



Προς τον Υπουργό Υγείας κ. Αθανάσιο Πλεύρη

Κοινοποιούμενη στον Πρωθυπουργό της Ελλάδος κ. Κυριάκο Μητσοτάκη

Αθήνα 28-3-2023

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Με την υπ' αριθμ. 1280/2023 Υπουργική Απόφασή Σας θεσπίσατε κριτήρια ποιότητας για την εφαρμογή rebate στα ΚΑΑ-ΚΝ.

Επισημαίνουμε ότι, για τη θέσπιση των κριτηρίων αυτών ΔΕΝ ζητήσατε τη γνώμη μας, τη γνώμη του θεσμικού εκπροσώπου των Κέντρων Αποκατάστασης της χώρας μας που είναι η ΕΚΑΕ και εκπροσωπεί 25 πιστοποιημένα μέλη, με πάνω από 2.500 κλίνες νοσηλείας.

Αποτελεί και ειδική, αλλά και γενική επισήμανση το γεγονός ότι, εκτός από την εθιμοτυπική συνάντησή μας κατά την ανάληψη των καθηκόντων σας, ουδέποτε έκτοτε αποδεχθήκατε να συναντηθείτε με την Ένωσή μας, το οποίο μόνον ως ενέργεια απαξίωσής μας μπορούμε να ερμηνεύσουμε.

Παρά ταύτα, εμείς ως θεσμικός φορέας, οφείλουμε να εκφράσουμε την πλήρως τεκμηριωμένη, όπως θα διαπιστώσετε, άποψή μας, επισημαίνοντας τις αστοχίες και αποσκοπώντας, έστω και τώρα, στη βελτίωση της εν λόγω υπουργικής απόφασης.

Επισημαίνουμε ότι οι επισημάνσεις που ακολουθούν, προέκυψαν μέσα από συλλογικές διαδικασίες και είναι απόρροια ομόφωνης απόφασης της Γενικής μας Συνέλευσης.

**Α.** Εισαγωγικά, υπενθυμίζουμε ότι, η ΕΚΑΕ υποστήριξε την εισαγωγή ποιοτικών κριτηρίων, ήδη όταν είχε κληθεί στην αρμόδια Επιτροπή της Βουλής ως θεσμικός εκπρόσωπος των ΚΑΑ-ΚΝ από τον προκάτοχό σας Υπουργό Υγείας.

Η συγκρότηση ενός Συστήματος Κριτηρίων Ποιότητας για Υπηρεσίες και Κέντρα Αποκατάστασης, αποσκοπεί στην όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική και δίκαιη, ποιοτική αξιολογική ιεράρχηση των Κέντρων Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας (ΚΑΑ-ΚΝ).

Η διαμόρφωση όμως των κριτηρίων ποιότητας Υπηρεσιών Αποκατάστασης των ΚΑΑ ΚΝ οφείλει να είναι μέρος ενός στρατηγικού σχεδίου οργάνωσης, ανάπτυξης και κοστολόγησης των υπηρεσιών αποκατάστασης που συνδέονται με,

- την τιμή του ειδικού νοσηλίου,
- τον ΕΚΠΥ
- το περιεχόμενο της Σύμβασης Κλειστής Νοσηλείας
- την κατάργηση του clawback και
- την αύξηση του προϋπολογισμού.

**Β.** Στα πλέον προηγμένα Κέντρα Αποκατάστασης της Ευρώπης και της Αμερικής, τη μεγαλύτερη βαρύτητα για την αναγνώριση της ποιότητάς τους έχουν οι άνθρωποι της Αποκατάστασης. Προσωπικό πολυπληθές και εκπαιδευμένο στη χρήση ειδικών, διεθνώς αναγνωρισμένων, θεραπευτικών τεχνικών.

Στην συγκεκριμένη απόφασή Σας, δεν δώσατε την δέουσα βαρύτητα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και θεραπευτικό προσωπικό των Κέντρων Αποκατάστασης της Πατρίδας μας.

Μάλιστα, παραλείψατε την διεθνώς κορυφαία ειδικότητα της αποκατάστασης που είναι ο νοσηλευτής αποκατάστασης («rehabilitation nurse»). Οι αντικειμενικές δυσκολίες που υπάρχουν για την εξεύρεση νοσηλευτικού προσωπικού, θα επέτρεπαν μόνον την αναστολή του κριτηρίου αυτού, και όχι την εξάλειψή του.

**Γ.** Η «βιομηχανικού τύπου» αποκατάσταση με υποκατάσταση του θεραπευτικού προσωπικού από χρήση τεχνολογίας δεν συνιστά διεθνώς ποιοτικό κριτήριο.

Η **τεχνολογία** στις υπηρεσίες Αποκατάστασης διακρίνεται σε **δύο** μεγάλες κατηγορίες:

- **υποστηρικτική τεχνολογία**, η οποία χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση των ασθενών στην επιτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ενδεικτικά, από έναν απλό μεγεθυντικό φακό για την όραση, το γνωστό σε όλους μας “Π” για τη βάδιση, το αναπηρικό αμαξίδιο για τις μεταφορές, έως και ένα ψηφιακό σύστημα επικοινωνίας, και

- **επικουρική τεχνολογία**, ως προς τις εφαρμοζόμενες θεραπευτικές τεχνικές, δηλαδή όλα τα μέσα και εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση, τόσο των κινητικών και νευρολογικών, όσο και των λειτουργικών ελλειμάτων των ασθενών, με διαβαθμιζόμενη ηλεκτρονική υποβοήθηση, όπως tilt-table, αναρτημένη ή ελεύθερη βάδιση, παθητική ή ενεργητική, σε κυλιόμενο διάδρομο βάδισης, ηλεκτροκίνητο αναπηρικό αμαξίδιο, μηροκνημοποδικοί κηδεμόνες, με τα δύο τελευταία παραδείγματα, να ανήκουν και στην υποστηρικτική τεχνολογία.

Γενικά, η **ρομποτική** τεχνολογία ως **εργαλείο** αποκατάστασης είναι δυνατόν να ανήκει σε μία ή και στις δύο ανωτέρω κατηγορίες. Η επιστράτευση της ρομποτικής τεχνολογίας ως υποστηρικτικό ή/και επικουρικό εργαλείο στη θεραπεία αποκατάστασης δεν συνιστά εξειδικευμένη ιατρική πράξη, διότι εφαρμόζεται από φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ή/και θεραπευτές άλλης ειδικότητας, που έχουν εκπαιδευθεί στη χρήση της εκάστοτε συσκευής.

Η ρομποτική τεχνολογία δεν συνιστά κριτήριο ποιότητας, αναφορικά με το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών Αποκατάστασης με δεδομένο ότι, ουδεμία επιστημονική εργασία υφίσταται διεθνώς η οποία να αποδεικνύει την υπεροχή της έναντι άλλων μέσων και θεραπευτικών τεχνικών.

Η τεχνολογία Αποκατάστασης διευκολύνει επίσης στο ρόλο τους και τους φροντιστές των ασθενών με μόνιμη ή παροδική αναπηρία.



-Η εγκυρότητα και η αποτελεσματικότητα της τεχνολογίας Αποκατάστασης, ανεξαρτήτως της φύσεώς της, θα πρέπει να αποδεικνύεται από κλινικές μελέτες-συστηματικές ανασκοπήσεις, συνοδευόμενες από μετα-αναλύσεις, όπου αυτές υφίστανται, και να μην προσφέρεται ως «gadget» για λόγους marketing, δημιουργώντας εξωπραγματικές και ανέφικτες προσδοκίες, με σοβαρές και ήδη καταγεγραμμένες ιατρονομικές συνέπειες.

- Υπενθυμίζουμε ότι, ενώ αναφέρεστε στη Ρομποτική επανεκπαίδευση βάδισης, Ρομποτική ορθοστάτηση, Ρομποτική άνω άκρων, στην Απόφασή Σας, μέχρι σήμερα οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ παραλόγως απαγορεύεται να προμηθευτούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στα ΚΑΑ-ΚΝ τα κρίσιμα, εξατομικευμένα, για τη θεραπεία Αποκατάστασής τους βοηθήματα - υποστηρικτική τεχνολογία (ενδεικτικά, αμαξίδια, νάρθηκες, κηδεμόνες).

Διεθνώς, υφίστανται και άλλες ειδικές ιατρικές πράξεις, οι οποίες εφαρμόζονται από εξειδικευμένους ιατρούς επί τη βάσει συγκεκριμένων κλινικών πρωτοκόλλων, εκτός από τον διακρανιακό ερεθισμό και τη λειτουργική εκτίμηση της κατάπτωσης με εύκαμπτο ινοπτικό ενδοσκόπιο (FEES) :

- Θεραπευτική αντιμετώπιση της σπαστικότητας με έγχυση αλλαντικής τοξίνης υπό υπερηχογραφικό ή ηλεκτρομυογραφικό έλεγχο,
- πλήρης ουροδυναμικός έλεγχος,
- Έγχυση αλλαντικής τοξίνης στον εξωστήρα μυ της ουροδόχου κύστεως, στη νευρογενή κύστη,
- Έγχυση υαλουρονικού οξέως στην νευρογενή κύστη, σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

Η εντός παρενθέσεως και επομένως περιοριστική καταγραφή τόσο συγκεκριμένων στοιχείων τα οποία αποκαλείτε «ειδικές υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας», δημιουργεί αυτόματα αποκλεισμό άλλων ειδικών υπηρεσιών και τεχνολογίας, γεγονός που προφανώς δεν ήταν στις προθέσεις σας.

Ως Κριτήριο Ποιότητας θα έπρεπε να ισχύει η εφαρμογή ορθών κλινικών πρακτικών και η πραγματοποίηση ειδικών ιατρικών πράξεων που αποδεδειγμένα, μέσα από διεθνείς κλινικές συστηματικές μελέτες και μετα-αναλύσεις, ωφελούν τους ασθενείς που χρήζουν Αποκατάστασης,

**Δ.** Το Λεωφορείο Μεταφοράς ΑΜΕΑ, που εσείς το αποκαλείτε «Λευκό Ταξί» είναι προαπαιτούμενο από το νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας των ΚΑΑ-ΚΝ. Η διάθεση ασθενοφόρου δεν συνιστά κριτήριο ποιότητας και μάλιστα συνδυαστικά, με βαθμολογία μεγαλύτερη από αυτήν του αριθμού εργοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και ψυχολόγων.

Ομοίως, ο Χώρος Αυξημένης Φροντίδας δεν συνιστά κριτήριο ποιότητας, τη στιγμή που επίσης είναι προαπαιτούμενο από το ίδιο νομικό πλαίσιο.



**Ε.** Η ύπαρξη φαρμακείου στα ΚΑΑ-ΚΝ είναι προαιρετική, ενώ υποχρεούνται να διαθέτουν χώρο φύλαξης φαρμάκων. Ο νομοθέτης σωστά το έχει προβλέψει, γιατί τα φάρμακα της Αποκατάστασης είναι ελάχιστα.

Αντίθετα, ποιότητα συνιστούν οι συνθήκες φύλαξης φαρμάκων και τα κλινικά και νοσηλευτικά πρωτόκολλα που αφορούν την ορθή και ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων στον ασθενή, τα οποία, ούτως ή άλλως προβλέπονται από τα Συστήματα Ποιότητας κάθε Κέντρου.

Επομένως, η προσθήκη φαρμακείου με φαρμακοποιοό δεν αυξάνει την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης αλλά αποτελεί μία επιπλέον σημαντική δαπάνη που επιβαρύνει ήδη την δυσμενή οικονομική κατάσταση των ΚΑΑ-ΚΝ της χώρας μας.

**ΣΤ.** Τα ΚΑΑ-ΚΝ **δεν** υπάγονται στις δομές στις οποίες είναι υποχρεωτική η Επιτροπή Λοιμώξεων.

Για τους φορείς που υποχρεούνται σε Σύσταση Επιτροπής Λοιμώξεων, η σχετική Υπουργική Απόφαση προβλέπει την ύπαρξη Λοιμωξιολόγου ή ιατρού άλλης ιατρικής ειδικότητας, που αποδεδειγμένα ασχολείται με το αντικείμενο των λοιμώξεων, δηλαδή Πνευμονολόγου ή Παθολόγου.

Συμφωνούμε με την Εισαγωγή της Διαχείρισης των Λοιμώξεων, ως Κριτήριο Ποιότητας των ΚΑΑ-ΚΝ, αλλά θεωρούμε παράλογο το κριτήριο αυτό να έχει αυξημένη βαθμολογία με την υποβολή Εκθέσεων από Λοιμωξιολόγο, και συνολικά διπλάσια βαθμολογία για την Διαχείριση Λοιμώξεων, από αυτήν που έχετε εισάγει στα Κριτήρια των Ιδιωτικών Κλινικών, εκεί δηλαδή που ο Λοιμωξιολόγος αποτελεί προαιρετική ειδικότητα.

**Ζ.** Διεθνώς, δεν συνιστά κριτήριο ποιότητας η ύπαρξη εργαστηρίων (ακτινολογικού, μικροβιολογικού κ.λ.π.) εντός των ΚΑΑ-ΚΝ.

Σε όλες τις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και την Αμερική - Καναδά υποστηρίζεται η διεθνώς κατοχυρωμένη δυνατότητα outsourcing συνεργασίας με υψηλής ποιότητας διαγνωστικά κέντρα.

Σύμφωνα με την σχετική υπουργική απόφαση με τις προδιαγραφές λειτουργίας ΚΑΑ-ΚΝ, τα εργαστήρια αυτά είναι προαιρετικά. Αντίθετα, ποιότητα συνιστούν όλες οι διαδικασίες ορθής κλινικής πρακτικής που εμπεριέχονται στα πιστοποιημένα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας των ΚΑΑ-ΚΝ και αφορούν την σωστή λήψη αίματος, ούρων για μικροβιολογική εξέταση, ή οι απαιτήσεις για την ορθή ακτινολογική εξέταση ασθενούς, γεγονός που επιτυγχάνεται με την συνεργασία των ΚΑΑ-ΚΝ με διαπιστευμένα μικροβιολογικά και διαγνωστικά εργαστήρια, για τα οποία έχετε ήδη θεσπίσει κριτήρια ποιότητας.

**Η.** Συμφωνούμε με την εισαγωγή ως Κριτηρίου Ποιότητας της Τήρησης Ηλεκτρονικού Αρχείου (φάκελοι ασθενών με δυνατότητα τήρησης και διακίνησης ηλεκτρονικού αρχείου εικόνας).



Μάλιστα, έχουμε προτείνει εισαγωγή καινοτόμων διαδικασιών, όπως, αποστολή συνοδευτικά φωτογραφικού υλικού από κατακλίσεις και βιντεοσκόπηση των επιδόσεων των ασθενών κατά την νευρολογική και λειτουργική αξιολόγηση και θεραπεία αποκατάστασής τους.

Η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας και η τήρηση ψηφιακού αρχείου ασθενών, ενώ συμβάλλει στην ασφαλή διαφύλαξη των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων τους (για τα οποία δεν κάνετε μνεία στα ΚΑΑ-ΚΝ αντίθετα με τις ιδιωτικές κλινικές), κυρίως διευκολύνει την σε real time αποστολή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασφαλισμένου στον ΕΟΠΥΥ.

Αναμένουμε λοιπόν και από τον ΕΟΠΥΥ να υλοποιήσει τον real time έλεγχο των ασθενών, τόσο κατά την εισαγωγή τους, όσο και κατά τη διάρκεια της απαιτούμενης νοσηλείας τους και την αναβάθμιση των δικών του ψηφιακών υπηρεσιών, ώστε να μην σπαταλώνται κάθε μήνα τόνοι χαρτιού με σημαντική περιβαλλοντική επιβάρυνση και αμέτρητες εργατοώρες για την ταυτόχρονη υποβολή φυσικού αρχείου.

Θ. Ως προς το κριτήριο ποιότητας που αφορά την αποτελεσματικότητα των ΚΑΑ-ΚΝ, επισημαίνουμε συνοπτικά τα εξής:

Κριτήρια για τη διαμόρφωση των ενδεδειγμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων και τον αναγκαίο αρχικό χρόνο της αποκατάστασης σε ΚΑΑ-ΚΝ είναι:

-το είδος της πάθησης

-η βαρύτητα

- οι συννοσηρότητες

-η πρόγνωση της πάθησης

-η αντικειμενική - με βάση διεθνώς αναγνωρισμένες, ελεύθερες και σταθμισμένες στα ελληνικά κλίμακες - κλινική, κινητική, νευρολογική και λειτουργική εικόνα του ασθενούς,

-η ύπαρξη συνοδών επιπλοκών της βασικής νόσου, ή/και προτέρων χρονίων παθήσεων και η βαρύτητα αυτών, για τις οποίες ο ασθενής είναι υπό διερεύνηση ή/και θεραπεία,

-η ανάπτυξη επιπλοκών εκ των ανωτέρω, κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς στο ΚΑΑ ΚΝ. Η αντιμετώπισή τους από τα ΚΑΑ ΚΝ δεν περιλαμβάνεται στην αποκατάσταση και επομένως στο ειδικό νοσήλιο, ενώ εντάσσεται στα ΚΕΝ. Η διακομιδή των ασθενών σε εφημερεύον νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική συνεπάγεται την καταβολή από τον ΕΟΠΥΥ των ΚΕΝ. Επιπλέον όμως, μία διακομιδή είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρα για τον ασθενή και αποτελεί τροχοπέδη, στην καλύτερη περίπτωση, στην ομαλή εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος αποκατάστασης, ενώ, στη χειρότερη περίπτωση, απώλεια της επιτευχθείσης βελτίωσης, αφού η αποκατάσταση διακόπτεται απότομα, μέχρι την επιστροφή του στο ΚΑΑ-ΚΝ.

Με βάση τα ανωτέρω, επί του κριτηρίου ποιότητας «ποσοστό νοσηλευόμενων με

αίτηση παράτασης νοσηλείας ΑΥΣ προηγούμενου έτους (από αρχείο e-ΔΑΠΥ ΕΟΠΥΥ)», η ψυχρή, στατιστική αποτύπωση των παρατάσεων νοσηλείας, ως κριτήριο ποιότητας, στερείται επιστημονικής βάσεως και δημιουργεί τεράστιες αδικίες, τόσο για τα ΚΑΑ-ΚΝ, όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς.

Στο άρθρο 44 αριθ. 4 του ισχύοντος ΕΚΠΥ ορίζεται ο μέγιστος αρχικός χρόνος νοσηλείας, αλλά εν τοις πράγμασι, δεν έχει καθοριστεί με επιστημονικά κριτήρια ο ενδεδειγμένος αρχικός χρόνος ανά κατηγορία παθήσεων.

Έτσι, για παρόμοιο περιστατικό, άλλος θεράπων ιατρός μπορεί να ζητήσει ή/και να λάβει έγκριση για 15 ημέρες νοσηλείας και άλλος για ένα μήνα.

Τελικά, η παράταση στην πρώτη περίπτωση είναι αναγκαία για να συμπληρωθεί τελικώς ο ίδιος χρόνος νοσηλείας, δηλαδή 1 μήνας, αλλά το ΚΑΑ-ΚΝ της πρώτης περίπτωσης επιβαρύνεται ποιοτικά, ενώ το ΚΑΑ-ΚΝ της δεύτερης περίπτωσης επιβραβεύεται.

Ενδεικτικά και πάλι, λαμβανομένων υπόψιν των επιβαρυντικών παραγόντων που αναφέρθηκαν ανωτέρω, προβλέπεται ότι ασθενής ηλικίας 30 ετών με ΚΕΚ θα αποκατασταθεί σε λιγότερο χρόνο από ασθενή ηλικίας 70 ετών, με την ίδια διάγνωση.

Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η άρνηση του ασθενή να παραμείνει, ενόψει υποβολής αιτήματος παράτασης.

Ενδέχεται λοιπόν, για παρόμοια πάθηση, άλλος ασθενής να παραμείνει στο ΚΑΑ-ΚΝ και να επωφεληθεί της παρατάσεως νοσηλείας και άλλος να εξέλθει από το ΚΑΑ-ΚΝ, χωρίς να λάβει παράταση νοσηλείας.

Από την ενδεικτική παράθεση των παραγόντων που αφορούν τη συγκρότηση των προϋποθέσεων για την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού, αντιλαμβάνεσθε ότι η συνδρομή των Φυσιάτρων της ΕΚΑΕ, που συνιστούν σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των Φυσιάτρων της χώρας μας, θα ήταν εξαιρετικά επωφελής, δεδομένης της τεράστιας εμπειρίας που διαθέτουν στην αποκατάσταση.

Θεωρώντας ότι στοχεύετε στην αντικειμενική αξιολόγηση των ποιοτικών υπηρεσιών Αποκατάστασης, αναμένουμε ότι θα λάβετε υπόψιν τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις μας, τροποποιώντας άμεσα την Υπουργική Απόφαση.

Για το καλό της Αποκατάστασης και προς όφελος των ασθενών, στην Πατρίδα μας.

## ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Χρήστος Ε. Γεωργόπουλος MD, PhD, CCST, NS(UK)

