούν σε άλλη χώρα της ΕΕ και έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και των δύο κρατών. Έχουν προβλεφθεί ειδικές διατάξεις σχετικά με τις παροχές σε είδος για τα μέλη της οικογένειάς τους.

Τα πρόσωπα που διαμένουν άλλη χώρα της ΕΕ από τη χώρα κατοικίας τους, ειδικότερα κατά τη διάρκεια διακοπών, πρέπει να μπορούν να επωφεληθούν των αναγκαίων ιατρικών παροχών κατά τη διαμονή τους. Η νομοθεσία του κράτους όπου πραγματοποιείται η διαμονή είναι αυτή που ορίζει τους οικονομικούς όρους άσκησης των παροχών, ωστόσο το κόστος αναλαμβάνεται/επιστρέφεται από τον οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης της χώρας προέλευσης. Το δικαίωμα αυτό πιστοποιείται από την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), την οποία μπορεί να ζητήσει κάθε ασφαλισμένος από τον οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης όπου ανήκει.

Η ΕΚΑΑ είναι μία δωρεάν κάρτα που προσφέρει πρόσβαση σε ιατρικά αναγκαία, κρατική περίθαλψη κατά την προσωρινή διαμονή σε μια από τις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ισλανδία, το Λίχτενσταϊν, τη Νορβηγία και την Ελβετία με τους ίδιους όρους και το ίδιο κόστος με τους ασφαλισμένους της εν λόγω χώρας. Η ΕΚΑΑ δεν υποκαθιστά την ταξιδιωτική ασφάλιση, δεν καλύπτει την υγειονομική περίθαλψη σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια, ούτε δαπάνες όπως το αεροπορικό εισιτήριο, δεν καλύπτει τις δαπάνες αν ο ασφαλισμένος ταξιδεύει για να λάβει ιατρική περίθαλψη και δεν εγγυάται τη δωρεά παροχή υπηρεσιών.

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ Οδηγίας 2011/24/ΕΕ και Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004		
	Οδηγία 2011/24	Κανονισμοί 883/04 και 987/09
Νομικό Περιεχόμενο	Ελεύθερη διακίνηση ατόμων, φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού	Ελεύθερη διακίνηση ατόμων

	εξοπλισμού	
Προέγκριση Θεραπείας	<p>Δεν χρειάζεται προέγκριση, εκτός εάν η θεραπεία:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Περιλαμβάνει τουλάχιστον μία διανυκτέρευση 2. Παρουσιάζει ιδιαίτερο κίνδυνο για τον ασθενή / πληθυσμό 3. Ο πάροχος ενδέχεται να εγείρει σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης 	<p>Προέγκριση χρειάζεται σε όλες τις θεραπείες. (Εκτός από τις θεραπείες που είναι ιατρικώς αναγκαίες κατά τη διάρκεια προσωρινής παραμονής στο κράτος μέλος θεραπείας)</p> <p>Η προέγκριση δεν μπορεί να απορριφθεί εάν:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Η θεραπεία συμπεριλαμβάνεται στο «πακέτο ωφελημάτων υγείας» 2. Η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει εντός προθεσμίας ιατρικά δικαιολογημένης
Ισχύοντες Κανόνες	<p>Αναφέρεται στο κράτος μέλος ασφάλισης.</p> <p>«ως εάν τύγχανε υγειονομικής περίθαλψης στο κράτος μέλος ασφάλισης».</p> <p>Εφαρμόζονται οι διατυπώσεις και οι προϋποθέσεις του κράτους μέλους ασφάλισης.</p>	<p>Αναφέρεται στο κράτος μέλος θεραπείας.</p> <p>«ως εάν ήταν ασφαλισμένος στο κράτος μέλος θεραπείας</p> <p>Εφαρμόζονται οι διατυπώσεις και οι προϋποθέσεις του κράτους μέλους θεραπείας</p> <p>Το κράτος μέλος</p>

	Ο ασθενής προπληρώνει και το κράτος μέλος ασφάλισης του επιστρέφει τα έξοδα. <i>Εάν πληρούνται οι όροι του Κανονισμού 883/04, ισχύουν οι όροι αυτοί</i>	ασφάλισης πληρώνει απευθείας
Πάροχοι	Όλοι οι πάροχοι	Μόνο δημόσιοι ή συμβεβλημένοι με το δημόσιο

Νομικό πλαίσιο και ασθενείς

Αφού αναλύθηκε το περιεχόμενο και το ιστορικό του σχετικού νομικού πλαισίου, ακολουθεί μια περιγραφή των επιλογών που έχει ένας ασθενής. Ένας ασθενής συνήθως λαμβάνει θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος εκτός από αυτό της καταγωγής του μέσω των διαδικασιών E112(πλέον S2) και της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (EHIC), ενώ σε άλλες περιπτώσεις διεκδικεί δικαστικά την αποζημίωση των εξόδων του.

Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (EHIC) αντικατέστησε τις φόρμες E111, E110, E128 και E119 και ουσιαστικά πιστοποιεί ότι ο κάτοχος της έχει δημόσια ασφάλιση. Η EHIC μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε Ευρωπαϊκή χώρα, με τον περιορισμό ότι δεν γίνεται δεκτή από φορείς μη συμβεβλημένους με το δημόσιο και δεν καλύπτει ταξιδιωτικά έξοδα επιστροφής. Συνήθως δεν χρησιμοποιείται για προγραμματισμένη περίθαλψη, αλλά για περιπτώσεις κατά τις οποίες προκύπτει ανάγκη όσο βρίσκεται ο κάτοχος σε άλλη χώρα. Έχει παρατηρηθεί επίσης το φαινόμενο, όταν ασθενείς δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη προέγκριση για θεραπεία σε άλλη χώρα, να ταξιδεύουν σε αυτή και έπειτα μέσω της κάρτας EHIC να αιτούνται να τους καλυφθεί η νοσηλεία γιατί προέκυψε εκτάκτως ανάγκη κατά το ταξίδι τους(Wismar, 2011).

Το έντυπο S2 συμπληρώνεται όταν ένας ασθενής θέλει να αιτηθεί προγραμματισμένη θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος. Σε αυτή την περίπτωση λαμβάνει μια προέγκριση και του καλύπτονται ταξιδιωτικά και έξοδα νοσηλείας. Ενδέχεται όμως ο ασθενής να

πρέπει να καταβάλει ένα μέρος των εξόδων και έπειτα να αποζημιωθεί από τον ασφαλιστικό φορέα του.

Η τρίτη περίπτωση, αφορά ασθενείς που επιλέγουν να νοσηλευθούν σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να χρησιμοποιήσουν μία από τις δύο παραπάνω διαδικασίες. Στην συνέχεια μπορούν να διεκδικήσουν δικαστικά αποζημίωση των εξόδων τους από τον ασφαλιστικό τους φορέα, επικαλούμενοι τις αποφάσεις του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους Kohl και Decker.

Πίνακας 2: Έντυπα που πιστοποιούν τα δικαιώματα των μετακινούμενων ασθενών στο εσωτερικό της ΕΕ		
S1 (πρώην E 106, E 109 και E 121)	Βεβαίωση του δικαιώματός σε υγειονομική περίθαλψη για ασθενείς που δεν ζουν στη χώρα όπου είναι ασφαλισμένοι. Χρήσιμο σε διασυνοριακούς εργαζομένους, συνταξιούχους, δημόσιους υπαλλήλους και πρόσωπα εξαρτώμενα από αυτούς.	Υποβάλλεται στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας διαμονής.
S2 (πρώην E 112)	Άδεια υποβολής σε <u>προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη</u> σε μια άλλη χώρα της ΕΕ ή της ΕΖΕΣ. Ο ασθενής δικαιούται την ίδια περίθαλψη με τους κατοίκους της χώρας αυτής, ίσως όμως χρειαστεί να καταβάλει ένα ποσοστό των ιατρικών εξόδων εκ των προτέρων.	Υποβάλλεται στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας θεραπείας.
S3	Βεβαίωση του δικαιώματός σε υγειονομική περίθαλψη στην προηγούμενη χώρα απασχόλησής. Χρήσιμο σε συνταξιούχους διασυνοριακούς εργαζομένους που	Υποβάλλεται στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας εργασίας ως διασυνοριακός εργαζόμενος.

	δεν είναι πλέον ασφαλισμένοι στην προηγούμενη χώρα απασχόλησής τους.	
DA1 (πρώην E 123)	Βεβαίωση του δικαιώματός για ιατρική περίθαλψη σε ειδικές περιπτώσεις, όπως π.χ. εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες σε μια άλλη χώρα της ΕΕ.	Υποβάλλεται στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας διαμονής.

2.3 Συνεισφορά Διακυβερνητικών και Μη-Κυβερνητικών Οργανισμών στην Διασυνοριακή Φροντίδα Υγείας στην ΕΕ.

Η παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών φροντίδας υγείας εντός του νομικού πλαισίου που αναλύθηκε παραπάνω, γίνεται με την εμπλοκή των φορέων παροχής, των διαμεσολαβητών, των ασφαλιστικών οργανισμών και τέλος, των ασθενών.

Λόγω της ανάγκης για έρευνα, σχεδιασμό και εφαρμογή ενός πλαισίου για την παροχή διασυνοριακής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υπήρξε και συνεχίζει να υπάρχει συνεργασία επιστημονικών και θεσμικών φορέων σε πολλά επίπεδα. Μια σειρά Μη-Κυβερνητικών Οργανισμών (ΜΚΟ στο εξής) ή Διακυβερνητικών Οργανισμών (ΔΚΟ στο εξής) δραστηριοποιείται σε αυτόν τον τομέα, είτε στο εκτελεστικό κομμάτι, είτε στο οργανωτικό και θεσμικό.

Από τους πιο γνωστούς ΔΚΟ που χρηματοδότησαν τις δράσεις εναρμόνισης με την οδηγία 2011/24 ΕΕ είναι ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Ένωση. Για την διασυνοριακή φροντίδα υγείας στην ΕΕ, υπήρξε συνεργασία φορέων σε διακρατικό επίπεδο ώστε να διευκολυνθεί ο σχεδιασμός και η υλοποίηση στα επιστημονικά πεδία που επηρέαζε η οδηγία.

Οι φορείς, οι χρηματοδότες, αλλά και ο σκοπός των δράσεων που υλοποιήθηκαν μέχρι σήμερα, παρουσιάζονται στην συνέχεια.

Σχετική ιστοσελίδα: <http://www.simpatie.org/>

Διάρκεια έργου: Από Φεβρουάριο 2007 έως Φεβρουάριο 2009

Περιγραφή: Ο σκοπός του έργου ήταν να θέσει την ασφάλεια των ασθενών, ως παράγοντα που καθορίζει την ποιότητα στην υγεία. Η χρηματοδότηση του έργου προήλθε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια του Προγράμματος Κοινωνικής Δράσης 2007-2009 στον τομέα της Δημόσιας υγείας.

Οι συμμετέχοντες για την υλοποίηση οργανισμοί ήταν οι:

- CBO Dutch Institute for Healthcare Improvement , Ολλανδία
- Action against Medical Accidents AvMA / LMCA, Ηνωμένο Βασίλειο
- Council of Europe ,Διεθνής Οργανισμός
- HOPE European Hospital and Healthcare Federation, Διεθνής ΜΚΟ
- ESQH European Society for Quality in Healthcare, Διεθνής ΜΚΟ
- CPME Standing Committee of European Doctors, Διεθνής ΜΚΟ
- HAS High Health Authority, Γαλλία.

MARQuIS -Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies

Σχετική Ιστοσελίδα: <http://www.marquis.be>

Διάρκεια έργου: Από Ιανουάριο 2005 έως Δεκέμβριο 2007

Περιγραφή: Το έργο σχεδιάστηκε ώστε να αναπτύξει μεθόδους που θα αξιολογούν την αξία διαφόρων στρατηγικών ποιότητας και να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες σε χώρες που παρέχουν διασυννοριακές υπηρεσίες υγείας, καθώς και σε νοσοκομεία που αναθεωρούν το σχεδιασμό της στρατηγικής ποιότητάς τους.

Οι συμμετέχοντες για την υλοποίηση οργανισμοί ήταν οι:

- HOPE European Hospital and Healthcare Federation , Βέλγιο
- ESQH European Society for Quality in Healthcare (Ireland office), Ιρλανδία
- CEREF Centre for Research and Advanced Training , Ιταλία
- FAD Avedis Donabedian Foundation, Ισπανία

- Department of Social Medicine, Academic Medical Centre / University of Amsterdam, Ολλανδία
- CBO Dutch Institute for Healthcare Improvement, Ολλανδία
- University of Manchester / Manchester Centre for Healthcare Management, Ηνωμένο Βασίλειο
- NCQA National Centre for Quality Assessment in Health Care, Πολωνία

HealthACCESS – Mapping Health Services Access: National and Cross-border Issues

Σχετική Ιστοσελίδα: <http://www.ehma.org>

Διάρκεια έργου: Από 2004 έως 2006

Περιγραφή: Το έργο ξεκίνησε στα πλαίσια του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Τη διαχείρισή του ανέλαβε το ΕΗΜΑ-European Health Management Association, Δουβλίνο-Βρυξέλες. Σκοπός του έργου ήταν η καταγραφή των διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας που είχαν επίσημη μορφή, μεταξύ 10 κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ή ανάμεσα σε οποιοδήποτε από τα 10 αυτά κράτη και κάποιο άλλο από τα υπόλοιπα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Busse R., 2006). Τα κράτη που μελετήθηκαν ήταν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι συμμετέχοντες για την υλοποίηση οργανισμοί ήταν οι:

- CEFASS European Training Centre for Social Affairs and Public Health Care, Ιταλία
- Institute of Public Administration, Ιρλανδία
- Jagiellonian University Medical College, Πολωνία
- LSE Health, London School of Economics, Ηνωμένο Βασίλειο
- National School of Public Health, Γαλλία
- Nederlands Instituut Zorg en Welzijn / International Centre, Ολλανδία
- School of Public Health, Leuven University, Βέλγιο
- Semmelweis University Health Services Management Training Centre, Ουγγαρία
- Berlin University of Technology, Γερμανία
- Universität Klagenfurt, Αυστρία

HealthBASKET- Health Benefits and Service costs in Europe

Σχετική Ιστοσελίδα: <http://www.ehma.org>

Διάρκεια έργου: Από Απρίλιο 2004 έως Μάρτιο 2007

Περιγραφή: Το έργο μελετά τις παροχές προς ασθενείς που επιδοτούνται από συστήματα υγείας στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ενώ μελετά την ομοιογένεια στην κοστολόγηση υπηρεσιών μεταξύ των χωρών του δείγματος. Οι χώρες που μελετήθηκαν ήταν η Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Ιταλία, η Πολωνία, η Ισπανία και η Ολλανδία.

Οι συμμετέχοντες για την υλοποίηση οργανισμοί ήταν οι:

- Berlin University of Technology, Γερμανία
- Bocconi University, Ιταλία
- Centre for Health Economics, University of York, Ηνωμένο Βασίλειο
- Danish Institute for Health Services Research, Δανία
- Erasmus University Rotterdam, Ολλανδία
- National School of Public Health, Γαλλία
- Jagiellonian University Medical College, Πολωνία
- Health Services Management Training Centre, Semmelweis University, Ουγγαρία
- Universitat Pompeu i Fabra, Ισπανία

ECAB (EUCBCC) –European Union Cross Border Care Collaboration

Σχετική Ιστοσελίδα: <http://www.ecabeurope.eu>

Διάρκεια έργου: Από Μάιο 2010 έως Απρίλιο 2013

Περιγραφή: Σκοπός του Έργου είναι η δημιουργία μιας διεργασίας με την οποία οι Ευρωπαίοι πολίτες θα μπορούν να έχουν επαρκή ενημέρωση για να πάρουν αποφάσεις που αφορούν την λήψη υπηρεσιών υγείας σε άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι διοικητικές και κλινικές διεργασίες θα πρέπει να είναι απλές και να

διασφαλίζουν την δυνατότητα συνέχισης της περιθάλψης. Η χρηματοδότηση έγινε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του 7^{ου} Προγράμματος Πλαισίου.

- Οι συμμετέχοντες για την υλοποίηση οργανισμοί είναι οι:
- LSE Health, Ηνωμένο Βασίλειο
- European Observatory on Health Systems and Policies, Βέλγιο
- London School of Hygiene and Tropical Medicine, Ηνωμένο Βασίλειο
- Observatoire Social European, Βέλγιο
- Universiteit Maastricht, Ολλανδία
- Technische Universitat Berlin, Γερμανία
- European Centre for Social Welfare Policy and Research, Αυστρία
- University of Barcelona, Ισπανία
- Institute of Public Health of The Republic of Slovenia, Σλοβενία
- PRAXIS Center for Policy Studies, Εσθονία
- National Research and Development Centre for Welfare and Health, Φινλανδία
- Semmelweis Egyetem, Ουγγαρία
- Regione del Veneto, Ιταλία

epSOS- European Patients Smart Open Services

Σχετική Ιστοσελίδα: <http://www.epsos.eu>

Διάρκεια έργου: Από Ιούλιο 2008 έως Δεκέμβριο 2013

Περιγραφή: Το έργο αποσκοπεί στο να σχεδιάσει, να δημιουργήσει και να αξιολογήσει μια υποδομή υπηρεσιών που εξασφαλίζουν τη διασυνοριακή διασύνδεση μεταξύ των συστημάτων ηλεκτρονικών μητρώων υγείας στην Ευρώπη. Συγχρηματοδοτήθηκε από το Πρόγραμμα Ανταγωνιστικότητας και Καινοτομίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στα πλαίσια του προγράμματος στήριξης των πολιτικών για τις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας.

Χαρακτηριστικό του έργου αυτού είναι το μεγάλο πλήθος των οργανισμών που συμμετείχαν, κάτι το οποίο είναι αναμενόμενο, αφού το κάθε κράτος έπρεπε να αναπτύξει τους δικούς του μηχανισμούς υλοποίησης και προσαρμογής. Οι οργανισμοί παρατίθενται παρακάτω:

- Austrian Federal Ministry of Health, Αυστρία
- ELGA, Αυστρία
- BEPLAT Plate-forme eHealth, Βέλγιο
- RECIP-E VZW, Βέλγιο
- IHE Integrating the Healthcare Enterprise-Europe AISBL, Βέλγιο
- IZIP Internet Access to Patient Electronic Health Record, Τσεχία
- Danish National Board of e-Health, Δανία
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Δανία
- MEDCOM Danish National Health Data Network, Δανία (Συμμετείχε στο έργο μέχρι τον Ιανουάριο του 2011)
- EESTI Eesti e-Tervise Sihtasutus, Εσθονία
- THL Terveyden Ja Hyvinvoinnin Laitos , Φινλανδία
- French Ministry of Health, Γαλλία
- ASIP Santé, Γαλλία
- German Federal Ministry of Health, Γερμανία
- Fraunhofergesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung (Fraunhofer ISST), Γερμανία
- Gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Γερμανία
- ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Γερμανία
- EMPIRICA Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH , Γερμανία
- Pharmaxis, Ελλάδα
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα
- ESKI Egeszsegugyi Strategiai Kutatointezet, Ουγγαρία
- Region of Lombardy, Ιταλία
- LISPA Lombardia Informatica, Ιταλία
- MHEC Ministry for Health, the Elderly and Community Care, Μάλτα
- NONA Helsedirektoratet , Νορβηγία
- KOMPETANSESENTER FOR INFORMASJONSTEKNOLOGI I HELSEVESENET AS (KITH), Νορβηγία
- NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ), Πολωνία

- INSTYTUT LOGISTYKI I MAGAZYNOWANIA (ILIM), Πολωνία
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (PTNA), Πορτογαλία
- UNIVERSIDADE DE AVEIRO (UAVR), Πορτογαλία
- INSTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE (NIPHRS), Σλοβενία
- NHIC National Health Information Centre, Σλοβακία
- Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs, Ισπανία
- Fundació TicSalut Catalonia, Ισπανία
- Regional Healthcare Service of Andalusia, Ισπανία
- SESCAM Regional Healthcare Service of Castilla La Mancha, Ισπανία
- AIAQS Catalan Agency for Health Information, Assessment and Quality, Ισπανία
- AGENCIA VALENCIANA DE SALUD (AVS), Ισπανία
- BAL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS, Ισπανία
- SALAR Swedish Association of Local Authorities and Regions, Σουηδία
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs, Σουηδία
- HUG LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE, Ελβετία
- CHNA Federal Office of Public Health, Ελβετία
- NICTIZ National IT Institute for Healthcare in the Netherlands, Ολλανδία
- Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, Ολλανδία
- TRNA Turkiye Cumhuriyeti Saglik Bakanligi, Τουρκία
- SRDC YZILIM ARASTIRMA VE GELISTIRME VE DANISMANLIKTICARET LIMITED SIRKETI, Τουρκία
- Department of Health, Ηνωμένο Βασίλειο

Όλα τα παραπάνω έργα συνέβαλαν σε πολλαπλά επίπεδα και διαφορετικά επιστημονικά πεδία. Όπως αναφέρθηκε και πριν, το ενιαίο νομικό πλαίσιο συνέβαλε αποτέλεσε την βάση και την αφορμή για την προσπάθεια σύγκλισης των συστημάτων υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών.

2.4 Σύγκλιση συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Ως σύγκλιση ενός συστήματος στην επιστήμη της κοινωνιολογίας, ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία οι δομές διαφορετικών κοινωνιών, γίνονται ολοένα και πιο

όμοιες (Jary, 1991). Συνεπώς, η έννοια της δομής στην διευρυμένη της μορφή, επιτρέπει την χρήση του παραπάνω ορισμού και σε άλλες οντότητες, εκτός από τις κοινωνίες, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται οργανισμοί, άνθρωποι, συστήματα (Nixon, 2000).

Παρόλο που στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κρατών μελών, οι ίδιες πληρούν τα κριτήρια σύγκλισης του νεοκλασικού μοντέλου ανάπτυξης. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι 1) η μείωση της ετερογένειας μεταξύ των κρατών μελών, όσον αφορά την διάρθρωση των αγορών και των ιδρυμάτων, 2)η αύξηση του ανταγωνισμού και το άνοιγμα των αγορών στην εμπορία αγαθών και υπηρεσιών, 3) η διευκόλυνση μετακίνησης παραγωγικών συντελεστών και ανταλλαγής τεχνολογίας, 4)η προώθηση μιας εναρμονισμένης πολιτικής. Με αυτούς τους όρους ενισχύεται η ολοκλήρωση και επιταχύνεται η ανάπτυξη και η διαδικασία σύγκλισης (Sachs, 1995). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν γίνει προσπάθειες μέσω συμφωνιών και μηχανισμών ώστε να παραχθούν κινητήριες δυνάμεις που θα συμβάλουν στην σύγκλιση στην δημόσια υγεία (Hitiris, 2000). Μέχρι τα μέσα του 90 οι προσπάθειες αυτές περιοριζόνταν σε αυτό το επίπεδο, χωρίς να είναι εμφανής ο στόχος της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής για τυποποίηση των συστημάτων υγείας (Hoffmeyer, 1994). Τα επόμενα χρόνια όμως ενσωματώθηκαν τέτοιοι στόχοι για την υγεία και έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την ενίσχυση της ομοιογένειας των συστημάτων υγείας. Τέτοια είναι η υποχρέωση των κρατών μελών να έχουν Εθνικό Σημείο Επαφής, η ανάπτυξη DRGs που μέσω της κωδικοποίησης ICD-10 δημιουργεί μια κοινή γλώσσα για τους επαγγελματίες υγείας των κρατών μελών, η υποχρέωση για κάλυψη (μερική ή ολική) του κόστους διασυνοριακής περίθαλψης εντός ευρωπαϊκών συνόρων.

2.5 Τα DRGs στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Τα DRGs(Diagnosis Related Groups) ή αλλιώς KEN (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια) στην ελληνική τους έκδοση αποτελούν έναν τρόπο εισαγωγής συστήματος προϋπολογισμού και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011). Η ακριβής μετάφραση του όρου είναι «Ομοειδείς Διαγνωστικές Κατηγορίες», αλλά θα αναφέρονται ως DRGs σε αυτή την μελέτη. Τα DRGs αναπτύχθηκαν αρχικά ώστε να προσδιορίσουν τα εξερχόμενα αποτελέσματα της λειτουργίας των νοσοκομείων. Μπορούν να αποτελέσουν την βάση για έλεγχο κόστους, προϋπολογισμό, ή ποιοτικό έλεγχο σε νοσοκομεία (Fetter, 1991).

Τα DRGs, επιχειρούν να τυποποιήσουν τις περιπτώσεις νοσηλευομένων ασθενών και να δημιουργήσουν ομάδες νοσοκομειακών προϊόντων, που θα αποζημιώνονται στη βάση των πόρων που είναι αναγκαίοι για να παραχθούν. Στηρίζονται στη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (ICD). Οι παράγοντες που λαμβάνουν υπόψη είναι, εκτός από την αρχική διάγνωση, οι πιθανές επιπλοκές ή άλλες ασθένειες που έχουν διαγνωστεί για τον συγκεκριμένο ασθενή, το φύλο, η ηλικία, η βαρύτητα της ασθένειας και η μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία χρησιμοποιείται ως δείκτης για τη χρησιμοποίηση των πόρων (Αλετράς Β., 2002). Κύριοι λόγοι της ολοένα και μεγαλύτερης υιοθέτησης των DRGs είναι η περιγραφή της διάρθρωσης των περιστατικών νοσηλείας ενός νοσοκομείου, η σύγκριση των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων διαχρονικά και ανά γεωγραφική περιοχή, η διαμόρφωση πολιτικής υγείας που βασίζεται στα αποτελέσματα, με παράλληλη αξιολόγηση της θνησιμότητας και των επανεισαγωγών. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται σημαντικά η λήψη αποφάσεων χρηματοδότησης και κατανομής πόρων. Ταυτόχρονα η εκτίμηση του κόστους γίνεται νωρίτερα, κάτι το οποίο βοηθά στην συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς (Πολύζος, 2007).

Πίνακας 3: Δομικά στοιχεία και παράγοντες προσδιορισμού των DRGs	
Δομικά στοιχεία ενός συστήματος DRG	Καθοριστικοί παράγοντες
Σύστημα κατηγοριοποίησης ασθενών	Διάγνωση
	Διαδικασίες
	Σοβαρότητα
Συλλογή δεδομένων	Κλινικά δεδομένα
	Δεδομένα Κόστους
	Μέγεθος Δείγματος
Τιμολόγηση	Μέσες τιμές
	Στάθμιση Κόστους
Ποσοστό Αποζημίωσης	Εξαίρεσεις (outliers)
	Περιπτώσεις Υψηλού Κόστους
Πηγή: (Scheller-Kreinsen D., 2009)	

Τα DRGs αντιμετωπίζονται συχνά ως εργαλείο αποζημίωσης των νοσοκομείων για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Ο πρωταρχικός σκοπός όμως για τον οποίο σχεδιάστηκαν είναι τελείως διαφορετικός, και οι σκοποί που εξυπηρετούν ποικίλουν. Οι σκοποί αυτοί θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε αύξηση διαφάνειας, αύξηση αποδοτικότητας και

υποστήριξη της διοίκησης (Scheller-Kreinsen D., 2009). Παρακάτω ακολουθεί ένας πίνακας όπου παρουσιάζει τον αρχικό σκοπό που είχε η κάθε χώρα που υιοθέτησε κάποιο σύστημα DRG, και ποιους σκοπούς εξυπηρετούσε κυρίως το σύστημα DRG στην ίδια χώρα το 2010. Δηλαδή περίπου 10-15 χρόνια αργότερα, ανάλογα με την περίπτωση. Αυτό που παρατηρείται είναι πως οι χώρες που εφάρμοσαν αρχικά τα DRGs ως οικονομικό εργαλείο, συνέχισαν να το κάνουν με κάποιες εξ αυτών να αξιοποιούν το σύστημα και για μέτρηση απόδοσης ή benchmarking. Ενώ όσες τα εφάρμοσαν αρχικά σαν εργαλείο διοίκησης (Φιλανδία, Πορτογαλία), στη συνέχεια αξιοποίησαν και τις δυνατότητες του συστήματος για οικονομικά θέματα. Το παραπάνω φαινόμενο αποδεικνύει πως οι Ευρωπαϊκές χώρες έχουν την δυνατότητα να αλλάζουν το σκοπό χρήσης των DRG συστημάτων τους, και άρα ενδεχομένως να μπορούσαν να υιοθετήσουν ένα πιο ομοιογενές DRG σύστημα (Paat-Ahi, 2016). Αυτή τη λογική ακολουθεί το NordDRG που ήδη χρησιμοποιείται από τρεις χώρες.

Πίνακας 4: Σύγκριση Αρχικού Σκοπού Εφαρμογής των DRGs και Κύριου Σκοπού το 2010 σε Ευρωπαϊκές Χώρες			
Χώρα	Έτος	Αρχικός Σκοπός	Κύριος Σκοπός το 2010
Αυστρία	1997	Κατανομή Προϋπολογισμού	Κατανομή Προϋπολογισμού, Σχεδιασμός
Αγγλία	1992	Κατηγοριοποίηση ασθενών	Πληρωμές
Εσθονία	2003	Πληρωμές	Πληρωμές
Φιλανδία	1995	Αποτύπωση λειτουργίας νοσοκομείου, Benchmarking	Διοίκηση και Σχεδιασμός, Benchmarking, Τιμολόγηση
Γαλλία	1991	Αποτύπωση λειτουργίας νοσοκομείου	Πληρωμές
Γερμανία	2003	Πληρωμές	Πληρωμές
Ιρλανδία	1992	Κατανομή Προϋπολογισμού	Κατανομή Προϋπολογισμού
Ολλανδία	2005	Πληρωμές	Πληρωμές
Πολωνία	2008	Πληρωμές	Πληρωμές
Πορτογαλία	1984	Μέτρηση αποτελεσμάτων	Κατανομή

		Νοσοκομείων	Προϋπολογισμού
Ισπανία	1996	Πληρωμές	Πληρωμές, Benchmarking
Σουηδία	1995	Πληρωμές	Benchmarking, Μέτρηση Απόδοσης
Πηγή: (Busse, 2013)			

Τα βασικά κίνητρα εφαρμογής ενός συστήματος DRG, είναι σύμφωνα με τον (Busse R, 2006) τα εξής:

- Ενθαρρύνει την θεραπεία ασθενών των οποίων το αναμενόμενο κόστος θεραπείας είναι μικρότερο από την αντίστοιχη αποζημίωση. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί θετικό αν ο ασθενής επωφεληθεί από την θεραπεία, ή αρνητικό (για τον ίδιο) αν τα οφέλη είναι υπό αμφισβήτηση.
- Αποθαρρύνει την θεραπεία ασθενών των οποίων το αναμενόμενο κόστος θεραπείας είναι μεγαλύτερο από την αντίστοιχη αποζημίωση. (Επηρεάζει συνήθως ασθενείς υψηλής εξάρτησης από την θεραπεία).
- Ενθαρρύνει την επιπλέον κωδικοποίηση των επιπλοκών μιας ασθένειας. Κάτι τέτοιο αναβαθμίζει ένα σύστημα DRG και αυξάνει την αποζημίωση.
- Μπορεί μέσω της εντατικής θεραπείας ενός ασθενούς να αυξηθεί η σοβαρότητα της κατηγορίας στην οποία ανήκει και άρα το νοσοκομείο να λάβει μεγαλύτερη αποζημίωση (αν η θεραπεία κοστίζει τελικά λιγότερο).
- Σε κάθε κατηγορία θεραπείας, το σύστημα δίνει ισχυρό κίνητρο στο νοσοκομείο να περιορίσει τα κόστη, ή να τα μετακυλήσει αλλού. Συνήθως στον χρήστη των υπηρεσιών ή σε κάποιο κοινωνικό φορέα.
- Όταν το σύστημα χρησιμοποιείται μόνο για κοστολόγηση και αποζημίωση νοσοκομείων, δεν παρέχει κάποιο κίνητρο διασφάλισης της ποιότητας της θεραπείας. Αντιθέτως μπορεί να θεωρηθεί κανείς ότι αποτελεί ισχυρό κίνητρο ώστε να γίνουν περικοπές στην ποιότητα.

Συνεπώς, ο ρόλος ενός συστήματος DRG είναι πολλαπλός. Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο κατηγοριοποίησης των ασθενειών και προϋπολογισμού του κόστους θεραπείας. Η θέσπιση ενός Κοινού Ευρωπαϊκού συστήματος DRG θα μπορούσε να διευκολύνει την συνεργασία μεταξύ χωρών για περιπτώσεις διασυνοριακής παροχής υπηρεσιών υγείας, και να θέσει βάσεις ώστε να

υπάρξει ομοιογένεια στην κοστολόγηση των αποζημιώσεων. Τα αναμενόμενα οφέλη θα μπορούσαν να είναι να αποφεύγεται η αλληλοεπικάλυψη των εργασιών μεταξύ χωρών, η βελτίωση των διαδικασιών ανταλλαγής τεχνογνωσίας ως προς την βελτιστοποίηση των DRGs, η ενίσχυση της διαφάνειας στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η σύγκριση δεδομένων κόστους υπηρεσιών και παραγωγικότητας και τέλος, η διευκόλυνση της μετακίνησης των ασθενών καθώς και των πληρωμών (Geissler A., 2015).

2.6 Διαπίστευση φορέων παροχής Υπηρεσιών Υγείας και πληροφόρηση ασθενών

Άλλος ένας παράγοντας που συνέβαλε στην σύγκλιση και την ομοιογένεια των συστημάτων υγείας είναι τα συστήματα διαπίστευσης (Cortez, 2009). Η δημοσιοποίηση και προβολή των του αποτελέσματος της προσπάθειας φορέων υγείας για διαπίστευση, εξέλιξε τον ρόλο των συστημάτων διαπίστευσης. Ο ρόλος τους έγινε σταδιακά από συμβουλευτικός πιο εποπτικός και ενημερωτικός. Σε συστήματα υγείας όπου παρέχεται η δυνατότητα επιλογής φορέα νοσηλείας, η ανοιχτή πληροφόρηση αυτού του είδους αποτελεί σημαντικό κριτήριο που αποτελεί μέρος της διαδικασίας λήψης απόφασης των ασθενών. Παρόλο που η δημοσιευμένη πληροφορία θα μπορούσε να είναι χρήσιμη και για τους ασθενείς, φαίνεται να την αξιοποιούν περισσότερο άλλοι οργανισμοί υγείας και κυβερνητικοί φορείς. Αυτό γιατί το κοινό δεν είναι ακόμα εκπαιδευμένο να αξιοποιεί τέτοιου είδους πληροφόρηση (The Joint Commission, 2007). Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει το γεγονός ότι η πληροφορία αυτή δεν έχει μια τυποποιημένη μορφή, ούτε έχει αναπτυχθεί κάποιος μηχανισμός ανταλλαγής πληροφορίας που να την καθιστά εύκολα αξιοποιήσιμη από μη εξοικειωμένους χρήστες (Shaw C., 2013). Η δημοσίευση λεπτομερούς πληροφόρησης για τα αποτελέσματα εφαρμογής του συστήματος, είναι συνήθως χαρακτηριστικό οργανισμών που λαμβάνουν δημόσια χρηματοδότηση, ή παρουσιάζουν έντονη υπευθυνότητα και έχουν συστήματα λογοδοσίας. Για να μπορέσει όμως η διαπίστευση να μπορεί να αποτελεί μέρος της λήψης της απόφασης ενός ασθενή και να προωθεί την διασυνοριακή μετακίνηση, τότε η πληροφόρηση πρέπει να είναι πλήρης, προσβάσιμη και να παρέχεται με συνέπεια στο σύνολο της Ε.Ε (Charles D. Shaw, 2010).

2.7 Συστήματα Πιστοποίησης και Διαπίστευσης

Σύμφωνα με την διατύπωση του προτύπου ISO/IEC Guide 2 «Διαπίστευση (accreditation) είναι η επιβεβαίωση τρίτου μέρους που αναφέρεται στο φορέα αξιολόγησης συμμόρφωσης, προσδίδοντας επίσημη τεκμηρίωση της ικανότητάς του να διεξάγει καθορισμένους ρόλους (tasks) αξιολόγησης συμμόρφωσης.» (ISO, 2004)

Ένας αντίστοιχος ορισμός της διαπίστευσης, προσαρμοσμένος σε υπηρεσίες υγείας είναι «Η διαδικασία κατά την οποία ένας οργανισμός, εκτός αυτού που παρέχει υπηρεσίες υγείας, συνήθως μη κυβερνητικός, αξιολογεί τον οργανισμό ώστε να καθορίσει αν ανταποκρίνεται σε ένα πρότυπο που έχει σχεδιαστεί ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.» (Joint Commission, 2003)

Η διαπίστευση στις υπηρεσίες υγείας είναι συνήθως εθελοντική (Saufi N., 2003).

Παρέχει την εμφανή δέσμευση ενός οργανισμού, να βελτιώσει την ασφάλεια και ποιότητα της περίθαλψης του ασθενούς, να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον περίθαλψης, και να εργάζεται συνεχώς ώστε να μειώσει τους κινδύνους σε ασθενείς και προσωπικό.

Ο φορέας που αναλαμβάνει την διαπίστευση του νοσοκομείου, αξιολογεί τον βαθμό συμμόρφωσης του οργανισμού, και έπειτα κοινοποιεί τα αποτελέσματα. Συνεπώς η διαπίστευση αποτελεί ένα εργαλείο διαχείρισης ποιότητας, το οποίο συντίθεται από δύο βασικά χαρακτηριστικά: τυποποίηση βάσει προτύπου και μια διεργασία ανασκόπησης (Scrivens., 1995).

Η διαφορά της πιστοποίησης ενός συστήματος με την διαπίστευση έγκειται στο γεγονός ότι η πιστοποίηση αφορά την επίσημη αναγνώριση της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις κάποιου συγκεκριμένου προτύπου. Το πρότυπο αυτό μπορεί να είναι οποιοδήποτε, και απαιτείται εξωτερική αξιολόγηση από αρμόδιο εξουσιοδοτημένο επιθεωρητή. Ένας οργανισμός που έχει πιστοποιήσει το σύστημα διαχείρισής του με κάποιο πρότυπο (πχ το ISO 9001) εγγυάται ότι θα παρέχει το προϊόν ή την υπηρεσία που παρέχει όπως την έχει σχεδιάσει. Δεν πιστοποιείται όμως το τελικό αποτέλεσμα. Συνεπώς, η πιστοποίηση δεν ταυτίζεται με την διαπίστευση, αλλά είναι συστήματα που εξυπηρετούν την ανάγκη για ποιότητα και πληροφόρηση ως προς την απόδοση (Rooney AL, 1999).

Φορείς Διαπίστευσης

Ο Εθνικός φορέας διαπίστευσης για την Ελλάδα είναι το Ε.ΣΥ.Δ.-Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης. Το Ε.ΣΥ.Δ. χορηγεί πιστοποιητικά σε Εργαστήρια Δοκιμών και

Διακριβώσεων, Κλινικά Εργαστήρια, Διοργανωτές Διεργαστηριακών Συγκρίσεων, Φορείς Πιστοποίησης Προϊόντων, Φορείς Πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης της Ποιότητας, Φορείς Πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης της Ασφάλειας των Τροφίμων, Φορείς Πιστοποίησης Συστημάτων Περιβαλλοντικής Διαχείρισης, Περιβαλλοντικοί Επαληθευτές (σύμφωνα με τον κανονισμό EMAS), Φορείς Πιστοποίησης Προσώπων, Φορείς Πιστοποίησης Βιολογικών Προϊόντων, Φορείς Πιστοποίησης Συστημάτων Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία, Φορείς Ελέγχου Προϊόντων, Διεργασιών ή Εγκαταστάσεων, Κέντρα Τεχνικού Ελέγχου Οχημάτων (ΚΤΕΟ), Φορείς Επαλήθευσης Εκπομπών Αερίων Θερμοκηπίου.

Αν σε ένα Νοσοκομείο υπάρχει πρόθεση για διαπίστευση του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών του, απαιτείται επιλογή ενός διεθνούς φορέα διαπίστευσης που μπορεί να αναλάβει αυτό το ρόλο.

Τέτοιοι είναι οι παρακάτω:

Πίνακας 5: Φορείς Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας
American Association of Blood Banks, Accreditation and Quality Programme - AABB
Accreditation Canada
The Australian Council on Healthcare Standard - ACHS International
Australian General Practice Accreditation Limited / Quality in Practice - QIP/AGPAL
Healthcare Accreditation Quality Unit, UK - CHKS-HAQU
Council for Health Service Accreditation of Southern Africa - COHSASA
Health Accreditation System of Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, Co - ICONTEC
The Irish Health Service Accreditation Board - IHSAB
Joint Commission International, USA - JCI
Malaysian Society for Quality in Health - MSQH
Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare - NIAZ
Quality Improvement Council and the QIC Accreditation Program, Australia - QIC
Taiwan Joint Commission on Healthcare Accreditation - TJCHA
Health and Disability Auditing New Zealand - HDANZ
Global-Mark Pty Ltd, Healthcare Certification Programme
Aged Care Standards and Accreditation Agency, Australia – ACSAA
<i>Πηγή: (ISQUA)</i>

Οι τρεις μεγαλύτεροι φορείς εξ' αυτών είναι οι Accreditation Canada, JCI και ACHSI. Υπεύθυνος για την διαπίστευση των οργανισμών διαπίστευσης υπηρεσιών είναι ο International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Ο ISQua είναι παγκόσμιος οργανισμός ο οποίος λειτουργεί ως «ομπρέλα» για τους φορείς αυτούς.

Το διεθνές πρόγραμμα διαπίστευσης του ξεκίνησε το 1999 και ως τον Δεκέμβριο του 2009 έχουν διαπιστευτεί 16 φορείς. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει αυτοαξιολόγηση που επικυρώνεται από επιτόπια επιθεώρηση. Το πρότυπο του ISQua έχει ενσωματώσει απαιτήσεις του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO) για τους οργανισμούς πιστοποίησης, τα κριτήρια Baldrige για την βελτιστοποίηση απόδοσης, όπως περιλαμβάνονται και στο πρότυπο επιχειρηματικής αριστείας του EFQM (European Foundation For Quality Management), και κριτήρια αριστείας από πρότυπα διάφορων εθνικών φορέων διαπίστευσης.

Οι κύριες διεργασίες στις οποίες αναφέρεται το πρότυπο είναι τέτοιες που να αντικατοπτρίζουν τις λειτουργίες ενός φορέα διαπίστευσης.

Αυτές είναι:

- Διακυβέρνηση
- Στρατηγική/Επιχειρησιακή και Χρηματοοικονομική Διοίκηση
- Διαχείριση Κινδύνου και Βελτίωση Απόδοσης
- Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων
- Διαχείριση Πληροφοριών
- Διαχείριση Αξιολογητών
- Διαχείριση Αξιολόγησης
- Διαπίστευση ή χορήγηση Πιστοποιητικού

Τα διαθέσιμα πρότυπα διαπίστευσης νοσοκομείων διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την έμφαση που δίνουν σε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Στον Πίνακα 6, παρουσιάζονται 6 πρότυπα διαφορετικών χωρών ως προς 23 χαρακτηριστικά και προκύπτει ο ακόλουθος συγκριτικός πίνακας (Tabrizi, 2011).

Πίνακας 6: Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών συστημάτων διαπίστευσης						
Όνομα Οργ./ Χώρα	JCAHO/JCI	CCHSA	ACHS	ANAE S	QHNZ	UK programs
Ιδιότητες	ΗΠΑ	Καναδάς	Αυστραλία	Γαλλία	Νέα Ζηλανδία	Αγγλία
Επίδραση στην βελτίωση ποιότητας	****	**	**	*	*	*
Επίδραση στην βελτίωση	****	**	*	*	*	*

ασφάλειας						
Βελτίωση στην ολοκλήρωση της διοίκησης υγείας	***	**	*	*	*	*
Παρέχει βάσεις δεδομένων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης	*					
Σχεδιάζει ένα διεθνή κλάδο	*	-	-	-	-	-
Επηρέασε άλλα προγράμματα διαπίστευσης	***	*	*	*	*	*
Στοιχειοθέτηση της εμπιστοσύνης του κοινού στην διαδικασία	****	**	*	*	*	*
Έμφαση στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα	***	**	*	*	*	*
Έμφαση στην συνεχή καινοτομία	****	**	*	*	*	*
Επηρεασή σε παγκόσμια πρότυπα διαπίστευσης	****	**	*	*	*	*
Έμφαση στα δικαιώματα ασθενών και στην δημιουργία κουλτούρας ηθικής	***	*	*	*	*	*
Εστίαση στην πληροφοριακή διοίκηση	***	*	*	*	*	*
Ιστορία του οργανισμού	****	***	**	*	*	*
Αποτελεσματική σχέση με τους εταίρους	***	**	**	**	**	**
Αποτελέσματα κατάληλα για δημοσιοποίηση	***	**	**	**	**	**
Συμφωνία με τον δείκτη AGIL (Adaptation-Goal Attainment-Integration-Latency)	***	***	*	**		
Εύρος πεδίου δράσης	***	**	**	*	**	*
Διαπιστευμένος από τον ISQua	*	*	*	-	-	*
Λαμβάνει υπόψη και τα 3 είδη δεικτών απόδοσης	*	*	-	-	-	*
Σαφής δήλωση προθέσεων	*	*	*	-	-	-

Εθελοντική Συμμετοχή	*	*	*	-	*	*
Κυβερνητικοί/Μη Κυβ. Οργανισμοί	*	*	*	-	-	*
Εύρος κάλυψης και επιστημονικό επίπεδο	****	**	*	*	*	*
Πηγή: (Tabrizi, 2011)						

Από τον παραπάνω πίνακα διαμορφώνεται και το προφίλ του κάθε προγράμματος διαπίστευσης. Το πρόγραμμα του JCI δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα, στον σχεδιασμό προδιαγραφών που εντοπίζουν και αποτρέπουν τραυματισμούς, χρησιμοποιεί μεγάλο εύρος δεικτών ποιότητας, και εστιάζει σε βέλτιστες πρακτικές (Auras S, 2010). Το πρόγραμμα της Αυστραλίας εστιάζει περισσότερο στην βελτίωση της νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ το Καναδικό δίνει έμφαση στην συνεχή βελτίωση ποιότητας (Arah OA, 2003).

Στα πλαίσια της διαπίστευσης υπηρεσιών υγείας, έχουν αναπτυχθεί και πρότυπα διαπίστευσης επαγγελματιών υγείας ως προς την επάρκειά της εκπαίδευσής τους. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται το Ευρωπαϊκό European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications (ECAMSQ). Σκοπός του προγράμματος είναι να θέσει υψηλές προδιαγραφές εκπαίδευσης, και μελλοντικά να μπορούν να αξιολογηθούν οι επαγγελματίες υγείας. Χωρίς να προτίθεται να αντικαταστήσει τους αρμόδιους εθνικούς φορείς σε κάθε χώρα, το πρόγραμμα αναμένεται να ενθαρρύνει τις μεταπτυχιακές σπουδές των επαγγελματιών υγείας, δημιουργώντας ένα σύστημα περιοδικής αξιολόγησής τους, που εκτός από ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, θα περιλαμβάνει και απευθείας παρατήρηση δεξιοτήτων στην ιατρική πράξη(UAEMS.eu).

Διαπίστευση Νοσοκομείων και ποιότητα περίθαλψης ασθενών

Για το θέμα της συσχέτισης και της επίπτωσης που έχει η εφαρμογή προτύπων στα αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς έχουν γίνει αρκετές έρευνες. Αντίστοιχα, στην περίπτωση της διαπίστευσης, για τα πρότυπα που εφαρμόζονται ώστε να ορίσουν τις διεργασίες του οργανισμού, δεν έχει αποδειχτεί επαρκής συσχέτιση (Collory, 1995). Οι περισσότερες αξιολογήσεις συστημάτων διαπίστευσης τείνουν να είναι περιγραφικές. Η αξιολόγηση εστιάζει κυρίως στα αποτελέσματα και την επίπτωση που έχει το σύστημα στο προσωπικό, παρά στους ασθενείς (με την έννοια ότι δεν αξιολογείται το ιατρικό αποτέλεσμα) (Buxton, 1995). Υπάρχουν περιπτώσεις οργανισμών που έδωσαν περισσότερη έμφαση στην εφαρμογή

του συστήματος διαπίστευσης, αναθέτοντας πολλά επιπλέον γραφειοκρατικά κυρίως καθήκοντα στους εργαζόμενους. Όπου αυτό έγινε χωρίς ανάλογη αύξηση του απασχολούμενου προσωπικού, αντιμετώπισαν το πρόβλημα της μείωσης της ικανοποίησης των ασθενών. Αυτό παρουσιάστηκε σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης και εφαρμογής του συστήματος διαπίστευσης σε νοσοκομεία, και αποδίδεται στο ότι το προσωπικό στην αρχή, χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να διεκπεραιώσει τα καθήκοντά του όπως περιγράφονται στο σύστημα, με αποτέλεσμα η βελτίωση να έρχεται σταδιακά (Scrivens, 1997). Το συμπέρασμα δεν είναι πως τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας, ή διαπίστευσης νοσοκομείων μειώνουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών τους προς τους ασθενείς. Αντιθέτως, αποτελούν συστήματα με δομημένες διεργασίες που οδηγούν σε συνεχή βελτίωση, δημιουργώντας προϋποθέσεις για καλύτερα αποτελέσματα. Η Ανώτερη Διοίκηση πρέπει να δεσμεύεται για την στήριξη της προσπάθειας και να εξασφαλίζει την επάρκεια των απαιτούμενων πόρων. Τα βασικά εσωτερικά οφέλη από την διαδικασία διαπίστευσης για έναν οργανισμό είναι η ενίσχυση της ομαδικότητας μεταξύ των εργαζομένων, η εσωτερική συνοχή των διαδικασιών, η τυποποίηση ιατρικών και διοικητικών διαδικασιών, η εφαρμογή και ανασκόπηση της πολιτικής ποιότητας, η ανάπτυξη της αυτοαξιολόγησης, η γνώση που προκύπτει από την εμπειρία των αξιολογητών, η βελτίωση της δημόσιας εικόνας του νοσοκομείου και μακροχρόνια, η αύξηση ικανοποίησης επωφελούμενων, προμηθευτών και προσωπικού (Shaw, 2004). Ως επιπλέον οφέλη ο JCI αναφέρει στην ιστοσελίδα του, την διαπραγματευτική δύναμη του νοσοκομείου με τους χρηματοδότες όταν έχει στοιχεία πλέον για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, η ανάπτυξη μιας κουλτούρας αξιοποίησης της γνώσης που προκύπτει από αστοχίες.

2.8 Τρόποι Παροχής Υπηρεσιών Διασυνοριακής Φροντίδας Υγείας

Στο European Commission Communication, διακρίνονται τέσσερις βασικοί τρόποι παροχής διασυνοριακής φροντίδας υγείας (European Commission, 2006).

Αυτοί είναι:

- Η χρήση υπηρεσιών στο εξωτερικό (όπου ένας ασθενής μετακινείται σε ένα άλλο κράτος μέλος για να του χορηγηθεί θεραπεία ή ασθενεί σε άλλο κράτος μέλος ξαφνικά) και αυτοί είναι που αναφέρονται παρακάτω ως «μετακινούμενοι ασθενείς».

- Απομακρυσμένη παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας (παροχή υπηρεσιών υγείας από τον χώρο ενός κράτους μέλους στο χώρο ενός άλλου), αυτές μπορεί να είναι υπηρεσίες τηλεϊατρικής, απομακρυσμένη διάγνωση και συνταγογράφηση, καθώς και εργαστηριακές υπηρεσίες.
- Μόνιμη παρουσία ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε άλλη χώρα (που αφορά σε εγκατάσταση ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα άλλο κράτος μέλος), όπως οι τοπικές κλινικές μεγαλύτερων φορέων (αυτή η κατηγορία δεν περιλαμβάνει την μετακίνηση επαγγελματιών υγείας).
- Προσωρινή παραμονή επαγγελματιών υγείας (που αφορά επαγγελματίες υγείας που μεταφέρονται στο χώρο ενός άλλου κράτους μέλους για να παρέχουν υπηρεσίες). Το προσωπικό αυτό αναφέρεται ως «μετακινούμενοι επαγγελματίες υγείας».

Οι υπηρεσίες διασυνοριακής φροντίδας διαχωρισμένες ανά τρόπο παροχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 7 και έπειτα ακολουθεί η περαιτέρω ανάλυσή τους.

Πίνακας 7: Τι συμπεριλαμβάνει η διασυνοριακή φροντίδα υγείας			
Μετακινούμενοι Ασθενείς	Απομακρυσμένες Διασυνοριακές Υπηρεσίες Υγείας	Μόνιμη παραμονή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε άλλη χώρα	Μετακινούμενοι Επαγγελματίες Υγείας
Ανεξάρτητοι ασθενείς που κανονίζουν μόνοι τους να νοσηλευτούν σε άλλη χώρα	Τηλεϊατρική	Κλινικές που ανήκουν στον φορέα ενός κράτους και είναι εγκατεστημένες σε άλλο κράτος	Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται ταυτόχρονα σε δύο ή περισσότερες χώρες
Ταξιδιώτες (Τουρίστες, Φοιτητές, Επαγγελματίες)	Τηλεφροντίδα		Συνεργασίες μεταξύ νοσοκομείων που περιλαμβάνει την αποστολή προσωπικού από το ένα στο άλλο

Μετανάστες εκτός ΕΕ	Τηλε-υγεία		
Ασθενείς που μεταφέρονται μέσω του εθνικού συστήματος υγείας τους σε άλλη χώρα			
Κάτοικοι σε συνοριακές περιοχές			
Άτομα που συνταξιοδοτούνται σε χώρα εκτός της χώρας καταγωγής τους			
Άτομα που ζούσαν αλλού, και επιστρέφουν στην χώρα καταγωγής τους για να συνταξιοδοτηθούν			

Μετακινούμενοι ασθενείς

Οι μετακινούμενοι ασθενείς χωρίζονται και αυτοί σε περαιτέρω κατηγορίες, ανάλογα με τις αιτίες της μετακίνησης. Οι κατηγορίες αυτές είναι (Bertinato, 2005):

- Προσωρινοί επισκέπτες μιας χώρας. Αυτοί είναι άτομα που ταξιδεύουν είτε για λόγους αναψυχής, είτε και επαγγελματικούς λόγους και έτυχε να ασθενήσουν εκεί και να χρειαστεί να τους παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας. Συχνά τους αποκαλούν ως «Νέους Ευρωπαίους», καθώς το φαινόμενο εσωτερικής μετακίνησης εντός της Ευρώπης, οξύνθηκε με την κατάργηση των συνόρων. Για αυτή την κατηγορία ασθενών είχε δημιουργηθεί το E111, το οποίο όμως και δεν λύνει όλα τα πρακτικά ζητήματα που δημιουργούνται με την μετακίνηση ασθενών.

- Επισκέπτες μακράς διάρκειας παραμονής που συνταξιοδοτούνται σε άλλη χώρα. Ο αριθμός ανθρώπων που συνταξιοδοτούνται σε άλλη χώρα είναι αυξανόμενος. Παρά το ότι αυτό το φαινόμενο δεν είναι καινούριο (για παράδειγμα, εδώ και χρόνια Ιρλανδοί οι οποίοι ως εργαζόμενοι ζουν στην Αγγλία, και συνταξιοδοτούνται στην Ιρλανδία), οι αριθμοί, αλλά και οι προορισμοί έχουν μεταβληθεί σημαντικά. Υπάρχουν πλέον πολλοί κάτοικοι της βόρειας Ευρώπης που επιλέγουν να συνταξιοδοτηθούν στην νότια Ευρώπη και πιο συγκεκριμένα στην Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ελλάδα, καθώς επίσης και σε υποψήφια ή πρόσφατα κράτη μέλη όπως η Κροατία και η Βουλγαρία. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν επίσης και άτομα που είχαν μεταναστεύσει στο παρελθόν και επιστρέφουν στην χώρα καταγωγής τους για να συνταξιοδοτηθούν εκεί (Rossenmoller, 2006).
- Άτομα που κατοικούν σε συνοριακές περιοχές. Σε πολλές περιπτώσεις, σε τοποθεσίες κοντά στα σύνορα υπάρχουν συνεργασίες μεταξύ χωρών, ώστε να εξυπηρετούνται με την ίδια μονάδα υγείας πληθυσμοί που βρίσκονται και από τις δύο πλευρές. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα συνεργασίας όπου δύο χώρες μοιράζονται τις εγκαταστάσεις τους σε τέτοιες συνοριακές περιοχές. Τέτοια είναι η πόλη Βάλκα/Βάλγκα στα σύνορα Λετονίας-Εσθονίας, ή πόλη Νόβα Γκόριτσα/Γκορίτσα στα σύνορα Σλοβενίας-Ιταλίας. Παρόλα αυτά υπάρχουν πρακτικά ζητήματα που δεν έχουν επιλυθεί ακόμα, όπως η εθνικότητα των παιδιών που γεννιούνται σε ένα νοσοκομείο που βρίσκεται στην άλλη πλευρά των συνόρων της χώρας που κατοικούν οι γονείς τους. Σε άλλες περιπτώσεις αυτό μπορεί να γίνεται άτυπα, από κατοίκους των συνόρων που επιλέγουν να νοσηλευτούν στην γειτονική χώρα, επειδή θεωρούν πως είναι πιο κοντά, ή θα εξυπηρετηθούν καλύτερα. Μεγάλο μερίδιο των μετακινούμενων ασθενών συνήθως ανήκει σε αυτή την κατηγορία καθώς έχει καθιερωθεί (European Commission, 2008).
- Ασθενείς που στέλνονται για θεραπεία σε άλλη χώρα. Κάποιες χώρες έχουν υιοθετήσει πολιτικές σύμφωνα με τις οποίες κάποιοι ασθενείς μεταφέρονται σε εξωτερικό για θεραπεία. Αλλού, μπορεί να είναι κάποια βραχυχρόνια στρατηγική, ώστε να καταπολεμήσουν τοπικά μονοπώλια και να αλλάξουν το εθνικό σύστημα υγείας τους. Μικρές χώρες, όπως η Μάλτα, η Κύπρος και η Ισλανδία, έχουν μακρόχρονη παράδοση να στέλνουν ασθενείς στο εξωτερικό,

όταν πρόκειται για εξειδικευμένες θεραπείες. Τέτοιες θεραπείες μπορεί να είναι μια εγχείριση καρδιάς ή μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, ήπατος, καρδιάς ή πνεύμονα. Στην περίπτωση της Δανίας, αν ο χρόνος αναμονής για μια θεραπεία ξεπερνά το όριο που έχει ορίσει το σύστημα υγείας της, στον ασθενή προτείνεται η κάλυψη του κόστους της θεραπείας σε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Στην Ιταλία ισχύει το ίδιο, με την διαφορά ότι για να είναι προτεινόμενο ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, πρέπει να είναι διαπιστευμένο (KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH, 2015).

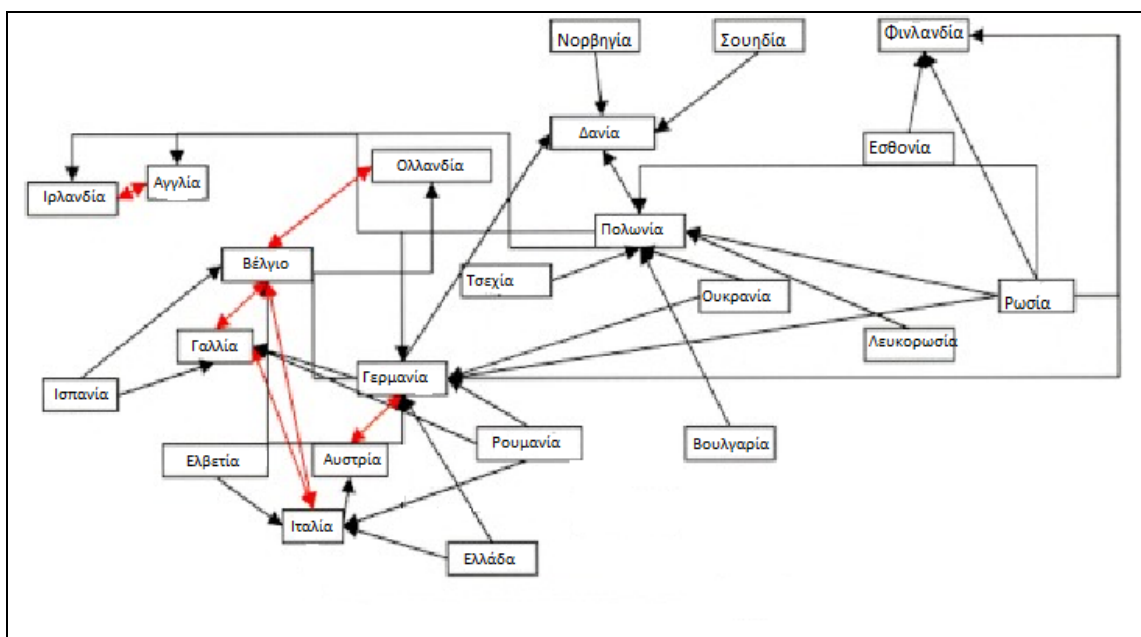
- Ασθενείς που κανονίζουν οι ίδιοι την νοσηλεία τους σε άλλη χώρα. Η κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνει ασθενείς που επιδιώκουν οι ίδιοι να νοσηλευτούν σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Οι αιτίες ποικίλουν, και μπορεί να είναι η προσδοκία πως θα λάβουν καλύτερες υπηρεσίες, οι μικρότερες λίστες αναμονής για προγραμματισμένες επεμβάσεις, ή ακόμα και το χαμηλό κόστος. Παρά το γεγονός ότι η θεραπεία εντός της ΕΕ είναι κατοχυρωμένο δικαίωμα για τους Ευρωπαίους πολίτες, ο αριθμός αυτών που το αξιοποιούν είναι ακόμα μικρός. Η αναπαραγωγική υγεία είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους που αποφασίζουν άνθρωποι να διασχίσουν τα σύνορα προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας (Hudson, 2011). Πιο συγκεκριμένα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα έτη 2008-2009 εκτιμήθηκε πως περίπου 11.000-14.000 ασθενείς διασχίζουν τα σύνορα εντός Ευρώπης για να λάβουν διασυνοριακές υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας (Shenfield F., 2010).
- Οι «αόρατοι» ασθενείς. Τέλος υπάρχει μια ομάδα ανθρώπων που χάνεται στα κενά που έχουν τα υπάρχοντα συστήματα. Στην ομάδα αυτή ανήκουν μετανάστες εργαζόμενοι, αλλά και μετακινούμενοι πληθυσμοί, όπως άτομα που επιθυμούν να αιτηθούν άσυλο, καθώς και θύματα της παράνομης διακίνησης ανθρώπων. Υπάρχει παρόλα αυτά πολύ λίγη πληροφόρηση σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν σε χώρες όπου έχουν διαμείνει. Άλλη μια ιδιαιτερότητα των μετακινούμενων πληθυσμών είναι ότι σε έκτακτες περιπτώσεις οι υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται είναι συχνά από φορείς που δεν χρηματοδοτούνται από το εθνικό σύστημα υγείας, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα.

Μετακινούμενοι επαγγελματίες υγείας

Υπάρχουν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται σε παραπάνω από μία χώρες, άλλοι που μεταναστεύουν σε άλλη χώρα της ΕΕ για να εργαστούν, και άλλοι που το νοσοκομείο που είναι η έδρα τους, μπορεί να τους στέλνει για κάποιες μέρες σε άλλο συνεργαζόμενο νοσοκομείο άλλης χώρας. Ένα παράδειγμα συνεργασίας μεταξύ χωρών, είναι νοσοκομεία της Αγγλίας που κάποια Σαββατοκύριακα συνεργάζονται με χειρουργικές ομάδες που έρχονται από νοσοκομεία της Γερμανίας. Αυτές οι ομάδες χειρουργούν περιστατικά που δεν κρίνονται ως επείγοντα, και στην συνέχεια επιστρέφουν στην Γερμανία (Bertinato, 2005). Με αυτό τον τρόπο τα συγκεκριμένα νοσοκομεία μειώνουν τις ουρές αναμονής τους. Το θεσμικό πλαίσιο μέσω του οποίου δίνεται η δυνατότητα μετακίνησης επαγγελματιών υγείας είναι το Directive 2005/36/EC.

Η μετακίνηση επαγγελματιών υγείας εκτιμάται πως έχει θετικά αποτελέσματα για το σύστημα υγείας μιας χώρας-αποδέκτη όταν είναι βραχυχρόνια, και αρνητικά για την χώρα-πηγή όταν είναι μακροχρόνια (Golubnitschaja O., 2011). Αυτό γιατί καλύπτονται μεν ανάγκες της χώρας στην οποία μετακινούνται, αλλά αν μείνουν εκεί για μεγάλο διάστημα, η χώρα από την οποία προέρχονται είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει πρόβλημα έλλειψης ιατρικού προσωπικού. Ειδικά σε χώρες που λόγω γλώσσας, είναι δύσκολο να «εισάγουν» επαγγελματίες υγείας, αλλά συνεχίζουν να «εξάγουν» προσωπικό σε άλλες χώρες, το πρόβλημα γίνεται εντονότερο.

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει την μετακίνηση επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη. Με κόκκινο χρώμα φαίνονται οι αμφίδρομες μετακινήσεις μεταξύ των χωρών.

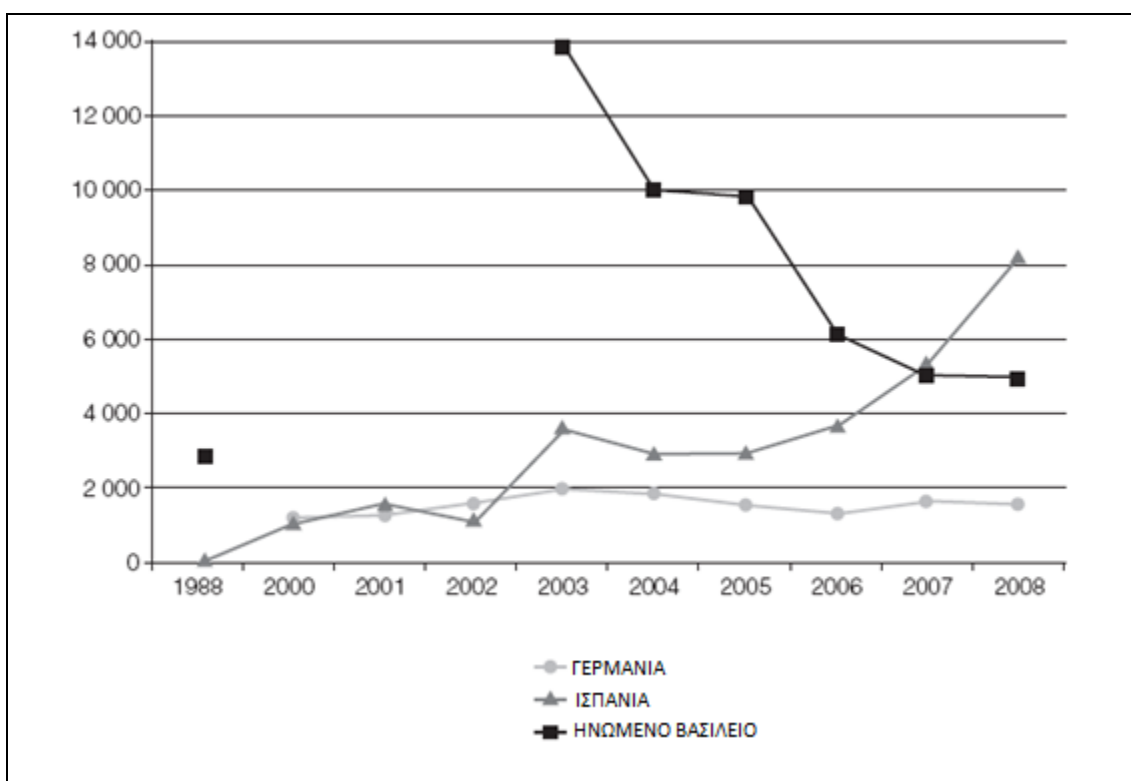


Εικόνα 1: Ροές Επαγγελματιών Υγείας εντός της Ε.Ε.

(Dussault G et al., 2009).

Αυτό που παρατηρεί κανείς στον πίνακα, είναι πως υπάρχουν κάποιες χώρες αποδέκτες, χώρες πηγές, και χώρες που είναι ταυτόχρονα και τα δύο. Υπάρχουν χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας έχουν αυξημένες εισροές ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με άλλες χώρες. Σε κάποιες μάλιστα υπάρχει σημαντική εξάρτηση του συστήματος υγείας από αλλοδαπούς επαγγελματίες υγείας, καθώς είναι απαραίτητοι για να λειτουργήσει. Την υψηλότερη εξάρτηση από αλλοδαπό ιατρικό προσωπικό την έχουν η Ελβετία, Σλοβενία, Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο με ποσοστά εξάρτησης μεταξύ του 22.5% και 36.8%. Ενώ σε αλλοδαπό νοσηλευτικό προσωπικό την μεγαλύτερη εξάρτηση την έχουν η Ουγγαρία και η Ιρλανδία (47%) (Wismar, 2011).

Στο επόμενο γράφημα εμφανίζονται οι ετήσιες εισροές ξένου ιατρικού προσωπικού, στην Γερμανία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις υπόλοιπες χώρες οι ετήσιες εισροές δεν ξεπερνούν τις 2.000 ετησίως.



Εικόνα 2: Ετήσιες Εισροές Ιατρικού Προσωπικού στην Ε.Ε.

(Wismar, 2011)

Τα κίνητρα μετακίνησης των επαγγελματιών υγείας είναι κυρίως οικονομικά, και αμέσως μετά φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο οι συνθήκες εργασίας, καθώς και οι

δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης (Wismar, 2011). Οι συνθήκες εργασίας συμπεριλαμβάνουν στοιχεία όπως το εργασιακό περιβάλλον, τους όρους συνεργασίας, τις εργασιακές σχέσεις, και την πρόσβαση σε καλές υποδομές.

Απομακρυσμένη παροχή διασυνωριακών υπηρεσιών υγείας

Η «Ηλεκτρονική Υγεία» (eHealth) αφορά στην χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες υγείας εξ αποστάσεως. Συνεπώς επειδή με το eHealth για κάποιες παθήσεις η απόσταση δεν αποτελεί περιορισμό (Perdahci N., 2014), συχνά οι υπηρεσίες αυτού του είδους παρέχονται ακόμα και αν ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας βρίσκονται σε διαφορετικές χώρες ο καθένας.

Οι υπηρεσίες αυτές χωρίζονται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες:

- Τηλεϊατρική-Telemedicine. Ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιείται κυρίως για να περιγράψει παροχή υπηρεσιών υγείας ή εκπαίδευσης που σχετίζεται με την υγεία και υπηρεσίες ανταλλαγής πληροφοριών υγείας με την χρήση τεχνολογίας τηλεπικοινωνιών. Σχετικά παραδείγματα είναι η ιατρική συμβουλευτική ή η απεικόνιση ιατρικών εξετάσεων μέσω μιας πλατφόρμας επικοινωνίας.
- Τηλε-φροντίδα-Telecare. Στην κατηγορία αυτή γίνεται κυρίως παρακολούθηση της υγείας ενός ασθενούς με χρήση ειδικών συσκευών. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής αποκτά μεγαλύτερη ανεξαρτησία, αλλά ταυτόχρονα διαθέτει ένα σύστημα το οποίο ειδοποιεί για σημαντικές μεταβολές σε δείκτες υγείας που παρακολουθεί.
- Τηλε-υγεία-Telehealth. Η «Ηλεκτρονική Υγεία» (Telehealth) αφορά σε όλα τα μέσα με τα οποία τεχνολογίες και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία και την ευζωία είναι προσβάσιμες ή παρέχονται εξ αποστάσεως.

Προκειμένου να εξασφαλιστεί αλλά και να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στην απομακρυσμένη παροχή υπηρεσιών υγείας, αναπτύχθηκε ένα σύστημα διαπίστευσης για όσους παρέχουν υπηρεσίες τηλε-υγείας και τηλεϊατρικής αλλά και το ISO/TS 13131 ώστε να υπάρξει τυποποίηση προδιαγραφών (Taylor, 2015), 2015). Ο κώδικας είναι στην κατεύθυνση του Σχεδίου Δράσης 2012-2020 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το eHealth. Απευθύνεται σε παρόχους απομακρυσμένων υπηρεσιών υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο φορέας αξιολόγησης της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του κώδικα είναι ο DNV GL ενώ ο προτεινόμενος

φορέας διαπίστευσης από τον DNV GL είναι το European Telehealth (Telehealth Quality Group, TQG, 2016).

Μόνιμη παραμονή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε άλλη χώρα

Η κατηγορία αυτή αφορά την εγκατάσταση μιας κλινικής, νοσοκομείου, διαγνωστικού ή θεραπευτικού κέντρου σε χώρα του εξωτερικού. Τέτοιες περιπτώσεις συναντώνται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας αλλά αφορούν συνήθως εγκατάσταση σε χώρα εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μόνη περίπτωση όπου Ευρωπαϊκές χώρες μοιράζονται μεταξύ τους μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας τους είναι σε συνοριακές περιοχές, όπου και πάλι τυπικά δεν έχει εγκατασταθεί ο φορέας εκτός συνόρων. Απλά η κατοικημένη περιοχή βρίσκεται και στις δύο περιοχές των συνόρων και συμπεριλαμβάνει κατοίκους και από τις δύο χώρες. Όπως αναφέρεται και παραπάνω τέτοιες περιοχές είναι η πόλη Βάλκα/Βάλγκα στα σύνορα Λετονίας-Εσθονίας και πόλη Νόβα Γκόριτσα/Γκορίτσα στα σύνορα Σλοβενίας-Ιταλίας.

2.9 Μετακινούμενοι ασθενείς και λόγοι μετακίνησης

Από τις κατηγορίες που παρουσιάστηκαν, η παρούσα μελέτη εστιάζει στους μετακινούμενους ασθενείς που προγραμματίζουν τη θεραπεία τους σε άλλη χώρα της ΕΕ με δική τους βούληση. Οι Ευρωπαίοι σε ποσοστό 49% δηλώνουν πρόθυμοι να λάβουν θεραπεία σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Το ποσοστό αυτών που τελικά λαμβάνουν κάποια θεραπεία με δική τους βούληση, είναι της τάξης του 2% (Special Eurobarometer 425 / Wave EB82.2 – TNS Opinion & Social, 2015).

Η συγκεκριμένη μελέτη του Ευρωβαρομέτρου που συνοψίζεται στον Πίνακα 8 παρουσιάζει τους βασικούς λόγους μετακίνησης των Ευρωπαίων ασθενών και το ποσοστό στο οποίο τους επηρεάζει.

Πίνακας 8: Λόγοι μετακίνησης σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα για χορήγηση θεραπείας	
Μη διαθεσιμότητα θεραπείας στην χώρα διαμονής	71%
Θεραπεία καλύτερης ποιότητας	53%
Φήμη του επαγγελματία υγείας στο νοσοκομείο προορισμού	38%
Μικρότερος χρόνος αναμονής	34%

Χαμηλότερο κόστος θεραπείας	23%
Κοντινή απόσταση από τον τόπο διαμονής	6%
Δείγμα: Κάτοικοι της ΕΕ28 που είναι πρόθυμοι να λάβουν υπηρεσίες υγείας σε άλλη χώρα της ΕΕ. Περισσότερες από μία απαντήσεις. (n=13,503)	
Πηγή:(Special Eurobarometer 425 / Wave EB82.2 – TNS Opinion & Social , 2015)	

Το συμπέρασμα από τα παραπάνω είναι πως αν ένας ασθενής θέλει να προγραμματίσει τη θεραπεία του σε νοσοκομείο άλλης Ευρωπαϊκής χώρας, θα πρέπει να αξιολογήσει τις εναλλακτικές του με βάση τους παραπάνω λόγους μετακίνησης. Επειδή η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία εστιάζει μόνο σε ασθενείς που σκοπεύουν να λάβουν θεραπεία σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, το κριτήριο της διαθεσιμότητας της θεραπείας εξαιρείται και θεωρείται δεδομένο. Η εξαίρεση αυτή γίνεται γιατί αυτό που μελετάται είναι πόσο επηρεάζουν όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες την απόφαση του ασθενή ώστε να επιλέξει νοσοκομειακή μονάδα ανάμεσα σε αυτές που η λογική παραδοχή είναι πως διαθέτουν τη θεραπεία που αναζητά.

2.10 Η ΑHP ως εργαλείο λήψης αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας

Ο σκοπός αυτής της εργασίας, είναι να παρουσιάσει μια μεθοδολογία ώστε να υποβοηθά τον ασθενή στην διαδικασία επιλογής νοσοκομειακής μονάδας και η απόφαση να λαμβάνεται με πιο δομημένο τρόπο. Η μεθοδολογία που θα εφαρμοστεί είναι η ΑHP (Analytic Hierarchy Process). Η ΑHP έχει πολλαπλές εφαρμογές στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική μελέτη του Matthew J Liberatore το 2008 σχετικά με την ΑHP σε υπηρεσίες υγείας, μόνο 8 άρθρα από τα 50 έκαναν αναφορά στην συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων μέσω ΑHP (Matthew J. Liberatore, 2008). Ως προς την εφαρμογή της ΑHP για την επιλογή νοσοκομειακής μονάδας, το μοναδικό άρθρο που έχει γραφτεί είναι το Selection of Best Hospital for Surgery using AHP της Hima Gupta το οποίο δημοσιεύθηκε το 2015 από το IUP Journal of Operations Management. Στα συμπεράσματα του άρθρου αναφέρεται πως η ΑHP είναι ένα σημαντικό εργαλείο ώστε να πετύχει ο ασθενής το βέλτιστο αποτέλεσμα κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Το άρθρο εφαρμόζει την μέθοδο για 4 κριτήρια (Κόστος, Υποδομές Νοσοκομείου, Φήμη Ιατρού, Ποιότητα) και έχει περιορίσει τις εναλλακτικές επιλογές σε 3 Νοσοκομεία για λόγους απλοποίησης. Η

πρόταση στην οποία καταλήγει, είναι πως θα πρέπει να υπάρξει μια μεθοδολογία που να επιτρέπει αυτοματοποιημένα στον ασθενή να προσαρμόσει τα κριτήρια σύμφωνα με τις προτιμήσεις του προκειμένου να λαμβάνει αποφάσεις (Gurta, 2015).

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου 2

isqua.org. [Ηλεκτρονικό]

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. 2003. *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement*. . s.l. : Int J Qual Health Care, 2003.

Auras S, Geraedts M. 2010. *Patient experience data in practice accreditation--an international comparison*. s.l. : Int J Qual Health Care, 2010.

Bertinato, L. 2005. *Cross-Border Health in Europe-Policy Brief*. s.l. : World Health Organization, 2005.

Busse R, Schreyögg J, Smith PC. 2006. *Hospital case payment systems in Europe*. s.l. : Health Care Management Science, 2006. σσ. 211-213.

Busse R., Wörz M., Foubister T., Mossialos E., Berman P. 2006. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues*. s.l. : HealthACCESS Project, 2006.

Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. 2013. *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. s.l. : BMJ, 2013.

Buxton, M. 1995. *Achievements of Audit in the NHS*. . s.l. : Quality in Health Care, 1995.

Charles D. Shaw, Basia Kutryba, Jeffrey Braithwaite, Michal Bedlicki, Andrzej Warunek. 2010. *Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009*. s.l. : International Society for Quality in Health Care, 2010.

Collopy, B. 1995. *Extending facility accreditation to the evaluation of care: the Australian experience*. s.l. : International Journal of Health Planning and Management, 1995.

Cortez, N. 2009. *INTERNATIONAL HEALTH CARE CONVERGENCE: THE BENEFITS AND BURDENS OF MARKET-DRIVEN STANDARDIZATION*. s.l. : Wisconsin International Law Journal, 2009.

Dussault G, Frontera I, Cabral J. 2009. *Migration of health personnel in the WHO European Region*. s.l. : Europe:WHO, 2009.

ECJ. 2004. *Watts Case C-372/04*. s.l. : ECJ, 2004.

— **1998.** *Υπόθεση C-158/96, Kohll*. s.l. : ECJ, 1998.

European Commission. 2006. *Cross-border health care in the European Union Communities*. s.l. : European Commission, 2006.

— **2008.** *Impact assessment on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. s.l. : European Commission, 2008.

European Parliament and Council of the European Union. 1971. *Council Regulation (EEC) No 1408/71*. s.l. : European Parliament and Council of the European Union, 1971.

European Parliament, Council of the European Union. 2011. *DIRECTIVE 2011/24/EU*. s.l. : Official Journal of the European Union, 2011.

Fetter, Robert B. 1991. *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance*. New Haven, Connecticut : Department of Operations Research, Yale University, 1991. σσ. 6-26.

- Geissler A., Quentin W., and Busse R. 2015.** *Heterogeneity of European DRG systems and potentials for a common EuroDRG system, Comment on "Cholecystectomy and Diagnosis-Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries"*. s.l. : Int J Health Policy Manag, 2015. σσ. 319–320.
- Golubnitschaja O., Swanton C., Danesi R. and Costigliola V. 2011.** *Promoting predictive, preventive and personalised medicine: European event of global importance*. s.l. : EPMA Journal, 2011. 2:88.
- Gupta, H. 2015.** *Selection of Best Hospital for Surgery using AHP*. s.l. : IUP Journal of Operations Management, 2015.
- Hitiris, T. and Nixon, J. 2000.** *Health care coordination and convergence across the member states of the European Union in Columbus, F.(ed)*. s.l. : Nova Science, 2000.
- Hoffmeyer, U.K., and McCarthy, R. 1994.** *Financing health care*. Dordrecht, Boston : Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Hudson, N. 2011.** *Cross-border reproductive care: a review of the literature*. s.l. : Elsevier Ltd, 2011.
- ISO. 2004.** *ISO/IEC Guide 2:2004* . s.l. : ISO, 2004.
- ISQUA.** International Society for Quality in Healthcare. [Ηλεκτρονικό]
- Jary, D. and Jary, J. 1991.** *Collins Dictionary of sociology*. s.l. : HarperCollins, 1991.
- Joint Commission. 2003.** *International accreditation Standards for Hospitas*. s.l. : Joint Commission, 2003.
- KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH. 2015.** *Evaluative study on the crossborder Healthcare Directive 2011/24/EU*. s.l. : Directorate-General for Health and Food Safety , 2015.
- Matthew J. Liberatore, Robert L. Nydick. 2008.** *The analytic hierarchy process in medical and health care decision making: A literature review*. s.l. : European Journal of Operational Research, 2008.
- Nixon, J. 2000.** *Convergence of health care spending and health outcomes in the European Union 1960-95*. s.l. : University of York, Centre for Health Economics, 2000. Discussion Paper no. 183.
- Paat-Ahi, G. 2016.** *Common DRG System - the Future of Europe? A Response to Recent Commentary*. s.l. : International Journal of Health Policy and Management, 2016. σσ. 501–502.
- Perdahci N., Ziya N. 2014.** *Analysis of the Patients and Physicians Connection Network on an online Health Information Platform*. s.l. : European Federation for Medical Informatics and IOS Press, 2014.
- Rooney AL, van Ostenberg PR. 1999.** *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality*. s.l. : Center for Human Services (CHS), 1999.
- Rossenmoller, M. 2006.** *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience*. s.l. : WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- Sachs, J. D. and Warner, A. 1995.** *Economic reform and the process of global integration*. s.l. : Brooking Papers on Economic Activity, 1995. σσ. 1-18.
- Saufl N., Fieldus M. 2003.** *Accreditation: a "voluntary" regulatory requirement*. s.l. : Journal of Perianesth Nurs., 2003.
- Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R. 2009.** *The ABC of DRGs*. s.l. : Euro Observer, 2009. Volume 11, No4.
- Scrivens, E. 1997.** *Impact of accreditation systems upon patient care*. s.l. : Journal of Clinical Effectiveness, 1997. σσ. 102-105.
- Scrivens., E. 1995.** *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?* s.l. : Buckingham: Open University Press, 1995.

- Shaw C., Braithwaite J., Moldovan M., Nicklin W., Grgic I., Fortune T., Whittaker S. 2013.** *Profiling health-care accreditation organizations: an international survey.* s.l. : International Journal for Quality in Health Care, 2013.
- Shaw, C. 2004.** *Toolkit for accreditation programs.* Melbourne. s.l. : International Society for Quality in Health Care, 2004.
- Shenfield F., Mouzon J., Pennings G., Ferraretti A., Andersen A., Wert G, Goossens V. 2010.** *Cross border reproductive care in six European countries.* s.l. : ESHRE, 2010.
- Special Eurobarometer 425 / Wave EB82.2 – TNS Opinion & Social . 2015.** *PATIENTS' RIGHTS IN CROSS-BORDER HEALTHCARE IN THE EUROPEAN UNION.* s.l. : European Commission, 2015.
- Tabrizi, Jafar S., Farid Gharibi, and Andrew J. Wilson. 2011.** “*Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models.*” *Health Promotion Perspectives.* s.l. : PMC, 2011.
- Taylor, A. 2015.** *Applying International Guidelines for Telehealth Services – a case study.* s.l. : CRPIT, 2015. Vol 164.
- Telehealth Quality Group, TQG. 2016.** *International Code of Practice for Telehealth Services.* s.l. : Telehealth Quality Group, 2016.
- The Joint Commission. 2007.** *Improving Health Literacy to Protect Patient Safety.* s.l. : The Joint Commission, 2007.
- Wismar, M. 2011.** *Health Professional Mobility and Health Systems.* s.l. : WHO on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. 2011.** *Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies.* s.l. : European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ. 2002.** *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α'.* Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2002.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. 2011.** *Μηχανισμός Εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα.* s.l. : Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011.
- Πολύζος, Μ. 2007.** *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας.* Αθήνα : Διόνικος, 2007.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παρουσίαση του Μοντέλου

3.1 Η θεωρία της AHP ως μοντέλο λήψης αποφάσεων

Η Analytic Hierarchy Process (AHP) είναι ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που αναπτύχθηκε από τον Thomas L. Saaty το 1970. Η ανάπτυξή του βασίζεται στην δυνατότητα της κριτικής ικανότητας του ανθρώπου να δημιουργεί την ιεραρχική δομή ενός προβλήματος με περισσότερα από ένα κριτήρια. Το μοντέλο χρησιμοποιείται ώστε να περιγράψει ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα ή ένα πρόβλημα με πολλά κριτήρια και να το δομήσει ιεραρχικά. Με την ιεράρχηση ένα σύνθετο πρόβλημα διασπάται σε επιμέρους ομάδες που έπειτα οργανώνονται ιεραρχικά ώστε η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι πιο δομημένη και συστηματοποιημένη (Saaty, 1980).

Η AHP είναι μια θεωρία μέτρησης μέσω συγκρίσεων των κριτηρίων σε ζεύγη, ενώ ταυτόχρονα βασίζεται στην κριτική ικανότητα του χρήστη της μεθοδολογίας ώστε να προσδιορίσει τις προτεραιότητες. Οι συγκρίσεις γίνονται χρησιμοποιώντας μια κλίμακα σύγκρισης απόλυτων τιμών η οποία δείχνει κατά πόσο ένα κριτήριο υπερισχύει έναντι κάποιου άλλου (Saaty, 1980). Η AHP έχει πολλαπλές εφαρμογές σε διάφορους τομείς, καθώς είναι ευρέως αποδεκτή ως μια μεθοδολογία λήψης αποφάσεων.

Οι βασικές χρήσεις της AHP είναι για (Bhushan N., 2004):

1. Επιλογή, βοηθάει να διαλέξει κανείς μια επιλογή έναντι των εναλλακτικών που υπάρχουν.
2. Αξιολόγηση/Προτεραιοποίηση, προσδιορισμός των σχετικών ποσοστών ανάμεσα σε πολλές εναλλακτικές.
3. Διάθεση πόρων, προσδιορισμός του ιδανικού συνδυασμού εναλλακτικών επιλογών λόγω πολλαπλών περιορισμών.
4. Benchmarking συστήματος ή διαδικασίας σε σύγκριση με κάποια άλλη.
5. Διαχείριση Ποιότητας

Θεμελιώδη αξιώματα της AHP

Η AHP βασίζεται στην αξιωματική θεμελίωση των παρακάτω (Iryanto, 2008):

1. Αμοιβαιότητα συγκρίσεων, που σημαίνει πως ο πίνακας με τις συγκρίσεις ζευγών που σχηματίζεται, πρέπει να ισχύει και αντίστροφα.
2. Ομοιογένεια, που σημαίνει την ομοιότητα στις συγκρίσεις των ζευγών που γίνονται. Για παράδειγμα αν ερωτηθεί κάποιος αν προτιμά ένα λεμόνι από μια

μπάλα τένις, ο μόνος τρόπος να ευσταθεί κάποιο κριτήριο θα ήταν να ερωτηθεί πόσο πιο στρόγγυλο θεωρεί το ένα σε σχέση με το άλλο.

3. Ανεξαρτησία στοιχείων του μοντέλου. Αυτό συναντάται όταν υπάρχει ξεκάθαρη και πλήρης ιεραρχία. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα η ιεραρχία να μην είναι πλήρης.
4. Προσδοκία, που σημαίνει πως η AHP εμπεριέχει την αξιολόγηση των προσδοκιών ή της αντίληψης αυτού που παίρνει την απόφαση και άρα δείχνει την προτεραιότητα και όχι την λογική.

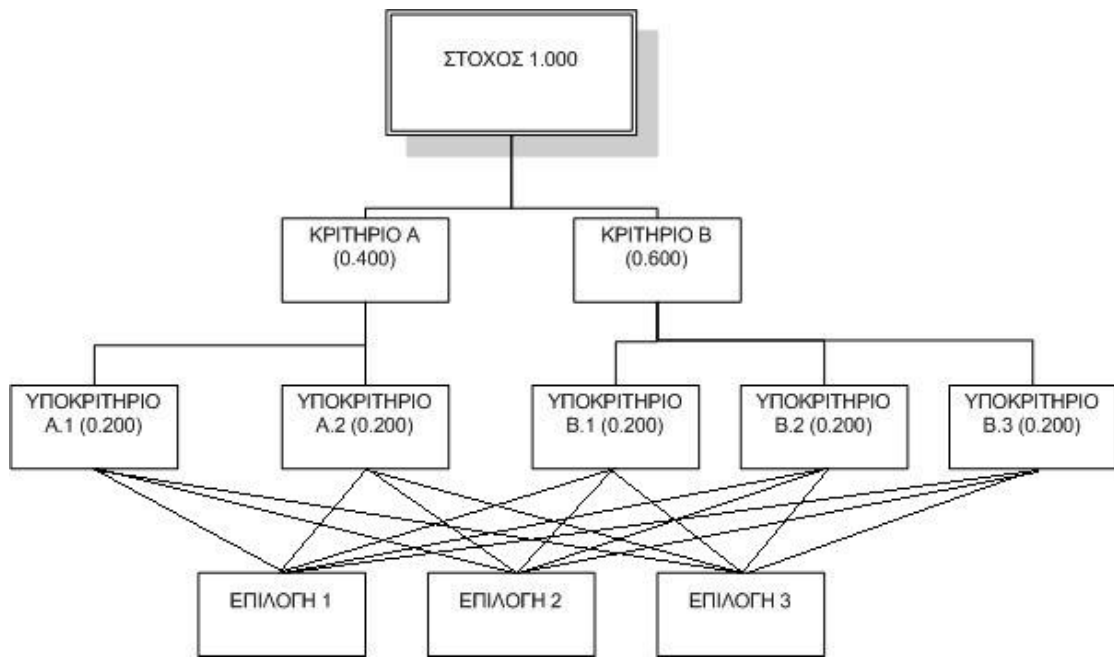
Βασικές αρχές της AHP

Οι βασικές αρχές για την λήψη αποφάσεων με την μέθοδο AHP είναι, το πρόβλημα να είναι κατανοητό, η αξιολόγηση της σχετικής σημαντικότητας ανάμεσα στα στοιχεία να γίνεται για κάθε ιεραρχία ξεχωριστά, η σύνθεση προτεραιοτήτων και η συνέπεια της αξιολόγησης (Latifah, 2005). Οι αρχές αυτές είναι και τα βήματα της διαδικασίας και περιγράφονται παρακάτω.

Καθορισμός της Ιεραρχίας

Το βήμα του προσδιορισμού της ιεραρχίας ενός προβλήματος γίνεται πιο ξεκάθαρο και λεπτομερές όταν σχηματίζεται η ιεραρχία της διαδικασίας λήψης απόφασης. Εκεί το κάθε στοιχείο συνδέεται με κάποιο άλλο ενώ φαίνονται και τα διάφορα επίπεδα της διαδικασίας. Το επίπεδο της λεπτομέρειας αυξάνεται όσο αυξάνονται και τα ιεραρχικά επίπεδα, ενώ ένα πρόβλημα θεωρείται πλήρως ιεραρχημένο όταν δεν μπορεί να αναλυθεί σε περαιτέρω επίπεδα. Συνίσταται επίσης η δομή της ιεραρχίας να είναι ευέλικτη ώστε να μπορεί να συμπεριλάβει τυχόν νέα κριτήρια.

Άρα μια ιεραρχική δομή 2 επιπέδων κριτηρίων θα μπορούσε να απεικονιστεί διαγραμματικά όπως το επόμενο σχήμα.



Εικόνα 3: Παράδειγμα Ιεραρχικής Δομής ΑHP με 2 επίπεδα κριτηρίων

Αξιολόγηση κριτηρίων και εναλλακτικών

Η ΑHP παρέχει στον χρήστη της την δυνατότητα να προσδιορίσει την σχετική βαρύτητα των κριτηρίων μιας ενότητας μέσω της αξιολόγησής τους κατά ζεύγη. Έπειτα οι αριθμοί που εκφράζουν την βαρύτητα μετατρέπονται στη σχετική προτεραιότητα κάθε κριτηρίου. Μια κλίμακα από το 1 ως το 9 (και το αντίστροφο) χρησιμοποιείται συνήθως για την σύγκριση των κριτηρίων σε ζεύγη. Ο Πίνακας 9 δείχνει την κλίμακα και πως μεταφράζονται οι τιμές αυτής συγκρίνοντας τα στοιχεία i και j .



Εικόνα 4: Κλίμακα προτίμησης ΑHP

Πίνακας 9: Επεξήγηση Σημαντικότητας κριτηρίων στην ΑHP		
Σημαντικότητα	Ορισμός	Ερμηνεία
1	Ίση προτίμηση	Τα δύο στοιχεία είναι εξίσου

		σημαντικά
3	Μέτρια προτίμηση	Υπάρχει μικρή προτίμηση στο i έναντι του j
5	Ισχυρή προτίμηση	Υπάρχει ισχυρή προτίμηση του i έναντι του j
7	Πολύ Ισχυρή προτίμηση	Υπάρχει πολύ ισχυρή προτίμηση του i έναντι του j
9	Εξαιρετική προτίμηση	Το i είναι ξεκάθαρα προτιμότερο έναντι του j
2,4, 6, 8	Ενδιάμεσες τιμές	
1/(τις παραπάνω τιμές)	Αν επιχειρηθεί η αντίστροφη σύγκριση, δηλαδή του j με το i τότε οι αντίστοιχες τιμές θα είναι το 1 διά τον βαθμό που είχε επιλεγεί παραπάνω	Αφορά την αμοιβαιότητα της αξιολόγησης της προτίμησης. Ότι αν ισχύει το ένα, ισχύει και το αντίστροφο.

Από την αξιολόγηση ανάμεσα στα i και j προκύπτει ο επόμενος πίνακας

$$A = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1j} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2j} & \dots & a_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ \dots & \dots & \dots & a_{ij} & \dots & \dots \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mj} & \dots & a_{mn} \end{pmatrix}$$

Στάθμιση κριτηρίων και εναλλακτικές

Η στάθμιση γίνεται για να προκύψει ο συντελεστής βαρύτητας του κάθε κριτηρίου ή το ιδιοδιάνυσμα του πίνακα A. Για να υπολογιστεί αυτό ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα:

1. Πολλαπλασιασμός του πίνακα A

Για τον υπολογισμό του A^2 χρησιμοποιείται ο τύπος:

$$a_{ij}^2 = \sum_{k=1}^n a_{ik} \cdot a_{kj}$$

2. Άθροισμα της κάθε σειράς του πίνακα A^2 ώστε να προκύψει ο πίνακας B :

$$b_i = \sum_{j=1}^n a_{ij} = a_{i1} + a_{i2} + \dots + a_{ij} + \dots + a_{in}$$

Με την χρήση αυτού του τύπου ο πίνακας B παίρνει την ακόλουθη μορφή,

$$B = \begin{pmatrix} b_1 \\ b_2 \\ \dots \\ b_j \\ \dots \\ b_m \end{pmatrix}$$

Και τέλος αθροίζονται όλα τα στοιχεία του πίνακα B με τον τύπο,

$$\sum_{i=1}^n b_i = b_1 + b_2 + \dots + b_n$$

3. Γίνεται κανονικοποίηση του πίνακα B με τον τύπο,

$$C = \begin{pmatrix} b_1 / \sum_{i=1}^n b_i \\ b_2 / \sum_{i=1}^n b_i \\ \dots \\ b_j / \sum_{i=1}^n b_i \\ \dots \\ b_m / \sum_{i=1}^n b_i \end{pmatrix}$$

Ο πίνακας C είναι και αυτός που δείχνει τους συντελεστές βαρύτητας για κάθε κριτήριο.

Μέτρηση Συνέπειας

Η μέτρηση της συνέπειας είναι άλλο ένα βασικό χαρακτηριστικό της AHP ανάλυσης. Αν και επιτρέπεται ένα επίπεδο ασυνέπειας, ο Saaty προτείνει ο συντελεστής συνέπειας του μοντέλου να μην ξεπερνά το 10%. Στην πράξη ο συντελεστής αυτός εξετάζει πόσο συνεπείς είναι η απαντήσεις που δίνονται ως προς την συγκριτική αξιολόγηση των κριτηρίων. Για παράδειγμα αν κάποιος δηλώσει πως το A είναι σημαντικότερο από το B και ότι το B είναι σημαντικότερο από το Γ ,

αν απαντήσει πως το Γ είναι σημαντικότερο από το Α το μοντέλο θα το υποδείξει με ένα δείκτη που θα ξεπερνά το 10%.

Για να υπολογιστεί ο συντελεστής συνέπειας, πρέπει πρώτα να υπολογιστεί ο τύπος $CI = (\lambda_{max} - n) / (n - 1)$. Από τον τύπο διαφαίνεται ότι όσο πιο κοντά είναι το λ_{max}

στο n όπου λ_{max} η ιδιοτιμή και n ο αριθμός των κριτηρίων, τόσο πιο συνεπές είναι το μοντέλο.

Για τον προσδιορισμό του δείκτη συνέπειας ενός τυχαία παραγόμενου πίνακα A^r με στοιχεία από το σύνολο του Saaty ορίστηκε ο τυχαίος δείκτης RI (random index). Το σύνολο του Saaty, αποτελεί ένα πεπερασμένο σύνολο θετικών αριθμών. Ο RI είναι ένας τυχαίος δείκτης ο οποίος έχει υπολογιστεί με την χρήση ενός μεγάλου δείγματος από τυχαία παραχθέντες θετικά ορισμένους A^r πίνακες (reciprocal matrices) αυξανόμενης τάξης. Οι τιμές του τυχαίου δείκτη δίνονται από έναν πίνακα τον οποίο έχει καταρτίσει ο Saaty, χρησιμοποιώντας μεγάλο δείγμα πινάκων με αριθμό τάξης έως 15, υπολογίζοντας κατά μέσο όρο τον δείκτη συνέπειας για κάθε τάξη. Ο παρακάτω πίνακας δίνει το μέγεθος του πίνακα και τον αντίστοιχο μέσο R.I.:

Πίνακας 10: Πίνακας Εκτίμησης R.I. του Saaty										
Μεγεθος πίνακα (n)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0,00	0,00	0,58	0,90	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49

Ο δείκτης συνέπειας λοιπόν (CR) προκύπτει από τον λόγο του CI προς το τον αντίστοιχης τάξης RI (Saaty, 1980). Οπότε $CR=CI/RI$

Το γεγονός ότι, από την ίδια την μέθοδο AHP προβλέπονται τρόποι για μέτρηση της συνέπειας των κρίσεων, την διαχωρίζει ριζικά από τις περισσότερες αναλυτικές μεθόδους αποφάσεων οι οποίες δεν έχουν αναπτύξει επίσημο τρόπο ελέγχου της συνέπειας, και άρα την καθιστά ως μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους.

3.2 Παρουσίαση της μεθοδολογίας επιλογής Νοσοκομειακής Μονάδας από ασθενείς εντός της Ε.Ε.

Σκοπιμότητα εφαρμογής

Η σκοπιμότητα αυτού του μοντέλου, είναι να αποτελέσει ένα εργαλείο υποβοήθησης κατά την λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς της Ε.Ε. που επιθυμούν νοσηλευτούν σε νοσοκομειακή μονάδα σε χώρα διαφορετική από την χώρα καταγωγής τους. Συνοψίζει την πληροφορία που έχει συγκεντρωθεί για την εκάστοτε νοσηλεία και παρουσιάζει στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας που τον παρακολουθεί τι θεωρεί ο ίδιος σημαντικό σύμφωνα με τις προτιμήσεις που έχει δείξει στα διάφορα στάδια της διαδικασίας επιλογής νοσοκομειακής μονάδας. Με την χρήση του μοντέλου αυτού, επιτυγχάνεται πιο ενεργή συμμετοχή του ασθενούς και άρα μεγαλύτερη εξατομίκευση στην διαχείριση των ασθενών.

Το μοντέλο αυτό εξαιρεί τις περιπτώσεις όσων ασθένησαν εκτάκτως κατά την διαμονή τους σε άλλη χώρα, καθώς και όσους δεν είναι υπήκοοι κράτους μέλους της Ε.Ε.

Λειτουργία του μοντέλου

Η βασική λειτουργία του μοντέλου είναι ότι αξιοποιεί συνδυαστικά την πληροφόρηση που προκύπτει από τους μηχανισμούς που έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες σχετικά με την διασυνοριακή φροντίδα υγείας στα πλαίσια της Ε.Ε. , με την πληροφόρηση που δίνει ο ίδιος ο ασθενής σχετικά με τις προτιμήσεις του.

Πιο συγκεκριμένα, οι ρόλοι και οι μηχανισμοί από όπου προκύπτουν πληροφορίες για τον ασθενή είναι το Εθνικό Σημείο Επαφής, η βάση δεδομένων ICD με τα αντίστοιχα κόστη των DRGs, το νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των Ευρωπαίων ασθενών. Η πληροφόρηση που δίνει ο ασθενής για τις προτιμήσεις του προσθέτει τον υποκειμενικό παράγοντα και σταθμίζει την παραπάνω πληροφορία.

Για τον συνδυασμό και αξιολόγηση της σημαντικότητας της πληροφορίας αυτής για την περίπτωση του κάθε ασθενή χρησιμοποιείται η AHP ανάλυση. Με την μεθοδολογία αυτή υπολογίζεται η βαρύτητα των κριτηρίων που επηρεάζουν τον ασθενή κατά την διαδικασία επιλογής νοσοκομειακής μονάδας.

Ως κριτήρια επιλογής νοσοκομειακής μονάδας χρησιμοποιήθηκαν αυτά του Eurobarometer 425 του 2015 και είναι η ποιότητα της θεραπείας, η φήμη του επαγγελματία υγείας, ο μικρότερος χρόνος αναμονής για νοσηλεία, το χαμηλότερο κόστος θεραπείας, η κοντινή απόσταση από τον τόπο διαμονής. Το κριτήριο της διαθεσιμότητας της θεραπείας εξαιρείται. Ο λόγος της εξαίρεσης είναι ότι ο ασθενής προσπαθεί να επιλέξει ανάμεσα σε νοσοκομεία που διαθέτουν τη θεραπεία, και άρα η διαθεσιμότητα της θεραπείας είναι προϋπόθεση.

Οντότητες/παράγοντες που συμμετέχουν στο μοντέλο και ο ρόλος τους

Πίνακας 11: Βασικές Οντότητες του Μοντέλου και ο Ρόλος τους	
Οντότητα/Παράγοντας	Ρόλος
Ασθενής	Αξιολογεί τα κριτήρια απόφασης
Επαγγελματίας Υγείας (στην χώρα διαμονής)	Γνωματεύει την ασθένεια και τον κωδικό ICD στον οποίο αντιστοιχεί. Συμμετέχει στην διαδικασία διερεύνησης πιθανών νοσοκομειακών μονάδων.
Εθνικό Σημείο Επαφής	Ενημερώνει τον ασθενή για τις διαθέσιμες νοσοκομειακές μονάδες στις άλλες χώρες, καθώς και για το κόστος των σχετικών DRG στην κάθε χώρα.
ICD Database	Τυποποίηση των ασθενειών και διευκόλυνση της κοινής αποτύπωσής τους όταν εμπλέκονται περισσότερες από μία χώρες
DRG Database	Πληροφόρηση για το Κόστος, την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για κάθε χώρα
Νομικό Πλαίσιο	Καθορίζεται αν θα ακολουθηθεί η Οδηγία 2011/24 ή ο Κανονισμός 883/04

3.3 Βήματα Εφαρμογής Μοντέλου

Οι παραδοχές του συγκεκριμένου μοντέλου είναι:

- Η πάθηση απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομειακή μονάδα.
- Ο ασθενής είναι κάτοικος κράτους μέλους Ε.Ε. και διαθέτει ασφάλιση.
- Ο ασθενής επιθυμεί να προγραμματίσει την νοσηλεία του σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε.
- Η νοσηλεία υπερβαίνει την 1 ημέρα.
- Ο ασθενής κατοχυρώνει την αποζημίωση της νοσηλείας του με προέγκριση και όχι δικαστικά με την λήξη αυτής.

Βήμα 1: Διάγνωση

Στο βήμα αυτό ο επαγγελματίας υγείας γνωματεύει την πάθηση του ασθενούς και εξηγεί τις διαδικασίες νοσηλείας. Επίσης αντιστοιχίζει την ασθένεια με τους κωδικούς σύμφωνα με την κωδικοποίηση ICD και ορίζει την ιατρικά δικαιολογημένη προθεσμία έναρξης θεραπείας για αυτή την ασθένεια

Γνωμάτευση	ΚΩΔ ICD	Ιατρικά δικαιολογημένη προθεσμία νοσηλείας

Βήμα 2: Σύγκριση κριτηρίων επιλογής Νοσοκομειακών Μονάδων σε ζεύγη

Ο ασθενής εδώ απαντάει πόσο σημαντικό θεωρεί το κάθε κριτήριο της αριστερής στήλης με το κάθε κριτήριο που εμφανίζεται στην δεξιά στήλη, ενώ τα κριτήρια που έχουν επιλεγεί είναι αυτά του Eurobarometer 425 του 2015. Για n αριθμό κριτηρίων απαιτούνται $\frac{n(n-1)}{2}$ συγκρίσεις. Συνεπώς στο συγκεκριμένο μοντέλο που συγκρίνονται 5 κριτήρια μεταξύ τους, έχουμε 10 συγκρίσεις.

Πίνακας 12: Πίνακας συγκρίσεων κριτηρίων																				
	9=ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ										1=ΤΟ ΙΔΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ					1/9=ΠΟΛΥ ΑΣΗΜΑΝΤΟ				
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Μικρότερος χρόνος αναμονής																				Μικρότερο Κόστος
Μικρότερο Κόστος																				Καλύτερη Ποιότητα
Καλύτερη Ποιότητα																				Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού

Πίνακας 13:Σύνοψη Σύγκρισης Κριτηρίων					
	Μικρότερος χρόνος αναμονής	Μικρότερο Κόστος	Καλύτερη Ποιότητα	Λόγω φημισμένης Κλινικής/ Ιατρού	Απόσταση από την μόνιμη κατοικία
Μικρότερος χρόνος αναμονής	1	A	B	Γ	Δ
Μικρότερο Κόστος	1/A	1	E	ΣΤ	Z
Καλύτερη Ποιότητα	1/B	1/E	1	H	Θ
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	1/Γ	1/ΣΤ	1/H	1	I
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	1/Δ	1/Z	1/Θ	1/I	1
ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΣΤΗΛΗΣ	AΘΡ1	AΘΡ2	AΘΡ3	AΘΡ4	AΘΡ5

Ακολουθεί η κανονικοποίηση των τιμών του πίνακα, όπου η κάθε τιμή, διαιρείται με το άθροισμα της στήλης στην οποία ανήκει. Συνεπώς οι νέες τιμές για τα Α-Ι είναι $A=A/AΘΡ2$, $B=A/AΘΡ3$, $Γ=Γ/AΘΡ4$, $Δ=Δ/AΘΡ5$, $E=E/AΘΡ3$, $ΣΤ=ΣΤ/AΘΡ4$, $Z=Z/AΘΡ5$, $H=H/AΘΡ4$, $Θ=Θ/AΘΡ5$, $I=I/AΘΡ5$

Λαμβάνουμε λοιπόν τον κανονικοποιημένο πίνακα όπου τα νέα αθροίσματα στήλης ισούνται πλέον με 1. Ταυτόχρονα υπολογίζεται ο Μέσος Όρος της κάθε σειράς.

Πίνακας 14: Κανονικοποίηση τιμών του πίνακα κριτηρίων						
	Μικρότερος χρόνος αναμονής	Μικρότερο Κόστος	Καλύτερη Ποιότητα	Λόγω φημισμένης Κλινικής/ Ιατρού	Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	Μέσος όρος Σειράς
Μικρότερος χρόνος	1/AΘΡ1	A	B	Γ	Δ	ΜΟ1

αναμονής						
Μικρότερο Κόστος	1/A	1/AΘ P2	E	ΣΤ	Z	MO2
Καλύτερη Ποιότητα	1/B	1/E	1 /AΘP 3	H	Θ	MO3
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	1/Γ	1/ΣΤ	1/H	1/AΘP4	I	MO4
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	1/Δ	1/Z	1/Θ	1/I	1/AΘP5	MO5
ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΣΤΗΛΗΣ	1	1	1	1	1	1

Με τον τρόπο αυτό έχουν υπολογιστεί οι συντελεστές βαρύτητας για τα 5 κριτήρια και είναι ο Μέσος Όρος της κάθε σειράς.

Για να εξεταστεί και η αξιοπιστία των απαντήσεων που έδωσε ο ασθενής στον 1^ο Πίνακα αυτού του βήματος, υπολογίζεται ο συντελεστής CR (Consistency Ratio).

Επειδή $CR=CI/RI$ πρέπει πρώτα να υπολογιστεί το CI.

Ο υπολογισμός του CI γίνεται με τον εξής τρόπο:

Η κάθε σειρά του Πίνακα 13:Σύνοψη Σύγκρισης Κριτηρίων πολλαπλασιάζεται με την στήλη μέσων όρων του Πίνακα 14: Κανονικοποίηση τιμών του πίνακα κριτηρίων και το αποτέλεσμα διαιρείται με τον Μέσο Όρο της κάθε στήλης. Έτσι προκύπτει η επόμενη στήλη μέτρησης συνέπειας:

Πίνακας 15: Υπολογισμός CI του μοντέλου		
	Μέσος όρος Σειράς	Μέτρηση Συνέπειας
Μικρότερος χρόνος αναμονής	MO1	ΜΣ1
Μικρότερο Κόστος	MO2	ΜΣ2
Καλύτερη Ποιότητα	MO3	ΜΣ3
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	MO4	ΜΣ4

Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	ΜΟ5	ΜΣ5
ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΣΤΗΛΗΣ	1	$\sum_{i=1}^5 M\Sigma_i$

Επειδή $\lambda_{max} = \frac{\sum_1^5 M\Sigma_i}{5}$ και $CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n-1}$ όπου $n=5$ στο συγκεκριμένο μοντέλο, μπορεί πλέον να γίνει ο υπολογισμός του CI.

Από τον Πίνακα 10: Πίνακας Εκτίμησης R.I. του Saaty λαμβάνεται η τιμή του RI για $n=5$ που ισούται με 1,12.

Έτσι μπορεί πλέον να εξεταστεί η συνέπεια απαντήσεων στον πίνακα σύγκρισης κριτηρίων μέσω του δείκτη $CR=CI/RI$. Σύμφωνα με τον Saaty, αν η τιμή του CR είναι μικρότερη από 0,1 τότε το μοντέλο είναι αποδεκτό (Saaty, 1980).

Συνεπώς ο ασθενής θα πρέπει να εξετάζει την τιμή του CR που υπολογίζεται αυτόματα, και να προχωρήσει στο βήμα 3 μόνο αν καταλήξει σε ένα αποδεκτό CR.

Βήμα 3: Επιλογή του νομικού πλαισίου σύμφωνα με το οποίο θα προγραμματιστεί η νοσηλεία στο εξωτερικό

Ο ασθενής σε συνεργασία με το Εθνικό Σημείο Επαφής πρέπει να επιλέξει και να κατοχυρώσει νομικά το δικαίωμά του για νοσηλεία στο εξωτερικό. Οι διαδικασίες για προγραμματισμένη νοσηλεία σε άλλη χώρα, είναι είτε μέσω της Οδηγίας 2011/24 είτε μέσω του Κανονισμού 883/04.

Μέσω της Οδηγίας 2011/24:

Είναι επιλέξιμες όλες οι νοσοκομειακές μονάδες εντός Ε.Ε. (Άρα αυξάνεται σημαντικά το εύρος των επιλογών)

Ο ασθενής προπληρώνει το κόστος θεραπείας και αποζημιώνεται μελλοντικά. (Άρα ο ασθενής πρέπει να έχει εξασφαλίσει το ποσό θεραπείας πριν μεταβεί στο εξωτερικό)

Το κόστος το καλύπτει το κράτος μέλος ασφάλισης και από εκεί καθορίζεται και το ύψος αποζημίωσης. (Άρα χρειάζεται το DRG του κράτους διαμονής)

Μέσω του Κανονισμού 883/04

Είναι επιλέξιμες μονάδες που ανήκουν στον Δημόσιο τομέα ή είναι συμβεβλημένες με το Δημόσιο (Άρα περιορίζεται το εύρος επιλογών)

Το κόστος καλύπτεται εξ' αρχής από τον φορέα ασφάλισης

Το ποσό αποζημίωσης για την νοσηλεία καθορίζεται από το κράτος θεραπείας (Άρα χρειάζεται το DRG τους κράτους θεραπείας)

Και στις δύο διαδικασίες απαιτείται προέγκριση από το κράτος ασφάλισης η οποία όμως δεν μπορεί να απορριφθεί αν η θεραπεία στην χώρα διαμονής δεν μπορεί να χορηγηθεί εντός ιατρικά δικαιολογημένης προθεσμίας.

Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ο ασθενής καταλήγει σε μία λίστα με τις διαθέσιμες επιλογές για *i* επιλογές.

Νοσοκομειακή Μονάδα	Νος. Μον 1	...	Νος. Μον <i>i</i>
Χώρα	Χώρα A	...	Χώρα <i>i</i>
Κόστος στο κράτος διαμονής	DRG κράτους διαμονής	...	DRG κράτους διαμονής
Κόστος στο κράτος θεραπείας	DRG κράτους θεραπείας	...	DRG κράτους θεραπείας

Ο ασθενής σε συνεργασία με τον Ιατρό του αλλά και το Εθνικό Σημείο Επαφής, έχει πλέον μια λίστα με τις Νοσοκομειακές Μονάδες εντός Ε.Ε. όπου μπορεί να νοσηλευθεί. Στην λίστα αυτή συμπληρώνει σταδιακά τα αντίστοιχα πεδία του ακόλουθου πίνακα κόστους. Αφού συμπληρωθούν τα αντίστοιχα κόστη ο ασθενής βαθμολογεί με 10 το κόστος που μπορεί να καλύψει πιο εύκολα και με 1 το κόστος που μπορεί να καλύψει πιο δύσκολα.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) παρέχεται ως πληροφόρηση από το DRG και ενδέχεται να επηρεάζει το κόστος, ειδικά αν ο ασθενής συνοδεύεται από συγγενείς. Επειδή το κόστος διαμονής συνοδών δεν καλύπτεται πάντα από τον ασφαλιστικό φορέα, εξαιρείται στην παρούσα μελέτη για λόγους απλοποίησης.

Το ποσοστό κάλυψης από τον ασφαλιστικό φορέα είναι απαραίτητο καθώς μέσω αυτού δίνεται και η πληροφόρηση για το κόστος που πρόκειται να καταβάλει ο ασθενής.

Πίνακας 16: Πίνακας Υπολογισμού Κόστους			
Νοσοκομειακή Μονάδα	Νος. Μον 1	...	Νος. Μον <i>i</i>
Χώρα	Χώρα A	...	Χώρα <i>i</i>
Κόστος στο κράτος διαμονής	DRG κράτους	...	DRG κράτους διαμονής

	διαμονής		
Κόστος στο κράτος θεραπείας	DRG κράτους θεραπείας	...	DRG κράτους θεραπείας
ΜΑΝ (ημέρες)	Μέρες 1	...	Μέρες i
Κόστος Θεραπείας:	##	...	##
Ποσοστό κάλυψης	ΠΚ%	...	ΠΚ%
Σύνολο κόστους για τον ασθενή:	Κόστος*(1- Ποσοστό κάλυψης)	...	Κόστος*(1-Ποσοστό κάλυψης)
Βαθμολογία*:	10-0	...	10-0

*Η βαθμολογία για το κόστος υπολογίζεται αυτόματα. Επειδή το κριτήριο είναι η χαμηλότερη δυνατή τιμή, χρησιμοποιείται ο παρακάτω τύπος:

Βαθμολογία Κόστους=10*(Κόστος Θεραπείας/Ελάχιστο κόστος Θεραπείας)

Με τον τρόπο αυτό και εφαρμόζοντάς το για κάθε επιλογή, η εναλλακτική με το χαμηλότερο κόστος από όλες (αυτή δηλαδή που χρησιμοποιείται στον τύπο και ως Ελάχιστο κόστος Θεραπείας) θα βαθμολογηθεί με 10. Οι υπόλοιπες επιλογές ανάλογα με το πόσο μεγαλύτερες είναι από την επιλογή με το Ελάχιστο κόστος Θεραπείας λαμβάνουν τον αντίστοιχο βαθμό ως ποσοστό του 10.

Βήμα 4

Στο βήμα αυτό ο ασθενής βαθμολογεί τις επιλογές του ως προς τα υπόλοιπα 4 κριτήρια που είναι πιο υποκειμενικά από το κόστος. Χρησιμοποιεί και πάλι την κλίμακα 10-0.

Πίνακας 17:Συγκεντρωτικός πίνακας βαθμολογίας				
Νοσοκομειακή Μονάδα	Συντελεστής βαρύτητας	Νος. Μον 1	...	Νος. Μον i
Μικρότερος χρόνος αναμονής	MO1	b_{11}		b_{1i}
Μικρότερο Κόστος	MO2	b_{21}		b_{2i}
Καλύτερη Ποιότητα	MO3	b_{31}		b_{3i}
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	MO4	b_{41}		b_{4i}
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	MO5	b_{51}		b_{5i}

Συνολική σταθμισμένη βαθμολογία		wb_1		wb_i
--------------------------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

Η σταθμισμένη βαθμολογία της κάθε εναλλακτικής υπολογίζεται μέσω του τύπου $\sum_{n=1}^5(MO_n \times b_{ni}) = wb_i$

Η εναλλακτική με το μεγαλύτερο wb είναι και αυτή που προτείνει το μοντέλο για τον ασθενή, σύμφωνα με την βαθμολογία που έχει δώσει.

3.4 Παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου

Για τις ανάγκες της μελέτης αυτής και την εφαρμογή του παραδείγματος, η θεωρία που παρουσιάστηκε παραπάνω ενσωματώθηκε σε αρχείο MS Excel ώστε να γίνονται αυτόματα οι υπολογισμοί, μετά την εισαγωγή της απαραίτητης πληροφορίας.

Σενάριο: Στο παράδειγμα αυτό ο ασθενής είναι από την Ελλάδα και πάσχει από μια πάθηση του λεπτού εντέρου. Αποφασίζει να νοσηλευτεί σε άλλη χώρα και μέσω της Οδηγίας 2011/24 και η ασφάλισή του θα του καλύψει το 80% του κόστους νοσηλείας του. Ο ασθενής μετά από συνεννόηση με τον Εθνικό Σημείο Επαφής και τον Ιατρό του, καταλήγουν σε 3 νοσοκομεία σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και προσπαθεί να επιλέξει σε ποιο θα νοσηλευτεί. Σαν προφίλ ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται να νοσηλευτεί κάπου κοντά στον τόπο διαμονής του ή κάπου οικονομικά, αλλά θέλει να νοσηλευτεί σε ένα σύγχρονο νοσοκομείο σχετικά άμεσα και να τον αναλάβει ένας φημισμένος ιατρός.

Η Υπόθεση που γίνεται είναι ότι ο ασθενής είναι από την Χώρα Α. Το κόστος για την συγκεκριμένη θεραπεία στον τόπο διαμονής του είναι σύμφωνα με το DRG 1200 ευρώ.

Τα 3 προτεινόμενα νοσοκομεία έχουν το παρακάτω προφίλ:

Νοσοκομείο	Νοσοκομείο 1	Νοσοκομείο 2	Νοσοκομείο 3
Χώρα	Χώρα Β	Χώρα Β	Χώρα Γ*
Κόστος DRG	2000	2000	1500
ΜΔΝ	5	5	5
Χρόνος μέχρι την έναρξη νοσηλείας (μέρες)	20	15	10
Φήμη	Εξαιρετική	Εξαιρετική	Πολύ Καλή

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑΣ 31,9%

Ο συντελεστής συνέπειας με τις απαντήσεις που έδωσε δεν είναι αποδεκτός. Ελέγχοντας τον πίνακα με τον συντελεστή συνέπειας για κάθε κριτήριο το μοντέλο υποδεικνύει στον ασθενή το κριτήριο το οποίο έχει πιθανόν έχει αξιολογήσει λάθος. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή από τον n αριθμό κριτηρίων (5 στο παράδειγμα) τόσο πιο ασυνεπές είναι το μοντέλο. Άρα ο ασθενής ελέγχει τις απαντήσεις σε εμπεριέχουν τον παράγοντα κόστους θεραπείας.

Κριτήριο	Μέτρηση Συνέπειας
Μικρότερος χρόνος αναμονής	5,53948068
Μικρότερο Κόστος	7,46070068
Καλύτερη Ποιότητα	6,18125669
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	6,69811261
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	6,27526125
Μέσος όρος(λmax):	6,43096238

Αλλάζοντας την τιμή στην πρώτη σύγκριση (χρόνος με κόστος) λαμβάνει μια αποδεκτή τιμή συντελεστή συνέπειας.

ΠΟΛ

Υ

ΣΗΜ

ΤΟ ΙΔΙΟ

ΑΝΤΙ

ΣΗΜΑΝΤΙΚ

ΠΟΛΥ

ΚΟ

Α

ΑΣΗΜΑΝΤΟ

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
										1	1	1	1	1	1	1	1	
										/	/	/	/	/	/	/	/	
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Μικρότερος χρόνος αναμονής									1									Μικρότερο Κόστος
Μικρότερο Κόστος											1							Καλύτερη Ποιότητα

Ο ασθενής μπορεί πλέον να λάβει υπόψη τους υπόλοιπους πίνακες του μοντέλου που συμπληρώνονται αυτόματα και παρατίθενται παρακάτω:

Σύνοψη απαντήσεων	Μικρότερος χρόνος αναμονής	Μικρότερο Κόστος	Καλύτερη Ποιότητα	Λόγω φημισμένης Κλινικής/ Ιατρού	Απόσταση από την μόνιμη κατοικία
Μικρότερος χρόνος αναμονής	1	3	1/3	1	9
Μικρότερο Κόστος	1/3	1	1/3	1/5	2
Καλύτερη Ποιότητα	3	3	1	2	9
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	1/2	5	1/2	1	8
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	1/8	1/2	1/9	1/8	1
ΑΘΡΟΙΣΜΑ	4,96	12,50	2,28	4,33	29,00

Κανονικοποιημένος Πίνακας	Μικρότερος χρόνος αναμονής	Μικρότερο Κόστος	Καλύτερη Ποιότητα	Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	ΑΘΡΟΙΣΜΑ	ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	CO NSISTENCY
Μικρότερος χρόνος αναμονής	0,20	0,24	0,15	0,231	0,31	1,1	0,22	5,19
Μικρότερο Κόστος	0,06	0,08	0,15	0,046	0,06	0,4	0,08	5,07
Καλύτερη	0,60	0,24	0,44	0,462	0,30	2,1	0,41	5,21

Ποιότητα								
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρο ύ	0,10	0,4	0,22	0,231	0,27	1,2	0,25	5,12
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	0,024	0,04	0,05	0,029	0,03	0,2	0,04	5,1
							Μέσος όρος(λmax)	5,14

Άρα οι συντελεστές βαρύτητας έχουν πλέον υπολογιστεί και είναι αποδεκτοί. Ο σημαντικότερος παράγοντας για την απόφαση του ασθενή δείχνει να είναι η ποιότητα με συντελεστή 41%.

Ο συντελεστής συνέπειας CR του μοντέλου υπολογίστηκε σε 3,1% με τιμές λmax, CI και RI για n=5:

λmax	5,139
CI:	0,035
RI:	1,12
CR	3,1%

Βήμα 3

Ο ασθενής σε συνεργασία με το Εθνικό Σημείο Επαφής καταλήγει σε 3 προτεινόμενα νοσοκομεία. Λόγω του ότι θα νοσηλευθεί μέσω της Οδηγίας 2011/24. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως μπορεί να νοσηλευθεί σε όποιο νοσοκομείο επιθυμεί, δημόσιο ή μη. Η αποζημίωση που θα λάβει ισούται με το 100% του κόστους νοσηλείας στη χώρα διαμονής. Άρα το Ποσοστό Κάλυψης ΠΚ=100% και το κόστος για τον ασθενή θα είναι το κόστος του DRG της χώρας προορισμού μείον το κόστος του DRG στη χώρα διαμονής.

Συμπληρώνει τον επόμενο πίνακα που αξιολογεί το κόστος για τις 3 επιλογές που έχει.

Νοσοκομειακή Μονάδα	Νοσοκ 1	Νοσοκ. 2	Νοσοκ 3
Χώρα	Χώρα Β	Χώρα Β	Χώρα Γ

Κόστος DRG κράτους διαμονής	1200	1200	1200
Κόστος DRG κράτους θεραπείας	2000	2000	1500
ΜΑΝ (ημέρες)	5	5	5
Ποσοστό κάλυψης	100% του κόστους στη χώρα διαμονής	100% του κόστους στη χώρα διαμονής	100% του κόστους στη χώρα διαμονής
Σύνολο κόστους για τον ασθενή:	2000-1200=800	2000-1200=800	1500-1200=300
Βαθμολογία:	$10 \frac{300}{800} = 3,75$	$10 \frac{300}{800} = 3,75$	10

Βήμα 4

Ο ασθενής βαθμολογεί τις επιλογές και ως προς τα υπόλοιπα κριτήρια στον συγκεντρωτικό πίνακα που ακολουθεί:

Νοσοκομειακή Μονάδα	Συντελεστής βαρύτητας	Νοσοκ	Νοσοκ	Νοσοκ
		1	2	3
Μικρότερος χρόνος αναμονής	0,22	6	8	10
Μικρότερο Κόστος	0,08	3,75	3,75	10
Καλύτερη Ποιότητα	0,41	8	10	4
Λόγω φημισμένης Κλινικής/Ιατρού	0,25	10	10	7
Απόσταση από την μόνιμη κατοικία	0,04	5	5	8
Σύνολο πριν την στάθμιση		32,75	36,75	39
Συνολική σταθμισμένη βαθμολογία		7,6	8,86	6,71

Ο λόγος που υπολογίζεται και το σύνολο πριν την στάθμιση, είναι για να τονιστεί η συνεισφορά των συντελεστών βαρύτητας μέσω της μεθόδου AHP. Ενώ δηλαδή πριν την στάθμιση το Νοσοκομείο 3 έδειχνε να συγκεντρώνει την μεγαλύτερη βαθμολογία,

μετά την εφαρμογή των συντελεστών το προτεινόμενο νοσοκομείο είναι το 2 και το 3 μένει τελευταίο.

3.5 Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η AHP είναι μια μεθοδολογία αρκετά χρήσιμη ώστε ο ασθενής να συμμετέχει πιο ενεργά στην διαδικασία επιλογής Νοσοκομειακής Μονάδας για νοσηλεία. Η μελέτη αυτή δίνει στο πρόβλημα μια πιο αναλυτική δομή, όπου ο ασθενής απαντώντας σε απλές ερωτήσεις αφενός εξετάσει πόση συνέπεια υπάρχει στις απαντήσεις που δίνει μέσω του δείκτη συνέπειας CR και αφετέρου σταθμίζει την βαθμολογία των διαθέσιμων επιλογών του. Το γεγονός ότι όλοι οι υπολογισμοί γίνονται αυτόματα μέσω MS Excel αυξάνει σημαντικά την πρόσβαση που έχουν οι ασθενείς σε μια αυτοματοποιημένη μεθοδολογία. Η βασική συνεισφορά αυτού του μοντέλου, είναι ότι ενισχύεται η δυνατότητα των ασθενών να συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την πάθηση τους, χωρίς το πλήθος των επιλογών ή των δεδομένων που πρέπει να αξιολογήσουν να αποτελεί πρόβλημα. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί και για περισσότερες εναλλακτικές. Η αύξηση του αριθμού των κριτηρίων είναι κάτι που επίσης υπάρχει η δυνατότητα να γίνει, αλλά στην AHP όσο αυξάνονται τα κριτήρια, τόσο πιο δύσκολο γίνεται για τον χρήστη να πετύχει ένα αποδεκτό CR, συνεπώς δεν προτείνεται. Τέλος, εκτός από τους αυτόματους υπολογισμούς, το μοντέλο αυτό αποτελεί ταυτόχρονα έναν οδηγό για τον χρήστη καθώς σε κάθε βήμα του καθορίζει την ελάχιστη πληροφορία που πρέπει να εξασφαλίσει ή να οριστικοποιήσει προτού περάσει στο επόμενο.

Πιθανό σημείο βελτίωσης της συγκεκριμένης μεθοδολογίας, θα μπορούσε να αποτελέσει η δυνατότητα αυτόματης αντιστοίχισης των DRGs ανάλογα με την χώρα όπου βρίσκεται η νοσοκομειακή μονάδα. Το γεγονός ότι προς το παρόν οι διάφορες χώρες ακολουθούν δική τους κωδικοποίηση, δημιουργεί γλωσσικά και πρακτικά εμπόδια στο βήμα εύρεσης του κόστους θεραπείας σε κάθε χώρα.

Βιβλιογραφία Κεφαλαίου 3

Iryanto. 2008. *Exposition of Analytic Hierarchy Process in Operations Research: Effective Ways To Decision Making.* s.l. : Medan, 2008.

Latifah, S. 2005. *Basic Principles of Analytic Hierarchy Process.* s.l. : AGRIS, 2005.

Bhushan N., Rai K., 2004. *Strategic Decision Making: Applying the Analytic Hierarchy Process.* London : Springer-Verlag London Limited, 2004.

Saaty, T.. 1980. *The Analytic Hierarchy Process: Planning, Priority Setting, Resource Allocation*. s.l. : McGraw-Hill, 1980.

Κατάσταση Εικόνων-Διαγραμμάτων

Εικόνα 1: Ροές Επαγγελματιών Υγείας εντός της Ε.Ε.	37
Εικόνα 2:Ετήσιες Εισροές Ιατρικού Προσωπικού στην Ε.Ε.....	37
Εικόνα 3: Παράδειγμα Ιεραρχικής Δομής ΑHP με 2 επίπεδα κριτηρίων.....	46
Εικόνα 4: Κλίμακα προτίμησης ΑHP.....	46

Κατάσταση Πινάκων

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ Οδηγίας 2011/24/ΕΕ και Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004	10
Πίνακας 2: Έντυπα που πιστοποιούν τα δικαιώματα των μετακινούμενων ασθενών στο εσωτερικό της ΕΕ	13
Πίνακας 3: Δομικά στοιχεία και παράγοντες προσδιορισμού των DRGs.....	22
Πίνακας 4: Σύγκριση Αρχικού Σκοπού Εφαρμογής των DRGs και Κύριου Σκοπού το 2010 σε Ευρωπαϊκές Χώρες	23
Πίνακας 5: Φορείς Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας.....	27
Πίνακας 6: Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών συστημάτων διαπίστευσης.....	28
Πίνακας 7:Τι συμπεριλαμβάνει η διασυνοριακή φροντίδα υγείας.....	32
Πίνακας 8: Λόγοι μετακίνησης σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα για χορήγηση θεραπείας....	39
Πίνακας 9: Επεξήγηση Σημαντικότητας κριτηρίων στην ΑHP.....	46
Πίνακας 10: Πίνακας Εκτίμησης R.I. του Saaty	49
Πίνακας 11: Βασικές Οντότητες του Μοντέλου και ο Ρόλος τους	51
Πίνακας 12: Πίνακας συγκρίσεων κριτηρίων.....	52
Πίνακας 13:Σύνοψη Σύγκρισης Κριτηρίων.....	54
Πίνακας 14: Κανονικοποίηση τιμών του πίνακα κριτηρίων	54
Πίνακας 15: Υπολογισμός CI του μοντέλου	55
Πίνακας 16:Πίνακας Υπολογισμού Κόστους.....	57
Πίνακας 17:Συγκεντρωτικός πίνακας βαθμολογίας	58

Βιβλιογραφία

isqua.org. [Ηλεκτρονικό]

- Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. 2003.** *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement.* . s.l. : Int J Qual Health Care, 2003.
- Auras S, Geraedts M. 2010.** *Patient experience data in practice accreditation--an international comparison.* s.l. : Int J Qual Health Care, 2010.
- Bertinato, L. 2005.** *Cross-Border Health in Europe-Policy Brief.* s.l. : World Health Organization, 2005.
- Bhushan N., Rai K.,. 2004.** *Strategic Decision Making: Applying the Analytic Hierarchy Process.* London : Springer-Verlag London Limited, 2004.
- Busse R, Schreyögg J, Smith PC. 2006.** *Hospital case payment systems in Europe.* s.l. : Health Care Management Science, 2006. σσ. 211-213.
- Busse R., Wörz M.,Foubister T.,Mossialos E.,Berman P. 2006.** *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues.* s.l. : HealthACCESS Project, 2006.
- Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. 2013.** *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals.* s.l. : BMJ, 2013.
- Buxton, M. 1995.** *Achievements of Audit in the NHS.* . s.l. : Quality in Health Care, 1995.
- Charles D. Shaw, Basia Kutryba, Jeffrey Braithwaite, Michal Bedlicki, Andrzej Warunek. 2010.** *Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009.* s.l. : International Society for Quality in Health Care, 2010.
- Collopy, B. 1995.** *Extending facility accreditation to the evaluation of care: the Australian experience.* s.l. : International Journal of Health Planning and Management, 1995.
- Cortez, N. 2009.** *INTERNATIONAL HEALTH CARE CONVERGENCE:THE BENEFITS AND BURDENS OF MARKET-DRIVEN STANDARDIZATION.* s.l. : Wisconsin International Law Journal, 2009.
- Dussault G, Frontera I, Cabral J. 2009.** *Migration of health personnel in the WHO European Region.* s.l. : Europe:WHO, 2009.
- ECJ. 2004.** *Watts Case C-372/04.* s.l. : ECJ, 2004.
- **1998.** *Υπόθεση C-158/96, Kohll.* s.l. : ECJ, 1998.
- European Commission. 2006.** *Cross-border health care in the European Union Communities.* s.l. : European Commission, 2006.
- **2008.** *Impact assessment on the application of patients' rights in cross-border healthcare.* s.l. : European Commission, 2008.
- European Parliament and Council of the European Union. 1971.** *Council Regulation (EEC) No 1408/71.* s.l. : European Parliament and Council of the European Union, 1971.
- European Parliament, Council of the European Union. 2011.** *DIRECTIVE 2011/24/EU.* s.l. : Official Journal of the European Union, 2011.
- Fetter, Robert B. 1991.** *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance.* New Haven, Connecticut : Department of Operations Research, Yale University, 1991. σσ. 6-26.
- Geissler A., Quentin W., and Busse R. 2015.** *Heterogeneity of European DRG systems and potentials for a common EuroDRG system, Comment on "Cholecystectomy and Diagnosis-Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries".* s.l. : Int J Health Policy Manag, 2015. σσ. 319–320.

- Golubnitschaja O., Swanton C., Danesi R. and Costigliola V. 2011.** *Promoting predictive, preventive and personalised medicine: European event of global importance.* s.l. : EPMA Journal, 2011. 2:88.
- Gupta, H. 2015.** *Selection of Best Hospital for Surgery using AHP.* s.l. : IUP Journal of Operations Management, 2015.
- Hitiris, T. and Nixon, J. 2000.** *Health care coordination and convergence across the member states of the European Union in Columbus, F.(ed).* s.l. : Nova Science, 2000.
- Hoffmeyer, U.K., and McCarthy, R. 1994.** *Financing health care.* Dordrecht, Boston : Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Hudson, N. 2011.** *Cross-border reproductive care: a review of the literature.* s.l. : Elsevier Ltd, 2011.
- Iryanto. 2008.** *Exposition of Analytic Hierarchy Process in Operations Research: Effective Ways To Decision Making.* s.l. : Medan, 2008.
- ISO. 2004.** *ISO/IEC Guide 2:2004 .* s.l. : ISO, 2004.
- ISQUA.** International Society for Quality in Healthcare. [Ηλεκτρονικό]
- Jary, D. and Jary, J. 1991.** *Collins Dictionary of sociology.* s.l. : HarperCollins, 1991.
- Joint Commission. 2003.** *International accreditation Standards for Hospitas.* s.l. : Joint Commission, 2003.
- KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH. 2015.** *Evaluative study on the crossborder Healthcare Directive 2011/24/EU.* s.l. : Directorate-General for Health and Food Safety , 2015.
- Latifah, S. 2005.** *Basic Principles of Analytic Hierarchy Process.* s.l. : AGRIS, 2005.
- Matthew J. Liberatore, Robert L. Nydick. 2008.** *The analytic hierarchy process in medical and health care decision making: A literature review.* s.l. : European Journal of Operational Research, 2008.
- Nixon, J. 2000.** *Convergence of health care spending and health outcomes in the European Union 1960-95.* s.l. : University of York, Centre for Health Economics, 2000. Discussion Paper no. 183.
- Paat-Ahi, G. 2016.** *Common DRG System - the Future of Europe? A Response to Recent Commentary.* s.l. : International Journal of Health Policy and Management, 2016. σσ. 501–502.
- Perdahci N., Ziya N. 2014.** *Analysis of the Patients and Physicians Connection Network on an online Health Information Platform.* s.l. : European Federation for Medical Informatics and IOS Press, 2014.
- Rooney AL, van Ostenberg PR. 1999.** *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality.* s.l. : Center for Human Services (CHS), 1999.
- Rossenmoller, M. 2006.** *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience.* s.l. : WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- Saaty, T. 1980.** *The Analytic Hierarchy Process: Planning, Priority Setting, Resource Allocation.* s.l. : McGraw-Hill, 1980.
- Sachs, J. D. and Warner, A. 1995.** *Economic reform and the process of global integration.* s.l. : Brooking Papers on Economic Activity, 1995. σσ. 1-18.
- Saufl N., Fieldus M. 2003.** *Accreditation: a "voluntary" regulatory requirement.* s.l. : Journal of Perianesth Nurs., 2003.
- Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R. 2009.** *The ABC of DRGs.* s.l. : Euro Observer, 2009. Volume 11, No4.
- Scrivens, E. 1997.** *Impact of accreditation systems upon patient care.* s.l. : Journal of Clinical Effectiveness, 1997. σσ. 102-105.
- Scrivens., E. 1995.** *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?* s.l. : Buckingham: Open University Press, 1995.

- Shaw C., Braithwaite J., Moldovan M., Nicklin W., Grgic I., Fortune T., Whittaker S. 2013.** *Profiling health-care accreditation organizations: an international survey.* s.l. : International Journal for Quality in Health Care, 2013.
- Shaw, C. 2004.** *Toolkit for accreditation programs.* Melbourne. s.l. : International Society for Quality in Health Care, 2004.
- Shenfield F., Mouzon J., Pennings G., Ferraretti A., Andersen A., Wert G, Goossens V. 2010.** *Cross border reproductive care in six European countries.* s.l. : ESHRE, 2010.
- Special Eurobarometer 425 / Wave EB82.2 – TNS Opinion & Social . 2015.** *PATIENTS' RIGHTS IN CROSS-BORDER HEALTHCARE IN THE EUROPEAN UNION.* s.l. : European Commission, 2015.
- Tabrizi, S., Gharibi F., and Wilson A. 2011.** “Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models.” *Health Promotion Perspectives.* s.l. : PMC, 2011.
- Taylor, A. 2015.** *Applying International Guidelines for Telehealth Services – a case study.* s.l. : CRPIT, 2015. Vol 164.
- Telehealth Quality Group, TQG. 2016.** *International Code of Practice for Telehealth Services.* s.l. : Telehealth Quality Group, 2016.
- The Joint Commission. 2007.** *Improving Health Literacy to Protect Patient Safety.* s.l. : The Joint Commission, 2007.
- Wismar, M. 2011.** *Health Professional Mobility and Health Systems.* s.l. : WHO on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. 2011.** *Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies.* s.l. : European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ. 2002.** *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α'.* Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2002.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. 2011.** *Μηχανισμός Εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα.* s.l. : Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011.
- Πολύζος, Μ. 2007.** *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας.* Αθήνα : Διόνικος, 2007.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	4
2.1 Διασυνοριακή Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	4
2.2 Δικαιώματα Ασθενών και Νομικό Πλαίσιο.....	5
2.3 Συνεισφορά Διακυβερνητικών και Μη-Κυβερνητικών Οργανισμών στην Διασυνοριακή Φροντίδα Υγείας στην ΕΕ.	14
2.4 Σύγκλιση συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	20
2.5 Τα DRGs στην Ευρωπαϊκή Ένωση	21
2.6 Διαπίστευση φορέων παροχής Υπηρεσιών Υγείας και πληροφόρηση ασθενών..	25
2.7 Συστήματα Πιστοποίησης και Διαπίστευσης	26
2.8 Τρόποι Παροχής Υπηρεσιών Διασυνοριακής Φροντίδας Υγείας	31
2.9 Μετακινούμενοι ασθενείς και λόγοι μετακίνησης.....	39
2.10 Η ΑΗΡ ως εργαλείο λήψης αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας	40
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου 2	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παρουσίαση του Μοντέλου	41
3.1 Η θεωρία της ΑΗΡ ως μοντέλο λήψης αποφάσεων	44
3.2 Παρουσίαση της μεθοδολογίας επιλογής Νοσοκομειακής Μονάδας από ασθενείς εντός της Ε.Ε.....	49
3.3 Βήματα Εφαρμογής Μοντέλου.....	51
3.4 Παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου	59
3.5 Συμπεράσματα	67
Βιβλιογραφία Κεφαλαίου 3	67
Κατάσταση Εικόνων-Διαγραμμάτων.....	68
Κατάσταση Πινάκων	68
Βιβλιογραφία	68