
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**«ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ:
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (2012-2014)»**

Γεώργιος Κ. Κώγος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

«ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ:

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (2012-2014)»

Γεώργιος Κ. Κώγος, Α.Μ.: ΔΥ/1224

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας
& Πληροφοριακών Συστημάτων / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**«INDICATIVE COST OF TREATMENT
ACCOMPLISHED ABROAD: COMPENSATION
ANALYSIS “EOPYY” (2012 – 2014)»**

George K. Kogos

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω:

- Τους γονείς μου για την αγάπη και αφοσίωση τους, αλλά και για τις ακούραστες προσπάθειες τους να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα μέσα για τις σπουδές μου.
- Τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού προγράμματος, «Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για το εύρος των γνώσεων και της πληροφόρησης που μου παρείχαν.
Άξια επαίνων η προσπάθεια των επικεφαλής του Μεταπτυχιακού προγράμματος καθηγητών κ.κ. Αγιακλόγλου Χρήστο και Παντελίδη Παντελή.
- Τον επιβλέποντα τη συγκεκριμένη μελέτη Καθηγητή κ. Βοζίκη Αθανάσιο για την καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση του για την ολοκλήρωση της.
- Τον αναπληρωτή γενικό διευθυντή του ΕΟΠΥΥ κ.Βαφειάδη Ιωάννη καθώς και τα στελέχη του Οργανισμού κ.κ. Τσουπέη Γεωργία, Κρητικό Κωνσταντίνο και Κανελλοπούλου Ανδριανή για την πολύτιμη συμβολή τους στην συλλογή των στοιχείων της έρευνας.
- Τη μέλλουσα σύζυγο μου –πτυχιούχο λογιστικής και εξειδικευμένη στα ναυτιλιακά- Γούλα Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθεια της στην ολοκλήρωση του τεχνικού μέρους της εργασίας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

«ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ:

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (2012-2014)»

Σημαντικοί Όροι: Θεραπείες στο εξωτερικό, ΕΟΠΥΥ, Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νομισμάτων, Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες, Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (KEN), Κόστος: Εισροές - Εκροές

Περίληψη

Ο κύριος σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να δοθεί μία γενική εικόνα του εκτιμώμενου τελικού κόστους ιατρικών θεραπειών, αποκατάστασης, προηγμένων διαγνωστικών μεθόδων και χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται εντός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πέραν αυτής και αποζημιώνονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) της Ελλάδας.

Δεύτερο αντικείμενο της έρευνας είναι να προτείνει πιθανές εναλλακτικές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εξοικονόμηση χρημάτων μέσω ενδεχομένως μίας διαδικασίας ελαχιστοποίησης κόστους. Μία πιθανή εναλλακτική θα ήταν η πραγματοποίηση των θεραπειών στην Ελλάδα από ειδικούς ιατρούς εκπαιδευμένους στο εξωτερικό και σε τελικά κόστη ανάλογα των Ελληνικών ΚΕΝ.

Δυστυχώς όμως τα δοθέντα από τον ΕΟΠΥΥ οικονομικά στοιχεία είναι ελλιπή.

Τα τελικά κόστη δεν έχουν εκκαθαριστεί ακόμη –στην πλειονότητα των περιπτώσεων δίνεται από τον οργανισμό μόνο το ύψος της προκαταβολής πιθανώς εξαιτίας του γεγονότος ότι η διαδικασία αποζημίωσης, όπως υποδεικνύει και η διεθνής εμπειρία, είναι χρονοβόρα- απαιτείται συνήθως περίοδος ενός-τριών ετών και σε μερικές περιπτώσεις άνω των πέντε ετών για να ολοκληρωθεί. Επιπροσθέτως, πρέπει να συνυπολογιστεί το γεγονός πως ο ΕΟΠΥΥ είναι σχετικά νέος οργανισμός με περίοδο λειτουργίας μόλις τριών ετών (2012-2014) και κατά γενική ομολογία υποστελεχωμένος.

Όμως, ακόμη και υπό αυτές τις συνθήκες απλή σύγκριση ανάμεσα στα Ελληνικά ΚΕΝ (όπως αυτά παρουσιάζονται στο 4^ο κεφάλαιο) και τα αρχικά ποσά των προκαταβολών που ο ΕΟΠΥΥ καταβάλλει είναι αποκαλυπτική, γιατί σε μεγάλο

αριθμό περιπτώσεων ήδη η αρχική προκαταβολή είναι από μόνη της υψηλότερη από το αντίστοιχο Ελληνικό ΚΕΝ.

Είναι σημαντικό επομένως να κατατεθούν προτάσεις για να περιοριστεί η εκροή πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία και ιδιαίτερα στα πλαίσια της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

«INDICATIVE COST OF TREATMENT ACCOMPLISHED ABROAD: COMPENSATION ANALYSIS “EOPYY” (2012 – 2014)»

Keywords: Treatments abroad, EOPYY, ICD: International Classification of Diseases, DRGs (Diagnosis Related Groups), Cost: Inputs - Outputs

Abstract

The main scope behind this research, is to offer a general idea of the indicative total cost of medical treatments, rehabilitation, advanced diagnostic methods and surgical procedures, all being materialized within the borders of the European Union and overseas (especially the United States of America) and compensated by Greece's National Provider of Healthcare Services known under the general name of EOPYY .

A second objective of this work is to propose possible alternatives that could lead to money-saving via cost-minimization procedures. One such alternative should be the realization of those treatments in Greece by specialists trained abroad and in prices relevant to the Greek DRG's.

Unfortunately, data provided by Greece's EOPYY is incomplete. Total costs are not finally liquidated –in the majority of cases only an initial fee (fee in advance) has been handed to us- probably due to the fact that the compensation procedure- as international experience has shown –takes a period of 1 up to 3 years, and in some cases over 5 years, in order to be completed. In addition to that, one needs to consider that EOPYY is a generally new organization with only short-lived history (2012-2014) and it is also unanimous admitted that it lacks personnel.

Even under those circumstances, a simple comparison between the Greek DRG's (as demonstrated in the 4th chapter) and the initial fee (payment in advance) paid by EOPYY is revealing, because in a great amount of cases, the latter is enormously larger than the former.

Having always in mind Greece's difficult financial situation, searching for alternatives should be a top priority.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Έννοια της υγείας & του κόστους

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Υγεία και σύστημα υγείας	2
1.2.1 Κόστος των πόρων – εισροές στις υπηρεσίες υγείας	3
1.2.2 Διάκριση του κόστους	4
1.2.3 Η εξίσωση του συνολικού κόστους	4
1.2.4 Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητα	4
1.2.5 Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το Σύστημα Υγείας και η εξέλιξη της Νοσηρότητας στην Ελλάδα

2.1 Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα – Επιστημονικές εξελίξεις	7
2.2 Αίτια νοσηρότητας – Αντιμετώπιση τους στην Ελλάδα και στο εξωτερικό	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χρηματοδότηση και τρέχουσες δαπάνες υπηρεσιών υγείας στα χρόνια του μνημονίου και της ελληνικής οικονομικής κρίσης

3.1 Εισαγωγή	11
3.2 Παρουσίαση και ανάλυση των στοιχείων	12
3.3 Συμπεράσματα	20

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διεθνής στατιστική ταξινόμηση νοσημάτων – International Classification of diseases (ICD και αναθεωρήσεις), αντιστοίχιση με το ΚΕΝ (Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο)

4.1 Ορισμός ICD	21
4.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή του ICD-10	22
4.3 Συμπέρασμα	24
4.4 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια – ΚΕΝ	24
4.5 ΦΕΚ – Εφημερίς της κυβερνήσεως	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Αναζήτηση ιατρικής φροντίδας στο εξωτερικό, ιατρικός τουρισμός

5.1 Εισαγωγή	27
5.2 Ιστορική αναδρομή	28
5.3 Δημοφιλείς προορισμοί για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας	28
5.4 Είδη τουρισμού υγείας και κατηγορίες μετακινούμενων ασθενών	30
5.4.1 Τουρισμός υγείας και ιατρικός τουρισμός	31
5.4.1.1 Ιατρικός τουρισμός – Βασικά χαρακτηριστικά	32
5.4.1.2 Τουρισμός υγείας – Βασικά χαρακτηριστικά	32
5.5 Το προφίλ των ασθενών και η κινητικότητα αυτών για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης	33
5.5.1 Η διάκριση του ΠΟΥ	33
5.5.2 Μελέτη των Bertinato L, Busse R, Fahy n Et Al και Rosenmoller, Mc Kee M, Baeten R	33
5.6 Τα αίτια της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας στο εξωτερικό – Καθοριστικοί παράγοντες στη λήψη της απόφασης	34
5.6.1 Αίτια αναζήτησης ιατρικής φροντίδας στο εξωτερικό	35
5.6.2 Η λήψη της απόφασης (decision making) και οι προτρεπτικοί και ελκτικοί παράγοντες (push and pull factors) που οδηγούν τελικά σε αυτή	35
5.6.2.1 Προτρεπτικοί – προωθητικοί παράγοντες (push factors)	36
5.6.2.2 Ελκτικοί παράγοντες (pull factors)	37
5.7 Πηγές πληροφόρησης (information sources)	38
5.8 Ενδεχόμενοι κίνδυνοι κατά την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας	



σε χώρες του εξωτερικού	38
5.8.1 Κίνδυνοι αμιγώς σχετιζόμενοι με τη διαδικασία μετακίνησης	38
5.8.2 Κίνδυνοι ιατρικοί, σχετιζόμενοι με τις θεραπείες	39
5.8.3 Ηθικοί κίνδυνοι	40
5.9 Θεραπείες στο εξωτερικό, διεθνής εμπειρία και παραδείγματα χωρών	41
5.9.1 Βρετανία	41
5.9.2 Γερμανία	47
5.9.3 ΗΠΑ	49
5.9.4 Καναδάς	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ευρωπαϊκές συνθήκες και ιατρική φροντίδα εντός των ορίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Νομικό πλαίσιο ΕΟΠΥΥ και νοσηλείες στο εξωτερικό

6.1 Εισαγωγή	55
6.2 Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	55
6.3 Πρόβλεψη για τις υπηρεσίες υγείας εντός της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς, ελευθερία στη διακίνηση προσώπων, προϊόντων, υπηρεσιών και κεφαλαίων	56
6.4 Κανονιστικό πλαίσιο ελεύθερης κυκλοφορίας ασθενών εντός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης	56
6.5 Περιπτώσεις KOHLL και DECKER - Γνωμοδότηση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου	59
6.6 Νομικό πλαίσιο ΕΟΠΥΥ - Διαδικασία έγκρισης αποζημίωσης νοσηλειών εξωτερικού	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σκοπός της έρευνας, ερευνητικό υλικό, ανάλυση

7.1 Εισαγωγή	63
7.2 Απαραίτητες διευκρινήσεις εκ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	69
7.3 Ανάλυση πινάκων	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Ερευνητικά ευρήματα

8.1 Νοσηλείες ανά χώρα και χειρουργική ειδικότητα	73
---	----

8.1.1 Γερμανία	73
8.1.2 Ολλανδία	74
8.1.3 Γαλλία	75
8.1.4 Αυστρία	77
8.1.5 Ηνωμένο Βασίλειο	78
8.1.6 Ελβετία	79
8.1.7 ΗΠΑ	81
8.1.8 Ιταλία	82
8.1.9 Βέλγιο	84
8.1.10 Σουηδία	85
8.1.11 Κροατία	86
8.1.12 Ισραήλ	87
8.1.13 Βραζιλία	88
8.2 Νοσηλείες ανά χώρα, φύλο, αριθμό περιστατικών	89
8.3 Νοσηλείες ανά φύλο και ειδικότητα	92
8.4 Νοσηλείες ανά έτος, ηλικιακή ομάδα και φύλο	95
8.5 Προκαταβολή νοσηλίων	97
8.6 Κατανομή νοσηλίων ανά χώρα προορισμού και ανά νόμισμα	99
8.7 Συνολικό κόστος νοσηλίων ανά έτος και νόμισμα	100
8.8 Συνολικό κόστος νοσηλίων ανά χώρα και νόμισμα	106
8.9 Αριθμός νοσηλίων ανά χώρα και ειδικότητα	109
8.10 Συνολικό ύψος προκαταβολών ανά νόμισμα	109
8.11 Συμπεράσματα	111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα – Προτάσεις	
9.1 Συνολική αποτίμηση των ευρημάτων	115
9.2 Περιορισμοί της έρευνας	115
9.3 Προτάσεις	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Πινάκων

3.1 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας	12
3.2 Συνολική δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης	12
3.3 Κατανομή τρεχουσών δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος	13
3.4 Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας	14
3.5 Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για την δωδεκαετία 2000-2012	15
3.6 Δημοσιονομικός εκτροχιασμός (1995-2015)	16
3.7 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν ήταν βιώσιμο	17
3.8 Η δυναμική του χρέους	19
5.1 Κόστη χειρουργικών επεμβάσεων στη Βρετανία σε αντιστοίχιση με το κόστος σε άλλες χώρες	36
5.2 Συνολικά έξοδα ασθενών και συνοδών κατά τη διαμονή τους στη Βρετανία για θεραπείες ανά έτος	45
5.3 Δείγμα κόστους χειρουργικών επεμβάσεων στα πλαίσια του τουρισμού υγείας	51
6.1 Συνθήκες	55
6.2 Ενιαία Ευρωπαϊκή αγορά & υπηρεσίες υγείας	56
6.3 Ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών και διασυνοριακή φροντίδα υγείας, συντονισμός των εθνικών κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο	57
6.4 Κανονισμοί 1408/71 & 574/72 του συμβουλίου	58
6.5 Συντονισμός συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της Ένωσης	58
7.1 Εγκεκριμένες νοσηλείες εξωτερικού	63
7.2 Αριθμός περιστατικών ανά χειρουργική ειδικότητα	70
7.3 Αριθμός περιστατικών ανά χώρα προορισμού	71
8.1 Αριθμός περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα	73
8.2 Αριθμός περιστατικών στην Ολλανδία ανά χειρουργική ειδικότητα	75
8.3 Αριθμός περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα	76
8.4 Αριθμός περιστατικών στην Αυστρία ανά χειρουργική ειδικότητα	77
8.5 Αριθμός περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική	



ειδικότητα	78
8.6 Αριθμός περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα	80
8.7 Αριθμός περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα	81
8.8 Αριθμός περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα	83
8.9 Αριθμός περιστατικών στο Βέλγιο ανά χειρουργική ειδικότητα	84
8.10 Αριθμός περιστατικών στην Σουηδία ανά χειρουργική ειδικότητα	85
8.11 Αριθμός περιστατικών στην Κροατία ανά χειρουργική ειδικότητα	86
8.12 Αριθμός περιστατικών στο Ισραήλ ανά χειρουργική ειδικότητα	87
8.13 Αριθμός περιστατικών στην Βραζιλία ανά χειρουργική ειδικότητα	88
8.14 Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα	89
8.15 Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα	91
8.16 Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα	92
8.17 Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα	94
8.18 Άνδρες ασθενείς ανά έτος	95
8.19 Γυναίκες ασθενείς ανά έτος	96
8.20 Σύνολα ανδρών και γυναικών	97
8.21 Νόμισμα και αριθμός νοσηλειών	98
8.22 Αριθμός περιστατικών ανά χώρα και ανά νόμισμα	99
8.23 Κόστος σε € ανά έτος	101
8.24 Κόστος σε λίρες Αγγλίας ανά έτος	103
8.25 Κόστος σε CHF ανά έτος	104
8.26 Κόστος σε δολάρια ανά έτος	105
8.27 Γερμανία: Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	106
8.28 Γαλλία: Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	106
8.29 Αυστρία: Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	107
8.30 Ηνωμένο Βασίλειο : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	107
8.31 Ελβετία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	107
8.32 Ηνωμένες Πολιτείες : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	108
8.33 Ιταλία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	108
8.34 Κροατία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	108
8.35 Ισραήλ : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	109
8.36 Βραζιλία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα	109
8.37 Συγκεντρωτικός πίνακας περιστατικών ανά χώρα και ειδικότητα	109
8.38 Συγκεντρωτικός πίνακας συνολικού κόστους	109

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Διαγραμμάτων

5.1 Περιστατικά σε Βόρεια, Δυτική, Νότια Ευρώπη	43
5.2 Ο αριθμός των ασθενών που ταξιδεύουν από και προς τη Βρετανία για τη δεκαετία 2000-2010	43
5.3 Χώρες προέλευσης (Ιρλανδία, Κύπρος, Πορτογαλία) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)	44
5.4 Χώρες προέλευσης (Ισπανία, Γαλλία, Πορτογαλία) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)	44
5.5 Χώρες προέλευσης (ΗΑΕ, Κουβέϊτ, Νιγηρία) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)	45
6.1 Ροή διαδικασιών ΕΟΠΥΥ για έγκριση καταβολής νοσηλίων εξωτερικού	61
7.1 Αριθμός περιστατικών ανά χειρουργική ειδικότητα	70
7.2 Αριθμός περιστατικών ανά χώρα προορισμού	71
8.1 Αριθμός περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα	74
8.2 Ποσοστό περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα	74
8.3 Αριθμός περιστατικών στην Ολλανδία ανά χειρουργική ειδικότητα	75
8.4 Αριθμός περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα	76
8.5 Ποσοστό περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα	77
8.6 Αριθμός περιστατικών στην Αυστρία ανά χειρουργική ειδικότητα	78
8.7 Αριθμός περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική ειδικότητα	79
8.8 Ποσοστό περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική ειδικότητα	79
8.9 Αριθμός περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα	80
8.10 Ποσοστό περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα	81
8.11 Αριθμός περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα	82
8.12 Ποσοστό περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα	82
8.13 Αριθμός περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα	83
8.14 Ποσοστό περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα	84
8.15 Αριθμός περιστατικών στο Βέλγιο ανά χειρουργική ειδικότητα	85
8.16 Αριθμός περιστατικών στην Σουηδία ανά χειρουργική ειδικότητα	86



8.17	Αριθμός περιστατικών στην Κροατία ανά χειρουργική ειδικότητα	87
8.18	Αριθμός περιστατικών στο Ισραήλ ανά χειρουργική ειδικότητα	88
8.19	Αριθμός περιστατικών στην Βραζιλία ανά χειρουργική ειδικότητα	89
8.20	Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα	90
8.21	Ποσοστό χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα	90
8.22	Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα	91
8.23	Ποσοστό χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα	92
8.24	Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα	93
8.25	Ποσοστά χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα	93
8.26	Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα	94
8.27	Ποσοστό χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα	95
8.28	Άνδρες ασθενείς ανά έτος	96
8.29	Γυναίκες ασθενείς ανά έτος	96
8.30	Σύνολα ανδρών και γυναικών	97
8.31	Νόμισμα και αριθμός νοσηλειών	98
8.32	Ποσοστά νομίματος και αριθμού νοσηλειών	99
8.33	Αριθμός περιστατικών ανά χώρα και ανά νόμισμα	100
8.34	Κόστος ανά έτος και νόμισμα	103
8.35	Κόστος σε λίρες Αγγλίας ανά έτος	104
8.36	Κόστος σε CHF ανά έτος	105
8.37	Κόστος σε δολάρια ανά έτος	105



Αποφθέγματα

*«Μέτρον βίου το καλόν, ου το του χρόνου μήκος
(μετάφραση: Η αξία της ζωής μετράται με την ωραιότητα της και όχι μόνο με το μήκος της)*

Πλούταρχος, 47 – 120 μ.Χ., Αρχαίος Έλληνας Ιστορικός

*«Ουκ ένι ιατρικήν ειδέναι, όστις μη οίδεν ότι εστίν άνθρωπος»
(μετάφραση: Είναι αδύνατον να ξέρει την ιατρική, αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ο άνθρωπος)*

Ιπποκράτης ο Κώος, 460 – 377 π.Χ., Πατέρας της Ιατρικής

*«Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν
(μετάφραση: προτιμότερη η πρόληψη από την θεραπεία)*

Ιπποκράτης ο Κώος, 460 – 377 π.Χ., Πατέρας της Ιατρικής

*«Οκόσα φάρμακα ουκ ιήται, σίδηρος ιήται – Όσσα σίδηρος ουκ ιήται, πύρ ιήται – όσσα δε πυρ ουκ ιήται ταύτα χρη νομίζειν ανήτα»
(μετάφραση: Ότι δεν θεραπεύουν τα φάρμακα, το θεραπεύει ο σίδηρος – νυστέρι, ότι δεν μπορεί να θεραπεύσει το νυστέρι το θεραπεύει η φωτιά – καυτηρίαση, ότι δεν μπορεί να θεραπεύσει ούτε αυτή είναι μάλλον ανίατο)*

Ιπποκράτης ο Κώος, 460 – 377 π.Χ., Πατέρας της Ιατρικής

*«Υγεία τίμιον αλλ' ευμετάστατον»
(μετάφραση: Η υγεία είναι πολύτιμη, αλλά ευμετάβλητη)*

Πλούταρχος, 47 – 120 μ.Χ., Αρχαίος Έλληνας Ιστορικός

«Η οικονομία δεν έχει να κάνει με την εξοικονόμηση χρημάτων, αλλά με το πώς να ξοδεύονται χρήματα με σοφό τρόπο»

Thomas Huxley, 1825 – 1895, Βρετανός Βιολόγος

*«Υγεία και νους εσθλά τω βίω δύο»
(μετάφραση: Υγεία και μυαλό είναι δύο θαυμαστά πράγματα στη ζωή)*

Μένανδρος, 4^{ος} αιών π.Χ., Αρχαίος Έλληνας Ποιητής

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

1.1 Εισαγωγή

Η μετακίνηση ασθενών από τη χώρα διαμονής τους σε χώρα του εξωτερικού για αναζήτηση εξειδικευμένης φροντίδας υγείας –χειρουργικές επεμβάσεις και πρωτοποριακές φαρμακευτικές θεραπείες- αποτελεί μία πραγματικότητα στη σύγχρονη εποχή την οποία οι κρατικοί προϋπολογισμοί και τα ασφαλιστικά ταμεία - που τελικά θα την χρηματοδοτήσουν- δεν μπορούν να αγνοήσουν.

Η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων από την πλευρά της κεντρικής διακυβέρνησης και των ασφαλιστικών ταμείων πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα, ιδιαίτερα στα στενά πλαίσια που ορίζει και η παγκόσμια οικονομική κρίση.

Ο κύριος σκοπός πίσω από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι να δοθεί μία γενική εικόνα του εκτιμώμενου τελικού κόστους ιατρικών θεραπειών, αποκατάστασης, προηγμένων διαγνωστικών μεθόδων και χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται εντός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πέραν αυτής (ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής) και αποζημιώνονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) της Ελλάδας.

Δεύτερο αντικείμενο της έρευνας αυτής είναι να προτείνει πιθανές εναλλακτικές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εξοικονόμηση χρημάτων μέσω ενδεχομένως μίας διαδικασίας ελαχιστοποίησης κόστους. Μία πιθανή εναλλακτική θα ήταν η πραγματοποίηση των θεραπειών στην Ελλάδα από ειδικούς ιατρούς εκπαιδευμένους στο εξωτερικό και σε τελικά κόστη ανάλογα των Ελληνικών ΚΕΝ.

Δυστυχώς όμως τα δοθέντα από τον ΕΟΠΥΥ οικονομικά στοιχεία είναι ελλιπή. Τα τελικά κόστη δεν έχουν εκκαθαριστεί ακόμη –στην πλειονότητα των περιπτώσεων δίνεται από τον οργανισμό μόνο το ύψος της προκαταβολής πιθανώς εξαιτίας του γεγονότος ότι η διαδικασία αποζημίωσης, όπως υποδεικνύει και η διεθνής εμπειρία, είναι χρονοβόρα- απαιτείται συνήθως περίοδος ενός-τριών ετών και σε μερικές περιπτώσεις άνω των πέντε ετών για να ολοκληρωθεί. Επιπροσθέτως, πρέπει να συνυπολογιστεί το γεγονός πως ο ΕΟΠΥΥ είναι σχετικά νέος οργανισμός με περίοδο λειτουργίας μόλις τριών ετών (2012-2014) και κατά γενική ομολογία υποστελεχωμένος.

Όμως, ακόμη και υπό αυτές τις συνθήκες απλή σύγκριση ανάμεσα στα Ελληνικά ΚΕΝ και τα αρχικά ποσά των προκαταβολών που ο ΕΟΠΥΥ καταβάλλει είναι αποκαλυπτική, γιατί σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων ήδη η αρχική προκαταβολή είναι από μόνη της υψηλότερη από το αντίστοιχο Ελληνικό ΚΕΝ.

Είναι σημαντικό επομένως να κατατεθούν προτάσεις για να περιοριστεί η εκροή πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία και ιδιαίτερα στα πλαίσια της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

1.2 Υγεία και σύστημα υγείας

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετρά την φυσική, ψυχολογική ή ακόμη και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η Υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*.

Πρώτη φορά στην σύγχρονη εποχή, η έννοια της Υγείας δεν αποδίδεται αποκλειστικά και μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η ύπαρξη ή μη επαγγελματικής ενασχόλησης, το συνολικό κοινωνικό – οικονομικό status του πολίτη – ασθενούς.

Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί η διάκριση ανάμεσα στην Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας. Η έννοια της πρώτης, παραπέμπει σε μία συγκεκριμένη φυσική και πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άνθρωπος.

Αντιθέτως, οι υπηρεσίες υγείας είναι τα μέσα που προσφέρονται στον άνθρωπο με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του, παράγονται δε μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες.

Ο φορέας παραγωγής των υπηρεσιών υγείας είναι το σύστημα υγείας, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί από οικονομικής άποψης ως ένα τυπικό μοντέλο παραγωγής με εισροές όπως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τα φάρμακα και τα μηχανήματα που συνδυάζονται και οργανώνονται για την παραγωγή του τελικού αποτελέσματος των εκροών που αντιπροσωπεύονται από τον αριθμό των θεραπειών ή των χειρουργείων.

Συνοψίζοντας, το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, αλλά και με το περιβάλλον με τελικό στόχο τη

*WHO: World Health Organization (1946) International Health Conference, New York.

διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Λιαρόπουλου το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Γίνεται επομένως αναφορά και στους υλικούς πόρους με βάση τις οικονομικές δυνατότητες του πληθυσμού, γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία στη σύγχρονη εποχή της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι του Ελληνικού Κράτους στα πλαίσια των μνημονιακών πολιτικών αποτελούν μία πραγματικότητα που δεν μπορεί να αγνοηθεί.

Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007, σελ. 66) υποστηρίζουν πως ένα σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα:

- το πρώτο αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας
- και το τρίτο αφορά στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών.

Εναλλακτικά μπορεί κανείς να θεωρήσει πως το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με την χρηματοδότηση της υγείας και αντιστοιχεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το δεύτερο υποσύστημα σχετίζεται με τη διοικητική υποστήριξη του συστήματος και αναφέρεται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας και αντιστοιχεί στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Κάθε οικονομικό σύστημα έχει να επιτελέσει συγκεκριμένους στόχους. Το σύστημα υγείας κυρίως πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Δεν είναι αμιγώς οικονομικό σύστημα, η αποστολή του είναι πρωτίστως κοινωνική, είναι υποχρεωμένο όμως να ικανοποιεί βασικούς οικονομικούς κανόνες.

1.2.1 Κόστος των πόρων – εισροές στις υπηρεσίες υγείας

Όλες οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης περιλαμβάνουν το κόστος των εισροών, γνωστό ως resource cost, το οποίο και ορίζεται ως η συνολική αξία όλων των πόρων που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας, σύμφωνα με

το βιβλίο «Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω», των Κυριόπουλου Γ., Οικονόμου Χ., και Γεωργούση Ε, το 1999.

Πρέπει δηλαδή τόσο σε επίπεδο μίας κλινικής, μίας νοσοκομειακής μονάδας ή ενός συστήματος υγείας συνολικά, να εφαρμοστεί η οικονομική θεωρία η οποία και αντιμετωπίζει την μονάδα υγείας ως μονάδα παραγωγής και κατ'επέκταση ως οικονομική μονάδα με έσοδα, έξοδα και κόστος παραγωγής.

Η θεώρηση αυτή αποτελεί επιτακτική ανάγκη στη σύγχρονη εποχή, περισσότερο ίσως από ποτέ, στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στη δίνη της οποίας βρίσκεται και η Ελλάδα. Η μείωση του κόστους των προφερόμενων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί έναν εκ των βασικότερων μνημονιακών υποχρεώσεων της Ελλάδας.

1.2.2 Διάκριση του κόστους

Τα κόστη στο χώρο της Υγείας μπορούν να διακριθούν σε

-άμεσα κόστη	(direct costs)	σταθερά κόστη	(fixed costs)
-έμμεσα κόστη	(indirect costs)	μεταβλητά κόστη	(variable costs)
-κόστη κεφαλαίου	(capital costs)	ημιμεταβλητά κόστη (semi- variable costs)	

1.2.3 Η εξίσωση του συνολικού κόστους

Στην απλουστευμένη της μορφή είναι η ακόλουθη

$$TC = \alpha + \beta \times q \quad (1.1)$$

όπου

TC = συνολικό κόστος

α = συνολικό σταθερό κόστος

β = μεταβαλλόμενο κόστος ανά μονάδα παραγωγής

q = μονάδες παραγωγής

1.2.4 Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας

Γνωστή ως cost-effectiveness analysis στην Αγγλική Βιβλιογραφία, αποτελεί την μέθοδο που συνήθως χρησιμοποιείται συχνότερα στην οικονομική ανάλυση κόστους.

Ορίζεται ως κόστος σε χρηματικές μονάδες ανά μονάδα αποτελέσματος, σε φυσικές μονάδες, δηλαδή:

$CER = \text{cost} / \text{effect}$

Οι μονάδες αποτελέσματος πρέπει να σχετίζονται με μία τελική εκροή υγείας όπως για παράδειγμα τα επιπρόσθετα έτη ζωής ή με μία ενδιάμεση εκροή όπως ο αριθμός των θεραπευθέντων ασθενών. Στη συγκεκριμένη αξιολόγηση, η πλέον συνηθισμένη μονάδα αποτελέσματος που χρησιμοποιείται είναι το επιπρόσθετο (κερδισμένο) έτος ζωής, λόγω της υπό αξιολόγηση παρέμβασης.

1.2.5 Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους

Ο αντίστοιχος όρος στην αγγλική γλώσσα είναι cost-minimization analysis. Ως μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης αποσκοπεί στον εντοπισμό, στην ανάλυση και στην εφαρμογή του θεραπευτικού μέσου ή της χειρουργικής παρέμβασης, γενικότερα του προγράμματος υγείας με το μικρότερο κόστος.

Επομένως, εφαρμόζεται σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου τα προτεινόμενα ιατρικά μέτρα ή προγράμματα υγείας πιστεύεται πως παρουσιάζουν τα ίδια αποτελέσματα, οπότε η τελική επιλογή θα στηριχθεί μόνο στο τελικό κόστος της κάθε μίας προτεινόμενης παρέμβασης.

Ως συγκριτική του συνολικού κόστους μέθοδος, χρησιμοποιεί εκτενώς και την μέθοδο του benchmarking, τη μελέτη δηλαδή ποιοτικών, χαμηλού κόστους, μοντέλων που πιθανώς εφαρμόζουν ανταγωνιστές και γενικά άλλοι πάροχοι υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα – Επιστημονικές εξελίξεις

Η Ελλάδα, ως μέλος διεθνών οργανισμών όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, το ΝΑΤΟ και ο ΟΟΣΑ, επωφελήθηκε της μεγάλης οικονομικής ανάπτυξης των Δυτικών Κοινωνιών της τελευταίας τεσσαρακονταετίας.

Η εξέλιξη του νομοθετικού πλαισίου για την Υγεία, οι απαρχές του οποίου ανευρίσκονται ήδη στα πρώτα έτη μετά την απελευθέρωση από τους Τούρκους και τη σύσταση του Νεοελληνικού Κράτους, η δημιουργία μεγάλων νοσοκομείων όπως ο Ευαγγελισμός, το Λαϊκό και το Γενικό Κρατικό, οι Ευρωπαϊκές Συνθήκες που διέπουν την Ευρωπαϊκή Ένωση και αποτελούν το κανονιστικό πλαίσιο το οποίο μεταξύ άλλων προβλέπει και τους όρους με τους οποίους ο Ευρωπαίος Πολίτης και προφανώς και ο Έλληνας Πολίτης μπορεί να αναζητήσει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ίδρυση και εξέλιξη των ασφαλιστικών ταμείων και η θεμελίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 συνετέλεσαν αποφασιστικά στη βελτίωση του επιπέδου της Υγείας των Ελλήνων.

Πρέπει όμως να τονιστεί και η καίρια συμβολή της εξέλιξης της ιατρικής και της τεχνολογίας στην βελτίωση του επιπέδου υγείας όπως αυτό αντικατοπτρίζεται από την σαφή θετική μεταβολή δεικτών όπως το προσδόκιμο ζωής, ο δείκτης γεννήσεων-γεννητικότητας, ο δείκτης γονιμότητας, ο δείκτης θνησιμότητας, η βρεφική και μητρική θνησιμότητα.

Ο προγεννητικός έλεγχος με υπερήχους και η έγκαιρη διάγνωση συγγενών διαμαρτιών στα έμβρυα όπως οι ατρησίες οισοφάγου και παχέος εντέρου, η ατρησία των χοληφόρων, οι διπλασιασμοί του γαστρεντερικού σωλήνα, το ακαθόριστο του φύλου, οι διαφραγματοκήλες και τα ελλείμματα του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος επέβαλλαν την εξέλιξη της ειδικότητας της παιδοχειρουργικής που επεμβαίνει θεραπευτικά και σε νεογνά ηλικίας ολίγων ωρών, νεογνά που σε παρελθούσες αλλά όχι μακρινές εποχές θα κατέληγαν χωρίς να έχει καν τεθεί προγεννητική διάγνωση ή χωρίς να υπάρχει η γνώση των μεθόδων της χειρουργικής αποκατάστασης.

Η ατρησία μάλιστα του οισοφάγου, καθώς και η αντίστοιχη των ενδοηπατικών χοληφόρων, είναι παθολογικές καταστάσεις ασύμβατες με τη ζωή. Γι'αυτό και αποκαθίστανται άμεσα χειρουργικά, μετά τη γέννηση, στην Ελλάδα ή σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού αφού πρώτα το νεογνό σταθεροποιηθεί αναπνευστικά και αιμοδυναμικά.

Η δυνατότητα χειρουργικής διόρθωσης, άγνωστη μέχρι πριν από 2-3 δεκαετίες, συνέβαλλε θεαματικά στη μείωση των τριών δεικτών νεογνικής θνησιμότητας (περιγεννητική, νεογνική και μετανεογνική θνησιμότητα).

2.2 Αίτια νοσηρότητας – Αντιμετώπιση τους στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Στη σύγχρονη εποχή, στο Δυτικό κόσμο, ως πρώτη και κύρια αιτία θανάτου αναγνωρίζονται οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (καρδιά και νόσοι μεγάλων αγγείων) όπως:

- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου – στεφανιαία νόσος.
- Καρδιακές αρρυθμίες και καρδιακή ανεπάρκεια.
- Ανευρύσματα μεγάλων αγγείων όπως τα θωρακοκοιλιακά, το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και τα ανευρύσματα εγκεφαλικών αρτηριών.
- Αποφρακτικές αρτηριοπάθειες που αφορούν κυρίως στα μεγάλα αγγεία των κάτω άκρων όπως οι λαγόνιες και οι μηριαίες αρτηρίες.

Σύμφωνα με το άρθρο “ European Observatory on Health Systems and Policies:

Greece: Health system review from Health Systems in transition vol. 12, No 7, 2010 OECD” του κ. Οικονόμου Χαράλαμπου, το οποίο παραθέτει στοιχεία του 2010 του Περιφερειακού Γραφείου για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αλλά και στοιχεία του 2009 του ΟΟΣΑ, το 2008 το 43,5% των συνολικών θανάτων στην Ελλάδα οφείλονταν στις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει τη χώρα 5^η ως προς τη συχνότητα θανάτων από τις συγκεκριμένες παθήσεις, όντας πίσω μόνο από την Σλοβακία, την Ουγγαρία, την Τσεχία, την Πολωνία.

Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο η δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα, εκ των οποίων οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν το 26,4% της συνολικής θνησιμότητας. Τόσο οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, όσο και

οι κακοήθεις νεοπλασίες, αποτελούν σημαντικό τμήμα του συνολικού αριθμού των νοσογόνων καταστάσεων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά εκτός Ελλάδας.

Ειδικά για τους ενήλικες, και για τη βελτίωση δεικτών όπως το προσδόκιμο ζωής, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η εξέλιξη της καρδιοχειρουργικής με την χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας, νέα αντιυπερτασικά φάρμακα χωρίς παρενέργειες, νέα σκευάσματα ινσουλίνης για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη, η ανάπτυξη της αγγειοχειρουργικής που με τη χρήση stents και αγγειακών εμβολωμάτων διορθώνει αγγειοπάθειες χωρίς να είναι πλέον απαραίτητη η αγγειακή παράκαμψη (by-pass), η δυνατότητα της γενικής χειρουργικής να δώσει λύσεις σε ογκογενέσεις που παλαιότερα ήταν ανεγχείρητες.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί η ανακάλυψη νέων χημειοθεραπειών για την αντιμετώπιση του καρκίνου, η εξέλιξη τα γενετικής μηχανικής, των μεταμοσχεύσεων, της νανοτεχνολογίας και η χρήση υπερσύγχρονων τεχνικών απεικονιστικής διάγνωσης όπως η ψηφιακή αγγειογραφία.

Οι επιστημονικές αυτές εξελίξεις δεν είναι όμως πάντα προνόμιο όλων, είτε αυτό αφορά σε κράτη, είτε σε μεμονωμένα άτομα. Κάθε νέα επιστημονική ανακάλυψη συνήθως πραγματοποιείται σε χώρες που ηγούνται της επιστήμης, της εκπαίδευσης και της τεχνολογίας όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία.

Συχνά λοιπόν ο ασθενής θα πρέπει να επισκεφθεί κάποιες από αυτές τις χώρες για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα υγείας που τον ταλαιπωρεί. Και στις μέρες μας, πολλοί είναι οι Έλληνες Πολίτες που επισκέπτονται εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού για να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις και πρωτοποριακές θεραπείες, συχνά με υψηλά κόστη που επιβαρύνουν τους ίδιους (out-of-pocket payments) ή τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο αριθμός αυτών των επεμβάσεων και το κόστος τους για τα ασφαλιστικά ταμεία θα αποτελέσουν το αντικείμενο αυτής της έρευνας στη συνέχεια.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό, επιβάλλεται να υπογραμμιστεί το γεγονός πως το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις οικονομικές δυνατότητες των ανθρώπων και πιο συγκεκριμένα με τις ανισότητες ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες.

Για την Ελλάδα μάλιστα σημειώνεται σημαντική έλλειψη στοιχείων – δεδομένων επί του συγκεκριμένου ζητήματος. Όπως υπογραμμίζουν οι Mackenbach και Bakker (2003) στην ανάλυση τους για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα ανήκει

στις λίγες εκείνες χώρες που δεν έχει καταβάλλει προσπάθειες καταγραφής – υπολογισμού των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, ούτε διαθέτει κεντρικό πολιτικό σχεδιασμό στην κατεύθυνση της άμβλυνσης αυτών των ανισοτήτων.

Η περιορισμένη βιβλιογραφία πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα περιλαμβάνει μία μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) του 2001, σύμφωνα με την οποία το επίπεδο υγείας ενός ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο, με το μεγαλύτερο ρόλο να διαδραματίζουν η μόρφωση και το εισόδημα. Όσο υψηλότερο το εισόδημα και το επίπεδο της εκπαίδευσης – μόρφωσης ενός ατόμου τόσο καλύτερο και το επίπεδο της υγείας του. (Kyriopoulos, Gregory and Economou 2003).

Σύμφωνα τέλος με μελέτη των Huisman, Kunst και Mackenbach το 2003, η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη ατόμων χαμηλού κοινωνικό – οικονομικού υπόβαθρου που επιπλέον παρουσιάζουν μειωμένη καθημερινή δραστηριότητα λόγω σωματικού ή ψυχικού νοσήματος. Επειδή η άρση των κοινωνικών ανισοτήτων ίσως και να αποτελεί ουτοπία, πιθανώς η καταγραφή του κόστους των χειρουργικών επεμβάσεων και των θεραπειών που πραγματοποιούνται στο εξωτερικό και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία να είναι ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση. Δηλαδή τη δημιουργία των συνθηκών εκείνων – από επιστημονική και οικονομική σκοπιά – που θα επιτρέπουν χειρουργεία και θεραπείες να πραγματοποιούνται εντός της Ελλάδας, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα εξοικονόμησης χρημάτων που θα μπορούσαν να ανακουφίσουν τους οικονομικά αδύνατους ως προς την δυνατότητα πρόσβασης τους σε εξειδικευμένη φροντίδα υγείας όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μία σύντομη αναφορά στη χρηματοδότηση και τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2009, 2010, 2011 και 2012. Τούτο κρίνεται απαραίτητο γιατί η συγκεκριμένη χρονική περίοδος σηματοδοτεί την είσοδο της Ελλάδας στο κάδρο της Παγκόσμιας Οικονομικής Κρίσης και στις πολιτικές που υπαγορεύονται από τα Μνημόνια που έχει συνάψει με τους διεθνείς πιστωτές της.

Επίσης, σε πίνακα που ακολουθεί, παρατίθεται και η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για την δωδεκαετία 2000-2012.

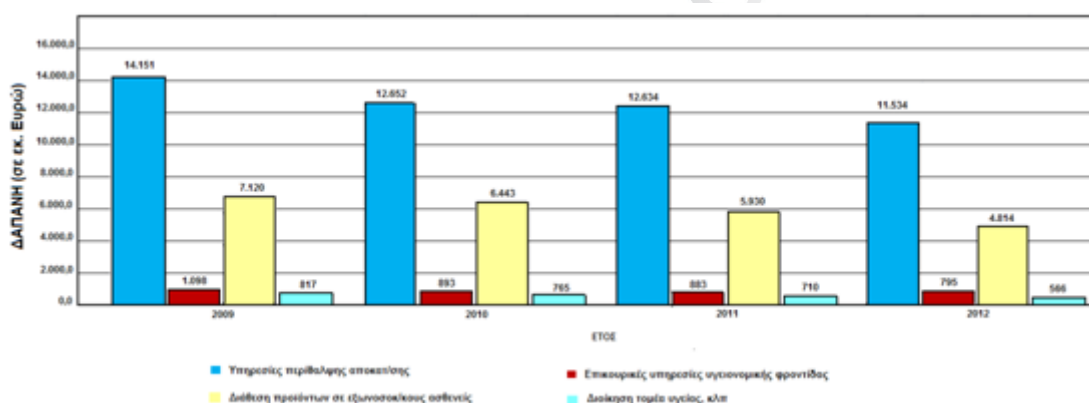
Επιπροσθέτως, διαφαίνεται σε αντίστοιχο γράφημα, ο εκτροχιασμός των δημοσιονομικών στοιχείων της Ελλάδας κατά την τριετία 2007-2009, και ενώ είχε προηγηθεί μία δωδεκαετία (1995-2007) σχετικής σταθεροποίησης. Ακολουθεί η επισήμανση της πιθανής μη βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος με ιδιαίτερο κίνδυνο ως προς και αυτή ακόμη την καταβολή των συντάξεων. Είναι γνωστό πως η ανεργία (απότοκος της οικονομικής κρίσης), η μη καταβολή ασφαλιστικών εισφορών εκ μέρους των εργοδοτών, αλλά και πολλών ελευθέρων επαγγελματιών, η αδήλωτη εργασία σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων και την υπογεννητικότητα επιτείνουν το πρόβλημα της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων.

Τέλος, γίνεται μία σύντομη αναφορά στην διαχρονική δυναμική του Ελληνικού χρέους για την περίοδο 1995-2012. Είναι το χρονικό διάστημα που περιλαμβάνει α) την σταθεροποιητική –προ της εισόδου στη ζώνη του ευρώ- περίοδο 1998-2002 (η οποία ακολούθησε τις υποτιμήσεις του εθνικού νομίσματος των αρχών και του μέσου της δεκαετίας του ενενήντα), β) τα χρόνια της ανάπτυξης εντός του ευρώ (2002-2008) και γ) τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης (2009-2012).

Τα στοιχεία που σχετίζονται με τη δαπάνη υγείας προέρχονται από το Δελτίο Τύπου της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής με ημερομηνία έκδοσης την 31^η Μαρτίου 2014 και χαρακτηρίζονται ως προσωρινές εκτιμήσεις, ενώ τα δημοσιονομικά στοιχεία, το βιώσιμο των ασφαλιστικών ταμείων και η δυναμική του Ελληνικού χρέους παρουσιάστηκαν από τον Ιωάννη Στουρνάρα στις 19 Μαρτίου 2012 σε ομιλία στο ΙΟΒΕ (Ιδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών).

3.2 Παρουσίαση και ανάλυση των στοιχείων

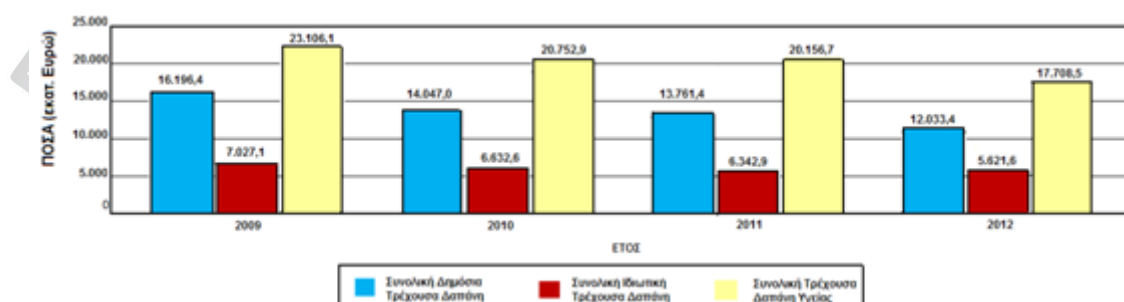
Πίνακας 3.1
Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς 31 Μαρτίου 2014,
Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2009-2012

Παρουσιάζει τη χρηματοδοτική δαπάνη σε εκατομμύρια ευρώ των υπηρεσιών υγείας για την τετραετία 2009-2012. Διαπιστώνεται η σταδιακή μείωση του συνολικού ποσού της δαπάνης από 23.186.000.000€ το 2009 σε 17.709.000.000€ το 2012.

Πίνακας 3.2
Συνολική δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης

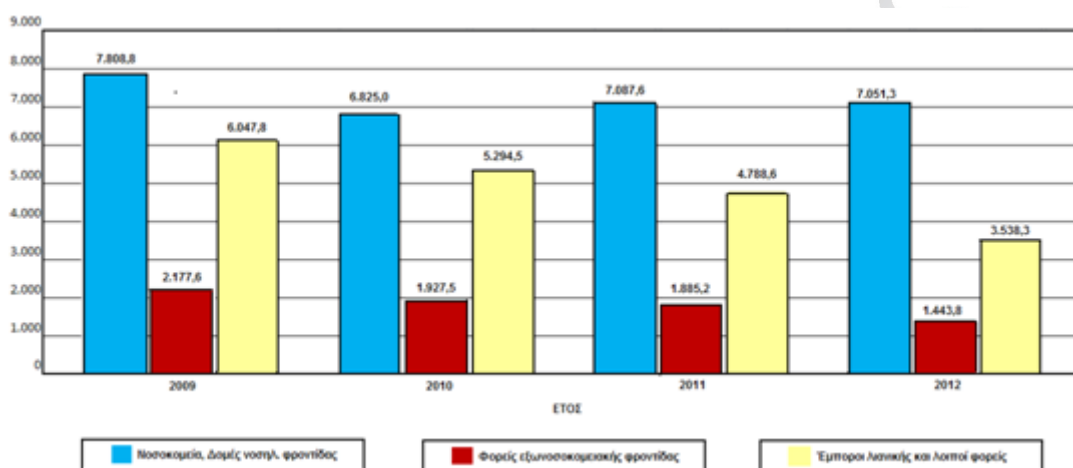


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς 31 Μαρτίου 2014,
Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2009-2012

Μείωση της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας, ομοίως κατά την τετραετία 2009-2012, αλλά και ανάλυση αυτής ανά φορέα χρηματοδότησης (ιδιωτικό και δημόσιο).

Πίνακας 3.3

Κατανομή τρέχουσων δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς 31 Μαρτίου 2014,
 Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2009-2012

Ανάλυση της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά έτος και για την ίδια περίοδο (2009-2012). Η δημόσια δαπάνη κατευθύνεται σε νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή φροντίδα και λοιπούς εμπόρους λιανικής ή ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών. Και εδώ η μείωση του συνολικού ποσού είναι σημαντική. Από περίπου 16.104.000.000€ το 2009 σε περίπου 12.032.000.000€ το 2012.

Πίνακας 3.4

Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11 %	2012
1. Τρέχουσα δαπάνη υγείας (2+3+4)	23.186,0	10,5%	20.752,9	-2,9%	20.156,7	12,1%	17.708,5
2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)	16.106,3	12,8%	14.047,0	-2,0%	13.761,4	12,6%	12.033,3
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	7.880,8	13,4%	6.825,0	3,8%	7.087,6	-0,5%	7.051,3
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	2.177,6	11,5%	1.927,5	-2,2%	1.885,2	23,4%	1.443,8
	6.047,8	12,5%	5.294,5	-9,6%	4.788,6	26,1%	3.538,3
2Α. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.270,9	11,5%	5.548,1	2,2%	5.672,7	10,5%	5.076,6
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	5.502,4	12,4%	4.820,4	4,2%	5.021,0	10,3%	4.504,9
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	594,3	-2,4%	580,4	12,8%	506,3	-3,7%	487,8
	174,2	15,4%	147,3	-1,3%	145,4	42,3%	83,9
2Β. ΟΚΑ (HF.1.2)	9.835,5	13,6%	8.498,9	-4,8%	8.088,7	14,0%	6.956,4
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	2.378,5	15,7%	2.004,6	3,1%	2.066,6	23,2%	2.546,4
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	1.583,3	14,9%	1.347,1	2,4%	1.378,9	30,7%	956,0
	5.873,7	12,4%	5.147,2	-9,8%	4.643,2	25,6%	3.454,4
3. Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β)	7.027,2	-5,6%	6.632,7	-4,4%	6.342,9	11,4%	5.621,5
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	1.477,1	8,1%	1.597,1	6,2%	1.696,4	4,0%	1.764,8
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	3.968,6	14,5%	3.392,3	11,5%	3.001,8	28,8%	2.138,2
	1.581,4	3,9%	1.643,3	0,1%	1.644,7	4,5%	1.718,5
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.2)	433,8	23,7%	536,6	-0,4%	534,2	-1,6%	525,7
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	310,7	22,4%	380,3	-0,2%	379,6	-0,6%	377,2
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	43,0	28,8%	55,4	-3,8%	53,3	-4,6%	50,8
	80,1	25,9%	100,9	0,4%	101,3	-3,7%	97,6
3Β.Πληρωμές ιδιωτών (HF.2.3)	6.593,3	-7,5%	6.096,1	-4,7%	5.808,7	12,3%	5.095,9
Νοσοκομεία. Δομές νοσηλ. Φροντίδας (HP.1,HP.2) Φορείς	1.166,4	4,3%	1.216,8	8,2%	1.316,8	5,4%	1.387,6
εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3) Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	3.925,6	15,0%	3.336,9	11,6%	2.948,5	29,2%	2.087,4
	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,4	5,0%	1.620,9
4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3)	52,6	0,4	73,2	28,4%	52,4	2,4%	53,7

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς 31 Μαρτίου 2014,
Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2009-2012

Λεπτομερής παρουσίαση της συνολικής δαπάνης υγείας για το υπό εξέταση χρονικό διάστημα (2009-2012) καθώς και η ποσοστιαία μεταβολή της ανά έτος.

Η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας από 23.186.000.000€ (εκ των οποίων 16.106.000.000€ δημόσια και 7.027.000.000€ ιδιωτική) το 2009 ελαττώθηκε σε 17.708.000.000€ (12.033.000.000€ δημόσια δαπάνη και 5.621.000.000€ ιδιωτική δαπάνη) το 2012.

Πίνακας 3.5

Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για την δωδεκαετία 2000-2012

Έτος	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012
Χώρα												
Ελλάδα	7.6	8.4	8.7	8.6	8.4	9.3	9.4	9.4	10.0	9.3	9.7	9.2

Πηγή: Γιάννης Στουρνάρας, 19 Μαρτίου, The Greek Economy under Reform: Turning a problem into an opportunity

Επισημαίνεται η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ για την δωδεκαετία 2000-2012. Με την είσοδο στο κοινό νόμισμα (ευρώ) η δαπάνη υγείας εκτοξεύεται από το 8.4% του ΑΕΠ το 2001 στην κορυφαία τιμή της του 10% επί του ΑΕΠ το 2009, ακολουθώντας ουσιαστικά τον γενικευμένο εκτροχιασμό των δημοσιονομικών της Ελλάδας της ίδιας περιόδου όπως αυτός παραστατικά σκιαγραφείται στον πίνακα 3.6 που ακολουθεί.

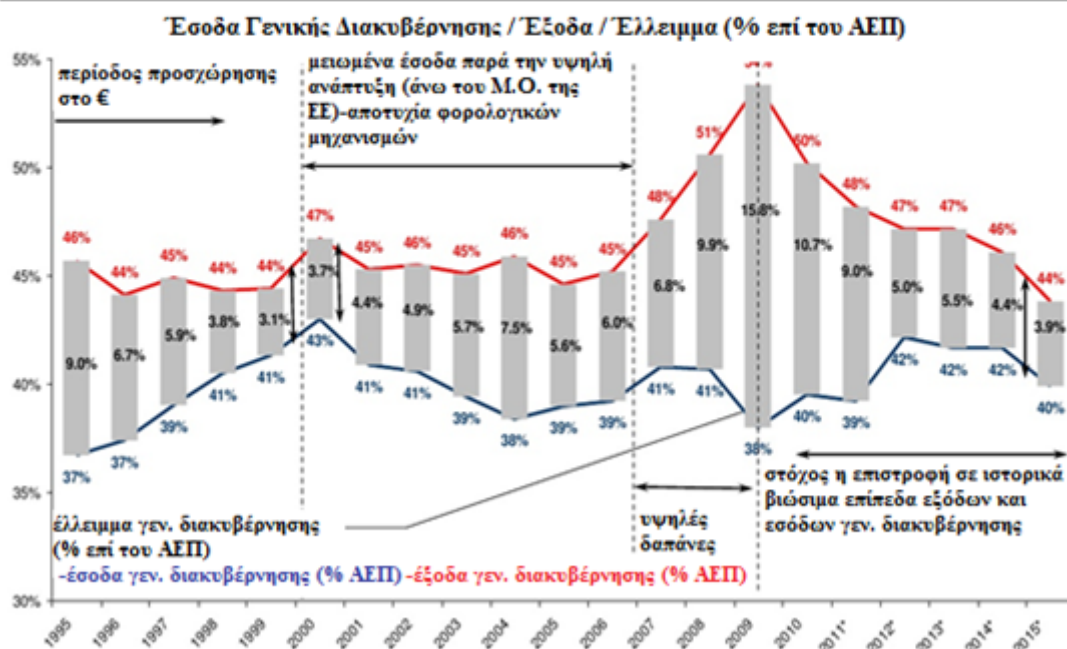
Πίνακας 3.6

Δημοσιονομικός εκτροχιασμός (1995-2015)



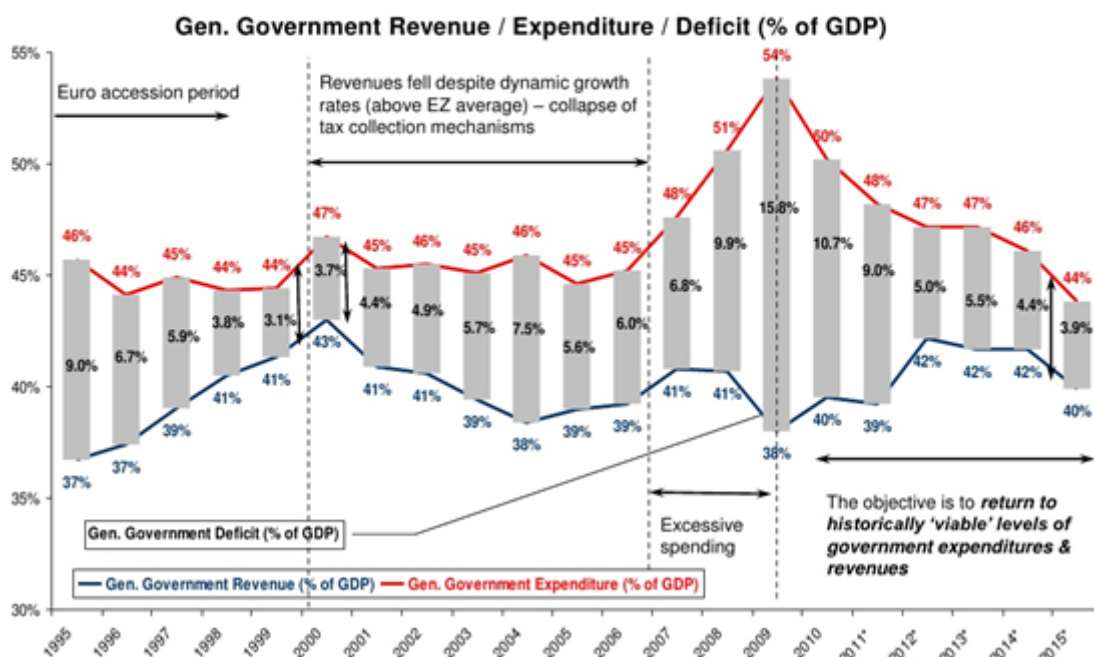
Presentation at PMI-GREECE Event | 22.3.2012

Δημοσιονομικός εκτροχιασμός: η χαμένη δεκαετία



Presentation at PMI-GREECE Event | 22.3.2012

Fiscal Derailment: The lost decade



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, προϋπολογισμός 2012, Υπουργείο Οικονομικών, Νοέμβριος 2011

Η απώλεια του ελέγχου στα ελληνικά δημοσιονομικά είναι εμφανής στο συγκεκριμένο γράφημα. Η διαφορά ανάμεσα στα έσοδα και τα έξοδα του κρατικού προϋπολογισμού ως ποσοστό επί του ΑΕΠ ακολούθησε μία σταθεροποιητική πορεία στην προπαρασκευαστική του είσοδο στο ευρώ, περίοδο 1995-2000 (το 2000 καταγράφεται και η μικρότερη ποσοστιαία διαφορά των δύο μεγεθών της τάξης της τάξης του 3,7%) για να αρχίσει να διευρύνεται στη συνέχεια φθάνοντας στη μέγιστη διαφορά του 16% το 2009. Η δημοσιονομική πειθαρχία που επιβάλεται με το Μνημόνιο οδηγεί τη διαφορά αυτή στο 10,7% το 2010, ενώ οι εκτιμήσεις προβλέπουν χάσμα 3,9% το 2015.

Πίνακας 3.7

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν ήταν βιώσιμο

Συντάξεις (% επί του ΑΕΠ)

	2009	2010*	2060	2060**
Γερμανία	10.4		12.7	
Ελλάδα	11.7	13.2	24.1	13.9
Ισπανία	8.4		15.1	
Γαλλία	13.0		14.0	
Ιρλανδία	4.7		11.1	
Ιταλία	14.0		13.6	
Πορτογαλία	11.4		13.5	
Φινλανδία	10.0		3.3	
Κύπρος	6.3		17.7	
Πολωνία	11.6		8.8	
ΕΕ-27	10.2		12.6	
Ευρωζώνη	11.1		13.9	

THE SOCIAL SECURITY SYSTEM WAS NOT VIABLE

Pensions (% of GDP)

	2009	2010*	2060	2060**
Germany	10.4		12.7	
Greece	11.7	13.2	24.1	13.9
Spain	8.4		15.1	
France	13.0		14.0	
Ireland	4.7		11.1	
Italy	14.0		13.6	
Portugal	11.4		13.5	
Finland	10.0		3.3	
Cyprus	6.3		17.7	
Poland	11.6		8.8	
EU-27	10.2		12.6	
Euro Area	11.1		13.9	

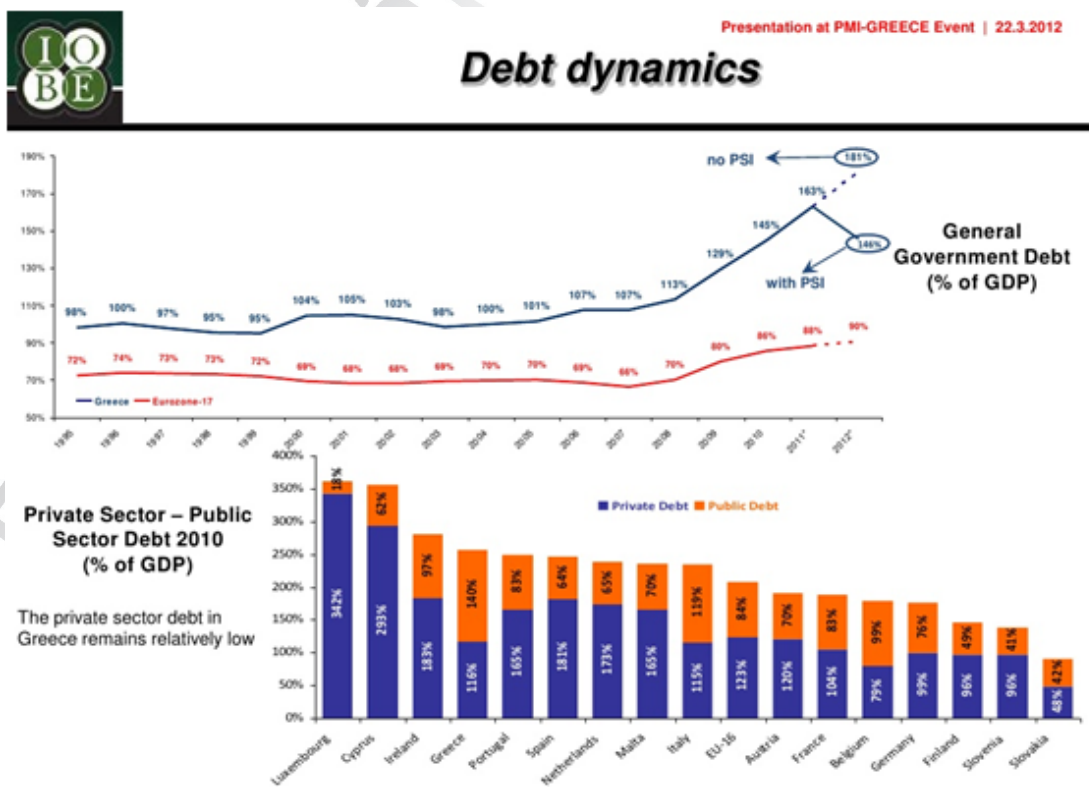
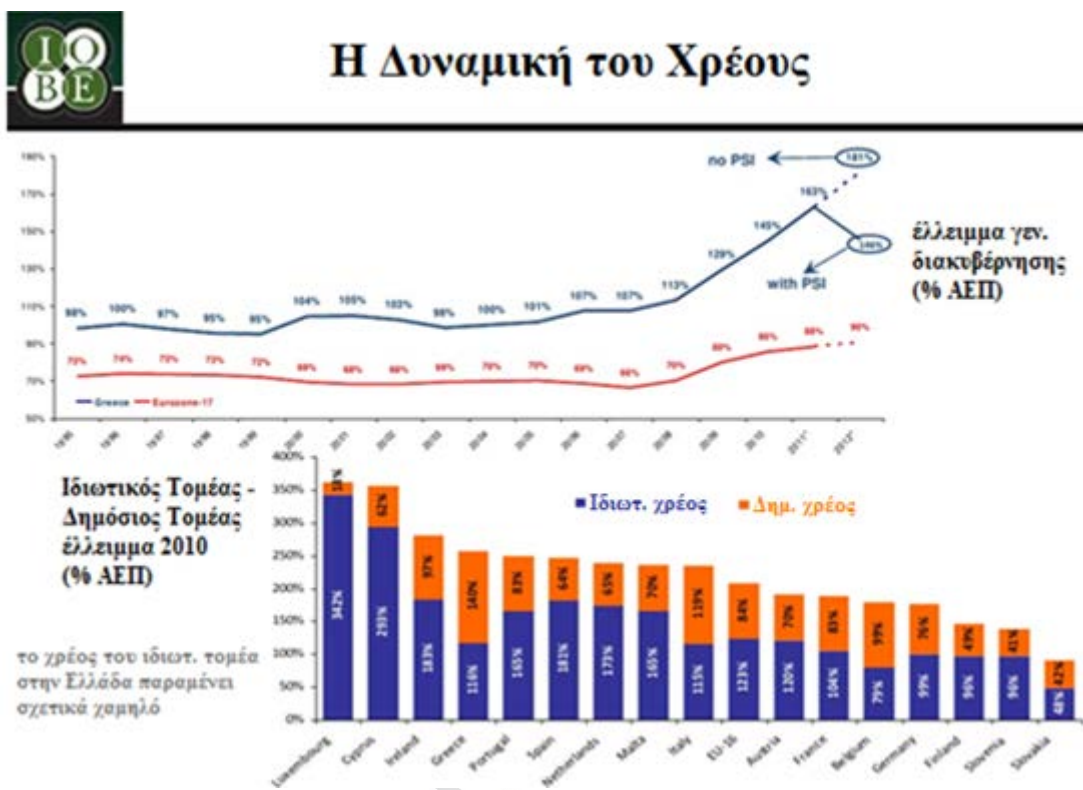
Πηγή: Ιούνιος 2010, Following Social Security System Reform

*Εκτίμηση, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νοέμ. 2011)

**Μετά την μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης τον Ιούνιο του 2010

Η γενικότερη ιδέα που υπάρχει είναι πως το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας αντιμετωπίζει πρόβλημα βιωσιμότητας. Οι καταβαλλόμενες συντάξεις το 2009 στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν το 11,7% του ΑΕΠ (αρκετά κοντά στον μέσο όρο του 11,1% της Ευρωζώνης), αλλά αν δεν ληφθούν μέτρα οι εκτιμήσεις προβλέπουν 24,1% ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2060. Η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος του Ιουνίου του 2010 εκτιμάται πως θα συντελέσει στο να αποτελούν τελικά οι καταβαλλόμενες συντάξεις το 13,9% του ΑΕΠ το 2060.

Πίνακας 3.8
 Η δυναμική του χρέους



Πηγή: ΕΚΤ, Νοέμβριος 2011, Υπουργείο Οικονομικών, προϋπολογισμός 2012

Στο συγκεκριμένο γράφημα δίδεται η μεταβολή του ελλείμματος της γενικής διακυβέρνησης της Ελλάδας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ από το 1995 έως και το 2012. Αντιπαραβάλλεται δε το ελληνικό έλλειμμα με το αντίστοιχο της Ευρωζώνης των 17. Τονίζεται επίσης η ιδιομορφία της Ελλάδας: χαμηλό ιδιωτικό και υψηλό δημόσιο χρέος. Το έλλειμμα της γενικής διακυβέρνησης ως ποσοστό επί του ΑΕΠ φθάνει το 129% το 2009 όταν ο αντίστοιχος μ.ο. της Ευρωζώνης των 17 είναι μόλις στο 80% του Ευρωπαϊκού ΑΕΠ.

3.3 Συμπεράσματα

Η Ελλάδα, μετά από τεράστια προσπάθεια, κατάφερε με τις πολιτικές του Μνημονίου να ελαττώσει σημαντικά τη συνολική δαπάνη υγείας, αλλά και να εξορθολογίσει τα δημοσιονομικά της, μειώνοντας αποφασιστικά και το έλλειμμα γενικής διακυβέρνησης ως ποσοστό επί του ΑΕΠ.

Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που αφορούν στα ασφαλιστικά ταμεία φαίνεται να διασφαλίζουν την βιωσιμότητα τους. Αυτό δε σημαίνει όμως πως πρέπει να υπάρξει εφησυχασμός. Τα ποσά για παράδειγμα που ο ΕΟΠΥΥ καταβάλλει σε ιδρύματα του εξωτερικού ως αποζημιώσεις για χειρουργικές επεμβάσεις και φαρμακευτικές αγωγές δεν είναι ιδιαίτερα υψηλά, όμως ευπρόσδεκτος θα ήταν ο περιορισμός τους αν αυτό είναι εφικτό με στοχευμένες πολιτικές και εναλλακτικές προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES
(ICD ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΕΙΣ)
ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΕΝ
(ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΙΟ)

4.1 Ορισμός ICD

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας – γνωστή ως ICD: International Classification of Diseases- αποτελεί τον γνωστότερο τρόπο κωδικοποίησης των νοσημάτων διεθνώς, όπως αυτός έχει προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ο αρχικός σκοπός της κωδικοποίησης αυτής ήταν η όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων σε παγκόσμια κλίμακα.

Η πιο πρόσφατη -10^η Αναθεώρηση, γνωστή ως ICD 10-διατηρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στο διαδίκτυο και είναι εύκολα αναζητήσιμη όσο και προσβάσιμη από κάθε ενδιαφερόμενο.

Η κωδικοποίηση των νοσημάτων του τύπου ICD δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολύ εξειδικευμένους σκοπούς, καθώς δεν είναι δυνατή η καταχώρηση πολύ αναλυτικών καταστάσεων –ερωτήματα για παράδειγμα του τύπου «για ποιο λόγο προσήλθε στο νοσηλευτικό ίδρυμα ο ασθενής»- είναι όμως χρήσιμη στην ομαδοποίηση και ανάλυση των διαγνώσεων για επιδημιολογικούς λόγους.

Στη σύγχρονη οικονομική πραγματικότητα όμως, η ταξινόμηση των νοσημάτων κατά το πρότυπο ICD είναι σημαντική γιατί επιτυγχάνεται η αντιστοίχιση του κωδικού ICD της νόσου με το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο (ΚΕΝ) δίνοντας έτσι μία πιο ακριβή και σαφή εικόνα για το κόστος της κάθε νόσου (και επομένως της θεραπείας της) για τον πάροχο ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ιδιώτες πάροχοι ασφαλιστικών συμβολαίων).

Η υιοθέτηση και χρήση της 10^{ης} Αναθεώρησης της ICD (η οποία είναι και η πιο πρόσφατη) από όλους τους φορείς τον τομέα υγείας στην Ελλάδα δίνει τη δυνατότητα εκσυγχρονισμού και βελτίωσης της πληροφόρησης για την υγεία στο Ελληνικό

Κράτος. Σε διεθνές επίπεδο, διατίθενται απόλυτα συγκρίσιμα στοιχεία νοσηρότητας και θνησιμότητας όπως αυτά περιέχονται και παρέχονται από τις διάφορες βάσεις δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων διεθνών οργανισμών.

Εκτός όμως της διεθνούς διάστασης των ωφελειών από τη χρήση της ICD-10, υπάρχουν και οφέλη τα οποία σχετίζονται με την επιδημιολογική παρακολούθηση της επίπτωσης και του επιπολασμού των νόσων και άλλων συναφών προβλημάτων υγείας, και την παραγωγή αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων τόσο σε εθνικό επίπεδο, όσο και σε περιφερειακό, τοπικό, αλλά και σε επίπεδο μονάδας υγείας.

Στην καθημερινή κλινική πράξη, η ICD-10 μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ιατρικό φάκελλο, στα πιστοποιητικά θανάτου, για την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών και για την έρευνα.

Τέλος, συμβάλλει αποτελεσματικά στην αποδοτικότερη λειτουργία του τομέα υγείας αφού, όπως ήδη τονίστηκε, συνεπικουρεί σε θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, όπως την αποζημίωση των ιατρικών υπηρεσιών και την παρακολούθηση και ανάλυση των δαπανών υγείας, διευκολύνοντας το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε να βελτιώνονται τόσο η ποιότητα όσο και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

4.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή του ICD-10

Όπως ήδη τονίστηκε, μία ταξινόμηση των νοσημάτων μπορεί να οριστεί ως ένα σύστημα κατηγοριών στις οποίες οι νοσολογικές οντότητες καταχωρούνται σύμφωνα με κάποια καθορισμένα κριτήρια. Υπάρχουν διάφοροι άξονες ταξινόμησης και η τελική επιλογή εξαρτάται από τη χρήση που πρόκειται να γίνει στις στατιστικές που θα συνταχθούν. Μία στατιστική ταξινόμηση των νοσημάτων πρέπει να περιλαμβάνει το σύνολο του φάσματος των νοσηρών καταστάσεων μέσα σε ένα εύχρηστο αριθμό κατηγοριών.

Η Δέκατη Αναθεώρηση (ICD-10) της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας είναι η πιο πρόσφατη από μία σειρά αναθεωρήσεων η οποία άρχισε να διαμορφώνεται το 1893 ως ταξινόμηση του Bertillon ή Διεθνής Κατάλογος Αιτιών Θανάτου. Ο τίτλος προφανώς και τροποποιήθηκε κατά τη διάρκεια του Εικοστού Αιώνα με σκοπό να καταστήσει πιο σαφές το περιεχόμενο και τους στόχους και για να αντικατοπτρίσει την προοδευτική

επέκταση του πεδίου της ταξινόμησης πέρα από νόσους και τραυματισμούς, όμως η γνωστή συντομογραφία ICD διατηρήθηκε.

Οι εργασίες για τη Δέκατη Αναθεώρηση της ICD άρχισαν τον Σεπτέμβριο του 1983 με τη σύγκληση μίας Συνάντησης Προετοιμασίας για την ICD-10 στη Γενεύη. Το πρόγραμμα των εργασιών συντονιζόταν μέσα από τακτικές συναντήσεις των Επικεφαλής των Συνεργαζόμενων με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Κέντρων για την ταξινόμηση των Νόσων. Υπήρχε καθοδήγηση από τις ειδικές συναντήσεις, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Επιτροπής Ειδικών για τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων –Δέκατη Αναθεώρηση- που πραγματοποιήθηκαν το 1984 και 1987.

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί πως η προσεκτική μελέτη της Δέκατης Αναθεώρησης αποκαλύπτει στον αναγνώστη πως η παραδοσιακή δομή της ICD έχει διατηρηθεί, όμως το πρότερο αριθμητικό σχήμα κωδικοποίησης έχει αντικατασταθεί από ένα αλφαριθμητικό σύστημα. Το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου, είναι η δυνατότητα διεύρυνσης του πλαισίου κωδικοποίησης και επομένως η διευκόλυνση μίας πιθανούς μελλοντικής αναθεώρησης χωρίς να διαταραχθεί το αριθμητικό σύστημα, όπως συνέβη σε παλαιότερες αναθεωρήσεις.

Οι επίσημες ανανεώσεις των δημοσιευμένων τόμων της ICD-10 είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (www.who.int/classifications) για τις ταξινομήσεις, ως ετήσιοι κατάλογοι των τροποποιήσεων.

Αυτές οι ανανεώσεις εγκρίνονται ετησίως στις συναντήσεις εργασίας των Διευθυντών των Συνεργαζόμενων Κέντρων με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την Οικογένεια των Διεθνών Ταξινομήσεων.

Τα Συνεργαζόμενα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας Κέντρα βρίσκονται στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ για τους χρήστες της έκδοσης του ICD-10 στην Αγγλική γλώσσα και σε άλλες οκτώ χώρες με βάση τη γλώσσα ή την ομάδα των γλωσσών και συγκεκριμένα στο Πεκίνο της Κίνας, στη Γαλλία, στην Ουψάλα της Σουηδίας, στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, στη Μόσχα της Ρωσίας, στο Καράκας της Βενεζουέλας, στην Κολονία της Γερμανίας, στο Ούντινε της Ιταλίας.

Η Διεθνής Διάσκεψη για τη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων συνεκλήθη από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην έδρα της τελευταίας στη Γενεύη της Ελβετίας από τις 26 Σεπτεμβρίου έως τις 2 Οκτωβρίου 1989. Συμμετείχαν εκπρόσωποι από 43 Κράτη-Μέλη. Μεταξύ των αποφάσεων της Διάσκεψης ήταν και η συμφωνία πως δεν είναι εφικτό να διοργανώνονται διασκέψεις αναθεώρησης πιο συχνά από κάθε 10 έτη. Αποφασίστηκε επομένως ότι η επόμενη

Διεθνής Διάσκεψη Αναθεώρησης πρέπει να διοργανωθεί μετά την παρέλευση τουλάχιστον δεκαετίας.

4.3 Συμπέρασμα

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που αρχικά στόχευε στην όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως.

Αρχικά είχε σχεδιαστεί για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων θνησιμότητας που υπήρχαν συγκεντρωμένα από διάφορες χώρες και εποχές. Στη σημερινή της μορφή έχει γίνει ομαδοποίηση των διαγνώσεων σε οικογένειες παθήσεων.

ICD-9: Η διεθνής διάσκεψη για την 9^η Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-9) έγινε στη Γενεύη από τις 30 Σεπτεμβρίου μέχρι τις 6 Οκτωβρίου 1975.

ICD-10: Η 10^η Αναθεώρηση της Ταξινόμησης (ICD-10) ξεκίνησε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992. Το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει μεταφράσει αυτή την αναθεώρηση.

Κωδικοποίηση: κάθε κωδικός είναι της μορφής ΓΑΑ.XXX όπου το Γ είναι λατινικό κεφαλαίο γράμμα, το Α είναι ψηφίο και το Χ είναι επίσης ψηφίο και δείχνει την υποκατηγορία η οποία μπορεί να είναι και κενή.

Παραδείγματα

- G80: Εγκεφαλική παράλυση
- H52.1: Μυωπία

4.4 Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια – KEN

Τα Ελληνικά Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) αποτελούν μία διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλειών η οποία βασίζεται στις διεθνώς καθιερωμένες Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs - Diagnosis Related Groups).

Σκοπός της διαδικασίας είναι η ομαδοποίηση όλων των νοσηλειών ασθενών σε κατηγορίες (περίπου 700 στον αριθμό), ούτως ώστε να απλοποιηθούν οι εξής διαδικασίες:

- τιμολόγησης
- ελέγχου
- εκκαθάρισης τιμολογίων και
- αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους ιδιώτες παρόχους ασφαλιστικής κάλυψης.

Με την καθολική εφαρμογή της διαδικασίας αυτής, προκύπτουν σημαντικά οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών και επιταχύνονται σημαντικά όλες οι σχετικές ενέργειες.

Επί της ουσίας, τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) δεν είναι τίποτε άλλο από ένας γενικευμένος τιμοκατάλογος νοσηλειών, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας.

Τα στοιχεία αυτά ανταποκρίνονται στους μέσους όρους νοσηλειών και χρησιμοποιούνται για την ταχεία και εύκολη τιμολόγηση των περιστατικών, ανεξάρτητα του ακριβούς αριθμού χρεώσεων και του ακριβούς κόστους νοσηλείας που πραγματικά υπήρξε.

4.5 ΦΕΚ – Εφημερίς της κυβερνήσεως

Αρ. Φύλλου 946 της 27ης Μαρτίου 2012

Το πλέον επικαιροποιημένο, επί του συγκεκριμένου θέματος, Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ, με αρ. Φύλλου 946 της 27^{ης} Μαρτίου 2012) ορίζει, με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης –Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης-Οικονομικών, τον κωδικό του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (ΚΩΔ.ΚΕΝ), την περιγραφή του (ΚΕΝ περιγραφή) την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) και το προβλεπόμενο κόστος ανά διάγνωση-ΚΕΝ. Είναι εύκολα δε προσβάσιμο μέσω του διαδικτύου.

Στην έρευνα και μελέτη για την τελική πρόταση συμμετείχαν μεταξύ άλλων ομάδες ιατρών ΕΣΥ –κωδικοποιητών για ονοματολογία- μέση διάρκεια νοσηλείας, καθώς επίσης και για αντιστοιχίσεις ICD-10 -ιατρικών πράξεων- ΚΕΝ.

Κατέθεσαν δε τις προτάσεις τους και τα πέντε (5) μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσοκομεία (Ιατρικό – ΥΓΕΙΑ – ΙΑΣΩ – Metropolitan – Euromedica) ενώ έγινε χρήση και πινάκων DRGs (Diagnosis Related Groups) Αυστραλίας – Γερμανίας - Σουηδίας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

5.1 Εισαγωγή

Η σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης.

Κύριο χαρακτηριστικό της η απρόσκοπτη διακίνηση ανθρώπων, κεφαλαίων, εμπορευμάτων και υπηρεσιών σε κάθε σημείο του πλανήτη. Στο γενικότερο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης (globalization) σημαντική θέση κατέχει και ο τομέας των υπηρεσιών και ιδιαίτερα οι υπηρεσίες υγείας.

Η ελεύθερη διακίνηση της πληροφορίας μέσω του παγκόσμιου ιστού (internet), η διαφήμιση, η ευκολία στη μετακίνηση, οι ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης με ομάδες ασθενών που παρέχουν πληροφόρηση και καταθέτουν την προσωπική τους εμπειρία σχετικά με την προσφερόμενη φροντίδα υγείας σε κλινικές και νοσηλευτικά ιδρύματα άλλων χωρών, συμβάλλουν στην με σχεδόν γεωμετρική πρόοδο αύξηση του αριθμού των ασθενών που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε χώρες διαφορετικές από τον τόπο γέννησης και κατοικίας τους.

Οι ασθενείς τα προηγούμενα χρόνια επισκέπτονταν κυρίως τα προηγμένα κράτη της δύσης όπως οι ΗΠΑ, η Βρετανία, η Γαλλία και η Γερμανία για να αναζητήσουν σύγχρονες θεραπείες ή να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις που δεν μπορούσαν να πραγματοποιηθούν στις χώρες καταγωγής τους.

Στη σύγχρονη εποχή όμως, παρατηρείται και η αντίστροφη διαδικασία. Λόγω του υψηλού κόστους πραγματοποίησης συγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων και φαρμακευτικών αγωγών στα προηγμένα οικονομικά και επιστημονικά συστήματα υγείας των χωρών της δύσης, συχνά ασθενείς από αυτές τις χώρες ταξιδεύουν σε χώρες με αναπτυσσόμενες οικονομίες όπως η Βραζιλία, η Μαλαισία, η Ινδία, η Κίνα, η Ταϊλάνδη* για να παρακάμψουν μακροσκελείς λίστες αναμονής ή να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα υψηλής ποιότητας, αλλά χαμηλού κόστους.

*What is known about the patient's experience of medical? A scoping review Valorie A Crooks, Paul Kingsbury, Jeremy Snyder, Rory Johnston, Crooks et al.

Πρέπει να τονιστεί πως ένα ακόμη λόγος πιθανόν να είναι οι νομικοί περιορισμοί που υφίστανται στη χώρα καταγωγής του πάσχοντος, αλλά όχι και στη χώρα προορισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα οι διαδικασίες τεχνητής γονιμοποίησης και οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων.

Το παραδοσιακό μοτίβο όμως παραμένει με τους ασθενείς να κατευθύνονται για θεραπείες στα εξειδικευμένα κέντρα των ΗΠΑ και της Δυτικής Ευρώπης και αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας.

5.2 Ιστορική αναδρομή

Ιστορικά, πρώιμο παράδειγμα ιατρικού τουρισμού θεωρείται αυτό των αρχαίων Ελλήνων της περιοχής της Μεσογείου που συνήθιζαν να επισκέπτονται τα Ασκληπεία, ναούς – σανατόρια της Αρχαίας Ελλάδας αφιερωμένα στον Ασκληπιό, με αντικείμενο τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών.

Στη σύγχρονη εποχή, και συγκεκριμένα από τον 18^ο αιώνα και μετά, εμφανίζονται οι πρώτες λουτροπόλεις γνωστές ως πόλεις-spa (spa towns) και τα πρώτα σύγχρονα σανατόρια με ιαματικά μεταλλικά ύδατα για τη θεραπεία παθήσεων όπως η φυματίωση, η ασθματική βρογχίτις, οι πνευμονίες και ρευματοειδή νοσήματα όπως η ρευματοειδής αρθρίτις και οι σπονδυλαρθρίτιδες.

5.3 Δημοφιλείς προορισμοί για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας

Οι χώρες υποδοχής ασθενών από όλο τον κόσμο θα μπορούσαν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες.

- Στην πρώτη κατηγορία βρίσκονται εκείνες οι χώρες που είναι τεχνολογικά και ιατρικά – επιστημονικά προηγμένες και επομένως παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, πιθανώς μη διαθέσιμες στις χώρες προέλευσης των πασχόντων. Στην κατηγορία αυτή τοποθετούνται οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και χώρες της Δυτικής Ευρώπης, πιο συγκεκριμένα το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία και η Γερμανία. Οι χώρες αυτές κατά σειρά παρουσιάζουν υψηλή εξειδίκευση σε συγκεκριμένα ιατρικά πεδία.

ΗΠΑ Ολική αρθροπλαστική ισχίου
Ολική αρθροπλαστική γόνατος

Αορτο – στεφανιαία παράκαμψη (by-pass)
Πλαστική αποκατάσταση εγκαυμάτων και μεταμοσχεύσεις δέρματος
Γναθοπροσωπική χειρουργική και πλαστική αποκατάσταση
λεπτομερειών του προσώπου
Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων
Ρομποτική χειρουργική
Χειρουργική σε τεχνητές συνθήκες έλλειψης βαρύτητας

Βρετανία Χειρουργική παιδών με υψηλή εξειδίκευση στην παιδοχειρουργική
ουρολογία – παιδική ανδρολογία (Great Ormond Street Hospital for
sick children)
Αγγειοχειρουργική
Χειρουργική καρδιάς και μεγάλων αγγείων
Μεταμόσχευση μυελού των οστών
Ρομποτική χειρουργική
Πλαστική χειρουργική παιδών με έμφαση στην γναθοπροσωπική
πλαστική χειρουργική (λυκόστομα, λαγόχειλο)

Γαλλία Χειρουργική καρδιάς και αγγείων με έμφαση στη χειρουργική
αποκατάσταση ανευρυσμάτων θωρακικής αορτής
Μεταμοσχεύσεις ήπατος και κυρίως οι αντίστοιχες στα παιδιά
Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εξωσωματική γονιμοποίηση με
ιδιαίτερα ευνοϊκό νομοθετικό πλαίσιο
Ατρησίες χοληφόρων αγγείων στα παιδιά

Ιταλία Ορθοπαιδική
Αθλητιατρική
Φυσική ιατρική και αποκατάσταση
Χειρουργική παιδών

Γερμανία Υψηλή εξειδίκευση στη νευροχειρουργική με έμφαση στις παθήσεις
της σπονδυλικής στήλης
Χειρουργική καρδιάς και μεγάλων αγγείων

Ελβετία Εξειδικευμένα κέντρα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης
Κέντρα για την θεραπεία πνευμονολογικών νοσημάτων
Νευροχειρουργική

•Στον αντίποδα, και για την αντίστροφη διαδρομή, βρίσκονται οι χώρες που ανήκουν στην κατηγορία των αναπτυσσόμενων οικονομιών όπως η Κίνα, η Ινδία, η Βραζιλία, η Ταϊλάνδη και λοιπές χώρες της Άπω Ανατολής, ορισμένες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπως η Ρωσία, η Κροατία, η Ρουμανία και η Τσεχία. Τα κράτη αυτά αποτελούν δημοφιλή προορισμό ασθενών που δεν παρουσιάζουν οξεία προβλήματα υγείας, αντιθέτως ενδιαφέρονται κυρίως για αισθητικού τύπου χειρουργικές επεμβάσεις στα πλαίσια της πλαστικής χειρουργικής και της ορθοδοντικής.

Στόχος όσων επισκέπτονται τις χώρες αυτές για ιατρικούς λόγους είναι κυρίως η επίτευξη χαμηλού κόστους για τις επεμβάσεις αυτές οι οποίες συνήθως είναι ακριβές στις χώρες διαμονής τους και ούτως ή άλλως δεν αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία.

Οι συνηθέστερες επεμβάσεις που πραγματοποιούνται στις χώρες αυτές είναι:

- επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής
- μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων
- εγχειρήσεις διόρθωσης φύλου
- υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- αρθροπλαστικές γόνατος και ισχίου
- ορθοδοντική

5.4 Είδη τουρισμού υγείας και κατηγορίες μετακινούμενων ασθενών

Τονίστηκε ήδη, πως το φαινόμενο της μετάβασης ασθενών στο εξωτερικό για αναζήτηση εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας ή για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας χαμηλού κόστους παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως.

Υπάρχει μία σημαντική διάκριση κατά την οποία από τη μία πλευρά υπάρχει ο ιατρικός τουρισμός (medical tourism) και από την άλλη ο τουρισμός υγείας (health tourism). Αμφότερες οι έννοιες θα αναλυθούν στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού.

Αναφορικά με τις πληρωμές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και τις αμοιβές των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού διακρίνονται 2 (δύο) σημαντικοί τύποι αμοιβών:

- αμοιβές-πληρωμές απευθείας από την τσέπη του ασθενούς (out-of-pocket payments)
- αμοιβή-πληρωμή με συμμετοχή του ασφαλιστικού ταμείου ή του συμβολαίου ιδιωτικής ασφάλισης του ασθενούς

Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί πως παρά το αυξημένο ενδιαφέρον από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για το συγκεκριμένο ζήτημα, και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, λίγα είναι γνωστά για τα πραγματικά out-of-pocket έξοδα των ασθενών, ενώ συχνά και τα στοιχεία από τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών καταγωγής τους είναι ελλιπή*.

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται διαρκής αύξηση της διεθνούς αγοράς εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων. Η αύξηση αυτή αντανακλάται και στον αριθμό των ασθενών – καταναλωτών αυτών των υπηρεσιών.

Οι ισχυρές σχέσεις διασύνδεσης ανάμεσα στα κράτη – και ιδιαίτερα ανάμεσα σε αυτά που ανήκουν σε μία ομοσπονδία κρατών όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση – διευκολύνουν την ελεύθερη διακίνηση των ασθενών, ταυτόχρονα έτσι όμως δημιουργούνται νέες προκλήσεις για τους κρατικούς προϋπολογισμούς, τα ασφαλιστικά ταμεία και την κεντρική διοίκηση, αλλά και όσον αφορά στο κανονιστικό πλαίσιο που διέπει αυτή τη διακίνηση. Το πλαίσιο των νομοθετημάτων του Ελληνικού Κράτους επί του θέματος θα αναλυθεί σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

5.4.1 Τουρισμός υγείας και ιατρικός τουρισμός

Σύμφωνα με τους Carrera και Bridges πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα σε δύο βασικές έννοιες.

- τουρισμός υγείας (health tourism): θεωρείται ευρύτερη έννοια του ιατρικού τουρισμού και ορίζεται ως το οργανωμένο ταξίδι εκτός του οικείου περιβάλλοντος για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας
- ιατρικός τουρισμός (medical tourism): περιορίζεται εννοιολογικά ως το οργανωμένο ταξίδι εκτός του οικείου παραρτήματος του συστήματος υγείας (δηλαδή δύναται να αφορά και σε μετακίνηση σε άλλη πόλη – όχι απαραίτητα σε άλλη χώρα) για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας

5.4.1.1 Ιατρικός τουρισμός – Βασικά χαρακτηριστικά

- συνήθως η χώρα προέλευσης είναι προηγμένη οικονομία της Δύσης, ενώ η χώρα προορισμού είναι αναπτυσσόμενη οικονομία (Κίνα, Ινδία, Βραζιλία, Άπω Ανατολή)
- αφορά κυρίως σε μη οξεία προβλήματα υγείας και κυρίως σε αισθητικού τύπου παρεμβάσεις (πλαστική χειρουργική, ορθοδοντική, διόρθωση φύλου, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή)

*Review:Medical Tourism:Assessing the evidence on treatment abroad.Neil Lunt,Percivil Carrera 2010

- κίνητρο είναι το υψηλό κόστος των επεμβάσεων στην χώρα προέλευσης ή το αυστηρό νομικό πλαίσιο (μεταμοσχεύσεις, τεχνητή γονιμοποίηση) και οι μακροσκελείς λίστες αναμονής (μεταμοσχεύσεις)
- επίσης, σημαντικό κίνητρο η άριστη ξενοδοχειακή υποδομή στη χώρα προορισμού και η ύπαρξη δελεαστικών πακέτων συνδυασμού θεραπειών και διακοπών (spa-hotels και resorts)
- οι πληρωμές εμπίπτουν στην κατηγορία out-of-pocket, ο ασθενής δηλαδή πληρώνει ο ίδιος χωρίς να αξιώνει συμμετοχή του ταμείου του στο συνολικό κόστος

5.4.1.2 Τουρισμός υγείας – Βασικά χαρακτηριστικά

- εδώ, επιστημονικά, τεχνολογικά και οικονομικά προηγμένη είναι η χώρα προορισμού
- αφορά σε παθήσεις που είτε δεν δύναται να αντιμετωπιστούν στην χώρα καταγωγής του ασθενούς, είτε ο ασθενής θεωρεί πως δεν υπάρχει μεγάλη εμπειρία του επιστημονικού προσωπικού.
- στη λήψη της τελικής απόφασης από τον ασθενή συμβάλλει και η προτροπή – παραπομπή και σύσταση από την θεράποντα ιατρό του ή ακόμα και από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκει.
- στην αμοιβή νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιατρών – επαγγελματιών υγείας συμμετέχει μερικώς ή ολικώς ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενούς.

5.5 Το προφίλ των ασθενών και η κινητικότητα αυτών για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Υπάρχουν δύο κύριες μέθοδοι διάκρισης.

5.5.1 Η διάκριση του ΠΟΥ

Σύμφωνα με αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την διασυνοριακή (cross-border) φροντίδα υγείας εντός των ορίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνεται η εξής διάκριση ανάμεσα στους ασθενείς:

- i ασθενείς που μετακινούνται ανεξάρτητα διεθνώς για ιατρική φροντίδα.
- ii ασθενείς οι οποίοι στέλνονται στο εξωτερικό από τα συστήματα υγείας των χωρών τους για αναζήτηση εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας μη διαθέσιμης στην πατρίδα τους, ή διαθέσιμη μεν αλλά με μακροσκελείς λίστες αναμονής δε, ώστε να κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς.
- iii ασθενείς που διαμένουν σε παραμεθόριες περιοχές – περιοχές με κοινά σύνορα και παράδοση εμπορικών και οικονομικών ανταλλαγών σε τοπικό διασυνοριακό επίπεδο.

5.5.2 Μελέτη των Bertinato L, Busse R, Fahy n Et Al και Rosenmoller, Mc Kee M, Baeten R

Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές είναι δυνατόν να ταυτοποιηθούν πέντε τύποι – κατηγορίες μετακίνησης / κινητικότητας (mobility) ασθενών χωρίς να είναι απαραίτητα αμοιβαία αποκλειόμενες (mutually exclusive).

- i. περιστασιακοί επισκέπτες του εξωτερικού (temporary visitors abroad): άνθρωποι κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας μίας χώρας (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας της υγείας) κατά τη διάρκεια των διακοπών τους λόγω ατυχήματος ή ασθένειας. Πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορούν να χρησιμοποιήσουν την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας (European Health Insurance Card) γι'αυτές τις περιπτώσεις.
- ii. ασθενείς – μόνιμοι κάτοικοι με μακροπρόθεσμη προοπτική παραμονής (long-term residents): γνωστή και ως κινητικότητα της 3^{ης} ηλικίας (later life mobility ή και retirement migration): θεωρείται αποτέλεσμα υψηλού πλούτου, ανοικτών

συνόρων, χαμηλού κόστους και ευκολίας στη μετακίνηση. Αφορά συνήθως σε αυνταξιούχους που αποκτούν ή ενοικιάζουν κατοικίες για μόνιμη διαμονή με τη συνταξιοδότηση τους σε θερμά κλίματα χωρών της Νότιας Ευρώπης (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία).

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται αυξημένη ροή συνταξιούχων πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς τα πιο εύκρατα από πλευράς καιρικών συνθηκών κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου με σκοπό να αποσυρθούν και να ζήσουν τα τελευταία χρόνια της ζωής τους σε θερμότερα κλίματα.

iii. κοινά σύνορα – ασθενείς από τις δύο πλευρές της συνοριακής γραμμής (common-borders): χώρες που μοιράζονται κοινά σύνορα συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας – με δημόσια χρηματοδότηση – από παρόχους από την άλλη πλευρά των συνόρων.

iv. διαδικασία outsourcing στους ασθενείς (outsourced patients): ασθενείς οι οποίοι στέλνονται στο εξωτερικό – συχνά με την προτροπή / σύσταση και οικονομική συνδρομή των ασφαλιστικών τους φορέων – για αναζήτηση εξειδικευμένης ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Οι κυριότερες αιτίες – όπως θα φανούν και στη συνέχεια – είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις ή εκτιμήσεις από ειδικούς, η έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού, η έλλειψη ειδικών ιατρών.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα περιστατικά της συγκεκριμένης μελέτης.

v. ιατρικοί τουρίστες (medical tourists): αφορά σε ασθενείς που μετακινούνται με δική τους βούληση – απόφαση για συνήθως μη επείγουσες καταστάσεις (κοσμητική ιατρική, ορθοδοντική). Είναι η κατ'εξοχήν κατηγορία του ιατρικού τουρισμού.

5.6 Τα αίτια της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας στο εξωτερικό – Καθοριστικοί παράγοντες στη λήψη της απόφασης

Η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει πως απαιτείται ενδελεχής μελέτη και περαιτέρω λεπτομερής έρευνα για να διευκρινιστούν ζητήματα όπως:

- ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησης που προτρέπουν ή κατευθύνουν την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας στο εξωτερικό.
- ποιά τα κίνητρα των ασθενών, τί τους ωθεί να αναζητήσουν εξειδικευμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εκτός του συστήματος υγείας της χώρας τους.

•ποιοί είναι οι πιθανοί κίνδυνοι που πηγάζουν από αυτή τη διαδικασία.

5.6.1 Αίτια αναζήτησης ιατρικής φροντίδας στο εξωτερικό

Σε προηγούμενες παραγράφους έγινε ήδη αναφορά στα πιθανά αίτια που θα ωθήσουν έναν ασθενή να αναζητήσει υπηρεσίες υγείας εκτός του συστήματος υγείας της χώρας στην οποία διαμένει.

Συνοπτικά είναι τα ακόλουθα:

•ο ασθενής θεωρεί και κρίνει ως ανεπαρκείς, σε σχέση με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, τις υπηρεσίες υγείας της χώρας του και συγκεκριμένα τις θεωρεί ως ανεπαρκείς ως προς τα εξής χαρακτηριστικά τους:

→αποδοτικότητα

→αποτελεσματικότητα

→προσβασιμότητα

→λίστες αναμονής και πληρότητα κλινών

→χαμηλή επάρκεια του ιατρικού – επιστημονικού δυναμικού

Επίσης, στο εξωτερικό ωθούν τον ασθενή καταστάσεις όπως:

•επεμβάσεις κυρίως αισθητικού τύπου (πλαστικές επεμβάσεις, ορθοδοντική) που δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό του ταμείο.

•ισχυρό και επομένως αποτρεπτικό νομικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής του ασθενούς για διαδικασίες όπως οι μεταμοσχεύσεις και η τεχνητή γονιμοποίηση.

•υψηλό κόστος θεραπευτικής αγωγής στην χώρα του ασθενούς.

•ασθενής χωρίς ασφάλιση ή με πολύ χαμηλές ασφαλιστικές παροχές. Είναι υποχρεωμένος επομένως εκ των πραγμάτων να χρησιμοποιήσει πληρωμή out-of-pocket η οποία πιθανώς είναι χαμηλότερου κόστους στο εξωτερικό.

5.6.2 Η λήψη της απόφασης (decision making) και οι προτρεπτικοί και ελκτικοί παράγοντες (push and pull factors) που οδηγούν τελικά σε αυτή

Η λήψη της τελικής απόφασης θα γίνει από τον παραλήπτη της ιατρικής φροντίδας, δηλαδή τον ασθενή και θα στηριχθεί σε μία σειρά παραγόντων που στη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνονται σε προτρεπτικούς (push factors) και ελκτικούς (pull factors). Σημαντικό ρόλο όμως θα διαδραματίσει και η πηγή / πηγές πληροφόρησης του ασθενούς.

5.6.2.1 Προτρεπτικοί – προωθητικοί παράγοντες (push factors)

Παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς μακριά από την εγχώρια φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με μελέτες ο κύριος παράγων αυτής της κατηγορίας είναι το κόστος.

Υψηλά out-of-pocket κόστη και πληρωμές – αμοιβές υψηλές στη χώρα διαμονής του ασθενούς. Συχνά, η διαφορά στο κόστος μίας επέμβασης ή θεραπείας στο εξωτερικό συγκρινόμενη με το αντίστοιχο κόστος της επέμβασης στη χώρα του ασθενούς είναι πολύ μεγάλη.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται τα κόστη χειρουργικών επεμβάσεων στη Βρετανία -σε λίρες- και τα αντίστοιχα κόστη αυτών σε χώρες όπως η Ισπανία, η Τυνησία και η Ινδία. Φαίνεται επίσης και το ποσοστό εξοικονόμησης χρημάτων από την πλευρά του ασθενούς.

Πίνακας 5.1

Κόστη χειρουργικών επεμβάσεων στη Βρετανία σε αντιστοίχιση με το κόστος σε άλλες χώρες

Χώρα	Αορτοστεφανιαία παράκαμψη στο εξωτερικό	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Πλαστική ισχίου	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Αντικατάσταση ισχίου	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Χρυσή στεφάνη για προστασία της αδαμαντίνης(χρυσά δόντια)	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Οδοντικά εμφυτεύματα	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Πλαστική προσώπου που lifting	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία	Λιποαναρρόφηση κοιλιακού τοιχώματος	% εξοικονόμηση χρημάτων επί του κόστους στη Βρετανία
Ηνωμ. Βασίλειο	£14,025		£9000		£8000		£465		£2000		£6750		£4810	
Βουλγαρία	£10,024	29			£2784	65	£154	67						
Ινδία	£4025	71	£4000	56	£3537	66	£275	41			£2143	68	£1715	64
Τυνησία	£4300	69	£3500	61	£2900	64			£600	70	£2056	70	£1956	59
Λιθουανία					£3252	59							£1227	74
Πολωνία					£3252	63	£278	40			£2190	68	£2096	56
Ισπανία					£7333	23	£281	40	£691	65	£4113	39	£3766	22
Ταϊλάνδη					£5282	34					£2873	57	£2151	55
Ουγγαρία							£216	54	£783	61	£1955	71	£1792	63
Τουρκία									£599	70				

Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Άλλος σημαντικός προτρεπτικός παράγοντας θεωρείται η ασφάλιση του ασθενούς. Ασθενής ανασφάλιστος ή έχων χαμηλή ασφαλιστική κάλυψη θα καταφύγει ευκολότερα στο εξωτερικό για θεραπεία στα πλαίσια της μείωσης της out-of-pocket πληρωμής.

Τέλος, σημαντικός παράγοντας που θα ωθήσει τον ασθενή στο εξωτερικό θεωρείται και η ύπαρξη μεγάλων λιστών αναμονής, αλλά και η πιθανή υπόσχεση για περισσότερες ημέρες νοσηλείας μετεγχειρητικά στη χώρα προορισμού.

5.6.2.2 Ελκτικοί παράγοντες (pull factors)

Είναι εκείνοι οι παράγοντες που έλκουν τους ασθενείς στις χώρες προορισμού τους για να λάβουν φροντίδα υγείας.

Μεταξύ πολλών, κύριος και συχνότερος παράγων αυτής της κατηγορίας, θεωρείται η υψηλή ποιότητα των κλινικών του εξωτερικού και ειδικά η επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το άριστο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξειδικευμένη φροντίδα στις λοιπές παροχές.

Ακολουθεί σε συχνότητα αναφοράς η κοινή με του ασθενούς γλώσσα στη χώρα προορισμού (ή τουλάχιστον με τους επαγγελματίες υγείας στη χώρα αυτή). Είναι προφανές πως ο παράγοντας γλώσσα είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί ο ασθενής νιώθει πως βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον.

Η λίστα των παραγόντων αυτής της κατηγορίας συμπληρώνεται ακόμη από τους εξής:

- κοινά θρησκευτικά πιστεύω
- σταθερή πολιτική κατάσταση χωρίς πολιτικές αναταραχές στη χώρα προορισμού
- η δυνατότητα συνδυασμού της θεραπείας με διακοπές

Συμπληρωματικά στα όσα αναφέρθηκαν, η μελέτη Glinos et al αναγνωρίζει πέντε βασικές αιτίες – οδηγούς που θα ωθήσουν τον ασθενή στην τελική του επιλογή ως προς τη χώρα ή το νοσοκομείο στο οποίο θα κατευθυνθεί.

Αυτές είναι:

- εξοικείωση (familiarity)
- διαθεσιμότητα (availability)
- κόστος (cost)
- ποιότητα (quality)
- βιο-ηθική νομοθεσία (bioethical legislation): ιδιαίτερα για διαδικασίες όπως η ευθανασία, η τεχνητή γονιμοποίηση και οι μεταμοσχεύσεις.

Η ίδια μελέτη αναγνωρίζει επιπροσθέτως πως σημαίνοντα ρόλο θα διαδραματίσουν ακολούθως η ξενοδοχειακή υποδομή, η οικειότητα στη γλώσσα και στα ήθη, η ύπαρξη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, η άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος χωρίς λίστες αναμονής.

5.7 Πηγές πληροφόρησης (information sources)

Στη σύγχρονη εποχή του internet και των ποικίλων μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ο ασθενής μπορεί να ενημερωθεί άμεσα και σε πραγματικό χρόνο (real time) για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε οποιοδήποτε σημείο του πλανήτη.

Οι ασθενείς κυρίως ενδιαφέρονται να πληροφορηθούν για:

- την πιστοποίηση της επιστημονικής κατάρτισης των ιατρών
- κόστη, διαδικασίες, υλικο-τεχνική και ξενοδοχειακή υποδομή, επιλογή θεραπειών και ενδεχομένως τουριστικά πακέτα χαμηλού κόστους

Το διεθνές marketing των υπηρεσιών υγείας, το internet και ομάδες ασθενών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (facebook, twitter) αποτελούν τις κύριες πηγές πληροφόρησης.

5.8 Ενδεχόμενοι κίνδυνοι κατά την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας σε χώρες του εξωτερικού

Αν αναλογιστεί κανείς τις προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει ένας ασθενής που μετακινείται εκτός συνόρων για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός πως η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναφερθεί εκτενώς στους πιθανώς κινδύνους που εμπεριέχει αυτή η μετακίνηση.

Θα μπορούσαν να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- κίνδυνοι αμιγώς σχετιζόμενοι με την μετακίνηση
- κίνδυνοι ιατρικού περιεχομένου
- ηθικοί κίνδυνοι

5.8.1 Κίνδυνοι αμιγώς σχετιζόμενοι με τη διαδικασία μετακίνησης

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνει προβληματικές καταστάσεις που πιθανώς ανακύπτουν κατά τη μετάβαση στη χώρα προορισμού.

Απλά ατυχήματα, αφού ακόμη και τα αεροπορικά ταξίδια δεν είναι απολύτως ασφαλή, αλλά και η πιθανότητα επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς αν μετακινηθεί ιδίως κατά τη διάρκεια της περιόδου αποκατάστασης, ενώ υπό φυσιολογικές συνθήκες κάτι τέτοιο δεν προτείνεται με βάση τη διεθνή ιατρική εμπειρία.

Είναι επίσης γνωστό πως τα αεροπορικά ταξίδια πιθανώς να προκαλέσουν προ- αλλά και μετεγχειρητικά εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση γνωστή και ως «θρόμβωση του ταξιδιώτη».

Τέλος, έχει περιγραφεί πως αρκετοί ασθενείς, ιδιαίτερα όταν μετακινούνται χωρίς τη συνοδεία συγγενικών τους προσώπων, υφίστανται έντονη ψυχολογική πίεση, συναισθηματικό stress και βιώνουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη ανησυχία και άγχος.

5.8.2 Κίνδυνοι ιατρικοί, σχετιζόμενοι με τις θεραπείες

Οι ιατρικοί κίνδυνοι πιθανώς να είναι προ – και μετεγχειρητικοί. Αυτού του τύπου η επικινδυνότητα σχετίζεται σχεδόν εξ'ολοκλήρου με τους πιθανούς πλημείς ελέγχους του αίματος και των παραγώγων του κατά την διαδικασία της μετάγγισης εξαιτίας των επιτακτικών αναγκών του ασθενούς. Λάθη και παραλείψεις στο συγκεκριμένο ζήτημα μπορεί να παρατηρηθούν όχι μόνο στη χώρα προορισμού, αλλά και στη χώρα προέλευσης του αρρώστου.

Οι σημαντικότεροι φυσικά κίνδυνοι είναι οι απολύτως σχετιζόμενοι με την θεραπευτική – χειρουργική παρέμβαση. Κίνδυνοι για την συνολική υγεία του ασθενούς παρατηρούνται στα πλαίσια χειρουργικών επεμβάσεων και θεραπειών σε αναπτυσσόμενες χώρες που πιθανόν δεν ακολουθούν διεθνή πρότυπα ή ιατρικά πρωτόκολλα. Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα ασθενών που υπεβλήθησαν αρχικά σε μεταμόσχευση νεφρού στην Ινδία και εν συνεχεία επανεισήχθησαν σε μεταμοσχευτική μονάδα της Ελλάδας λόγω οξείας απόρριψης του μοσχεύματος.

Εξαιτίας πλημμελών συνθηκών υγιεινής είναι συχνές και οι ενδονοσοκομειακές μετεγχειρητικές λοιμώξεις.

Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλήρης αναφορών τέτοιων περιστατικών ενώ και η παρούσα μελέτη, βασισμένη σε στοιχεία του ΕΟΠΥΥ για την τριετία 2012-2014, περιλαμβάνει περιπτώσεις ασθενών που ακολούθησαν και έτερη, μετά την πρώτη, νοσηλεία στο εξωτερικό είτε για να υποβληθούν σε επανεγχείρηση είτε για να λάβουν συμπληρωματική αγωγή.

Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αστοχιών διαδραματίζει και το γεγονός πως συχνά οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις στο εξωτερικό αμελούν να ενημερώσουν τους θεράποντες ιατρούς τους, αποφεύγουν να υποβληθούν σε επανελέγχους, ενώ έχουν στην κατοχή τους ελλειπή στοιχεία για θεραπευτικές

παρεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθησαν στο εξωτερικό. Συχνά επίσης δεν υπάρχει ολοκληρωμένος σχεδιασμός των επανελέγχων (follow-ups) για μετά την κυρίως χειρουργική επέμβαση.

Τέλος, συχνά οι ασθενείς επιλέγουν χώρα του εξωτερικού για να υποβληθούν σε ιατρικές παρεμβάσεις παράνομες στη χώρα καταγωγής τους. Πιθανώς οι επεμβάσεις αυτές να πραγματοποιούνται κατά παράβαση των διεθνώς τεκμηριωμένων ιατρικών πρωτοκόλλων στη χώρα προορισμού – γι'αυτό και το κόστος τους εκεί είναι χαμηλό – και κατ'αυτόν τον τρόπο να αποδεικνύονται τελικά εξαιρετικά επικίνδυνες, εκθέτοντας σε υψηλό κίνδυνο την υγεία του ασθενούς. Η υψηλή επικινδυνότητα θεραπειών και χειρουργικών επεμβάσεων είναι ίσως και η αιτία της απαγόρευσης τους στη χώρα καταγωγής του αρρώστου.

Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό, πως για τέτοιες περιπτώσεις επικίνδυνων ιατρικών παρεμβάσεων, συνήθως το νομικό πλαίσιο για ιατρικές αστοχίες στη χώρα πραγματοποίησης τους είναι ασαφές ή πλημμελές.

5.8.3 Ηθικοί κίνδυνοι

Πρέπει τέλος να γίνει μνεία και στην έννοια του ηθικού κινδύνου – γνωστού ως moral hazard στην οικονομική επιστήμη – που εμπεριέχεται στον ιατρικό τουρισμό και γενικότερα στη μετάβαση στο εξωτερικό για λόγους υγείας.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες και το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου κυρίως αφορά, έχει παρατηρηθεί πως επαγγελματίες υγείας συχνά επιλέγουν επαγγελματικά την αποκλειστική απασχόληση τους σε ειδικά spa και resorts λόγω των υψηλών απολαβών, σημαντικά υψηλότερων σε σχέση με την ενδεχόμενη αμοιβή τους σε τυχόν απασχόληση τους στο δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας τους.

Ο ηθικός κίνδυνος όμως ελλοχεύει και στους διακομιζόμενους ασθενείς. Το συνολικό κόστος της θεραπείας τους στο εξωτερικό πιθανώς στερεί πολύτιμους πόρους από τον δημόσιο τομέα υγείας και την κεντρική διακυβέρνηση της χώρας τους, υπό την προϋπόθεση φυσικά πως οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με επιτυχία εντός συνόρων.

Τέλος, οι διαφυγόντες πόροι ενδέχεται να αποτελούν προϊόν εισφοροαποφυγής ή φοροδιαφυγής στη χώρα προέλευσης των αρρώστων.

5.9 Θεραπείες στο εξωτερικό, διεθνής εμπειρία και παραδείγματα χωρών

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη χωρών με ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που παραδοσιακά αποτελούν τόπο υποδοχής ασθενών από όλο τον πλανήτη, αλλά τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης και της οικονομικής κρίσης που μαστίζει κυρίως τις δυτικές οικονομίες, βιώνουν το αντίστροφο φαινόμενο. Ασθενείς από αυτές ακριβώς τις χώρες, κυρίως για μείωση του κόστους, παράκαμψη λιστών αναμονής και αυστηρού νομοθετικού πλαισίου, μετακινούνται σε χώρες με αναπτυσσόμενη οικονομία για αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών. Ακολουθεί το παράδειγμα της Βρετανίας, των ΗΠΑ, της Γερμανίας και του Καναδά.

5.9.1 Βρετανία

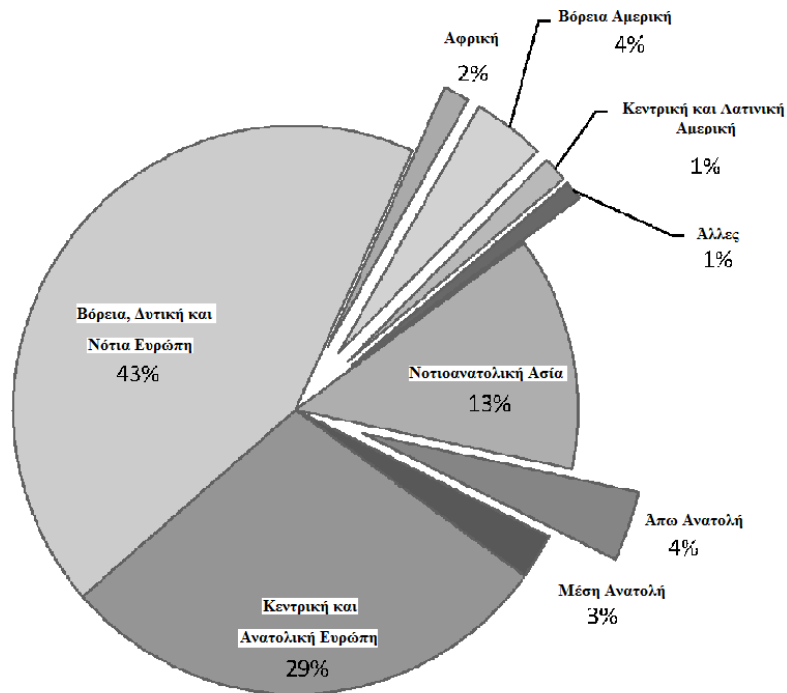
Για δεκαετίες, η Βρετανία αποτελούσε πόλο έλξης ασθενών (inbound medical and health tourism) από όλο τον κόσμο, και προφανώς και την Ελλάδα. Αιτία το ισχυρό και άρτια δομημένο Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System - NHS), το οποίο μάλιστα θεωρητικά αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία του ΕΣΥ στην Ελλάδα το 1983. Στην υψηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας συνετέλεσε και η άριστη επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και το ασφαλιστικό σύστημα που εμπνεύστηκε ο Λόρδος Beveridge με βάση το οποίο κάθε Βρετανός πολίτης αποκτούσε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Στη σύγχρονη εποχή, πληθώρα μελετών αποδεικνύει πως η Βρετανία δεν είναι πια αποκλειστικά εισαγωγέας ασθενών (net importer of patients - inbound process) αλλά και εξαγωγέας (net exporter of patients - outbound process).* Οι Βρετανοί πολίτες αναζητούν κυρίως φροντίδα υγείας σχετική με

- υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- αισθητικού τύπου πλαστική χειρουργική
- χειρουργικές επεμβάσεις για μείωση σωματικού βάρους όπου η γαστρική παράκαμψη

Σύμφωνα με το άρθρο των Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith “Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?” το 2010 ήταν πιθανώς το

* Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

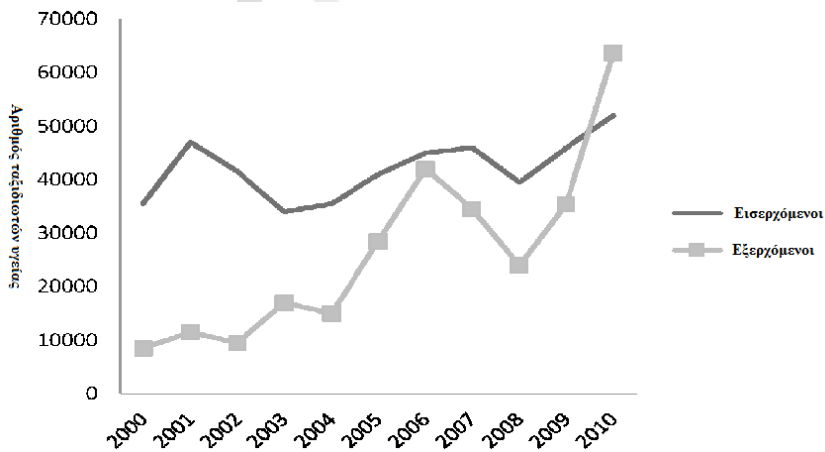
έτος στο οποίο για πρώτη φορά ο αριθμός των Βρετανών που μετέβησαν στο εξωτερικό για θεραπείες ήταν μεγαλύτερος του αντίστοιχου των αλλοδαπών πολιτών που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας του Βρετανικού κράτους (περίπου 63000 Βρετανοί έναντι περίπου 52000 αλλοδαπών). Στο συγκεκριμένο άρθρο - αλλά και στις πηγές που αυτό επικαλείται - τονίζεται ιδιαίτερα το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστες έρευνες για τον αριθμό, το είδος και το συνολικό κόστος των θεραπειών που διενεργούνται εντός Βρετανίας από πολίτες άλλων χωρών ή εκτός Βρετανίας από Βρετανούς πολίτες. Η διεθνής εμπειρία και πρακτική έχει επισημάνει, όπως ήδη αναφέρθηκε, πως το πρόβλημα αυτό είναι γενικό και δεν αφορά μόνο στη Βρετανία. Στην παρούσα έρευνα εύκολα συνάγεται το συμπέρασμα πως το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στην Ελλάδα όπου επίσης τα στοιχεία είναι ελλιπή λόγω της μη λεπτομερούς καταγραφής του τελικού κόστους, αλλά και της καθυστέρησης στην εκκαθάριση και καταβολή των αποζημιώσεων. Επιπροσθέτως, αναφέρεται πως η πληροφόρηση είναι μάλλον θολή και αναξιόπιστη γιατί συνήθως προέρχεται από ιδιωτικές εταιρείες συμβούλων παροχής ιατρικών υπηρεσιών ή μη αξιολογήσιμες αναφορές των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Στο συγκεκριμένο άρθρο επισημαίνεται ακόμη πως ενώ η εισροή ασθενών στη Βρετανία παραμένει μάλλον σταθερή την τελευταία δεκαετία, αυξάνεται ο αριθμός των Βρετανών πολιτών που μεταβαίνουν στο εξωτερικό για ιατρικούς λόγους. Οι προορισμοί τους περιλαμβάνουν κυρίως τη Βόρεια, τη Δυτική και τη Νότια Ευρώπη (κυρίως Γαλλία) όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.1 και αφορά στη δεκαετία 2000-2010.



Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Διάγραμμα 5.1

Περιστατικά σε Βόρεια, Δυτική, Νότια Ευρώπη

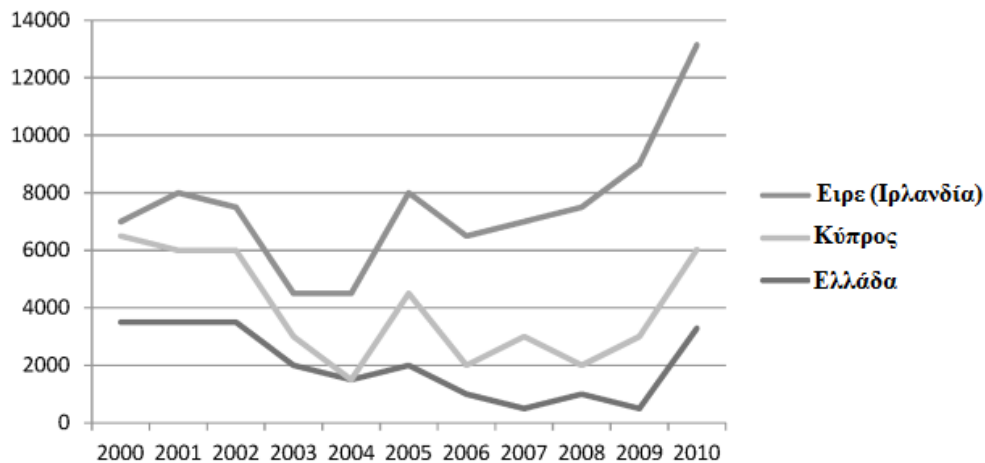


Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Διάγραμμα 5.2

Ο αριθμός των ασθενών που ταξιδεύουν από και προς τη Βρετανία για τη δεκαετία 2000-2010

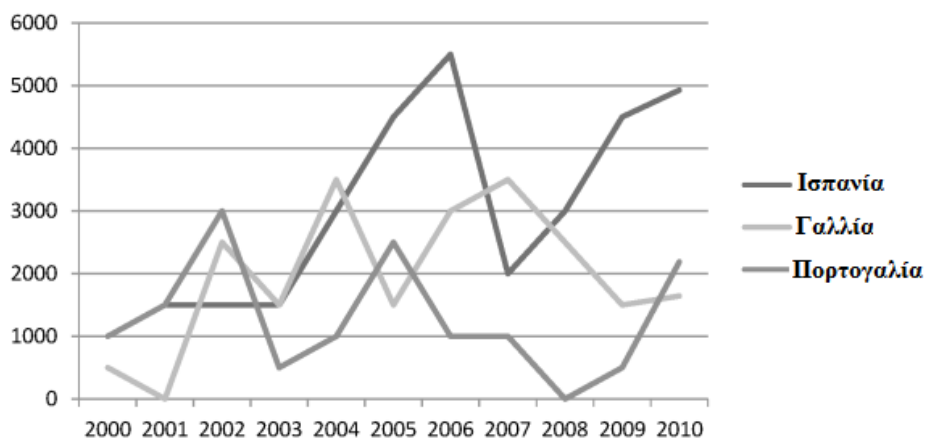
Στο Διάγραμμα 5.3 παρατίθενται οι συνηθέστερες χώρες προέλευσης των ασθενών που για ιατρικούς λόγους επισκέφθηκαν τη Βρετανία επίσης το ίδιο χρονικό διάστημα. Σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών προέρχεται από την Ελλάδα και την Κύπρο.



Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Διάγραμμα 5.3

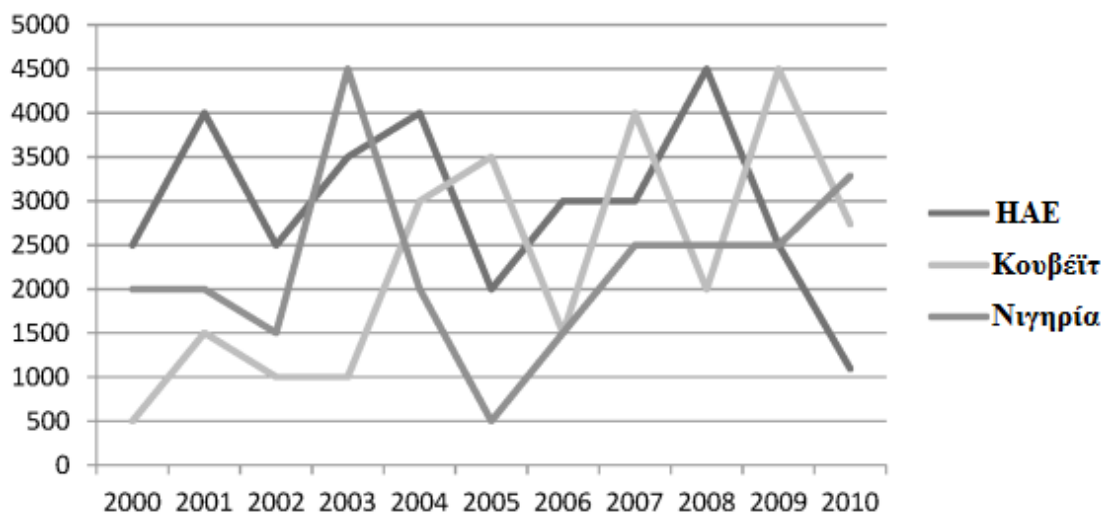
Χώρες προέλευσης (Ιρλανδία, Κύπρος, Ελλάδα) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)



Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Διάγραμμα 5.4

Χώρες προέλευσης (Ισπανία, Γαλλία, Πορτογαλία) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)



Πηγή: Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?

Διάγραμμα 5.5

Χώρες προέλευσης (ΗΑΕ, Κουβέιτ, Νιγηρία) των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Βρετανία (2000-2010)

Πίνακας 5.2

Συνολικά έξοδα ασθενών και συνοδών κατά τη διαμονή τους στη Βρετανία για θεραπείες ανά έτος

Τέλος, στον Πίνακα 5.2 γίνεται αναφορά στα συνολικά έξοδα (επιπρόσθετα, πλην των ιατρικών) που επιβαρύνουν ασθενείς και συνοδούς κατά τη διαμονή τους στη Βρετανία για θεραπεία ανά έτος. Το συνολικό ποσό αγγίζει τις 219.000.000 λίρες.

Εισερχόμενοι ταξιδιώτες υγείας	No	Νύχτες σε ξενοδοχείο	Κόστος ξενοδοχείου	Έξοδα	Συνολικά έξοδα
	52000				
Νοσηλεύόμενοι*	10400				
Νοσοκομείο για δέκα ημέρες 75% (75% from ME)	7800	14	8,736,000	10,920,000	19,656,000
Νοσοκομείο για πέντε ημέρες 25% (5% from ME)	2600	7	1,456,000	1,820,000	3,276,000
Υποσύνολο νοσηλευόμενων			10,192,000	12,740,000	22,932,000
Συνοδοί νοσηλευόμενων					
Νοσοκομείο για δέκα ημέρες 75% (75% from ME)	13650	24	26,208,000	32,760,000	58,968,000
Νοσοκομείο για πέντε ημέρες 25% (5% from ME)	2730	12	2,620,800	3,276,000	5,896,800
Υποσύνολο συνοδών			28,828,800	36,036,000	64,864,800
Σύνολο νοσηλευόμενων και συνοδών			39,020,800	48,776,000	64,864,800
Εξωτερικοί ασθενείς	41600				
4ήμερη παραμονή (25%)	10400	4	3,328,000	4,160,000	7,488,000
7ήμερη παραμονή (40) (2.75% ME)	16640	7	9,318,400	11,648,000	20,966,400
14ήμερη παραμονή (35%) (2%ME)	14560	14	16,307,200	20,384,000	36,691,200
Υποσύνολο εξωτερικών ασθενών			28,953,600	36,192,000	65,145,600
Συνοδοί εξωτερικών ασθενών	41600				
4ήμερη παραμονή (25%)	10400	4	3,328,000	36,192,000	7,488,000
7ήμερη παραμονή (40) (2.75% ME)	17098	7	9,574,880	11,968,600	21,543,480
14ήμερη παραμονή (35%) (2%ME)	14809	14	16,586,080	20,732,600	37,318,680
Υποσύνολο συνοδών ΕΑ	42307		29,488,960	36,861,200	66,350,160
Σύνολο εξωτερικών ασθενών και συνοδών					131,495,760
Σύνολο					219,292,560

Πηγή: Medical tourism: A cost of benefit to the NHS?

2013 Johanna Hanefeld, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith

Τα εκτιμώμενα επομένως έσοδα για Βρετανία είναι ιδιαίτέρως σημαντικά. Ακόμη περισσότερο δε για εξειδικευμένα κέντρα όπως το παιδιατρικό νοσοκομείο Great Ormond Street Hospital for Sick Children το οποίο ανακοίνωσε έσοδα άνω των 20.000.000 λιρών από 656 ασθενείς το 2012. Το συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα είναι διεθνώς αναγνωρισμένο για την εξειδικευμένη φροντίδα που παρέχει σε παιδιατρικούς ασθενείς, ενώ δέχεται ασθενείς και από την Ελλάδα στα πλαίσια διακρατικής συνεργασίας.

5.9.2 Γερμανία

Όπως διαπιστώνεται και από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, η Γερμανία αποτελεί συνήθη προορισμό των Ελλήνων ασφαλισμένων ασθενών όταν οι τελευταίοι αναζητούν ιατρική φροντίδα υψηλού κύρους, ποιότητας και εξειδίκευσης.

Ο όγκος των περιστατικών με προορισμό τη Γερμανία αφορά τρεις κύριες χειρουργικές ειδικότητες.

- νευροχειρουργική
- χειρουργική ενηλίκων
- αγγειοχειρουργική

Στατιστικά, και για την τριετία λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ 2012-2014, επί συνόλου 236 νοσηλειών στο εξωτερικό, οι 85 (ποσοστό 36%) αφορούσαν στο γερμανικό σύστημα υγείας.

Οι πιθανές αιτίες επιλογής της Γερμανίας είναι οι εξής:

- ευκολία στη μετακίνηση (οδικώς και αεροπορικώς)
- υψηλή εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- κοινοτικό πλαίσιο κανόνων και νόμων που διευκολύνουν την καταβολή αποζημιώσεων από τους ασφαλιστικούς φορείς
- τεχνολογία αιχμής όσον αφορά στον ιατρικό εξοπλισμό
- πρωτοποριακές θεραπευτικές και χειρουργικές παρεμβάσεις

Ίσως όμως, σημαντικό ρόλο στην τελική επιλογή της Γερμανίας από τους Έλληνες ασθενείς για ιατρικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου να διαδραματίζει και το εξής

σημαντικό γεγονός. Με αφετηρία το έτος 2005, η Γερμανική νομοθεσία έθεσε ως προαπαιτούμενο τη διενέργεια ελέγχων ποιότητας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Επιπλέον, ορίστηκε οι έλεγχοι αυτοί να δημοσιεύονται κάθε δύο έτη, ιδιαίτερα μάλιστα από τα νοσοκομεία εκείνα που ως κύριο αντικείμενο τους έχουν την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών*. Βάση της έρευνας στο άρθρο των Geraedts, Schwartze και Molzahn, ήταν ερωτηματολόγια τα οποία παραδόθηκαν προς μελέτη και απάντηση σε δείγμα πενήντα ασθενών και πενήντα επαγγελματιών υγείας με στόχο να διαπιστωθούν ποιοί είναι οι σημαντικότεροι δείκτες ποιότητας των γερμανικών νοσοκομείων σύμφωνα και με τη γνώμη των δύο ομάδων του δείγματος.

--> Για τους ασθενείς σημαντικότεροι δείκτες θεωρήθηκαν οι εξής:
-επιστημονική επάρκεια και επίπεδο εξειδίκευσης των ιατρών
-ευγένεια, καλοσύνη και έμπρακτο ενδιαφέρον για τον ασθενή από την πλευρά του προσωπικού

-ικανοποίηση των ασθενών
-ποσοστό σύστασης του νοσηλευτικού ιδρύματος από τους χρήστες των υπηρεσιών του σε άλλους ενδιαφερόμενους ασθενείς
-απόσταση του νοσοκομείου από τον τόπο κατοικίας του αρρώστου - προσβασιμότητα

--> Για τους ιατρούς ένας και βασικός θεωρήθηκε ο σημαντικότερος δείκτης για την υψηλή ή μη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
-ο όγκος των εξειδικευμένων χειρουργικών παρεμβάσεων και θεραπειών
Η έρευνα αφορούσε στους χειρουργικούς τομείς νοσοκομειακών μονάδων σε 4 (τέσσερις) πόλεις: Cologne (Κολωνία), Duesseldorf (Ντύσσελντορφ), Wuppertal (Βούπερταλ), Duisburg (Ντούϊσμπουργκ).

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, είναι εύκολο να κατανοήσει ο αναγνώστης τους λόγους για τους οποίους τα γερμανικά νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν πόλο έλξης για τον αλλοδαπό ασθενή, ανάμεσα σε αυτούς και για τον Έλληνα άρρωστο. Οι ανά διετία διενεργούμενοι αυστηροί έλεγχοι ποιότητας, η τεχνολογία αιχμής, η άριστη επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού, η ευγένεια στη συμπεριφορά των

*Max Geraedts, David Schwartze and Tanja Molzahn, Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators, 2007 at BMC Health Services Research

επαγγελματικών υγείας αλλά και η αφοσίωση στον άρρωστο συνάνθρωπο είναι τα κύρια αίτια προσέλκυσης αλλοδαπών ασθενών στο σύστημα υγείας της Γερμανίας. Από την άλλη πλευρά, και η Γερμανία έχει σημαντικά οφέλη από τη διαδικασία αυτή, σε οικονομικό και επιστημονικό επίπεδο, αφού η προσέλευση ασθενών αποφέρει υψηλά κέρδη στους προϋπολογισμούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της ενώ αποτελεί μοχλό για περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη.

5.9.3 ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες αποτελούν σημείο αναφοράς σε κάθε επιστημονικό πεδίο. Ηγούνται επομένως παγκοσμίως και στο χώρο της Ιατρικής, τόσο στον τομέα της έρευνας όσο και στην καθημερινή ιατρική πράξη που θα κάνει χρήση των επιστημονικών και τεχνολογικών επιτευγμάτων. Οι ΗΠΑ, πρωτοπορούν μέσω της καινοτομίας σε κάθε ιατρική ειδικότητα, διατηρώντας την πρωτοκαθεδρία κυρίως στην καρδιοχειρουργική, στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, στη χειρουργική παιδών και στην ορθοπεδική. Την ίδια στιγμή όμως, δεν διαθέτουν ουσιαστικά Εθνικό Σύστημα Υγείας, η δε πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες είναι προνόμιο μόνο όσων διαθέτουν κυρίως "ακριβά" ιδιωτικά ασφαλιστικά συμβόλαια με μεγάλο εύρος καλύψεων. Για έναν ασθενή με μέτρια ασφαλιστική κάλυψη - ένα μέσου κόστους ασφαλιστήριο - η αρθροπλαστική του ισχίου ή του γόνατος είναι ως χειρουργική επέμβαση πρακτικά αδύνατο να πραγματοποιηθεί λόγω υψηλού κόστους. Επίσης, οι ασφαλιστικές εταιρείες σε μία προσπάθεια μεγιστοποίησης των κερδών τους, προσπαθούν να αποφύγουν την καταβολή αποζημιώσεων για παθήσεις όπως οι αρθρίτιδες-οι οποίες και αντιμετωπίζονται επιτυχώς με τις παραπάνω τεχνικές - ισχυριζόμενες πως είναι χρόνιες βλάβες και γι'αυτό πιθανώς προγενέστερες της σύναψης του ασφαλιστικού συμβολαίου. Σε μία τέτοια περίπτωση ο ασθενής θα προτιμήσει λόγω υψηλού κόστους και απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης να χειρουργηθεί υπεράκτια, εκτός ΗΠΑ. Οι New York Times σε άρθρο τους στις 3 Αυγούστου 2013 αναφέρουν το παράδειγμα ασθενούς που για μία αρθροπλαστική ισχίου διαπίστωσε πως το συνολικό κόστος θα ήταν 13.000 δολάρια για το μόσχευμα και άλλες 65.000 δολάρια για νοσήλια - σύνολο 78.000 δολάρια - χωρίς να συμπεριλαμβάνεται η αμοιβή της χειρουργικής ομάδας. Μετά από μία σύντομη έρευνα, προτίμησε να μην υποβληθεί σε επέμβαση στις ΗΠΑ,

αλλά να μεταβεί σε κλινική στο Βέλγιο. Στη συγκεκριμένη κλινική των Βρυξελλών κατέβαλλε μόλις 13.660 δολάρια, ποσό στο οποίο συμπεριλαμβανόταν και η αμοιβή των χειρουργών. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, ενδιαφέρον θα είχε να γινόταν γνωστό που είχε εκπαιδευτεί ο επικεφαλής χειρουργός. Αυτό γιατί πολλοί φημισμένοι Ευρωπαίοι χειρουργοί έχουν εκπαιδευτεί στις Ηνωμένες Πολιτείες και εν συνεχεία επέστρεψαν στις πατρίδες τους για να εξασκήσουν το λειτούργημά τους. Οι αμοιβές τους πιθανώς υψηλές για τα δεδομένα των χωρών τους, αλλά σαφώς χαμηλότερες από τις αντίστοιχες στη χώρα εκπαίδευσής τους, τις ΗΠΑ.

Έτσι, ενώ οι ΗΠΑ και η Βρετανία κατά το παρελθόν "εισήγαγαν" ασθενείς, τώρα πλέον λόγω υψηλού κόστους συγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων "εξάγουν". Με βάση την οικονομική θεωρία το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί και ένα είδος αυτορρύθμισης της παγκοσμιοποιημένης πλέον αγοράς και των ιατρικών υπηρεσιών.

Οι αμερικανικοί πολίτες θα προτιμήσουν κυρίως τον Καναδά, τη Βραζιλία, τη Γαλλία και τις χώρες της Άπω Ανατολής (Μαλαισία) για να υποβληθούν ως επί το πλείστον σε αισθητικού τύπου χειρουργικές επεμβάσεις ή σε μεταμόσχευση ιστών και οργάνων (κυρίως μεταμόσχευση νεφρού).

Στον πίνακα 5.3 που ακολουθεί, παρατίθενται τα ενδεικτικά κόστη χειρουργικών επεμβάσεων στις ΗΠΑ και σε χώρες με αναπτυσσόμενη οικονομία όπως η Ινδία, το Μεξικό, η Σιγκαπούρη και η Κόστα Ρίκα. Οι διαφορές στα κόστη είναι πραγματικά ενδιαφέρουσες.

Πίνακας 5.3

ΙΑτρικές Θεραπείες στο εξωτερικό - Προσιτές επιλογές φροντίδας υγείας Δείγμα κόστους χειρουργικών επεμβάσεων στα πλαίσια του τουρισμού υγείας

Χειρουργική επέμβαση	ΗΠΑ	Κολομβία	Κόστα Ρίκα	Ινδία	Ιορδανία	Κορέα	Μεξικό	Σιγκαπούρη	Ταϊλάνδη
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη	\$144,000	\$14,630	\$25,000	\$8,500	\$10,000	\$24,000	\$20,000	\$13,500	\$24,000
Αγγειοπλαστική	\$57,000	\$7,106	\$13,000	\$8,500	\$5,000	\$19,600	\$16,000	\$7,500	\$7,000
Αντικατάσταση βαλβίδας στην καρδιά	\$170,000	\$10,450	\$30,000	\$1,200	\$12,000	\$36,000	\$30,000	\$13,500	\$22,000
Αντικατάσταση ισχίου	\$50,000	\$8,360	\$12,500	\$8,000	\$8,000	\$16,450	\$13,125	\$11,100	\$14,000
Πλαστική Ισχίου	\$50,000	\$10,500	\$12,000	\$8,000	\$8,000	\$20,900	\$12,800	\$12,100	\$16,000
Αντικατάσταση γόνατος	\$50,000	\$7,106	\$11,500	\$7,000	\$7,000	\$17,800	\$10,650	\$10,800	\$12,000
Σπονδυλοδεσία	\$100,000	\$14,500	\$15,000	\$12,000	\$10,000	\$17,350	\$7,000	\$18,300	\$11,000
Οδοντικό εμφύτευμα	\$2,000-10,000	\$1,672	\$1,000	\$700	\$500	\$3400	\$910	\$2,900	\$3,000
Γαστρικό bypass (για απώλεια βάρους)	\$30,000	\$6,500	\$8,500	\$7,500	\$5,000	\$9,500	\$8,430	\$12,000	\$12,000
Εμφυτεύματα στήθους	\$10,000	\$2,600	\$3,500	\$4,500	\$3,000	\$11,000	\$8,000	\$5,400	\$3,700
Ρινοπλαστική	\$8,000	\$1,677	\$5,500	\$3,500	\$2,500	\$4,000	\$4,165	\$2,700	\$3,400
Πλαστική προσώπου (lifting)	\$15,000	\$3,305	\$5,900	\$7,000	\$3,000	\$3,000	\$7,200	\$4,000	\$6,600
Υστερεκτομή	\$15,000	\$1,845	\$5,500	\$5,500	\$2,500	\$9,000	\$6,675	\$4,000	\$5,000

Επικαιροποίηση Ιούλιος 2009

Μεταμοσχεύσεις:	Ασία	Λατινική Αμερική	Ημωμένες Πολιτείες
Μεταμόσχευση νεφρού	\$43,550	\$30,000	Up to: \$150,000
Μεταμόσχευση ήπατος	\$134,000	\$75,000	Up to: \$315,000

Επικαιροποίηση Ιούλιος 2009

Πηγή: Global Benefit Options, medical consultants, web page copyright 2012, επίσκεψη 22-07-2014

5.9.4 Καναδάς

Ο Καναδάς διαθέτει ένα ισχυρό Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο όμως παρουσιάζει τις συνηθισμένες παθογένειες ενός συστήματος υγείας δημόσιου χαρακτήρα.

Παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής για επεμβάσεις όπως η αρθροπλαστική ισχίου και η αντικατάσταση της άρθρωσης του γόνατος. Ακόμη και η απλή πρόσβαση σε εξειδικευμένους ιατρούς, απλά και μόνο για να τεθεί διάγνωση, καθυστερεί σημαντικά. Ο Καναδάς, επιπλέον παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με υποστελέχωση στην ειδικότητα του γενικού οικογενειακού ιατρού. Επίσης, λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, αισθητικού τύπου επεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της πλαστικής χειρουργικής δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, το δε κόστος πραγματοποίησης τους σε ιδιωτικές κλινικές είναι ιδιαίτερα υψηλό. Δεν είναι επομένως ανεξήγητο το φαινόμενο της δημιουργίας επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στο χώρο του ιατρικού τουρισμού σχεδόν σε όλη την επικράτεια του Καναδά και κατευθύνουν τους ασθενείς-πελάτες τους σε συνεργαζόμενες κλινικές του εξωτερικού. Πελάτες των εταιρειών αυτών μπορούν να αποκτήσουν άμεση όσο και συμφέρουσα οικονομικά πρόσβαση σε ένα μεγάλο εύρος ιατρικών υπηρεσιών που περιλαμβάνουν επεμβάσεις αισθητικής επανόρθωσης, εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις, μεταμοσχεύσεις νεφρών, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, θεραπείες για καλοήγη και κακοήγη νεοπλασμάτα, ορθοπεδικές επεμβάσεις. Το τελικό κόστος θα εξαρτηθεί από παράγοντες όπως:

- το είδος θεραπείας ή χειρουργικής αποκατάστασης που ο ασθενής θα επιλέξει
- η χώρα προορισμού
- ο συνολικός χρόνος της προ - και της μετεγχειρητικής νοσηλείας
- το επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών των οποίων θα κάνει χρήση ο ασθενής - ταξιδιώτης. Συχνά, προτιμώνται ξενοδοχεία χαμηλού κόστους, ενώ κάποιοι ασθενείς επιλέγουν πολυτελή συγκροτήματα.

Στον Καναδά δραστηριοποιούνται τουλάχιστον 15 επιχειρήσεις αυτού του είδους και συγκεκριμένα:

-1 στην Alberta

- 1 στην Manitoba
- 7 στην British Columbia
- 3 στο Ontario
- 3 στο Quebec

Οι χώρες στις οποίες προωθούν οι εταιρείες αυτές τους ασθενείς τους είναι κυρίως η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Κίνα, η Γαλλία, η Ινδία, η Μαλαισία, η Ρωσία, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και οι ΗΠΑ.

Πα,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΤΟΣ ΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

6.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει η απαραίτητη αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την παροχή φροντίδας υγείας εντός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως αυτό θεσμοθετήθηκε διαχρονικά και περιλαμβάνεται στις Ευρωπαϊκές Συνθήκες.

Επιπλέον θα παρουσιαστεί το νομικό πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ σχετικά με την πραγματοποίηση νοσηλείων στο εξωτερικό, ιδιαίτερα για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Οι προβλεπόμενες όμως ρυθμίσεις ισχύουν για όλους τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

6.2 Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Από το 1951 έως και το 2007 οι Συνθήκες που καθορίζουν την λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις των κρατών-μελών της είναι οι ακόλουθες.

Πίνακας 6.1

Συνθήκες

ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	
1951	Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα & Χάλυβα (Παρίσι)
1957	Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας (Ρώμη)
1957	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ρώμη)
1987	Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη
1989	Κοινοτικός Χάρτης Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων (Διάσκεψη Στρασβούργου)
1992	Συνθήκη του Μάαστριχτ: άρθρο 129
1997	Συνθήκη του Άμστερνταμ: άρθρο 152
2000	Συνθήκη Νίκαιας: Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων
2004	Σύνταγμα για την Ευρώπη: άρθρο 278
2007	Συνθήκη της Λισσαβόνας: άρθρο 168

6.3 Πρόβλεψη για τις υπηρεσίες υγείας εντός της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς, ελευθερία στη διακίνηση προσώπων, προϊόντων, υπηρεσιών και κεφαλαίων

Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπεται η ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων (ασθενών και επαγγελματιών υγείας), προϊόντων (φάρμακα, ιατρικές συσκευές και αναλώσιμα), υπηρεσιών (με κυριότερη την ασφάλιση) και κεφαλαίων (κυρίως για επενδύσεις σε νοσοκομεία).

Πίνακας 6.2
Ενιαία Ευρωπαϊκή αγορά & υπηρεσίες υγείας

	Ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων	Ελεύθερη κυκλοφορία προϊόντων	Ελεύθερη κυκλοφορία υπηρεσιών	Ελεύθερη κυκλοφορία κεφαλαίων
Προσφορά	Αγορά εργασίας γιατρών και οδοντιάτρων	Αγορά φαρμάκων	Εθελοντική ασφάλιση υγείας	Επενδύσεις σε νοσοκομεία
	Αγορά εργασίας νοσηλευτικού κλπ προσωπικού	Αγορά ιατρικών συσκευών	Υποχρεωτική ασφάλιση υγείας	
Ζήτηση	Βραχυχρόνια διαμονή	Δημόσια προμήθεια προϊόντων	Δημόσια προμήθεια υπηρεσιών	
	Μακροχρόνια διαμονή	Επιλογή προϊόντων από τους καταναλωτές	Επιλογή υπηρεσιών από τους καταναλωτές	
	Ανταλλαγή δεδομένων και προστασία			

6.4 Κανονιστικό πλαίσιο ελεύθερης κυκλοφορίας ασθενών εντός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Άρθρα και κανονισμοί που ορίζουν τους κανόνες μετακίνησης των Ευρωπαίων Πολιτών εντός της ΕΕ για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας 6.3

Ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών και διασυνοριακή φροντίδα υγείας

Συντονισμός των εθνικών κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο

-
- πρόταση δημιουργίας ενός πανευρωπαϊκού ασφαλιστικού ταμείου για τους μετανάστες εργαζομένους
 - άρθρο 42 της Συνθήκης: θέσπιση συστήματος που να εξασφαλίζει στους διακινούμενους εργαζόμενους και στους έλκοντες από αυτούς δικαιώματα:
 - τον συνυπολογισμό όλων των περιόδων που λαμβάνονται υπόψη από τις διάφορες εθνικές νομοθεσίες για την κτήση και τη διατήρηση του δικαιώματος προς λήψη παροχής όπως και για τον υπολογισμό του ύψους αυτής
 - την καταβολή των παροχών στα πρόσωπα που κατοικούν στις επικράτειες των κρατών μελών
 - Κανονισμοί 1408/71 & 574/72 του Συμβουλίου: ρύθμιση προϋποθέσεων κάτω από τις οποίες τα διακινούμενα στο εσωτερικό της Κοινότητας άτομα δικαιούνται πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στις παροχές μητρότητας
-

Πίνακας 6.4
Κανονισμοί 1408/71 & 574/72 του συμβουλίου

-
- μισθωτό άτομο και μέλος της οικογένειας του που διαμένει ή κατοικεί σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού σαν να ήταν ασφαλισμένο εκεί αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του
 - στην περίπτωση μετάβασης κάποιου σε άλλο κράτος μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους παραπάνω κανονισμούς καλύπτεται από το κράτος μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στη περίπτωση που έχει λάβει έγκριση για αυτό
 - το κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που τηρούνται ταυτόχρονα τα εξής:
 - το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του
 - η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους μέλους ασφάλισης
-

Πίνακας 6.5
Συντονισμός συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της Ένωσης

-
- τους μετανάστες εργαζόμενους (E 106) και τα προστατευόμενα μέλη τους (E 109), συμπεριλαμβανομένων των διασυννοριακά απασχολούμενων οι οποίοι εργάζονται σε ένα κράτος μέλος αλλά διαμένουν σε ένα άλλο στο οποίο επιστρέφουν καθημερινά
 - τους εργαζομένους που διαμένουν προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που έχουν θεμελιώσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα είτε για προσωπικούς (π.χ. τουρισμός) είτε για επαγγελματικούς λόγους και τους παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης (E 111)
 - τους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού τους φορέα για τη λήψη θεραπευτικών υπηρεσιών σε άλλο κράτος μέλος (E 112)
 - COM (2003) 73 final: Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας

6.5 Περιπτώσεις KOHLL και DECKER

Γνωμοδότηση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου

Το πρόβλημα που ετέθη στις δύο αυτές περιπτώσεις ήταν κατά πόσο ο ασθενής έχει τη δυνατότητα λήψης μη επειγόντων υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος – μέλος της ΕΕ με κάλυψη της δαπάνης από το σύστημα υγείας της χώρας του. Και στις δύο περιπτώσεις υπήρξε δικαίωση των ασθενών, ενώ μεταγενέστερες αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου τόνισαν ότι:

-
- η ελεύθερη διασυνοριακή επιλογή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τόσο την εξωνοσοκομειακή όσο και τη νοσοκομειακή φροντίδα και εφαρμόζεται τόσο στα συστήματα υγείας που έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της αποζημίωσης όσο και σε αυτά που στηρίζονται στην άμεση παροχή υπηρεσιών σε είδος
 - οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να εφαρμόζουν τεχνικές χρέωσης των εξόδων οι οποίες κάνουν διάκριση μεταξύ των υπηκόων της ημεδαπής και της αλλοδαπής
 - οι παροχές σε είδος δεν πρέπει να αρνούνται σε πολίτες που διαβιούν σε άλλο κράτος μέλος εφόσον έχουν κατοχυρώσει το δικαίωμα παροχής
 - αν το κόστος νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος είναι χαμηλότερο από το κόστος στο κράτος του αρμόδιου ασφαλιστικού φορέα, ο ασθενής έχει δικαίωμα υπό προϋποθέσεις να κρατήσει τη διαφορά
 - οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος μέλος ακόμα και αν οι υπηρεσίες αυτές δεν προβλέπονται από τη δέσμη παροχών του αρμόδιου φορέα, με την προϋπόθεση ότι πληρούν τα διεθνώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα

6.6 Νομικό πλαίσιο ΕΟΠΥΥ

Διαδικασία έγκρισης αποζημίωσης νοσηλείων εξωτερικού

Στο Διάγραμμα 6.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η διαδικασία έγκρισης της αποζημίωσης νοσηλείων του εξωτερικού από τον ΟΠΑΔ στα πλαίσια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

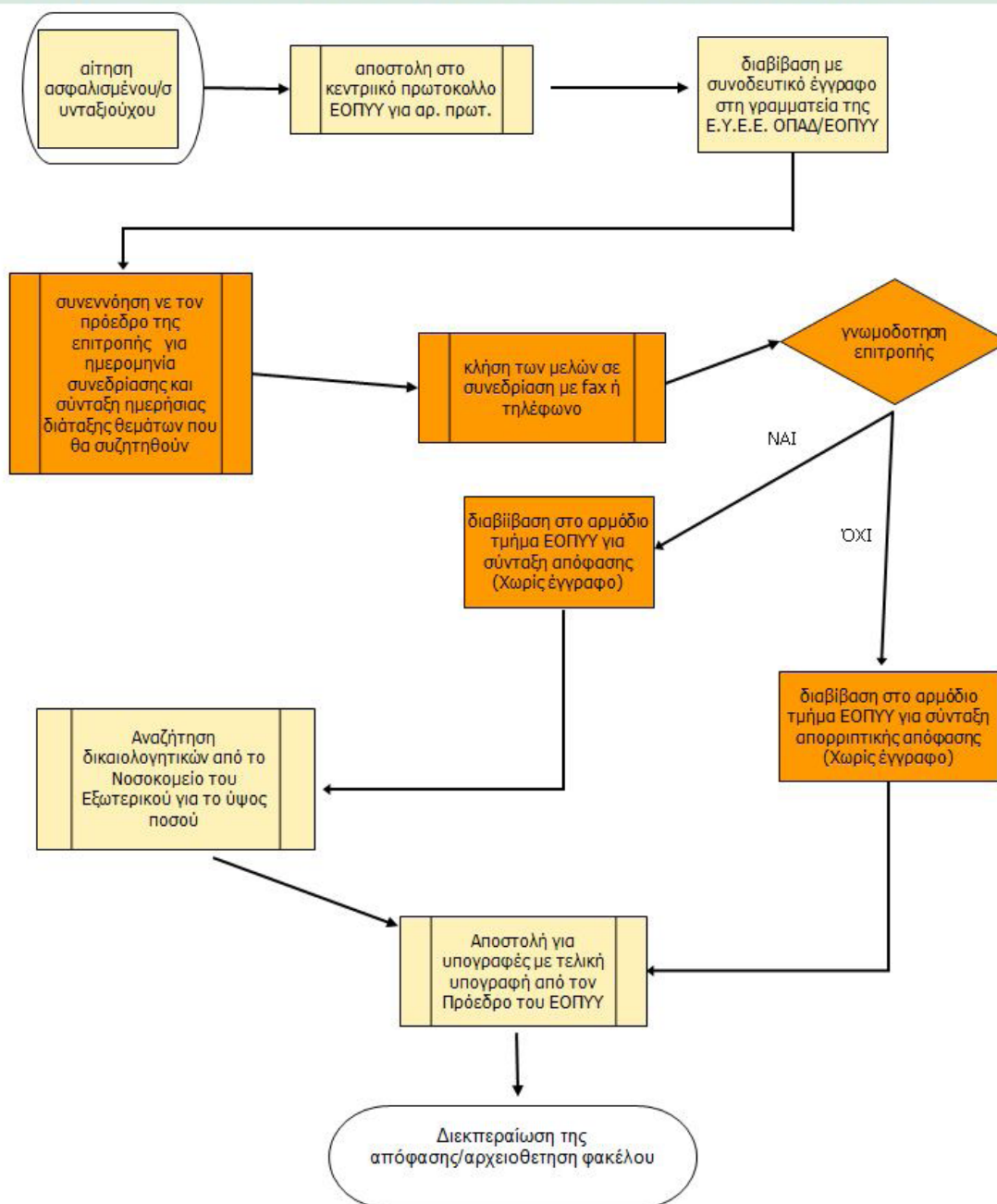
Ως διαδικασία δεν διαφέρει από τις αντίστοιχες ακολουθούμενες από τα υπόλοιπα ταμεία που έχουν ενταχθεί στον οργανισμό.

Η συγκεκριμένη διαδικασία, όπως εύκολα διαπιστώνεται, είναι και πολυδαίδαλη όσο και χρονοβόρα. Συνυπολογίζοντας δε το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ ως φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι νέος (σύσταση Ν. 3918/2011) και πιθανώς υποστελεχωμένος η διαδικασία αποζημίωσης ενδέχεται να διαρκέσει κατά μέσο όρο 1 με 3 έτη, έως δηλαδή την οριστική εκκαθάριση του τελικού κόστους νοσηλείας.

Αυτό δικαιολογεί σε σημαντικό βαθμό και τα ελλειπή ακόμη στοιχεία που ευγενικά παραχώρησε ο ΕΟΠΥΥ στα πλαίσια της παρούσης εργασίας ως προς το συνολικό κόστος της αποζημίωσης που καταβάλλει ανά περιστατικό που αντιμετωπίστηκε στο εξωτερικό.

Στο παράρτημα περιλαμβάνονται και οι ρυθμίσεις για τη νοσηλεία στο εξωτερικό των Ασφαλισμένων του Δημοσίου. Το κανονιστικό πλαίσιο όμως δεν διαφέρει, όπως ήδη τονίστηκε, και για τους λοιπούς ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ (ΟΠΑΔ)



Πηγή: Γενικός Επιθεωρητής, Ελληνική Δημοκρατία, Έκθεση ελέγχου στον ΕΟΠΥΥ για τα νοσήλια εξωτερικού των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ, Αθήνα, Ιούλιος 2013.

Διάγραμμα 6.1

Ροή διαδικασιών ΕΟΠΥΥ για έγκριση καταβολής νοσηλίων εξωτερικού



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ - ΑΝΑΛΥΣΗ

7.1 Εισαγωγή

Στον Πίνακα 7.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η λεπτομερής καταγραφή των ανά περιστατικό νοσηλείων του εξωτερικού (χειρουργικές επεμβάσεις) με βάση τα στοιχεία που ευγενικά συνέλεξε και παραχώρησε για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας ο ΕΟΠΥΥ.

Τα στοιχεία αυτά αφορούν νοσηλείες – χειρουργικές επεμβάσεις που έλαβαν έγκριση από τον ΕΟΠΥΥ και πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια της τριετούς λειτουργίας του (2012-2014).

Η συγκεκριμένη λίστα επιδόθη στον συντάκτη – συγγραφέα και εκπονήσαντα την παρούσα διπλωματική εργασία στις 20 Ιουνίου 2014 με το υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου: Δ25γ/Φ306.151/23091 επίσημο έγγραφο του Οργανισμού.

Πίνακας 7.1

Εγκεκριμένες νοσηλείες εξωτερικού

ΕΓΓΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ 2012-2014

A/A	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΧΩΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΑΛΥΨΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
1	Θ	47	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
2	A	17	2014	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
3	Θ	41	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
4	Θ	30	2012	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
5	Θ	41	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	€ 400,000.00
6	Θ	51	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
7	A	9	2012	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	€ 50,000.00
8	A	9	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	€ 118,327.84
9	A	65	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	CHF 30.000,00
10	A	43	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	40528,56

11	A	41	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	44104,12
12	Θ	51	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
13	Θ	13	2012	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
14	A	38	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	18740
15	A	41	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
16	A	28	2012	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	220112,19
17	Θ	41	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	17795
18	Θ	41	2013	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
19	Θ	41	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
20	Θ	72	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	18081,26
21	A	27	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	24171,21
22	A	7	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	9491,47
23	A	44	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
24	A	42	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
25	Θ	14	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	CHF
26	Θ	25	2013	ΗΠΑ	3	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	50325,47
27	Θ	26	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	23758,18
28	Θ	15	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
29	A	7	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
30	A	29	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	177338,5
31	A	65	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
32	A	52	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
33	A	70	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
34	A	4	2014	ΗΠΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	196034,92
35	Θ	26	2014	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	148946,39
36	Θ	6	2013	ΗΠΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	\$ 273,934.81
37	Θ	10	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
38	Θ	10	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
39	A	68	2013	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
40	A	63	2013	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
41	A	63	2014	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
42	A	61	2013	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
43	Θ	39	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	£ 120,000.00
44	A	34	2012	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	£ 19,198.99
45	Θ	62	2013	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
46	Θ	62	2014	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
47	A	33	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
48	A	33	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
49	A	45	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
50	A	45	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2

51	Θ	56	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
52	Θ	61	2013	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
53	A	6	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
54	A	7	2014	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
55	Θ	61	2014	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
56	A	59	2014	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	CHF 28.068,00
57	A	20	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
58	A	48	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
59	Θ	10	2012	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	CHF 226.200,00
60	Θ	46	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	894,86
61	A	55	2013	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
62	Θ	62	2013	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	3720,06
63	Θ	18	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
64	Θ	53	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
65	A	33	2013	ΗΠΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	90955,53
66	A	63	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
67	Θ	8	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
68	Θ	42	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
69	A	7	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	£ 50,000.00
70	A	16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	3263,74
71	A	54	2012	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
72	A	45	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	CHF 30.000,00
73	A	15	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	50000
74	Θ	20	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
75	A	39	2013	ΗΠΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	106748,09
76	A	51	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
77	Θ	34	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
78	A	47	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
79	A	59	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
80	A	59	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
81	Θ	1	2014	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
82	Θ	16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	47039,01
83	Θ	23	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	60790,27
84	Θ	54	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	50000
85	Θ	64	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
86	Θ	43	2013	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
87	Θ	31	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
88	A	68	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	45038,18
89	Θ	11	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
90	Θ	49	2014	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-	S2

						ΠΑΙΔΩΝ)	
91	A	45	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	60716,45
92	A	>16	2012	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	39092,71
93	A	>16	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
94	A	>16	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
95	A	>16	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	50541,9
96	Θ	>16	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
97	Θ	>16	2012	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	57993,46
98	A	<16	2013	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
99	A	<16	2013	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
100	A	<16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
101	Θ	>16	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
102	Θ	>16	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
103	Θ	>16	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	4828,23
104	Θ	>16	2013	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	50000
105	Θ	>16	2013	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	50000
106	Θ	>16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
107	Θ	>16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	29680,05
108	A	>16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
109	A	>16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
110	Θ	<16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
111	Θ	<16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
112	Θ	>16	2013	ΚΡΟΑΤΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2800
113	Θ	>16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
114	A	>16	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
115	Θ	>16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
116	Θ	>16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
117	A	>16	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	74915,16
118	A	>16	2013	ΙΣΡΑΗΛ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	13781,09
119	Θ	<16	2014	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
120	Θ	<16	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	
121	A	>16	2014	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
122	A	>16	2014	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
123	A	>16	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
124	Θ	>16	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
125	A	79	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	2400
126	A	68	2014	ΚΡΟΑΤΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
127	Θ	45	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
128	A	24	2013	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2

129	A	62	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
130	A	61	2014	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
131	A	48	2014	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
132	A	36	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
133	A	67	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
134	A	42	2013	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
135	A	42	2014	ΓΑΛΛΙΑ	2	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
136	A	67	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
137	A	31	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
138	A	33	2014	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	3661,93
139	A	69	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
140	A	41	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
141	A	35	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
142	A	73	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	35000
143	A	73	2013	ΗΠΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	168881,15
144	A	21	2013	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	20660,46
145	A	36	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
146	A	29	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	61636
147	Θ	63	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
148	Θ	42	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
149	Θ	69	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	49390,77
150	Θ	63	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
151	Θ	61	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	125887,63
152	Θ	35	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
153	Θ	42	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
154	Θ	57	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
155	Θ	40	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
156	A	1	2013	ΙΤΑΛΙΑ	4	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
157	A	1	2014	ΙΤΑΛΙΑ	4	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
158	A	2	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
159	Θ	7	2014	ΣΟΥΗΔΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
160	Θ	14	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
161	Θ	5	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
162	A	17	2013	ΗΠΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	
163	A	17	2014	ΗΠΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	
164	A	4	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	4934,15
165	Θ	16	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
166	Θ	12	2014	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
167	A	14	2014	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
168	Θ	11	2014	ΗΠΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	20075,02

169	A	8	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	15194,8
170	Θ	17	2013	ΗΠΑ	1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	63171
171	Θ	24	2013	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
172	A	47	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
173	Θ	15	2013	ΗΠΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6054,7
174	A	56	2013	ΒΕΛΓΙΟ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
175	A	28	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2	ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
176	A	28	2013	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
177	Θ	50	2013	ΗΠΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	
178	Θ	64	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
179	A	47	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
180	A	27	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
181	A	4	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	464696,49
182	Θ	37	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
183	A	49	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	
184	A	47	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	S2
185	Θ	41	2013	ΗΠΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	108420,81
186	A	3	2013	ΗΠΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	262762,8
187	A	13	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
188	A	11	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
189	A	67	2014	ΗΠΑ	1	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	150000
190	A	28	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2	ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
191	A	16	2014	ΒΡΑΖΙΛΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	61085,5
192	A	45	2014	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	12407,76
193	Θ	34	2013	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2/€ 40.000,00
194	A	23	2013	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
195	A	41	2013	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2
196	Θ	22	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
197	Θ	1	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
198	Θ	44	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
199	A	68	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	S2
200	A	5	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	S2
201	A	7	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	€539.01
202	A	54	2013	ΙΤΑΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
203	Θ	1	2013	ΓΑΛΛΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
204	Θ	34	2013	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	S2
205	A	11	2013	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	35371,97
206	Θ	24	2013	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	5018,14
207	A	15	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	S2

208	Θ	17	2014	ΑΥΣΤΡΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	S2
209	Θ	57	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	70000
210	Θ	15	2014	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	CHF 3.000,00
211	Α	2	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50000
212	Α	12	2014	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	665,97
213	Α	4	2014	ΕΛΒΕΤΙΑ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	16796,79
214	Θ	1	2014	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	S2

Πηγή: 2014, Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

7.2 Απαραίτητες διευκρινήσεις εκ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

α. Όπου αναγράφονται ποσά (σε οποιοδήποτε νόμισμα) αφορούν συνήθως σε προκαταβολές που έχουν απαιτηθεί από το νοσηλευτικό ίδρυμα του εξωτερικού και επ' ουδενί σε τελικά κόστη.

β. Οι προκαταβληθείσες αποζημιώσεις είναι στο νόμισμα που απαιτεί το νοσοκομείο που υποδέχεται τον ασθενή.

γ. Τα αναγραφόμενα ποσά (και ως προκαταβολές, αλλά και αργότερα ως εκκαθαρισθέντα τελικά κόστη) περιλαμβάνουν τόσο το κόστος της νοσηλείας όσο και την αμοιβή της χειρουργικής ομάδας.

δ. Ο κωδικός S2 παραπέμπει στο έντυπο S2 των Διεθνών ασφαλιστικών σχέσεων και αφορά σε περιπτώσεις νοσηλείων για τις οποίες δεν έχει ζητηθεί καν προκαταβολή, η δε τελική εκκαθάριση τους θα αργήσει ακόμη περισσότερο (πολύ συχνά πέραν της πενταετίας).

ε. Οι χειρουργικές επεμβάσεις που λαμβάνουν έγκριση από τον ΕΟΠΥΥ για να πραγματοποιηθούν στο εξωτερικό είναι είτε πολύ βαρείς (και θεωρητικά με υψηλό ΚΕΝ ακόμα και αν υπήρχε η δυνατότητα να πραγματοποιηθούν στην Ελλάδα) και συχνά μη πραγματοποιήσιμες στην Ελλάδα, είτε οι εγχώριες λίστες αναμονής είναι τόσο μακροσκελείς ώστε να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ασθενούς.

Με βάση και την εμπειρία του γράφοντος ως Χειρουργού Παιδών, μία μεταμόσχευση που πραγματοποιείται στο εξωτερικό για παράδειγμα, πιθανότατα αφορά σε μεταμόσχευση ήπατος ή πνεύμονος και όχι σε μεταμόσχευση νεφρού η οποία πραγματοποιείται με επιτυχία στην Ελλάδα. Ενδεχομένως επίσης στο εξωτερικό οδηγούνται δύσκολα εξαιρετικοί όγκοι εγκεφάλου ή ήπατος όπως και

αντικαταστάσεις οισοφάγου λόγω βαρείας ατρησίας σε παιδιά και όχι η μετεμφύτευση ουρητήρων.

στ. Όπου δεν αναγράφεται κάποιο ποσό δεν έχει απαιτηθεί καν προκαταβολή και η εκκαθάριση θα γίνει στο τέλος της νοσηλείας.

ζ. Η εκκαθάριση του τελικού κόστους συνήθως διαρκεί 1-3 έτη και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και άνω των 5 ετών.

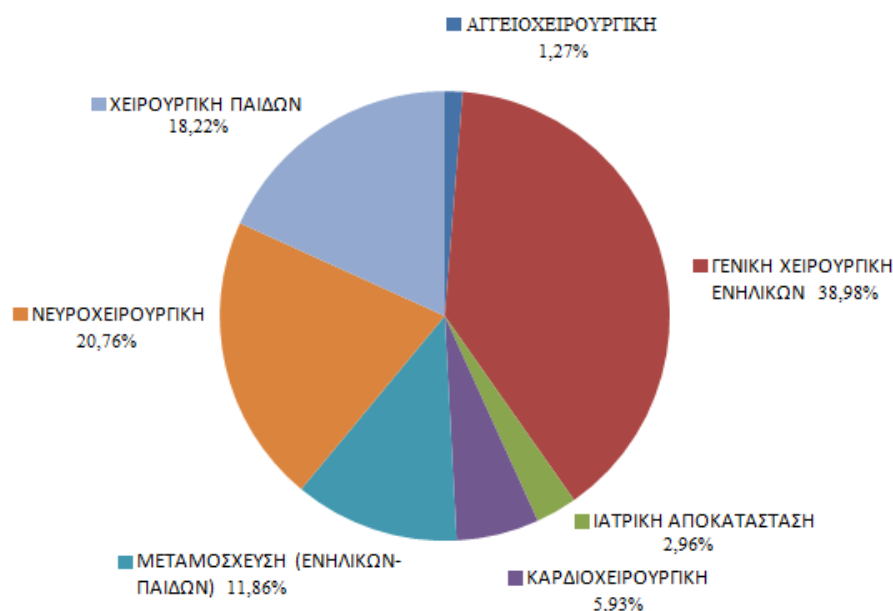
7.3 Ανάλυση πινάκων

Πίνακας 7.2

Αριθμός περιστατικών ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	92
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	7
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	28
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	49
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	43
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	236

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ



Διάγραμμα 7.1

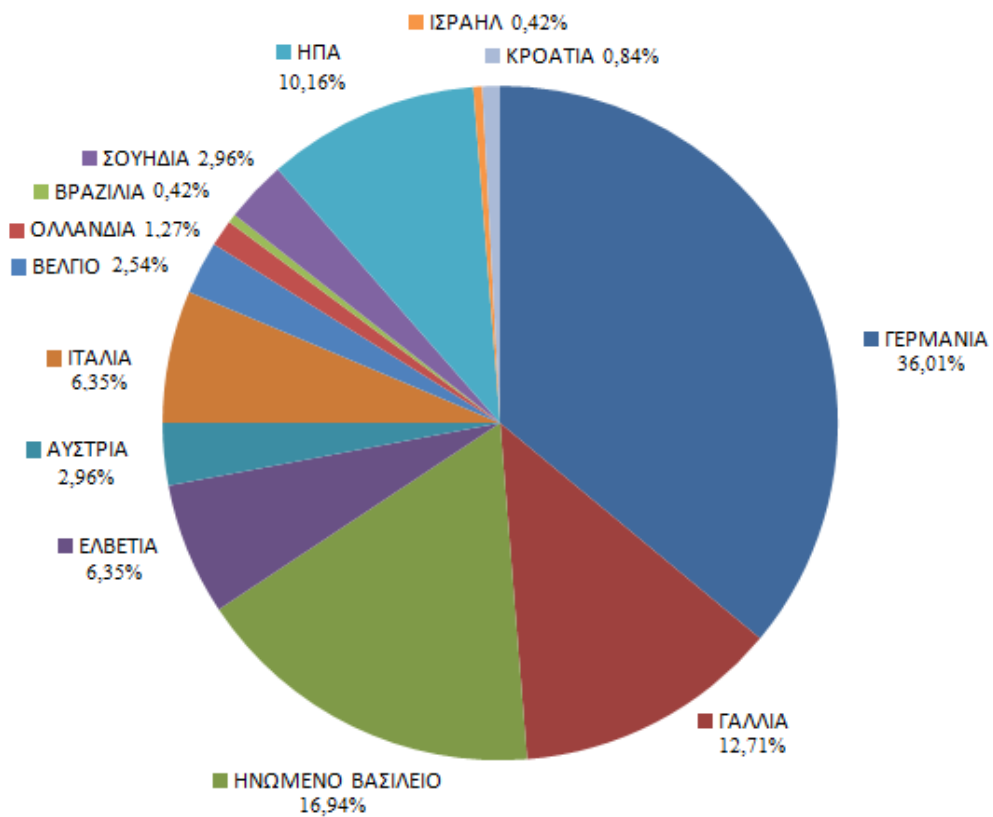
Αριθμός περιστατικών ανά χειρουργική ειδικότητα

Πίνακας 7.3

Αριθμός περιστατικών ανά χώρα προορισμού

ΧΩΡΕΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	85
ΓΑΛΛΙΑ	30
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	40
ΕΛΒΕΤΙΑ	15
ΑΥΣΤΡΙΑ	7
ΙΤΑΛΙΑ	15
ΒΕΛΓΙΟ	6
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	1
ΣΟΥΗΔΙΑ	7
ΗΠΑ	24
ΙΣΡΑΗΛ	1
ΚΡΟΑΤΙΑ	2
ΣΥΝΟΛΟ	236

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ



Διάγραμμα 7.2

Αριθμός περιστατικών ανά χώρα προορισμού

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

8.1. Νοσηλείες ανά χώρα και χειρουργική ειδικότητα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρατίθεται η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας.

8.1.1 Γερμανία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται ότι η Γερμανία υποδέχεται την πλειοψηφία των προερχόμενων από την Ελλάδα περιστατικών σε ποσοστό 36,01% επί συνόλου των χωρών προορισμού. Ο κύριος όγκος των ασθενών αφορά στην νευροχειρουργική (37,64%) και στη γενική χειρουργική ενηλίκων (35,29%).

Πίνακας 8.1

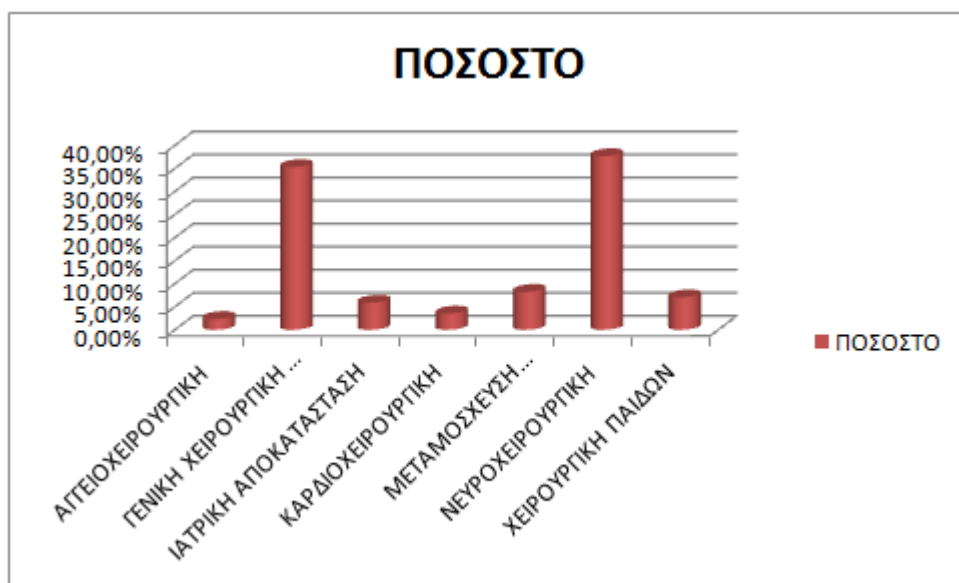
Αριθμός περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2	2,35%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	30	35,29%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	5	5,88%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	3,52%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	7	8,23%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	32	37,64%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	6	7,05%
ΣΥΝΟΛΟ	85	99,96%



Διάγραμμα 8.1

Αριθμός περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.2

Ποσοστό περιστατικών στην Γερμανία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.2 Ολλανδία

Στον Πίνακα 8.2 παρουσιάζεται ότι μόλις τρεις ασθενείς χειρουργήθηκαν στην Ολλανδία την τριετία 2012-2014

Πίνακας 8.2

Αριθμός περιστατικών στην Ολλανδία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΟΛΛΑΝΔΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	1
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	3



Διάγραμμα 8.3

Αριθμός περιστατικών στην Ολλανδία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.3 Γαλλία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται η Γαλλία ως δημοφιλής προορισμός για τους Έλληνες ασθενείς σε ποσοστό 12,71%. Η πλειοψηφία των περιστατικών αφορά στη γενική χειρουργική ενηλίκων (63,33%).

Πίνακας 8.3

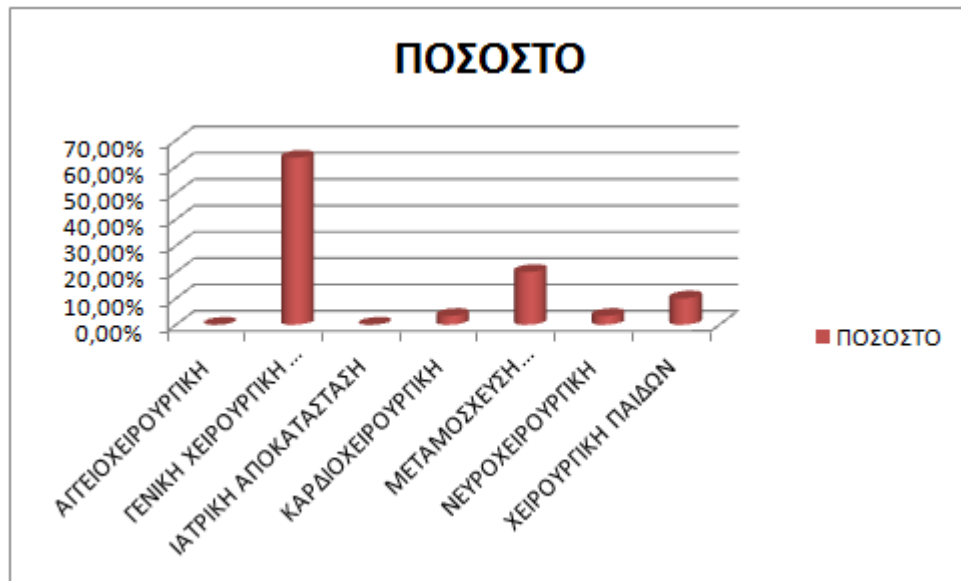
Αριθμός περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΓΑΛΛΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	19	63,33%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0	0,00%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	3,33%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	6	20,00%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	3,33%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	3	10,00%
ΣΥΝΟΛΟ	30	99,99%



Διάγραμμα 8.4

Αριθμός περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.5

Ποσοστό περιστατικών στην Γαλλία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.4 Αυστρία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται η Αυστρία ως προορισμός να αποτελεί το 2,96%, η πλειοψηφία των περιστατικών αφορά στην μεταμόσχευση και πιθανότατα, με βάση και την εμπειρία του γράφοντος, στην μεταμόσχευση πνευμόνων στην οποία και η χώρα διαθέτει υψηλή εξειδίκευση.

Πίνακας 8.4

Αριθμός περιστατικών στην Αυστρία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΥΣΤΡΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	5
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	7



Διάγραμμα 8.6

Αριθμός περιστατικών στην Αυστρία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.5 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο κατέχει τη δεύτερη θέση σε ποσοστό επισκεψιμότητας με 16.94% όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 7.2. Οι ασθενείς που την προτιμούν είναι είτε ενήλικες που υποβάλλονται σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής (40%) είτε παιδιά στα πλαίσια της χειρουργικής παιδιών (35%).

Πίνακας 8.5

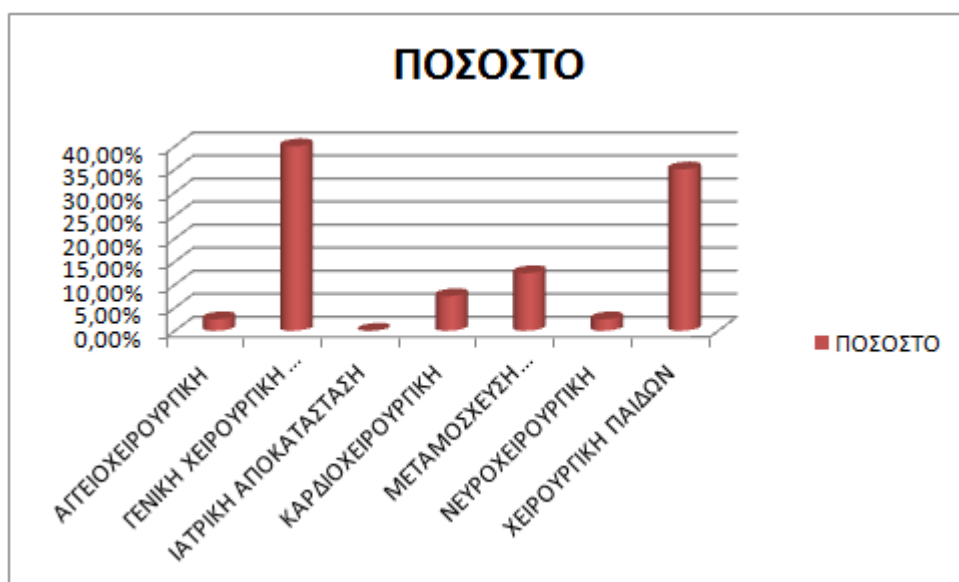
Αριθμός περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	2,50%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	16	40%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0	0,00%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	7,50%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	5	12,50%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	2,50%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	14	35%
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	40	100,00%



Διάγραμμα 8.7

Αριθμός περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.8

Ποσοστό περιστατικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.6 Ελβετία

Στο Διάγραμμα 7.2 η Ελβετία παρουσιάζεται με 6,35% ποσοστό επί του συνόλου των χωρών υποδοχής, να αποτελεί σχετικά συνήθη προορισμό των Ελλήνων ασθενών που κυρίως υποβάλλονται σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής (40%) και νευροχειρουργικής (33,33%).

Πίνακας 8.6

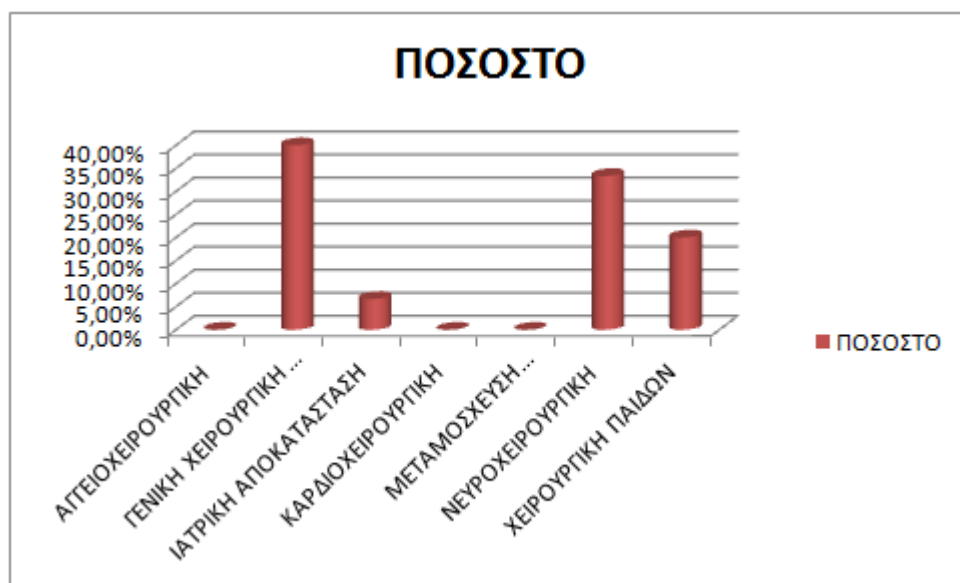
Αριθμός περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΒΕΤΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6	40,00%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	1	6,66%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	0	0,00%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5	33,33%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	3	20,00%
ΣΥΝΟΛΟ	15	99,99%



Διάγραμμα 8.9

Αριθμός περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.10

Ποσοστό περιστατικών στην Ελβετία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.7 ΗΠΑ

Οι ΗΠΑ εδώ και δεκαετίες υποδέχονται μεγάλο αριθμό ασθενών από την Ελλάδα. Για την τριετία 2012-2014, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 7.2, το ποσοστό της επί του συνόλου των χωρών προορισμού αγγίζει το 10,16% γεγονός που την κατατάσσει τέταρτη στη σχετική λίστα. Πρώτη η γενική χειρουργική ενηλίκων με ποσοστό 45,83% και ακολουθεί η χειρουργική παιδών με 20,83%.

Πίνακας 8.7

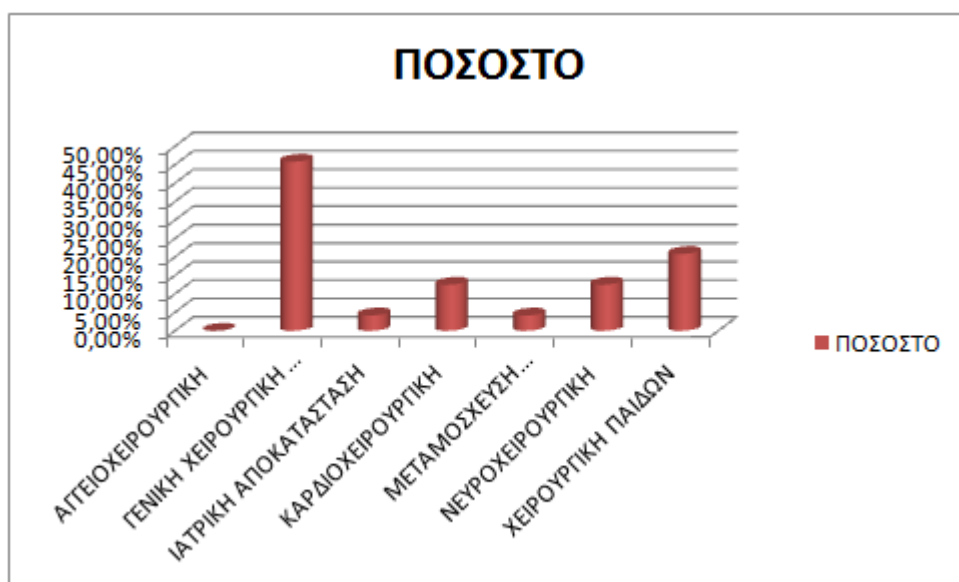
Αριθμός περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	11	45,83%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	1	4,16%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	12,50%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	1	4,16%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	12,50%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	5	20,83%
ΣΥΝΟΛΟ	24	99,98%



Διάγραμμα 8.11

Αριθμός περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.12

Ποσοστό περιστατικών στις ΗΠΑ ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.8 Ιταλία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται ως σημαντικός προορισμός και η Ιταλία (6,35%) με τα περιστατικά της χειρουργικής παιδών να αποτελούν την πλειοψηφία των περιπτώσεων (53,33%).

Πίνακας 8.8

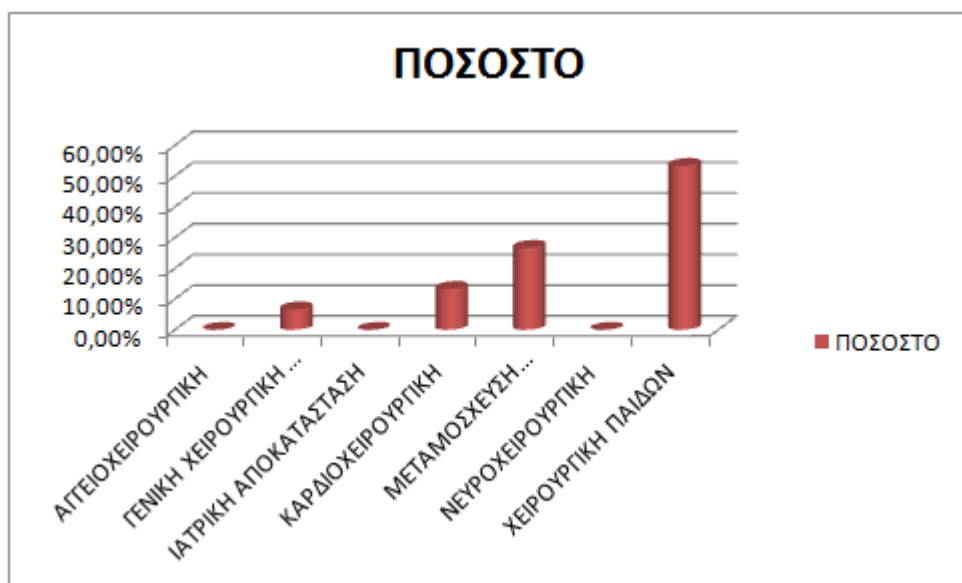
Αριθμός περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1	6,66%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0	0,00%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2	13,33%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	4	26,66%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	8	53,33%
ΣΥΝΟΛΟ	15	99,98%



Διάγραμμα 8.13

Αριθμός περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα



Διάγραμμα 8.14

Ποσοστό περιστατικών στην Ιταλία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.9 Βέλγιο

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται το Βέλγιο ως χώρα μικρής προσέλευσης (2,54%) και αποκλειστικά για την γενική χειρουργική ενηλίκων.

Πίνακας 8.9

Αριθμός περιστατικών στο Βέλγιο ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΒΕΛΓΙΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	0
ΣΥΝΟΛΟ	6



Διάγραμμα 8.15

Αριθμός περιστατικών στο Βέλγιο ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.10 Σουηδία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται σε παρόμοια επίπεδα με το Βέλγιο και η Σουηδία (2,96%). Τέσσερα περιστατικά για την ειδικότητα της νευροχειρουργικής.

Πίνακας 8.10

Αριθμός περιστατικών στην Σουηδία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	2
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	7



Διάγραμμα 8.16

Αριθμός περιστατικών στην Σουηδία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.11 Κροατία

Στο Διάγραμμα 7.2 παρουσιάζεται μικρή προσέλευση στην Κροατία (0,84%) και αποκλειστικά για την καρδιοχειρουργική.

Πίνακας 8.11

Αριθμός περιστατικών στην Κροατία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΟΑΤΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	0
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	0
ΣΥΝΟΛΟ	2



Διάγραμμα 8.17

Αριθμός περιστατικών στην Κροατία ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.12 Ισραήλ

Στον Πίνακα 8.12, και αντιπροσωπεύοντας μόλις το 0,42% επί του συνόλου των χωρών προορισμού με βάση το Διάγραμμα 7.2, το Ισραήλ με μόλις ένα περιστατικό που αφορά στη νευροχειρουργική.

Πίνακας 8.12

Αριθμός περιστατικών στο Ισραήλ ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΙΣΡΑΗΛ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	0
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	0
ΣΥΝΟΛΟ	1



Διάγραμμα 8.18

Αριθμός περιστατικών στο Ισραήλ ανά χειρουργική ειδικότητα

8.1.13 Βραζιλία

Η Βραζιλία, με ποσοστό 0,42% όπως και το Ισραήλ με βάση το Διάγραμμα 7.2, έχει υποδεχτεί ένα περιστατικό που αφορά στη χειρουργική παιδών.

Πίνακας 8.13

Αριθμός περιστατικών στην Βραζιλία ανά χειρουργική ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΒΡΑΖΙΛΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	0
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ)	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	1
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	1



Διάγραμμα 8.19

Αριθμός περιστατικών στην Βραζιλία ανά χειρουργική ειδικότητα

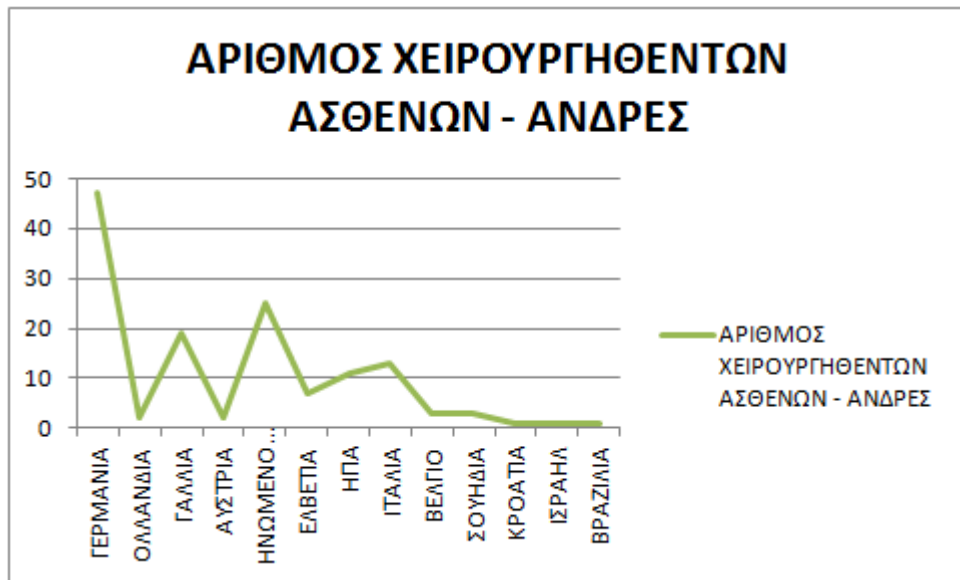
8.2 Νοσηλείες ανά χώρα, φύλο, αριθμό περιστατικών

Στον Πίνακα 8.14 παρουσιάζεται το 34,81% των ανδρών ασθενών χειρουργήθηκε στη Γερμανία, το 18,51% στο Ηνωμένο Βασίλειο και το 14,07% στη Γαλλία.

Πίνακας 8.14

Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	47	34,81%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	2	1,48%
ΓΑΛΛΙΑ	19	14,07%
ΑΥΣΤΡΙΑ	2	1,48%
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	25	18,51%
ΕΛΒΕΤΙΑ	7	5,18%
ΗΠΑ	11	8,14%
ΙΤΑΛΙΑ	13	9,62%
ΒΕΛΓΙΟ	3	2,22%
ΣΟΥΗΔΙΑ	3	2,22%
ΚΡΟΑΤΙΑ	1	0,74%
ΙΣΡΑΗΛ	1	0,74%
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	1	0,74%
ΣΥΝΟΛΟ	135	99,95%



Διάγραμμα 8.20

Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα



Διάγραμμα 8.21

Ποσοστό χειρουργηθέντων ανδρών ανά χώρα

Και στις γυναίκες, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.15 η Γερμανία διατηρεί την πρωτοκαθεδρία με ποσοστό 37,62%. Ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο με 14,85%, οι ΗΠΑ με 12,87% και η Γαλλία με 10,89%.

Πίνακας 8.15

Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤ Α
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	38	37,62%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1	0,99%
ΓΑΛΛΙΑ	11	10,89%
ΑΥΣΤΡΙΑ	5	4,95%
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	15	14,85%
ΕΛΒΕΤΙΑ	8	7,92%
ΗΠΑ	13	12,87%
ΙΤΑΛΙΑ	2	1,98%
ΒΕΛΓΙΟ	3	2,97%
ΣΟΥΗΔΙΑ	4	3,96%
ΚΡΟΑΤΙΑ	1	0,99%
ΙΣΡΑΗΛ	0	0,00%
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	0	0,00%
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>101</i>	<i>99,99%</i>



Διάγραμμα 8.22

Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα



Διάγραμμα 8.23

Ποσοστό χειρουργηθέντων γυναικών ανά χώρα

8.3 Νοσηλείες ανά φύλο και ειδικότητα

Όπως διαπιστώνεται στον παρακάτω πίνακα, η πλειονότητα των ανδρών ασθενών (41,48%) αφορά στην ειδικότητα της γενικής χειρουργικής. Ακολουθεί η χειρουργική παιδών (21,48%) και η νευροχειρουργική (19,25%).

Πίνακας 8.16

Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - <u>ΑΝΔΡΕΣ</u>	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	56	41,48%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	11	8,14%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	29	21,48%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	8	5,92%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	26	19,25%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	5	3,70%
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	135	99,97%



Διάγραμμα 8.24

Αριθμός χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα



Διάγραμμα 8.25

Ποσοστά χειρουργηθέντων ανδρών ανά ειδικότητα

Στον πίνακα που ακολουθεί η γενική χειρουργική είναι πρώτη (35,64%) και στις γυναίκες και ακολούθως η νευροχειρουργική (22,77%) και η μεταμόσχευση (16,83%).

Πίνακας 8.17

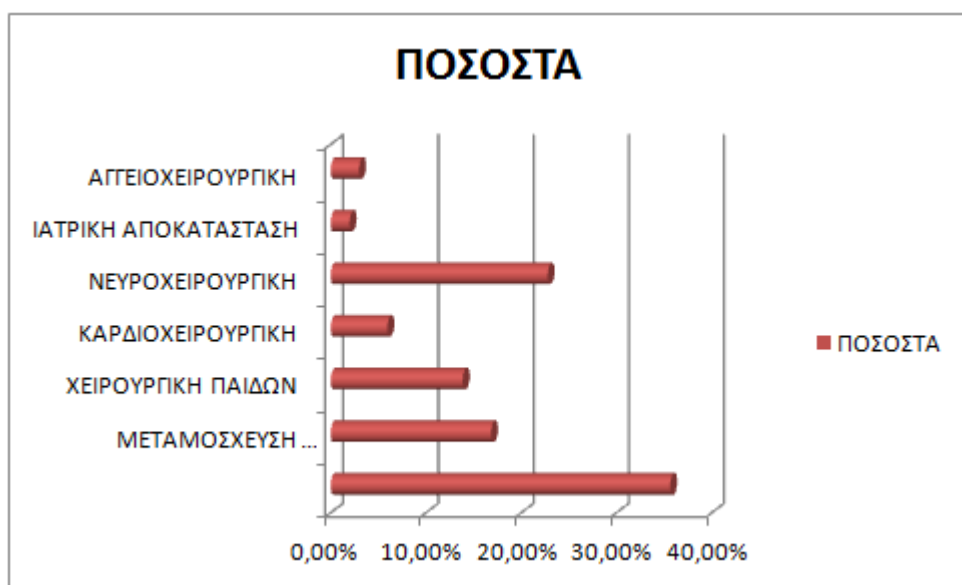
Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	36	35,64%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ- ΠΑΙΔΩΝ)	17	16,83%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	14	13,86%
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	5,94%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	23	22,77%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	2	1,98%
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	2,97%
ΣΥΝΟΛΟ	101	99,99%



Διάγραμμα 8.26

Αριθμός χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα



Διάγραμμα 8.27

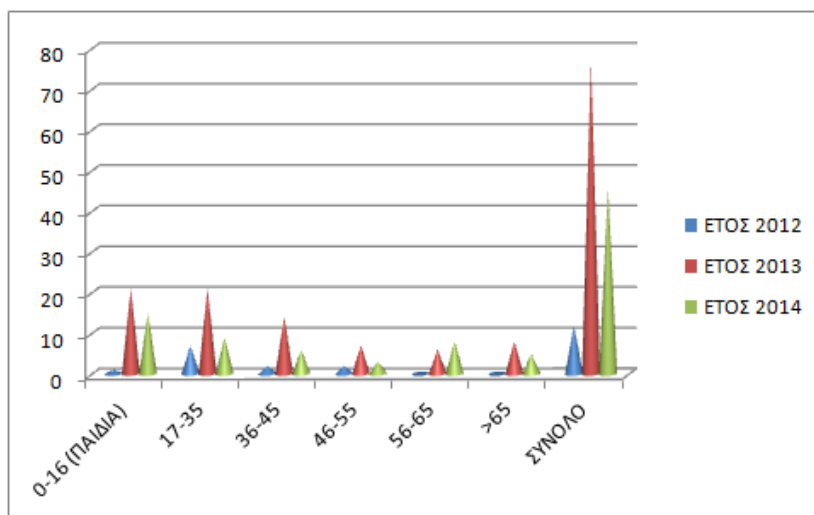
Ποσοστό χειρουργηθέντων γυναικών ανά ειδικότητα

8.4 Νοσηλείες ανά έτος, ηλικιακή ομάδα και φύλο

Πίνακας 8.18

Άνδρες ασθενείς ανά έτος

ΗΛΙΚΙΑ (ΑΝΔΡΕΣ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
0-16 (ΠΑΙΔΙΑ)	1	21	15
17-35	7	21	9
36-45	2	14	6
46-55	2	7	3
56-65	0	6	8
>65	0	8	5
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>12</i>	<i>77</i>	<i>46</i>
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</i>			<i>135</i>



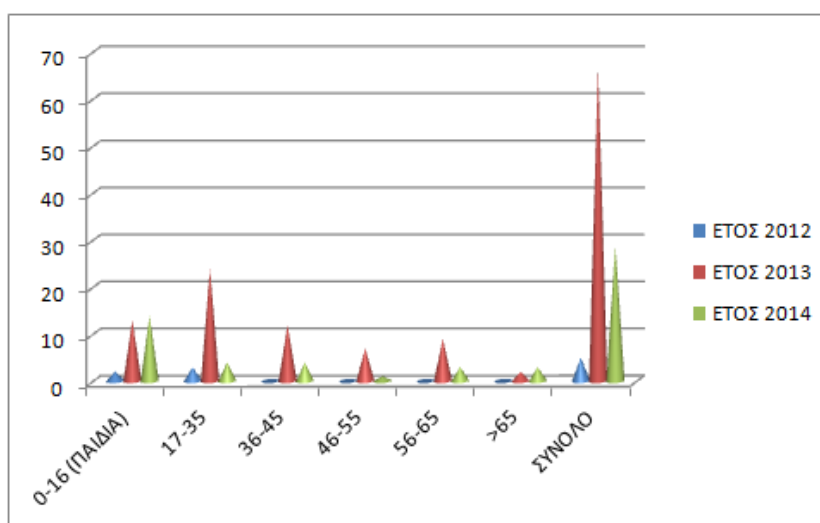
Διάγραμμα 8.28

Άνδρες ασθενείς ανά έτος

Πίνακας 8.19

Γυναίκες ασθενείς ανά έτος

ΗΛΙΚΙΑ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
0-16 (ΠΑΙΔΙΑ)	2	13	14
17-35	3	24	4
36-45	0	12	4
46-55	0	7	1
56-65	0	9	3
>65	0	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	5	67	29
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			101



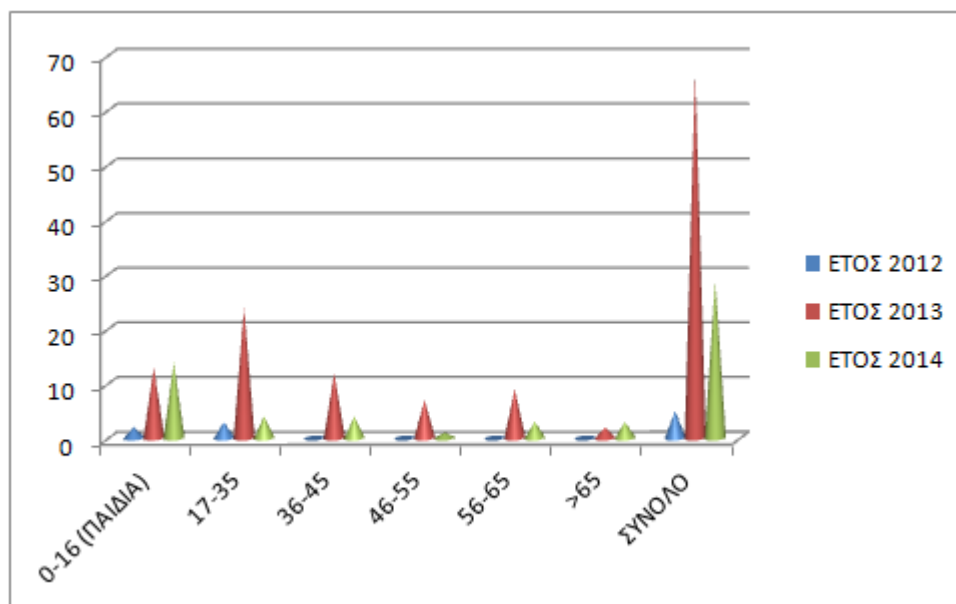
Διάγραμμα 8.29

Γυναίκες ασθενείς ανά έτος

Πίνακας 8.20

Σύνολα ανδρών και γυναικών

ΗΛΙΚΙΑ (ΑΝΔΡΕΣ + ΓΥΝΑΙΚΕΣ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
0-16 (ΠΑΙΔΙΑ)	2	34	29
17-35	10	45	13
36-45	2	26	10
46-55	2	14	5
56-65	0	15	11
>65	0	10	8
ΣΥΝΟΛΟ	16	144	76
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			236



Διάγραμμα 8.30
Σύνολα ανδρών και γυναικών

8.5 Προκαταβολή νοσηλίων

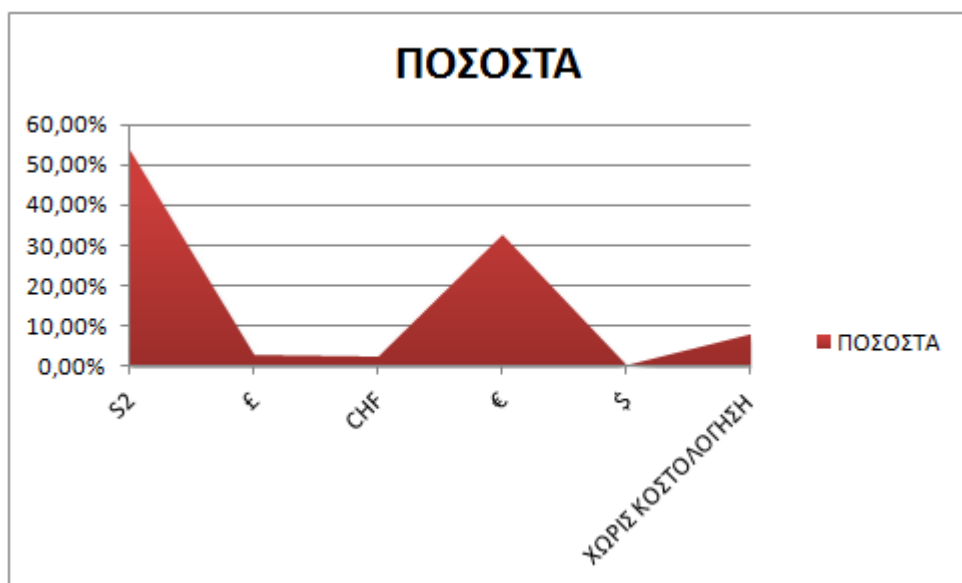
Αν εξαιρεθεί ο υψηλός αριθμός μη εκκαθαρισμένων νοσηλίων (53,38%) με διαφορά πρώτο νόμισμα ως προς τη χρήση του είναι το ευρώ (32,62%), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 8.21
Νόμισμα και αριθμός νοσηλειών

ΝΟΜΙΣΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ
S2	126	53,38%
£	7	2,96%
CHF	6	2,54%
€	77	32,62%
\$	1	0,42%
ΧΩΡΙΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ	19	8,05%
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	236	99,97%



Διάγραμμα 8.31
Νόμισμα και αριθμός νοσηλειών



Διάγραμμα 8.32

Ποσοστά νομίσματος και αριθμού νοσηλειών

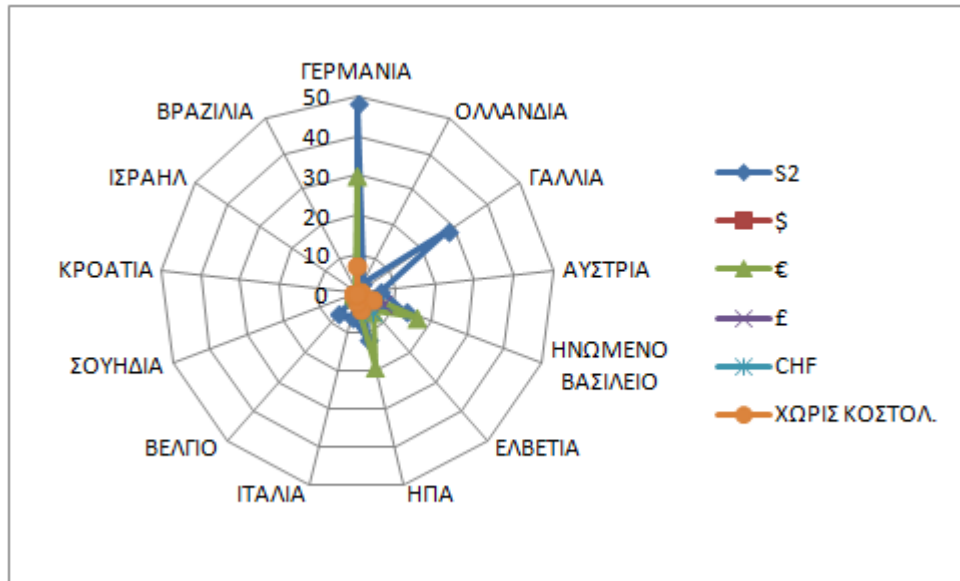
8.6 Κατανομή νοσηλειών ανά χώρα προορισμού και ανά νόμισμα

Και σε αυτόν τον πίνακα φαίνεται η πρωτοκαθεδρία του ευρώ ως νόμισμα εκλογής στις καταβαλλόμενες προκαταβολές (77 νοσηλείες).

Πίνακας 8.22

Αριθμός περιστατικών ανά χώρα και ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ	S2	\$	€	£	CHF	ΧΩΡΙΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	48	0	30	0	0	7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3	0	0	0	0	0
ΓΑΛΛΙΑ	28	0	1	0	0	1
ΑΥΣΤΡΙΑ	6	0	1	0	0	0
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	13	0	16	7	0	4
ΕΛΒΕΤΙΑ	3	0	6	0	6	0
ΗΠΑ	12	1	19	0	0	4
ΙΤΑΛΙΑ	6	0	1	0	0	2
ΒΕΛΓΙΟ	7	0	0	0	0	0
ΣΟΥΗΔΙΑ	0	0	0	0	0	0
ΚΡΟΑΤΙΑ	0	0	1	0	0	1
ΙΣΡΑΗΛ	0	0	1	0	0	0
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	0	0	1	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	126	1	77	7	6	19
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ						236



Διάγραμμα 8.33
Αριθμός περιστατικών ανά χώρα και ανά νόμισμα

8.7 Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά έτος και νόμισμα

Το συνολικό προκαταβληθέν ποσό σε ευρώ για την υπό εξέταση τριετία ισούται με 4.546.938,91.

Πίνακας 8.23

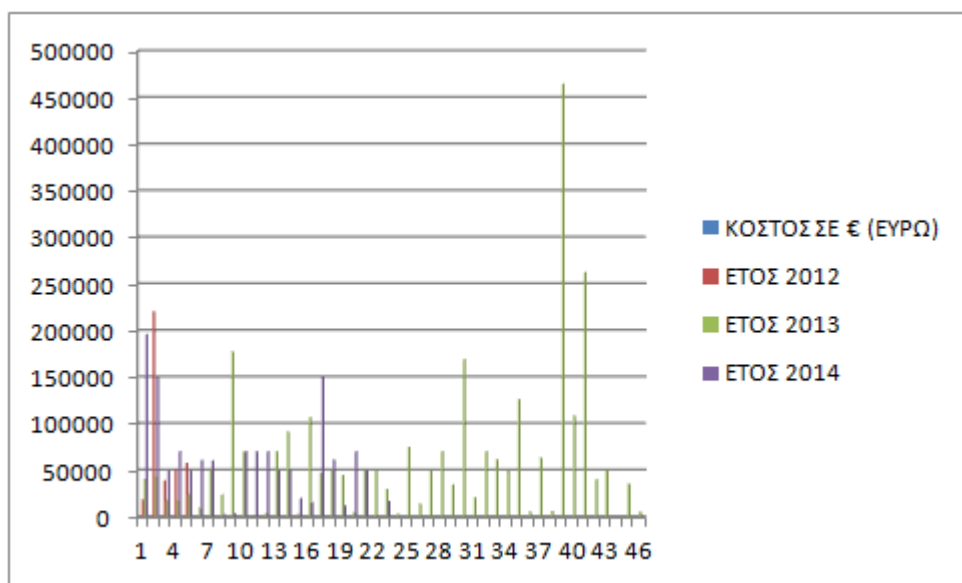
Κόστος σε € ανά έτος

ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ € (ΕΥΡΩ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
	18.740,00	40.528,56	196.034,92
	220.112,19	44.104,12	148.946,39
	39.092,71	17.795,00	50.000,00
	50.541,90	18.081,26	70.000,00
	57.993,46	24.171,21	50.000,00
		9.491,47	60.790,27
		50.325,47	60.716,45
		23.758,18	2.400,00
		177.338,50	3.661,93
		70.000,00	70.000,00
		894,86	70.000,00
		3.720,06	70.000,00
		70.000,00	50.000,00
		90.955,53	50.000,00
		3.263,74	20.075,02
		106.748,09	15.194,80
		47.039,01	150.000,00
		50.000,00	61.085,50
		45.038,18	12.407,76
		4.828,23	70.000,00
		50.000,00	50.000,00
		50.000,00	665,97
		29.680,05	16.796,79
		2.800,00	
		74.915,16	
		13.781,09	

		50.000,00	
		70.000,00	
		35.000,00	
		168.881,15	
		20.660,46	
		70.000,00	
		61.636,00	
		49.390,77	
		125.887,63	
		4.934,15	
		63.171,00	
		6.054,70	
		464.696,49	
		108.420,81	
		262.762,80	
		40.000,00	
		50.000,00	
		539,01	
		35.371,97	
		5.018,14	
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>386.480,26</i>	<i>2.811.682,85</i>	<i>1.348.775,80</i>

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

4.546.938,91



Διάγραμμα 8.34

Κόστος ανά έτος και νόμισμα

Το συνολικό προκαταβληθέν ποσό σε λίρες Αγγλίας για την υπό εξέταση τριετία ισούται με 757.526,83.

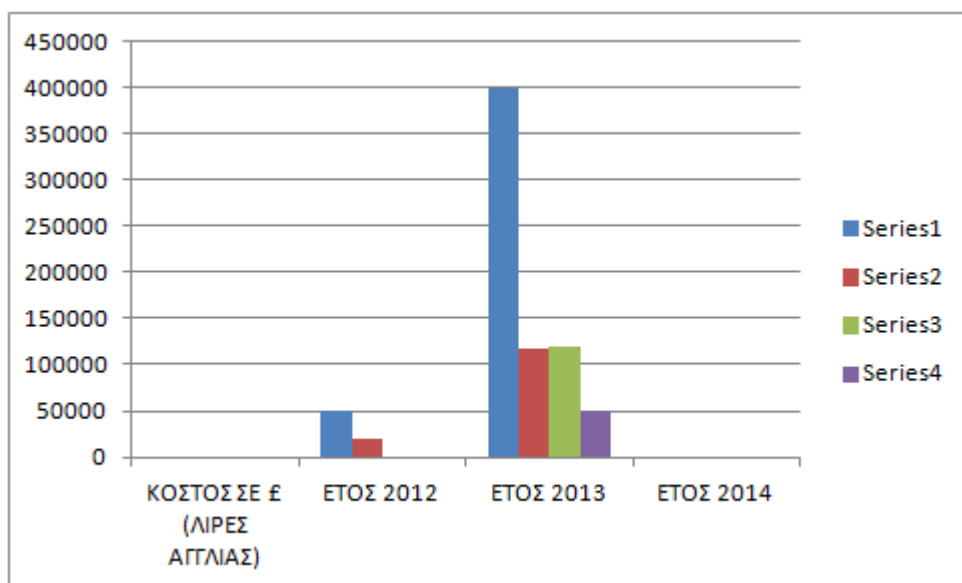
Πίνακας 8.24

Κόστος σε λίρες Αγγλίας ανά έτος

ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ £ (ΛΙΡΕΣ ΑΓΓΛΙΑΣ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
	50.000,00	400.000,00	
	19.198,99	118.327,84	
		120.000,00	
		50.000,00	
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>69.198,99</i>	<i>688.327,84</i>	

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

757.526,83



Διάγραμμα 8.35

Κόστος σε λίρες Αγγλίας ανά έτος

Το συνολικό προκαταβληθέν ποσό σε ελβετικά φράγκα για την υπό εξέταση τριετία ισούται με 317.268,00. Προφανώς αφορά σε περιστατικά που έτυχαν ιατρικής φροντίδας στην Ελβετία.

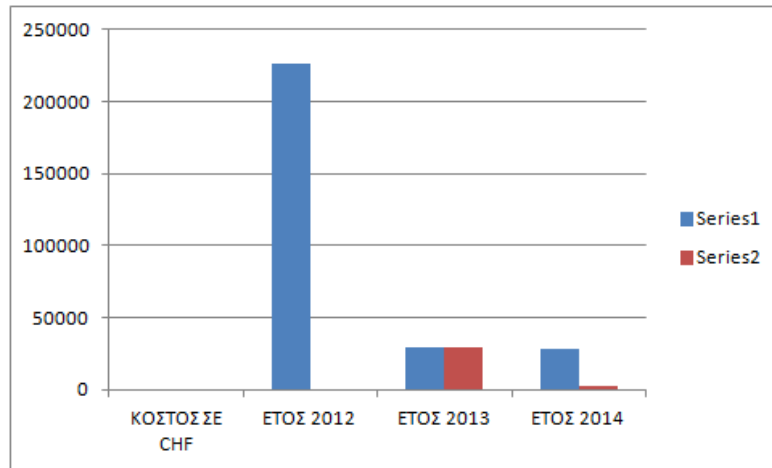
Πίνακας 8.25

Κόστος σε CHF ανά έτος

ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ CHF	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
	226.200,00	30.000,00	28.068,00
		30.000,00	3.000,00
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>226.200,00</i>	<i>60.000,00</i>	<i>31.068,00</i>

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

317.268,00



Διάγραμμα 8.36

Κόστος σε CHF ανά έτος

Το συνολικό προκαταβληθέν ποσό σε δολάρια ΗΠΑ για την υπό εξέταση τριετία ισούται με 273.934,81. Προφανώς αφορά σε περιστατικά που έτυχαν ιατρικής φροντίδας στις ΗΠΑ.

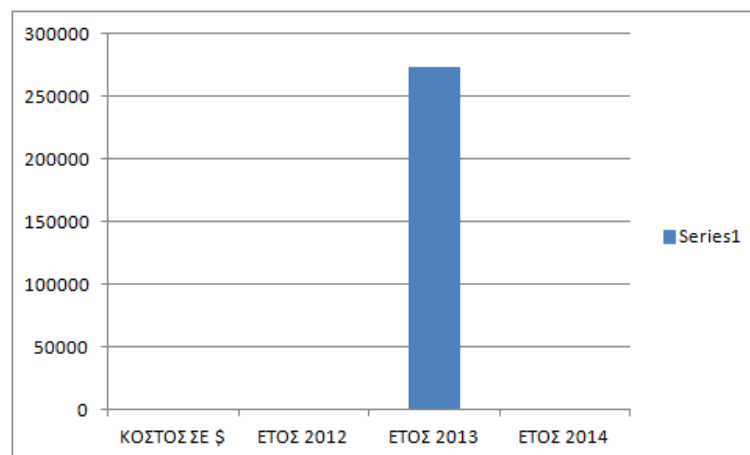
Πίνακας 8.26

Κόστος σε δολάρια ανά έτος

ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ \$ (ΔΟΛΛΑΡΙΑ)	ΕΤΟΣ 2012	ΕΤΟΣ 2013	ΕΤΟΣ 2014
		273.934,81	
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>		273.934,81	

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

273.934,81



Διάγραμμα 8.37

Κόστος σε δολάρια ανά έτος

8.8 Συνολικό κόστος νοσηλείων ανά χώρα και νόμισμα

Πίνακας 8.27

Γερμανία: Συνολικό κόστος νοσηλείων ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		40528,56		
		44104,12		
		18740,00		
		23758,18		
		70000,00		
		894,86		
		70000,00		
		50000,00		
		70000,00		
		50000,00		
		47039,01		
		50000,00		
		50541,90		
		57993,46		
		74915,16		
		50000,00		
		70000,00		
		70000,00		
		35000,00		
		70000,00		
		61636,00		
		125887,63		
		70000,00		
		70000,00		
		50000,00		
		50000,00		
		50000,00		
		35371,97		
		70000,00		
		50000,00		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>1646410,85</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.28

Γαλλία: Συνολικό κόστος νοσηλείων ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΓΑΛΛΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		4828,23		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>4828,23</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.29

Αυστρία: Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΑΥΣΤΡΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		40000,00		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>40000,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.30

Ηνωμένο Βασίλειο : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		220112,19	400000,00	
		24171,21	50000,00	
		9491,47	118327,84	
		177338,50	120000,00	
		3263,74	19198,99	
		60790,27	50000,00	
		60716,45		
		29680,05		
		2400,00		
		4934,15		
		15194,80		
		464696,49		
		539,01		
		5018,14		
		665,97		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>1079012,44</i>	<i>757526,83</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.31

Ελβετία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΕΛΒΕΤΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		17795,00		30000,00
		18081,26		28068,00
		45038,18		226200,00
		49390,77		30000,00
		12407,76		3000,00
		16796,79		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>159509,76</i>	<i>0,00</i>	<i>317268,00</i>

Πίνακας 8.32**Ηνωμένες Πολιτείες : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα**

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΗΠΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
	273934,81	50325,47		
		196034,92		
		148946,39		
		3720,06		
		90955,53		
		106748,09		
		39092,71		
		50000,00		
		50000,00		
		3661,93		
		168881,15		
		20075,02		
		63171,00		
		6054,70		
		108420,81		
		262762,80		
		150000,00		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>273934,81</i>	<i>1518850,58</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.33**Ιταλία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα**

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΙΤΑΛΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		20660,46		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>20660,46</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.34**Κροατία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα**

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΚΡΟΑΤΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		2800,00		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>2800,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.35

Ισραήλ : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΙΣΡΑΗΛ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		13781,09		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>13781,09</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Πίνακας 8.36

Βραζιλία : Συνολικό κόστος νοσηλειών ανά νόμισμα

ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ - ΒΡΑΖΙΛΙΑ	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ \$	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ €	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ £	ΠΛΗΡΩΜ Η ΣΕ CHF
		61085,50		
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>0,00</i>	<i>61085,50</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

8.9 Αριθμός νοσηλειών ανά χώρα και ειδικότητα

Πίνακας 8.37

Συγκεντρωτικός πίνακας περιστατικών ανά χώρα και ειδικότητα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΓΑΛΛΙΑ	ΑΥΣΤΡΙΑ	ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΗΠΑ	ΙΤΑΛΙΑ	ΒΕΛΓΙΟ	ΣΟΥΗΔΙΑ	ΚΡΟΑΤΙΑ	ΙΣΡΑΗΛ	ΒΡΑΖΙΛΙΑ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	30	1	19	1	16	6	11	1	6	1	0	0	0
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	5	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	0	1	0	3	0	3	2	0	0	2	0	0
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ	7	0	6	5	5	0	1	4	0	0	0	0	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	32	1	1	1	1	5	3	0	0	4	0	1	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	6	1	3	0	14	3	5	8	0	2	0	0	1
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>85</i>	<i>3</i>	<i>30</i>	<i>7</i>	<i>40</i>	<i>15</i>	<i>24</i>	<i>15</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</i>													<i>236</i>

8.10 Συνολικό ύψος προκαταβολών ανά νόμισμα

Πίνακας 8.38

Συγκεντρωτικός πίνακας συνολικού κόστους

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

€	\$	£	CHF
18.740,00	273.934,81	50.000,00	226.200,00
220.112,19		19.198,99	30.000,00
39.092,71		400.000,00	30.000,00
50.541,90		118.327,84	28.068,00
57.993,46		120.000,00	3.000,00
40.528,56		50.000,00	
44.104,12			
17.795,00			
18.081,26			
24.171,21			
9.491,47			
50.325,47			
23.758,18			
177.338,50			
70.000,00			
894,86			
3.720,06			
70.000,00			
90.955,53			
3.263,74			
106.748,09			
47.039,01			
50.000,00			
45.038,18			
4.828,23			
50.000,00			
50.000,00			
29.680,05			
2.800,00			
74.915,16			
13.781,09			
50.000,00			
70.000,00			
35.000,00			
168.881,15			
20.660,46			
70.000,00			
61.636,00			
49.390,77			
125.887,63			
4.934,15			
63.171,00			
6.054,70			
464.696,49			
108.420,81			
262.762,80			
40.000,00			
50.000,00			
539,01			
35.371,97			
5.018,14			
196.034,92			
148.946,39			
50.000,00			

70.000,00			
50.000,00			
60.790,27			
60.716,45			
2.400,00			
3.661,93			
70.000,00			
70.000,00			
70.000,00			
50.000,00			
50.000,00			
20.075,02			
15.194,80			
150.000,00			
61.085,50			
12.407,76			
70.000,00			
50.000,00			
665,97			
16.796,79			
4.546.938,91€	273.934,81\$	757.526,83£	317.268,00 CHF

8.11 Συμπεράσματα

Στην τριετία λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ (2012-2014) ο Οργανισμός συνολικά ενέκρινε την πραγματοποίηση 236 νοσηλειών στο εξωτερικό.

Η πλειονότητα τους αφορούσε σε χειρουργικές επεμβάσεις μη πραγματοποιήσιμες στην Ελλάδα ή σε επεμβάσεις των οποίων οι αντίστοιχες λίστες αναμονής στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα μακροσκελείς με άμεση συνέπεια να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ασθενούς.

Οι 236 αυτές περιπτώσεις αφορούν επίσης στις ειδικότητες της αγγειοχειρουργικής, της καρδιοχειρουργικής, της νευροχειρουργικής, της γενικής χειρουργικής ενηλίκων, της χειρουργικής παιδών, των μεταμοσχεύσεων και της ιατρικής αποκατάστασης για τις οποίες και ερωτήθη ο ΕΟΠΥΥ και ευγενικά παραχώρησε τα στοιχεία τα οποία παρατέθηκαν στο 7^ο κεφάλαιο και στον Πίνακα 7.1.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που ακολούθησε στο 7^ο και 8^ο κεφάλαιο δεν επεφύλασσε εκπλήξεις. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων – αθροιστικά για τις τέσσερις χώρες ποσοστό 75,82%- κατευθύνθηκε σε Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία και ΗΠΑ όπως και η διεθνής βιβλιογραφία επιτάσσει.

Είναι οι τέσσερις προορισμοί που με βάση και την διεθνή εμπειρία έλκουν το μεγαλύτερο αριθμό ασθενών από κάθε άλλο σημείο της παγκόσμιας κοινότητας.

Όπως ήδη τονίστηκε, ο οργανισμός δεν κατάφερε να παραχωρήσει και την ακριβή διάγνωση ανά περιστατικό, ενώ όπου αναγράφονται ποσά σε οποιοδήποτε νόμισμα, αφορούν σε αρχικά κόστη προκαταβολών και επ' ουδενί σε τελικό –εκκαθαρισμένο– κόστος αποζημίωσης. Επομένως, η μελέτη μόνο ενδεικτική του κόστους μπορεί να είναι, καθ' όσον επιπλέον υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες απλά έχει συμπληρωθεί το έντυπο S2 ενώ σε κάποιες άλλες δεν έχει καν συζητηθεί το ύψος της αρχικής προκαταβολής. Οι νοσηλείες δηλαδή λαμβάνουν έγκριση, αλλά τα τελικά κόστη θα εκκαθαριστούν μελλοντικά με ορίζοντα τριετίας ή και πενταετίας.

Για τους ανωτέρω λόγους, δεν μπορεί να γίνει αντιστοίχιση με τα ελληνικά ΚΕΝ (για τα οποία γίνεται αναφορά στο 4^ο κεφάλαιο) παρά μόνο μετά το πέρας της τελικής εκκαθάρισης. Οι όποιες δε εναλλακτικές προταθούν, υποχρεωτικά θα στηριχθούν στο ενδεικτικό κόστος των νοσηλείων, αφού τα τελικά κόστη είναι ακόμη άγνωστα.

Οι 236 αυτές νοσηλείες λοιπών κόστισαν συνολικά στον ΕΟΠΥΥ 4.546.938,91€, 273.934,81\$, 757.526,83£ και 317.268,00 CHF, ή με βάση τις συναλλαγματικές ισοτιμίες στις 16-9-2014, συνολικά 5.971.171,08 Ευρώ (στοιχεία Πίνακα 8.38).

Το ποσό αυτό αφορά μόνο σε προκαταβολές, ενώ επιπλέον υπάρχουν 126 περιστατικά στα οποία το μόνο στοιχείο είναι το έντυπο S2 και 19 περιστατικά χωρίς έντυπο S2 αλλά και ούτε προϋπολογισθέν ύψος κάποιου είδους προκαταβολής (Πίνακας 8.22).

Το ερώτημα που τίθεται είναι αν το ποσό της αρχικής προκαταβολής των 5.971.171,08 ευρώ είναι υψηλό ή όχι. Στην εποχή της δημοσιονομικής αυστηρότητας και της προσπάθειας μείωσης των ελλειμμάτων κάθε ποσό ή κόστος που θα μπορούσε να μειωθεί, και αυτό δεν συμβαίνει, μπορεί να θεωρηθεί υψηλό. Η Ελλάδα βιώνει άλλωστε μία περίοδο στην οποία ακόμη και αυτή η καταβολή των συντάξεων κρίνεται επισφαλής (Πίνακας 3.7). Επιπροσθέτως, απλή σύγκριση των ελληνικών ΚΕΝ, με ορισμένες από τις εγκεκριμένες προκαταβολές είναι αποκαλυπτική.

Συγκεκριμένα, και με βάση το επικαιροποιημένο ως προς το ύψος των ΚΕΝ, ΦΕΚ με αρ. Φύλλου 946 της 27^{ης} Μαρτίου του 2012, τα υψηλότερα ΚΕΝ είναι τα ακόλουθα:

Εμφύτευση συσκευών κοιλιακής υποβοήθησης	55.695€
Μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων	50.400€
Μεταμόσχευση καρδιάς	34.000€

Μεταμόσχευση πνευμόνων	30.000€
Μεταμόσχευση ήπατος	28.900€
Τραχειοστομία με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής	20.000€
Αλλογενής μεταμόσχευση μυελού οστών	17.137€
Μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος	15.000€
Μεταμόσχευση νεφρού	9.000€
Επεμβάσεις κρανίου	7.620€
Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης	5.442€
Παθήσεις νευρικού συστήματος με μηχανική με υποστήριξη αναπνοής	5.241€
Παθήσεις νωτιαίου μυελού & χειρουργική επέμβαση	4.509€
Μείζονες επεμβάσεις θώρακος	4.274€
Εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή	12.500€
Επεμβάσεις καρδιακών βαλβίδων με χρήση εξωσωμ. κυκλοφορίας	11.277€
Στεφανιαία παράκαμψη (by-pass)	5.924€
Επανορθωτικές επεμβάσεις αγγείων	7.218€
Συγκλείσεις μεσοκοιλιακού ή μεσοκοιλιακού ελλείματος σε παιδιά	15.000€
Επεμβάσεις γαστρεντερικού σωλήνα για κακοήθεια	6.280€
Βαρείες χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος με επιπλοκές	3.797€
Μείζονες επεμβάσεις ήπατος – χοληφόρων και παγκρέατος	4.646€5.296€
Επεμβάσεις αποκατάστασης στη σπονδυλική στήλη, ασθενείς <16 ετών	15.000€
Επεμβάσεις ουροποιητικού για νεοπλασία	5.000€
Χειρουργ. και καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σε νεογνά	13.801€17.418€
Νεογνά με ΒΣ < 1000gr	23.575€31.460€

Εύκολα διαπιστώνει κανείς, πως ακόμη και τα υψηλότερα των ελληνικών ΚΕΝ υπολείπονται σημαντικά των ποσών που ο ΕΟΠΥΥ έχει απλά προκαταβάλλει (και όχι τελικώς εκκαθαρίσει) για πληθώρα περιστατικών (ποσά των 70.000€, 100.000€, 150.000€ έως και άνω των 200.000€). Το τελικό δηλαδή κόστος για κάποια εξ'αυτών μπορεί να υπερβεί και τις 400.000-500.000€

Τί θα μπορούσε επομένως να προτείνει κάποιος για τη μείωση του κόστους και την εξοικονόμηση πόρων;

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1 Συνολική αποτίμηση των ευρημάτων

Με βάση την διεθνή εμπειρία και την μελέτη επιστημονικών άρθρων, οι συχνότεροι προορισμοί παγκοσμίως για αναζήτηση εξειδικευμένης φροντίδας υγείας είναι οι ΗΠΑ, η Γερμανία, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Τα χειρουργικά περιστατικά που προέρχονται από την Ελλάδα ακολουθούν στατιστικά την ίδια πορεία:

Γερμανία	36,01%
Ηνωμένο Βασίλειο	16,94%
Γαλλία	12,71%
ΗΠΑ	10,16%

Αφορούν τις εξής ειδικότητες κυρίως:

Γενική Χειρουργική Ενηλίκων	38,98%
Νευροχειρουργική	20,76%
Χειρουργική Παιδών	18,22%
Μεταμόσχευση (ενηλίκων-παιδών)	11,86%

9.2 Περιορισμοί της έρευνας

Μετά την παράδοση των στοιχείων εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ, εξητήθη εγγράφως με νέο αίτημα στις 4-7-2014 η παράθεση και της ακριβούς ανά περιστατικό διάγνωσης ώστε να γίνει αντιστοίχιση με το ελληνικό ΚΕΝ.

Ο οργανισμός απάντησε άμεσα στις 11-7-2014 με το υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου 24784 έγγραφο του, πως δύναται να παραχωρήσει και την ακριβή διάγνωση ανά περιστατικό. Τα στελέχη όμως του ΕΟΠΥΥ που μνημονεύονται στις ευχαριστίες της παρούσης εργασίας τόνισαν προς τιμήν τους ότι ενδεχόμενη αναψηλάφηση των φακέλων των ασθενών θα διαρκούσε άνω των τριών μηνών και επομένως η έγκαιρη εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας θα ετίθετο εν αμφιβόλω.

Ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας, λαμβάνοντας υπ' όψιν του πως πέραν της ακριβούς διάγνωσης δεν διαθέτει και το τελικό κόστος (όλα τα περιστατικά σε διαδικασία εκκαθάρισης), κατανοεί πως αντιστοίχιση κόστους με βάση το ελληνικό ΚΕΝ ανά περιστατικό ή με βάση το πραγματικό κόστος που ο ιδιωτικός τομέας υγείας της Ελλάδας θα μπορούσε να προτείνει στα πλαίσια μίας ανάλυσης ελαχιστοποίησης του κόστους καθίσταται προς το παρόν αδύνατη. Η μελέτη επομένως μπορεί να είναι μόνο ενδεικτική του συνολικού κόστους, με προοπτική ολοκλήρωσης της μελλοντικά (ως μελέτη ελαχιστοποίησης της συνολικής δαπάνης) όταν τα τελικά ποσά εκκαθαριστούν, αλλά εξίσου κατατοπιστική και ενδιαφέρουσα.

9.3 Προτάσεις

Τρεις είναι οι κύριες εναλλακτικές που θα μπορούσαν να προταθούν.

α) Ένα σημαντικό μερίδιο του ποσού που δαπανάται να χρησιμοποιηθεί για την εκπαίδευση Ελλήνων ιατρών στο εξωτερικό. Όπως δείχνουν τα στοιχεία, η στατιστική τους ανάλυση και κυρίως ο Πίνακας 8.37 οι ΗΠΑ, η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γαλλία πρέπει να είναι οι χώρες προορισμού των Ελλήνων ιατρών για εξειδίκευση σε επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής, της νευροχειρουργικής και της χειρουργικής παιδών που για διάφορες αιτίες δεν πραγματοποιούνται στη Ελλάδα.

β) Όπως ήδη τονίστηκε, για τον υπολογισμό των Ελληνικών ΚΕΝ έχει μεταξύ άλλων ζητηθεί και η γνώμη-μέσω της υποβολής προτάσεων- των 5 μεγαλύτερων ιδιωτικών νοσοκομείων της Ελλάδας (Ιατρικό – ΥΓΕΙΑ – Ιαώ – Μετροπόλιταν – Euromedica). Πιθανώς, μία νέα συνεργασία επί του θέματος να είναι απαραίτητη. Μία ενδιαφέρουσα πρόταση θα ήταν τα ιδρύματα αυτά να αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των ιατρών στο εξωτερικό και εν συνεχεία να προτείνουν την πραγματοποίηση των χειρουργικών επεμβάσεων από αυτά με νέα συμφωνηθέντα κόστη με τον ΕΟΠΥΥ, επί της βάσης του πραγματικού πλέον κόστους.

γ) Τέλος, η ίδια η Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει προορισμό στα πλαίσια τουλάχιστον του ιατρικού τουρισμού. Το Ελληνικό ΚΕΝ για επεμβάσεις στο ισχίο, στο γόνατο και τις αντίστοιχες αρθρώσεις κυμαίνεται από 6.792€ έως 8.488€ ενώ στο κεφάλαιο 5 γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι μία αρθροπλαστική ισχίου στις ΗΠΑ

κοστίζει συνολικά (χειρουργική ομάδα και νοσηλεία) 78.000 δολλάρια, ενώ στο Βέλγιο 13.660 δολλάρια.

Σε κάθε περίπτωση δηλαδή στην Ελλάδα το κόστος είναι σημαντικά μικρότερο και επομένως θα μπορούσε αυτό να το γνωστοποιήσει στο εξωτερικό, γεγονός που θα της έδινε τη δυνατότητα να μετατραπεί από χώρα προέλευσης σε χώρα προορισμού ασθενών. Τα έσοδα σε αυτήν την περίπτωση θα ήταν σημαντικά για το ελληνικό δημόσιο ή και τις ιδιωτικές κλινικές.

Λύσεις και εναλλακτικές προτάσεις επομένως υπάρχουν.

Απλώς, πρέπει να αναζητηθούν και οι εμπλεκόμενοι φορείς να εργαστούν για την υλοποίηση τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΝΟΜΟΙ

1. Ν.1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α/18.3.1988) «Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις».
2. Ν.2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α'/1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
3. Ν.2768/1999 (ΦΕΚ 273/Α/8.12.1999) «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)», σύσταση ανώνυμης εταιρίας με την επωνυμία «Ανώνυμη Εταιρία Διαχείρισης Ειδικού Κεφαλαίου Τ.Α.Π.-Ο.Τ.Ε.(ΕΔΕΚΤ-Ο.Τ.Ε. Α.Ε.)» και άλλες διατάξεις».
4. Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ Α 26/9.02.2007), άρθρ.36, άρθρ. 47 παρ. 3 και άρθρ. 59 παρ. 2. & 3. «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.».
5. Ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58/Α/3.4.2008) «Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις».
6. Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115/Α/15.7.2010) «Νέο ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις».
7. Ν. 3867/2010 (ΦΕΚ 128/Α/3.8.2010) «Εποπτεία ιδιωτικής ασφάλισης, σύσταση εγγυητικού κεφαλαίου ιδιωτικής ασφάλισης ζωής, οργανισμοί αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας και άλλες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Οικονομικών».
8. Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2.3.2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».
9. Ν.4057/2012 (ΦΕΚ Α' 54 14.3.2012) "Πειθαρχικό Δίκαιο Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου".
10. Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 262/Α/16.12.2011) «Κατεπείγοντα μέτρα εφαρμογής του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015 και του Κρατικού Προϋπολογισμού έτους 2011».

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

11. Π.Δ. 52/01 (ΦΕΚ 41/Α/8.3.2001) «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ)».

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

12. Υ. Α. Υ8/5924/10-7-1995 (ΦΕΚ 700/Β'/1995) «Νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του δημοσίου».

13. Κ.Υ.Α. οικ.2/7029/0094/2005 (ΦΕΚ 213/Β/ 17.2.2005) «Νέος Κανονισμός παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου»

14. Κ.Υ.Α. Υ9/137380/2011 (ΦΕΚ 146/Β/10.2.2011) «Τροποποίηση και συμπλήρωση του Κανονισμού Παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ)».

15. Κ.Υ.Α. Φ.90380/25916/3294 (ΦΕΚ 2456/Β/3.11.2011) «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)».

16. Κ.Υ.Α. Φ.80000/οικ.32115/2009 (ΦΕΚ 3010/Β/29.12.2011) «Ένταξη από 1/1/2012 των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας των Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Γ.Α. και Ο.Π.Α.Δ. στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.».

17. Κ.Υ.Α. Φ.90380/5383/738 (ΦΕΚ 1233/Β/11.4.2012) «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3.11.2011 (Β'2456) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)».

18. Κ.Υ.Α. ΕΜΠ5 (ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012) «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.90380/25916/3294 (ΦΕΚ 2456/Β/3.11.2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. Φ.90380/5383/738 (ΦΕΚ 1233/Β/11.4.2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει».

ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ-ΕΓΓΡΑΦΑ

19. Η υπ' αριθμ. Δ1α/οικ.8100/3.3.2011 εγκύκλιος του Προέδρου του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ.

20. Το υπ' αριθμ. Α.Π. ΟΙΚ. 24105/22.9.2011 έγγραφο της Διεύθυνσης

Υγειονομικής Περίθαλψης του Ο.Π.Α.Δ. προς όλες τις Υ.Π.Α.Δ. «Κοστολόγηση ορθοπεδικών ειδών».

21. Το υπ' αριθμ. Πρωτ. 3112/21.1.2013 γενικό έγγραφο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με θέμα «Κοινοποίηση πίνακα των χορηγουμένων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ορθοπεδικών ειδών, ειδικών μηχανημάτων αποκατάστασης, τεχνητών μελών, θεραπευτικών υποδημάτων διαβήτη και λοιπών ειδών πρόσθετης περίθαλψης και παροχή σχετικών οδηγιών για τη χορήγησή τους».

22. Η υπ' αριθμ. Φ.41000/1321/55/23.1.2013 απόφαση της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Εργασίας, Κοιν. Ασφάλισης και Πρόνοιας με θέμα: «Ορισμός μελών και γραμματέων των Ειδικών Υγειονομικών Επιτροπών για την έγκριση νοσηλείας στο εξωτερικό ασφαλισμένων Ε.Ο.Π.Υ.Υ.».

23. Το υπ' αριθμ. Δ25γ/οικ. 5589/5.2.2013 έγγραφο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με θέμα «Νοσηλεία στο εξωτερικό-Προϋποθέσεις-Διαδικασία».

24. Εγκύκλιος Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπ' αριθμ. Δ25γ/οικ15340/26-4-2013 και με θέμα την «διαδικασία μετάβασης για νοσηλεία στο εξωτερικό ασφαλισμένων του πρώην Ο.Π.Α.Δ.»

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

-Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ, 2002, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

-Βοζίκης Αθ. Οκτώβριος 2013, Οικονομία της Υγείας: Economics is easy, Σύνολο διαλέξεων στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιά

-Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης, Ιούλιος 2013, Ελληνική Δημοκρατία, Έκθεση ελέγχου στον ΕΟΠΥΥ για τα νοσήλια εξωτερικού των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ, Αθήνα

-Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, ICD-10, Έκδοση 2008, Δέκατη Αναθεώρηση, Τόμος 1 και 2, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, (Εκδόθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 2009 με τον τίτλο: ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related, Health Problems, © World Health Organization 2009, © Για την Ελληνική Έκδοση: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2010)

-Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου , 31 Μαρτίου 2014, Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012, (Προσωρινές εκτιμήσεις), Πειραιάς

-Εφημερίς της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ με αρ. Φύλλου 946 της 27^{ης} Μαρτίου 2012

-Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π, 1999, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιωτικές και προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

- Καλογεροπούλου Μ, Μουρδουκούτας Π, 2007, Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- Κοντιάδης Ι. Ξ., 2004, Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- Κοντιάδης Ι. Ξ., 2008, Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ, 1994, Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Γείτονα Μ., 1999 Τα οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω. Εξάντας, Πολιτικές Υγείας
- Κυριόπουλος Γ, 2000, Ο Cochrane, η εποχή του και εμείς: Μία απόπειρα προσέγγισης της μεθοδολογίας στην πολιτική υγείας στο: Cochrane AL (Συντ.). Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Πολύζος Ν, Σίσσουρας Α, (Επιστημονική επιμέλεια), 2004, Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα
- Λιαρόπουλος Λ. Λ, 2007, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Λιαρόπουλος Λ, 2007, Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας Αθήνα: Βήτα
- Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ, Πολύζος Ν, 1995, Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας

Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,
Αθήνα

-Μωραΐτης Ε., 2004, “Ιστορική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας”, Σημειώσεις για τους
σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» ΤΕΙ
Πειραιά – Πανεπιστήμιο Πειραιά

-Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., 2007, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (Archives of
Hellenic Medicine): Efficiency evaluation in health care

-Οικονόμου Χαράλαμπος, 2011, Η Πολιτική Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνιολογίας

-Ομάδα Εργασίας, 1976, Υγεία, Πρόγραμμα Ανάπτυξης 1976-1980, ΚΕΠΕ,
Αθήνα

-Πεντόγαλος Γ, 1983, Εισαγωγή στην ιστορία της Ιατρικής. Παρατηρητής,
Θεσσαλονίκη

-Πολύζος Ν., Νοέμβριος 2007, Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας,
Εκδόσεις Διόνικος

-Τούντας Ι, 1995 «Νόσος – αρρώστια – ασθένεια» Νέα Υγεία, τεύχος 9

-Τούντας Γ, 1999, Υπηρεσίες Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Αθήνα

-Τούντας Γ., 2000, Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας, Νέα Υγεία, Αθήνα

-Τούντας Γ., 2003, Η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Παγκόσμια
Οργάνωση Υγείας, Αθήνα

-Τούντας Ι., Ν. Α. Οικονόμου., 2007, Κέντρο μελετών Υπηρεσιών Υγείας,
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών,

Αθήνα, (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (1): 7-21: Health Services and Health Systems Evaluation)

-Τούντας Γ, 2008, Υπηρεσίες υγείας, Αθήνα

-Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας , 1983, «Αιτιολογική έκθεση του νομοσχεδίου «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΥΥΠ, Αθήνα

-Χλέτσος Μ, Κύκλος Διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία»: Τι είναι Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας

Ξενόγλωσση

-Anthony Rn, Young Dw, 1984, Management control in non-profit organizations, Richard D Irwin Inc, Homewood

-Barr N, 1987, Economics of welfare state, Open University Press, Oxford

-Canales M, Kasiske B, Rosenberg M., 2006, Transplant tourism: outcomes of United States residents who undergo kidney transplantation overseas
Transplantation

-Carrera Percivil, 2010, Review: Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad, Neil Lunt

-Cochrane Al., 1972, Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London

-Crooks et al. BMC Health Services Research 2010, 10:266

-Crooks A Valorie, Kingsbury Paul, Snyder Jeremy, Johnston Rory, 2010, What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review ,
Crooks et al BMC Health Services Research

-Day Christopher, 1985, from figures to facts, NHS Health Services Information Steering Group

-Donabedian A., 1980, The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, Ann Arbor

-Donaldson C., 1990, The state of the art of costing health care for economic evaluation, Community Health Stud

-Drummond Mf., 1987, Methods for the economic evaluation of health care programs.
Oxford University Press, Oxford

-Economou Charalambos, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies: Greece: Health system review from Health Systems in transition vol. 12, No 7, OECD, (date and time of visit 23-05-2014, 10.00 a.m.)

-Geraedts Max, Schwartz David and Molzahn Tanja, 2007, Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators, at BMC Health Services Research by BioMed Central

-Guire A, Henderson J, Mooney G., 1992, The economics of health care, Routledge, London

-Henefeld Johanna, 2013, Medical tourism: A cost or benefit to the NHS?, Daniel Horsfall, Neil Lunt, Richard Smith

-Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP, 2003
Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: A European overview
Social science and Medicine, 57(5): 861-8

-Kyriopoulos J, Gregory S, Economou Ch 2003, Health and health services in Greece, Papazisis Publishers, Athens

- Mackenbach J, Bakker M 2003, Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences, Lancet, 362: 1409-1414

- Parsons T, 1979 “Definition of health and illness in the light of the American value and structure” in Jaco E.G. and Gartley E (eds), Patients, physicians and illness, Free Press, New York

- Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases, 1984, 10th Revision: First Meeting Geneva, World Health Organization

- Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases, 1987, 10th Revision: Second Meeting Geneva, World Health Organization

- Robinson R., 1993, Economic analysis and health care. What does it mean? Br Med J

- Robinson R., 1993, Costs and cost – minimization analysis. Br Med J

- Robinson R., 1993, Cost – effectiveness analysis. Br Med J

- Robinson R., 1993, Cost – utility analysis. Br Med J

- Robinson R., 1993, Cost – benefit analysis. Br Med J

- Roemer M. 1972, Evaluation of community health centres. Public Health Papers, 48, WHO, Geneva

- Scott I, Campbell U, 2002, Health services research: what is it and what does it offer? Intern Med J, 32: 91-99

- Stournaras Yannis, March 19th 2012, The Greek Economy under Reform: Turning a problem into an opportunity, General Director IOBE

- WHO| International Classification of Diseases (ICD)

-WHO, Regional office for Europe (visit 23-05-2014, 10.00 a.m.)
United Nations (visit 23-05-2014, 12.00 p.m.)
National statistical service of Greece (visit 23-05-2014, 12.00 p.m.)
Eurostat (visit 23-05-2014, 12.00 p.m.)

-Williams A, 1997, Beyond effectiveness and efficiency [...] lies equality! In:
Mayard A, Chalmers I, (eds) Non-random reflexions on health services research.
BMJ Publ. Group Co. London

-World Health Organization, 1993, Continuous quality development: A proposal
national policy, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Ξενογλωσσα άρθρα

-Arabs turning to Asia and away from US for medical care. Assoc. Press 2006

-Badam RT, 2005, Americans, Europeans head to India for cheap, high-quality
medical care. Guardian, B7

-Balfour F, Kripalani M, Capell K, Cohn L, 2004, Sand, sun and surgery. Bus
week, 3870: 48-49

-Bertinato L, Busse R, Fahy N, Legido- Quigley H, Mc Kee M, Palm W, Passarini
I, Ronfini F, 2005, Policy Brief Cross – Border Health Care in Europe, European
Observatory on Health Systems and Policies: World Health Organization

-Bertinato L, Busse R, Fahy N, 2005, et al. Cross-border health care in Europe.
Denmark: Policy Brief, WHO on behalf of the European Observatory on Health
Systems and Policies

-Blesch G, 2007, Rising in the Persian Gulf. Dubai and other United Arab Emirates
states are using US know-how to build a cutting-edge healthcare
infrastructure. Mod healthc, 37: 26-28

- Brouwer W, Van Excel J, Hermans J, Stoop A, 2003, Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Pol*, 63: 289-298
- Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C, Grant J., 2004, Do patients always prefer quicker treatment? A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London patient choice project. *Appl Health Econ Health Policy*, 3: 183-94
- Burkett, 2007, Medical tourism: concerns, benefits and the American legal perspective *S.C. Med*, 28: 223-245
- Canada AM, 2007, More Canadians travelling abroad for medical care. CTV television Inc
- Canada AM, 2007, Medical tourism: Reaction from health care establishment. CTV Television Inc
- Carabello J, 2008, A medical tourism primer for US physicians *J Med Pract Mgmt*, 23: 291-291
- Carrera P, Bridges JFP, 2006, Globalization and health care: understanding health and medical tourism. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 6(4): 447-454
- Cheung IA, Wilson A, 2007, Arthroplasty tourism, *Med J*, 187: 666-667
- Choat I, 2003, Surgically enhance your wage. *Travel weekly*, 1688: 38-39
- Colias M., 2004, Circling the globe. *Hosp Health Networks*, 78: 14-14
- Connell J, 2005, Medical tourism: sea, sun,sand and...surgery. *Tourism Mgmt*, 27: 1093-1100
- Cortez NG, 2008, Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Indiana LJ*, 83: 71-132
- Crone RK, 2008, Flat medicine? Exploring trends in the globalization of health care, *Acad Med* 2008, 83: 117-117
- Eggerston L, 2006, Wait-list weary Canadians seek treatment abroad, *CMAJ*, 174: 1247-1247

- Forgione DA, Smith PC, 2007, Medical tourism and its impact on the US health care system, *J Health Care Fin*, 34: 27-35
- Garcia – Altes A, 2005, The Development of health tourism services. *Ann Tourism Res*, 32: 262-266
- Garud A, 2005, Medical tourism and its impact on our healthcare, *Natl Med J, India*, 18: 318-319
- Glinos IA, Baeten R, Boffin N., 2006, Cross-border contracted care in Belgium hospitals. In: Rossenmoller M, McKee M, Baeten R, editors. *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, p. 97-118
- Global Benefit Options, medical consultants, web page, copyright c 2012, visited 22-07-2014
- Goodrich J, 1993, Socialist Cuba: a study of health tourism. *J Travel Res*, 32: 36-41
- Gray HH, Poland SC: Medical tourism: crossing borders to access health care. *Kennedy Inst Ethics J*, 18: 193-201
- Hanefeld J, Smith DR, Lunt N, Horsfall D, King H, 2012, (under submission) What do we know about medical tourism - a review of the literature. *Health policy*
- Herrick D, 2007, Medical tourism: global competition in health care. *Natl Cnt Pol Analysis*, 1-40, NCPA No. 304
- Horowitz MD, Rosenweig JA, 2007, Medical tourism: health care in the global economy *Phys Exec*, 33: 24-30
- Horowitz MD, Rosensweig SA, Jones CA, 2007, Medical tourism: globalization of the health care market. *Med Gen Med*, 9: 33-33
- Howze KS, 2007, Medical tourism: symptom or cure? *Georgia L*, 41: 1013-1052

- Hume L, Di Micco FJ, 2007, Bringing hotels to healthcare: a RX for success J Quality Assurance Hospitality Tourism, 8: 75-84
- Johnson Tj, Garman AN, 2010, Impact of medical travel on imports and exports of medical services. Health policy 98: 171-177
- Johnson R, Crooks VA, Snyder J, Kingsbury P, 2010, What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review International Journal for Equity in Health 9
- Kangas B, 2007, Hope from abroad in the international medical travel of Yememi patients, Anthro Med, 14: 293-305
- Katz SJ, 2002, Cardiff K, Pascali M, Barer ML, Evans RG. Phantoms in the snow: Canadians' use of health care services in the United States Health Aff (Millwood), 21: 19-31
- Lautier M, 2008, Export of health services from developing countries. The case of Tunisia, Soc Sci Med, 67: 101-110
- Law J:, 2008, Sun, sand and stitches, Profit, 27: 69-70
- Leahy AL, 2008, Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for health care, Surgeon, 6(5), 260-261
- Lee C, 2007, Just what the doctor ordered: medical tourism, Monash Bus, 3: 10-12
- Leng CH, 2007, Medical tourism in Malaysia: International movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare, Asia Res Inst, 1-32, ART WP No. 83
- Lindsay G, 2008, Medical leave, Fast Comp, 125: 108-119
- Lowson K. West P, Chaplin S, O'Reilly J., 2002, Evaluation of patients travelling overseas: final report. York: YHEC

- Marlowe S, Sullivan P, 2007, Medical tourism: The Ultimate Outsourcing. Human Resources Planning, 30 (2): 8-10
- McQueen MP, 2008, Paying workers to go abroad for health care. WSJ, 252: B9
- Medical tourism, 2004, need surgery, will travel. CBC News Online
- Medical tourism on the rise. Advert Age 2005, 76: 14-14
- Medical tourism for insured patients at a glance, Assoc, Press 2009, 312
- Milstein A, Smith M, 2006, America's new refugees-seeking affordable surgery offshore. N Engl J Med, 355: 1637-1640
- Moore A: Health tourism, 2009, don't forget your toothbrush...Health Jerr J, 119: 18-20
- Mudur G, 2004, Hospitals in India try and woo patients. BMU, 328: 1338-1338
- Neelakantan S, 2003, India's global ambitions. Far East Eco
- Olian C, 2006, 60 minutes: Medical tourism. CBS Television
- Operating profit, Globalization and health care, Economist 2008, 388
- Perotin MM, 2004, Sun, sea and surgery. Natl Past, PT3
- Pract Nurs, 2007, MT: Traveller's dream or healthcare nightmare?, 38: 4-4
- Prasad GV, Shukla A, Huang M, DA Honey RJ, Zaltzman JS, 2006, Outcomes of commercial renal transplantation: a Canadian experience. Transplantation, 82: 1130-5
- Ramirez de Arellano A, 2007, Patients without borders: the emergence of medical tourism, Int J Health Serv, 37: 193-198
- Reed CM, 2008, Medical tourism. Med Clin N Am, 92: 1433-1446
- Reese S, 2007, Care beyond borders. Managed Healthc Ex, 17: 33-36

- Rhea S, 2007, They're coming to America...Mod Healthc, 37: 20-20

- Richards T, 2008, Border crossing. The medical traveller's tale: so far health tourism is a small market, but it is set to stimulate welcome competition BMJ, 337: 1324-1324

- Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, 2006, editors. Patient mobility in the European Union: learning from experience. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies

- Roth M., 2006 Sept 10, Surgery abroad an option for those with minimal health coverage. Pittsburgh Post-Gazette

- Saniotis A, 2007, Changing ethics in medical practice: a Thai perspective Ind J Med Ethics, 4: 24-25

- Sen Gupta A., 2004, Medical tourism and public health. People's Dem, 28

- Sen Gupta A, 2008, Medical tourism in India: winners and losers. Ind J Med Ethics, 5: 4-5

- Smith PC, Forgione DA, 2008, Global outsourcing of health care: a medical tourism decision model. JITCAR, 9: 19-30

- The New York Times, August 3-2013, Article: In Need of a new hip but priced out outside the United States, accessed 11-07-2014

- Turner L, 2007, Medical tourism: family medicine and international health-related travel. Can Fam Phys, 53: 1639-1641

- Turner L, 2008, Cross border dental care: "dental tourism" and patient mobility Br Dent J, 204: 553-554

- Vastig B, 2008, Unproven treatments. US News World Reports, 144: 50-50

-Whitaker A, 2008, Pleasure and pain: medical travel in Asia. Global Pub Health, 3: 271-290

-Wolf J, 2007, Passport to CHEAPER HEALTH CARE? Good Housekeeping 1, 245: 190-190

-Yi D., July 30 2006, Overseas surgery a clamp on costs. Los Angeles Times, Sect. A:1

Διαδικτυακές πηγές

<http://www.biomedcentral.com>

<http://www.cbc.ca>

<http://www.elsevier.com/locate>

<http://www.newyorktimes.com>

<http://www.post-gazette.com>