

ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (Κ.Ε.Ν.) ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. ΣΤΗ ΣΦΑΙΡΑ ΤΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ Η΄ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΟΓΟΥ;

*Ανδρέας Ν. Φωτόπουλος
Υποψήφιος Διδάκτωρ DBA,
MA in Health Management & Leadership,
Διοικητικός Διευθυντής – Αντιπρόεδρος ΔΣ “Κλινική Λυράκου ΑΕ”*

Η πρωτόγνωρη οικονομική ύφεση, που βιώνει η Ελλάδα τα τελευταία 5 χρόνια και η πίεση για ριζικές αλλαγές του συστήματος υγείας, οδήγησε τα αρμόδια Υπουργεία στην εφαρμογή νέας μεθόδου τιμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας. Έως και σήμερα η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας της Ελλάδος (Δημοσίου & Ιδιωτικού τομέα) στηριζόταν στη μέθοδο βάσης κόστους, σύμφωνα με την οποία υπολογίζονται τα κόστη ανά ημέρα νοσηλείας, όπως στέγασης, προσωπικού, διοίκησης, σίτισης, φαρμάκων, εξετάσεων, χειρουργείων κλπ και αποδιδόταν το αντίστοιχο ημερήσιο νοσήλιο. Σε μία προσπάθεια ελέγχου του πληθωρισμού, ανακοπής του κύματος αύξησης του ιδιωτικού τομέα και ανακούφισης των ασφαλιστικών οργανισμών, αποτέλεσε πάγια τακτική του Υπουργείου Υγείας κατά την τελευταία εικοσαετία η υποκοστολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών (Siskou et al). Συνέπεια αυτής της ακολουθούμενης πολιτικής υποχρηματοδότησης, ήταν τα δημόσια νοσοκομεία να παρουσιάζουν υψηλά ελλείμματα, τα οποία εκαλύπτοντο από την φορολογία, τα δε ιδιωτικά να χρεώνουν υψηλές συμμετοχές στον νοσηλευόμενο και να διενεργούν πλειάδα εξετάσεων, οι οποίες πολλές φορές δεν ήταν και απαραίτητες. Τελικά τα συνολικά έξοδα (δημόσια και ιδιωτικά) αντί να περιοριστούν αυξήθηκαν από το 7,4% του ΑΕΠ το 1990 σε 10% το 2004 και από 2,9 δις € το 1990 σε 16,8 δις € το 2004 (Σίσκου κ.α., 2008).

Σε μια προσπάθεια εξορθολογισμού του τρόπου λειτουργίας και επίτευξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και μείωσης του κόστους, η σημερινή ηγεσία του Υπουργείου Υγείας αποφάσισε την καθιέρωση του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου. Τα ΚΕΝ είναι βασισμένα στα DRGs, σύμφωνα με τα οποία κατηγοριοποιούνται τα κλινικά περιστατικά ανάλογα με τη διάγνωση, την ηλικία, το φύλλο, την παρουσία συνοσηρότητας (Wikipedia, 2012) κλπ. Ανά κατηγορία-διάγνωση ορίζεται μέση διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς στην κλινική. Η χρηματοδότηση πλέον γίνεται ανά κατηγορία, είναι πάγια και περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές πράξεις, εξετάσεις, φάρμακα κλπ., που έχουν γίνει καθ'όλη τη μέση διάρκεια παραμονής του ασθενούς, ασχέτως αν θα εξαντληθεί το χρονικό περιθώριο νοσηλείας του ή όχι.

Στα πλαίσια αυτά θεσπίστηκαν ανάλογα ΚΕΝ για τη νοσηλεία και των ψυχικά πασχόντων (ΦΕΚ Β1702/2011). Αναφέρονται ενδεικτικά η σχιζοφρένεια με χρηματοδότηση 3.066 € και μέση διάρκεια νοσηλείας οι 21 ημέρες, οι σοβαρές

συναισθηματικές διαταραχές με χρηματοδότηση 2.568 € και μέση διάρκεια νοσηλείας οι 14 ημέρες και οι διαταραχές σίτισης με τιμολόγηση 4.171 € και μέση διάρκεια νοσηλείας οι 20 ημέρες.

Στη μελέτη αυτή διερευνάται η στάση των ειδικών ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφορικά με τους προβλεπόμενες μέσες διάρκειες νοσηλείας των αντιστοιχών Κ.Ε.Ν., για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης των ψυχιατρικών παθήσεων. Η μεθοδολογία, που ακολουθήθηκε ήταν αυτή του συνδυασμού της ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης. Διανεμήθηκαν 25 ερωτηματολόγια σε ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές και νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες: Η 1^η περιελάμβανε το νοσηλευτικό προσωπικό η δε 2^η το λοιπό επιστημονικό προσωπικό, ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ. Εν συνεχεία πάρθηκαν 4 συνεντεύξεις από 2 ψυχιάτρους, 1 ψυχολόγο και τη διευθύνουσα της κλινικής.

Στην ποσοτική ανάλυση, τα αποτελέσματα αποτύπωσαν μεγάλη απόκλιση μεταξύ του προβλεπόμενου μέσης διάρκειας νοσηλείας των ΚΕΝ και των εκτιμήσεων των ειδικών, καθώς οι εργαζόμενοι εκτίμησαν, ότι απαιτείται σημαντικά μεγαλύτερος χρόνος νοσηλείας για να επιτευχθεί μείωση των οξέων συμπτωμάτων και σταθεροποίηση του ασθενούς. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για να αντιμετωπιστεί επαρκώς ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο και οι 2 ομάδες εκτίμησαν ότι χρειάζονται 1 έως 3 μήνες. Για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής η εκτίμηση της 1^{ης} ομάδας ήταν 3 έως 6 μήνες ενώ της 2^{ης} 1 έως 3 μήνες. Τέλος όσον αφορά στις διαταραχές σίτισης και κυρίως στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας και οι 2 ομάδες εκτίμησαν ότι απαιτείται χρονικό διάστημα 3ων έως 6 μηνών. Εν αντιθέσει με τα ΚΕΝ όπου η αντίστοιχοι μέσοι χρόνοι νοσηλείας είναι 21, 14 και 20 ημέρες.

Στην ποιοτική ανάλυση οι συνεντευξιαζόμενοι υπέδειξαν ως καταλληλότερο μέσο χρόνο νοσηλείας για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης των διαφόρων διαταραχών το χρονικό διάστημα του 1^{ου} έως 3^{ων} μηνών. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας διαφοροποιήτο ανάλογα με τη διαταραχή. Αναφέρεται ενδεικτικά ότι για την αποτοξίνωση από τα ναρκωτικά και την κινητοποίηση του ασθενούς αναφέρθηκε ως μέσος χρόνος παραμονής το διάστημα του 1^{ου} μηνός με την προϋπόθεση της συνέχισης της θεραπείας σε κάποια άλλη κλειστή ή ανοικτή δομή. Για την σχιζοφρένεια ο ενάμισης μήνας με δύο κρίθηκε επαρκής.

Τα κυριότερα θέματα, που εγέρθηκαν κατά τις συνεντεύξεις ήταν η πολυπλοκότητα των ψυχιατρικών παθήσεων, που ουσιαστικά μπορεί να διαφοροποιήσει προς τα πάνω το μέσο εκτιμώμενο χρόνο παραμονής, ο χρόνος που απαιτείται για να υπάρξει πέραν της φαρμακευτικής προσέγγισης και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με στόχο τη δέσμευση του ασθενούς στη θεραπεία του και την απόκτηση εναισθησίας. Επιπλέον, τέθηκαν σημαντικά ζητήματα όπως η χρονιότητα των

ψυχιατρικών διαταραχών και η κατηγοριοποίηση μεταξύ οργανικών και ψυχογενών διαταραχών, η οποία μπορεί να διαφοροποιήσει τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Τέλος θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον και η εκπαίδευσή του, καθώς και η συνέχιση της θεραπείας του ασθενούς στην κοινότητα, σε κλειστές και ανοιχτές δομές, κέντρα ημέρας, ξενώνες και νοσηλεία κατ' οίκον βρέθηκαν στο επίκεντρο της συνέντευξης. Ζητήθηκε χρόνος για την εκπαίδευση και θεραπεία του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ όπου υπήρχε η δυνατότητα παραπομπής του ασθενούς σε κάποια άλλη δομή (π.χ. των εξαρτημένων από ουσίες θεραπευόμενων) ο μέσος χρόνος παραμονής έβαινε μειούμενος.

Συμπερασματικά τα ΚΕΝ στην ψυχική υγεία κρίνονται ότι εφαρμόστηκαν κατά τρόπο επιπόλαιο, ανεργάτιστο και χωρίς προγραμματισμό (κατά το κοινώς λεγόμενο στο γόνατο). Ίσως και γι' αυτό το λόγο να ίσχυσαν για την ψυχική υγεία για μόλις ένα μήνα. Επί παραδείγματι, δεν ελήφθη υπόψιν το υψηλό ενδεχόμενο πρόωρης διακοπής της θεραπείας, η αποχώρηση δηλαδή του ασθενούς από την κλινική πολύ πιο πριν να εκπνεύσει ο μέση διάρκεια νοσηλείας, με αποτέλεσμα την σημαντική επιβάρυνση του ασφαλιστικού του οργανισμού, χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Επιπροσθέτως δεν ελήφθησαν υπόψιν, ζητήματα όπως η συχνότητα των υποτροπών, η χρονιότητα, η συνοσηρότητα και η πολυπλοκότητα των επιμέρους διαταραχών. Πιο σημαντικό είναι ίσως το γεγονός ότι η εν λόγω πολιτική περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στην αντιμετώπιση της οξείας φάσης χωρίς να καθορίζονται σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες για την μακροχρόνια αντιμετώπιση των διαφόρων διαταραχών. Τέλος ενδεικτικό της λανθασμένης προσέγγισης του ζητήματος είναι ότι στα προτεινόμενα εκ του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεραπευτικά πρωτόκολλα, προτείνεται ως ελάχιστη διάρκεια θεραπείας οξείας σχιζοφρενικής φάσης οι 6 εβδομάδες, χρόνος σαφώς μεγαλύτερος από τις 20 ημέρες, που υποδεικνύονται από το αντίστοιχο ΚΕΝ (Λύκουρας κ.α., 2012).

Προτείνεται η επαναξιολόγηση του συστήματος χρηματοδότησης της νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και κλινικές. Θεωρείται πιο πρόσφορη η επαναξιολόγηση των μέσων χρόνων νοσηλείας ανά διάγνωση και η επιμήκυνση αυτού το χρονικού διαστήματος. Κατόπιν αξιολογήσεως των αναγκών των ασθενών για μια σωστή και ολοκληρωμένη θεραπεία, από άποψης προσωπικού, ειδικοτήτων, εγκαταστάσεων, εξετάσεων κλπ θα μπορούσε να προσδιοριστεί για κάθε διάγνωση, κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Εν συνεχεία οι δομές θα μπορούσαν να προχωρήσουν στη δημιουργία αντίστοιχων εξειδικευμένων τμημάτων τα οποία θα στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη νοσηλεία των ασθενών. Το ημερήσιο δε νοσήλιο θα ήταν σκόπιμο να αφορούσε αποκλειστικά και μόνο τους αναθεωρημένους μέσους χρόνους νοσηλείας ανά διάγνωση. Σε περίπτωση πρόωρης διακοπής της νοσηλείας θα αποζημιώνονταν οι αντίστοιχες μέρες παραμονής του ασθενούς. Σε περίπτωση υπέρβασης των μέσων χρόνων νοσηλείας ένα άλλο σαφώς χαμηλότερο νοσήλιο θα

αρκούσε, αφού θεωρητικά η οξεία φάση της πάθησης είναι αυτή, που απορροφά και τους περισσότερους πόρους. Τέλος το όποιο εγχείρημα αναδιοργάνωσης του συστήματος ψυχικής υγείας και η εφαρμογή της πολιτικής των ΚΕΝ στη βάση αποτελεσματικότητας κόστους για να επιτύχει πρέπει υποχρεωτικά να συνοδεύεται και από ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ ψυχιατρικών νοσοκομείων και κλινικών με τις λοιπές δομές, όπως είναι οι ξενώνες, τα κέντρα ημέρας, η νοσηλεία κατ' οίκον κλπ.

Πηγές

Εφημερίς της Κυβερνήσεως (2011), “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ”, Β, 1702/2011.

Λύκουρας Ε., Φερεντίνος Π. και Μουγιάκος Θ. (2012) *Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Ψυχικών Διαταραχών*.

URL:http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=34756&name=DLEF-1129.pdf (πρόσβαση την 26/03/2012).

Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ. και Λιαρόπουλος Λ. (2008) “Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το Ελληνικό Παράδοξο”, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* Τόμος 25, Νο 5, σελ. 663-672.

Wikipedia (2012) *Diagnosis-related group*.

URL:

http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group (πρόσβαση την 26/03/2012).