



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πολιτική Υγείας & σχεδιασμός υπηρεσιών Υγείας

Τίτλος : Μεταπτυχιακή Διατριβή

Θέμα Διατριβής : Εισαγωγή Ελληνικών DRGs στο σύστημα Υγείας. Σχεδιασμός και ανάπτυξη διαδικτυακού πληροφοριακού συστήματος, ιατρικού και οικονομικού ελέγχου νοσηλείων, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα Υγείας.

Συγγραφέας : Τασιόπουλος Αλέξανδρος

Επιβλέπων Καθηγητής : Τάλιας Μιχαήλ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2019

Ευχαριστίες

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος <<Πολιτική Υγείας & σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας>> του τμήματος Οικονομικών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Πριν την παρουσίασή της αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον άνθρωπο που γνώρισα, συνεργάστηκα και έπαιξε σπουδαίο ρόλο στην πραγματοποίησή της τον επιβλέποντα καθηγητή μου και υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος Κο Μιχαήλ Τάλια.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που με όπλισε όλο αυτό το διάστημα της εκπόνησης της διατριβής με υπομονή, κουράγιο και την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωσή της.

Κατάλογος Περιεχομένων:	Σελίδα
Ευχαριστίες	2
Περίληψη	6
Εισαγωγή	7
Γενικό Μέρος	
1ο Κεφάλαιο	
1.1 Ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος ελέγχου δαπανών Υγείας	9
1.2 Σημερινή κατάσταση	10
1.2.1 ΗΔΙΚΑ	10
1.2.2 ΕΟΠΠΥ	11
1.2.3 Το Πρόβλημα	12
Ειδικό Μέρος	
2ο Κεφάλαιο	
2.1 Εισαγωγή DRGs-Μεθοδολογία	14
2.1.1 Μέθοδοι Αποζημίωσης και Εμπειρία	17
2.1.2 Μηχανισμοί Περιορισμού Κόστους Αποζημίωσης με Σύστημα DRG	21
2.1.3 Κριτήρια Κατάταξης σε Ομάδες DRGs	21
2.2 Περιγραφή Συστήματος Κωδικοποίησης νοσηλειών Ελληνικών DRG	22
2.2.1 Ορισμοί	22
2.3 Κανόνες κωδικοποίησης νοσηλειών	24
2.3.1 Κωδικοποίηση με τη χρήση κύριου DRGs	24
2.3.2 Κωδικοποίηση έκτακτης νοσηλείας	24
2.3.3 Κωδικοποίηση προγραμματισμένης νοσηλείας	25
2.3.4 Κωδικοποίηση με διαβάθμιση DRGs	25
2.3.5 Κωδικοποίηση με τοποθέτηση δεύτερου DRGs	26
2.3.6 Κωδικοποίηση με επεμβατικά DRGs	26
2.3.7 Εξαρχής χρέωση ημερήσιου νοσηλίου	27
2.3.8 Τοποθέτηση ημερήσιου νοσηλίου σε συνδυασμό με DRG	27
2.4 Διαδικασία κωδικοποίησης νοσηλειών και διαδικασία έγκρισης	28
2.4.1 Κατά την εισαγωγή	28
2.4.2 Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	30
2.4.3 Κατά το πέρας της νοσηλείας	30
2.4.4 Τροποποίηση καταλόγου DRGs	31

2.4.5 Διεθνείς Πρακτικές Εισαγωγής των DRGs	32
2.5 Προτεινόμενη λύση στον Δημόσιο Τομέα	37
2.5.1 Τεχνικά χαρακτηριστικά	38
2.5.2 Πλεονεκτήματα Τεχνικής Πρότασης	40
2.5.3 Οικονομικά	40
2.5.4 Ιατρικά	40
2.6 Προτεινόμενη λύση στον Ιδιωτικό Τομέα	41
3ο Κεφάλαιο	
3. Διαχείριση Νοσηλείας	62
3.1 Σκοπός	62
3.2 Περιγραφή Διαδικασιών	62
3.2.1 Διαδικασία εισαγωγής ασθενή στο Νοσηλευτήριο	62
3.2.2 Διαδικασία εισαγωγής τακτικού ή έκτακτου περιπατητικού ασθενή	62
3.3 Υπευθυνότητες	63
3.4 Process Mapping	63
3.5 Αρχεία	70
3.6 Τροποποιήσεις Διαδικασίας	70
3.7 Συζήτηση	70
4ο Κεφάλαιο	
4.1 Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας	74
4.2 Πιστοποίηση ΗΦΥ	76
Συμπεράσματα-Αποτελέσματα	84
Παραρτήματα	
Πίνακας 1. Αρχική Οθόνη Log-In	86
Πίνακας 2. Οθόνη Διαχείρισης Νοσηλειών	86
Πίνακας 3. Οθόνη Στοιχείων Νοσηλείας	87
Πίνακας 4. Στατιστικά Νοσηλειών	87
Πίνακας 5. Οικονομική διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs	88
Πίνακας 6. Αποτελέσματα ιατρικού ελέγχου	89
Πίνακας 7α. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018	91
Πίνακας 7β. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018	92
Πίνακας 8. Κριτήρια Σφραγίδας Euro Rec	93

Περίληψη:

Στην παρούσα βιβλιογραφική έρευνα γίνεται προσπάθεια αποτίμησης των ελληνικών DRGs στο ελληνικό σύστημα υγείας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαφαίνεται επιτακτική η ανάγκη εισαγωγής τους καθώς ορίζεται η νοσοκομειακή δραστηριότητα αλλά κατά κύριο λόγο αποτυπώνεται τόσο ιατρικά αλλά και οικονομικά η μέση διάρκεια νοσηλείας της κάθε ομάδας. Ωστόσο ο εξορθολογισμός είναι δύσκολος λόγω της πολυπλοκότητας των ελληνικών νοσοκομείων , της γραφειοκρατίας , της έλλειψης λογισμικού αλλά και της έλλειψης έμπειρου και καταρτισμένου προσωπικού. Η ορθή εφαρμογή τους τουλάχιστον σε επίπεδο χρηματοδότησης απαιτεί σειρά αλλαγών που βρίσκονται ακόμη σε πιλοτικό στάδιο.

Abstract:

In the present bibliographic research, an attempt is being made to evaluate the Greek DRGs in the Greek health system. From the literature review, it is judged as imperative their introduction, as hospital activity is defined, but the median length of hospitalization of both groups is primarily medical and financial. However, rationalization is difficult because of the complexity of Greek hospitals, bureaucracy, lack of software and lack of experienced and qualified staff. Their proper implementation requires at least at the level of funding, a number of changes which are still in pilot phase.

Εισαγωγή:

Περί την δεκαετία του 1970, το Πανεπιστήμιο Yale των ΗΠΑ, ανέπτυξε μια πρόταση βάση της οποίας θα γίνεται ταξινόμηση του πλήθους των υπηρεσιών που προσφέρουν τα νοσοκομεία. Έτσι οι ασθενείς βάση των υπηρεσιών που λαμβάνουν (διάγνωση, παθήσεις, φύλλο, ηλικία), κατατάσσονται σε κατηγορίες ή αλλιώς Diagnosis Related Groups (DRGs). Η αρχική τους χρήση προέβλεπε την μέτρηση του παραγόμενου προϊόντος των νοσοκομείων με σκοπό την βελτίωση της οργάνωσης, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας τους. Στην δεκαετία του 1980, η χρήση των DRGs επεκτάθηκε και στην αποζημίωση των υπηρεσιών αλλά και στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων στις ΗΠΑ. Εν συνεχεία, η εφαρμογή του αλλά και η εξάπλωση του υπήρξε ραγδαία σε όλο και περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με χώρες όπως: η Δανία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Ισπανία κ.α. Το κάθε σύστημα υγείας, έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες, με αποτέλεσμα τα DRGs, κατά την εφαρμογή τους να διαφέρουν όσο αφορά το περιεχόμενο, τους αλγόριθμους ταξινόμησης των ασθενών, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται κ.α. Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, επικρατεί ένα πολύπλοκο μοντέλο χρηματοδότησης το οποίο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί στα όρια του αναχρονιστικού το οποίο δεν μπορεί να λειτουργήσει με αποτελεσματικότητα ούτε να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εισαγωγή ελληνικών DRGs στο σύστημα υγείας, ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη ενός διαδικτυακού πληροφοριακού συστήματος που θα ελέγχει ιατρικά αλλά και οικονομικά τα νοσήλια στο δημόσιο αλλά και ιδιωτικό τομέα της υγείας. Έτσι το πρώτο κεφάλαιο, επικεντρώνεται στην ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος ελέγχου δαπανών Υγείας, περιγράφοντας την σημερινή κατάσταση και τα βήματα που έχουν κάνει η ΗΔΙΚΑ και ο ΕΟΠΠΥ προκειμένου να υπάρχει ένας καλύτερος έλεγχος αλλά και για την αποδοτικότερη κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων καταλήγοντας στο σημερινό πρόβλημα που εστιάζει κυρίως στην ανυπαρξία ποιοτικού ελέγχου στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα. Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφεται εκτενώς η εισαγωγή των ελληνικών DRGs αναλύοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Στο ίδιο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τις μεθόδους αποζημίωσης και τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι μέθοδοι αποζημίωσης των DRGs, όπως επίσης αναφέρονται και οι μηχανισμοί περιορισμού κόστους με το σύστημα των DRGs. Επίσης, παρουσιάζονται η κωδικοποίηση νοσηλείων αλλά και οι κανόνες που τα αφορούν κατά την εισαγωγή, κατά την διάρκεια της νοσηλείας μέχρι και το πέρας της νοσηλείας. Ακόμη,

παρατίθεται μια ολοκληρωμένη προτεινόμενη λύση για τον δημόσιο αλλά και για τον ιδιωτικό τομέα. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η διαδικασία της διαχείρισης της νοσηλείας των ασθενών, περιγράφοντας όλα τα στάδια που την αφορούν στο σύστημα DRG. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα από την εισαγωγή των DRGs στο ελληνικό σύστημα υγείας αλλά και προτάσεις για μελλοντική συζήτηση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος ελέγχου δαπανών Υγείας

Η δημοσιονομική κρίση ανέδειξε με ένταση τις στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Επιμέρους πολιτικές υγείας, όπως οι συγχωνεύσεις των δημόσιων νοσοκομείων, η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ(Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας), η εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στη ΔΦΥ(Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας), δεν έχουν αποδώσει πλήρως τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η έλλειψη ολοκληρωμένων σχεδιασμών και δράσεων οδήγησε στον κατακερματισμό της υγειονομικής περίθαλψης, την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας και των ιδίων πληρωμών.

Περισσότερο από ποτέ, σε μια περίοδο αυστηρής δημοσιονομικής προσαρμογής και λήψης μέτρων περιστολής της υγειονομικής δαπάνης, η προσπάθεια θα πρέπει να επικεντρώνεται στην κοινωνική ισότητα, στην ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ισότιμες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, στη διασφάλιση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, μέσα από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει μέσω ελεγκτικών μηχανισμών τόσο τους οικονομικούς πόρους όσο και τη βέλτιστη κλινική αντιμετώπιση του ασθενή.

Συνεπώς η αποδοτικότητα χρήσης των διαθέσιμων πόρων και η ισότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας καθιστούν επιτακτική την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος ελέγχων [1].

[1] <http://www.idika.gr/>

1.2 Σημερινή κατάσταση

1.2.1. ΗΔΙΚΑ

Η ΗΔΙΚΑ έχει αναπτύξει σήμερα διάφορες εφαρμογές που αφορούν την επικοινωνία παρόχων υγείας (Ιατρών, Φαρμακείων) με online διαδικασίες. Οι εφαρμογές αυτές αφορούν κυρίως το e-συνταγογράφηση στο οποίο καταχωρούνται παραπεμπτικά και αποτυπώνονται [1]:

- Ο πάροχος υγείας (Ιατρός),
- Ο ασθενής,
- Το νόσημα με βάση τον κώδικα ICD-10 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO),
- Τα φάρμακα (δραστική ουσία ή πρόταση σκευάσματος) που πρέπει να λάβει ο ασθενής,
- Οι εξετάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας (διαγνωστικές) που πρέπει να εκτελέσει ο ασθενής,
- Η καταγραφή αυτή είναι διαθέσιμη από άλλους ιατρούς,
- Υπάρχει άμεση πληροφορία για τις συνταγές που έχουν εκτελέσει τα φαρμακεία.

Το σύστημα αυτό αν και λειτουργεί κανονικά έχει σοβαρά μειονεκτήματα, όχι ως προς τη λειτουργία του αλλά ως προς την αποτελεσματικότητά του. Ενδεικτικά, υπάρχει χαμηλή ενσωμάτωση κατευθυντήριων οδηγιών από τις επιστημονικές ενώσεις στην εφαρμογή του e-συνταγογράφηση, ενώ δεν έχει τη δυνατότητα προσαρμογής συνδυαστικών ελέγχων.

Ειδικότερα, δεν γίνονται έλεγχοι [1]:

- Στο πλήθος και στην επαναληψιμότητα των εξετάσεων,
- Δεν υπάρχει καταγραφή των αποτελεσμάτων όταν αυτές εκτελεστούν,
- Δεν υπάρχει σύνδεση με την εκτέλεση των παραπεμπτικών από τους παρόχους υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έγιναν ορισμένες διορθώσεις όπως,

- Η ειδικότητα του ιατρού να συνάδει με τις προτεινόμενες εξετάσεις,
- Η διάγνωση κατά ICD-10 να συνάδει με τις συνταγογραφούμενες εξετάσεις,
- Η ειδικότητα του ιατρού να συνάδει με τη φαρμακευτική αγωγή,
- Η διάγνωση συνάδει πλέον με τη φαρμακευτική αγωγή.

Συμπερασματικά, το σύστημα λειτουργεί σήμερα μόνο ως καταγραφικό μέσο για την εκτέλεση των παραπεμπτικών. Δεν εφαρμόζονται ιατρικά πρωτόκολλα και ουσιαστικά δεν γίνεται κανένας έλεγχος. Λόγω της απουσίας ελέγχου, η συνταγογράφηση δε διαφοροποιείται ούτε ποιοτικά ούτε ποσοτικά από την προηγούμενη κατάσταση των χειρόγραφων καταστάσεων.

1.2.2. ΕΟΠΥΥ

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό στην Ελλάδα και έχει στρατηγικό ρόλο στην αγορά και κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Ο νέος χαρακτήρας λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ απαιτεί την εισαγωγή μεθοδολογικών εργαλείων για την αποδοτικότερη κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων στην αγορά υπηρεσιών υγείας, ασκώντας πολιτική, που θα βασίζεται και θα τεκμηριώνεται από την ανάλυση δεδομένων, συνδυάζοντας οικονομικές πληροφορίες με την μέτρηση δεικτών υγείας(ανάγκη ασθενών για υπηρεσίες υγείας, εκτίμηση αναγκαιότητας αγοράς υπηρεσιών, περιφερειακή χρηματοδότηση, healthmapping, ενίσχυση διαπραγμάτευσης κ.α.). Οι διαθέσιμες πληροφορίες για τον ΕΟΠΥΥ αντλούνται από μία πλατφόρμα εισαγωγής στοιχείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, την οποία ονομάζει:

- *e-ΔΑΠΥ*.

Η συγκεκριμένη εφαρμογή σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε για την επεξεργασία των εξής ειδών δεδομένων [2]:

- Τα παραπεμπτικά της Πρωτοβάθμιας φροντίδας (Διαγνωστικά κέντρα-Φυσικοθεραπευτήρια) και τις επισκέψεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών. Η υποστήριξη γίνεται από το e-ΔΑΠΥ Ανοικτής Περίθαλψης-Επισκέψεις,
- Τις νοσηλείες δευτεροβάθμιας περίθαλψης και υποστηρίζεται από το e-ΔΑΠΥ Κλειστής Περίθαλψης,
- Τις αιμοκαθάρσεις, που αποτελούν ξεχωριστή οντότητα, και υποστηρίζεται από το e-ΔΑΠΥ αιμοκαθάρσεων.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας(ΠΦΥ), η παραπομπή των ασθενών για εξετάσεις γίνεται με την έκδοση ηλεκτρονικού παραπεμπτικού μέσω του e-Συνταγογράφηση. Η εκτέλεση του παραπεμπτικού σε συμβεβλημένο πάροχο υγείας ΠΦΥ(κλινικο-

εργαστηριακό ιατρό ή ιδιωτικό διαγνωστικό εργαστήριο ή τμήμα εξωτερικών ιατρείων σε δομή ΔΦΥ) συνοδεύεται από την εισαγωγή δεδομένων στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ e-ΔΑΠΥ Ανοικτής Περίθαλψης μόνο ως προς τα οικονομικά στοιχεία(πλήθος εξετάσεων-αξία) και **όχι** ως ποιοτικά στοιχεία(αποτελέσματα εξετάσεων). Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί του e-ΔΑΠΥ περιορίζονται στην οικονομική-λογιστική αποτύπωση των δαπανών, διενεργώντας έλεγχο τιμών(κρατικό τιμολόγιο, ασφαλιστική τιμή) σε σχέση με την σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον πάροχο υγείας [2].

Στην κλειστή περίθαλψη, η τακτική διαδικασία ξεκινά με την αναγγελία του ασθενούς για εισαγωγή σε νοσηλεία και ολοκληρώνεται με την έξοδο του ασθενούς. Κάθε νοσηλεία ασθενούς εισάγεται στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ ως μαγνητικά αρχεία με την μορφή HL7 και αν και αποτυπώνουν τις βασικές πληροφορίες της νοσηλείας ο έλεγχος είναι αξιακός κι **όχι** ποιοτικός. Αντίστοιχα συμβαίνουν στην περίπτωση των αιμοκαθάρσεων, όπου και εδώ ισχύουν τα παραπάνω [2].

Συμπερασματικά από τα ανωτέρω λειτουργικά συστήματα, οι αξιοποιήσιμες πληροφορίες για τον Οργανισμό επικεντρώνονται σε οικονομικά μεγέθη, δηλαδή δαπάνες υγείας που έχουν ήδη δημιουργηθεί και απαιτηθεί προς είσπραξη από τους συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας. Η έλλειψη αξιοποιήσιμων πληροφοριών εντείνει το φαύλο κύκλο της χρηματοδοτικής ροής, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνονται οι χρηματοδοτικές προβλέψεις, να εξαντλούνται οι προϋπολογισμοί ανά κατηγορία δαπάνης υγείας(ΠΦΥ και ΔΦΥ). Η εξάντληση των χρηματοδοτικών ορίων και η υπέρβαση των κλειστών προϋπολογισμών είχε οδηγήσει τον Οργανισμό να ζητήσει από Ιδιωτικές Ελεγκτικές Εταιρείες τη διενέργεια αναδρομικού Ιατρικού και Διοικητικού ελέγχου στους ιδιώτες παρόχους υγείας, προκειμένου να προσδιοριστούν οι μη αποδεκτές δαπάνες σύμφωνα με την ορθή κλινική πρακτική και το ισχύον κανονιστικό και νομοθετικό πλαίσιο [2].

1.2.3. Το Πρόβλημα

Είναι κατανοητό από την παραπάνω περιγραφή της σημερινής κατάστασης ότι στο Δημόσιο τομέα δεν υπάρχει κανένας ποιοτικός έλεγχος στην πρωτοβάθμια αλλά και στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Οι έλεγχοι που γίνονται είναι κυρίως σε αξίες, δηλαδή στα οικονομικά στοιχεία των δαπανών υγείας. Επίσης υπάρχει κατακερματισμός της πληροφορίας επειδή εμπλέκονται πολλές και διαφορετικές υπηρεσίες του Δημοσίου. Στον

ιδιωτικό τομέα οι ασφαλισμένοι που προσέρχονται στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια κατά 90% είναι και ασφαλισμένοι ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Οι χρεώσεις γίνονται κατά πράξη και περίπτωση, απουσιάζει παντελώς η χρήση DRGs και ο έλεγχος γίνεται από ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες με κατά τόπους ελεγκτικά ιατρεία, οι οποίες ελέγχουν τους γενικούς και ειδικούς όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων, την αναγκαιότητα της νοσηλείας, την ορθή ιατρική πρακτική και εάν τηρούνται εκατέρωθεν οι μεταξύ τους συμβάσεις. Είναι αναγκαία περισσότερο από ποτέ η κοινή κωδικοποίηση στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα, χρήση λοιπόν ελληνικών DRGs, διαδικτυακή πληροφοριακή πλατφόρμα ιατρο-ασφαλιστικού και οικονομικού ελέγχου δαπανών υγείας με αυτοματοποιημένους κανόνες ελέγχου και παρουσία ιδιωτικών ελεγκτικών εταιρειών στα νοσηλευτήρια.

[2] <https://www.eopyy.gov.gr/>

2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2. 1 Εισαγωγή DRGs-Μεθοδολογία

Στην Ελλάδα οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, κατά βάση ο ΕΟΠΥΥ χρησιμοποιεί ένα σύστημα κωδικοποίησης των νοσηλείων για έλεγχο, ταυτοποίηση και οικονομική αποζημίωση των νοσηλευτηρίων, τα ΚΕΝ(Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια). Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασίζεται σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό και υποκοστολογημένο μοντέλο που δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και να υποστηρίζει αποτελεσματικά τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Τα DRGs είναι ουσιαστικά ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών που περιλαμβάνει τέσσερα (4) κύρια χαρακτηριστικά [3] :

- συλλέγει συστηματικά δεδομένα που αφορούν κυρίως χαρακτηριστικά του ασθενή, της θεραπείας και του παρόχου, τα οποία χρησιμοποιούν για να ταξινομήσουν τους ασθενείς,
- διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων(τις ομάδες DRGs) οι οποίες είναι:
- ιατρικά ουσιώδες,
- οικονομικά ομοιογενείς.

Ένα σύστημα DRG συγκεντρώνει τον συγκεκριμένο μεγάλο αριθμό διαφορετικών (ιδιαίτερων περιπτώσεων) ασθενών που έλαβαν θεραπεία στα νοσοκομεία σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό κλινικά ομοιογενών και οικονομικά ομοιογενών ομάδων, των DRGs, παρέχοντας ένα ακριβές μέτρο της νοσοκομειακής δραστηριότητας, ορίζοντας ουσιαστικά τη νοσοκομειακή παρεχόμενη υπηρεσία. Τα DRGs χρησιμοποιούνται διεθνώς για ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας, την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τη συμμόρφωση των παρόχων υγείας σε κανόνες και τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των επιμέρους κλινικών και δομών. Ενισχύουν τη διαφάνεια, κωδικοποιούν συστηματικά νόσους και ιατρικές πράξεις, αναβαθμίζουν τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και προβλέπουν τις χρηματοδοτικές ανάγκες. Το software είναι δομημένο ώστε ο κάθε χρήστης να εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο ρόλο που καθορίζει το τμήμα, την υπηρεσία που έχει πρόσβαση και τα προνόμια. Το σύστημα DRG αποτελείται από τρία (3) υποσυστήματα [3]:

- το οικονομικό υποσύστημα,
- το πληροφοριακό υποσύστημα,
- το ιατρικό υποσύστημα.

Το οικονομικό υποσύστημα αφορά τα κόστη της νοσοκομειακής παροχής και κυρίως τη μεθοδολογία του υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τους καταλόγους με τις οδηγίες κοστολόγησης και τιμολόγησης. Βασικές παράμετροι κόστους είναι [3]:

- Ιατρικές συσκευές και μηχανήματα: Τα κατηγοριοποιούμε βάση ECRI. Μετατρέπουμε την τιμή αγοράς και το κόστος συντήρησης τους σε ημερήσιο κόστος. Προσδιορίζουμε το μέσο όρο ζωής τους και το λειτουργικό κόστος/έτος,
- In vitro αντιδραστήρια.: Προσδιορίζουμε τις τιμές αγοράς και τον αριθμό των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε αυτά. Υπολογίζουμε έτσι το μέσο κόστος των αντιδραστηρίων σε κάθε ιατρική δραστηριότητα,
- Αναλώσιμα υλικά: Προσδιορισμός αγοράς και υπολογισμός του μέσου κόστους σε κάθε ιατρική δραστηριότητα,
- Φάρμακα.: Χρησιμοποιούμε τον τιμοκατάλογο του ΕΟΦ, διακρίνουμε τα φάρμακα σε χαμηλού κόστους ,αυτά δηλ. που χρησιμοποιούνται ευρέως, όπως π.χ. τα παυσίπονα και τα αντιπυρετικά, για την κατανάλωση των οποίων μας ενδιαφέρει ένας γενικός μέσος όρος και τα ειδικά φάρμακα που συνταγογραφούνται σε ειδικές περιπτώσεις(π.χ. αντιπηκτικά, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος κ.τ.λ.),
- Ανθρώπινοι πόροι: Ιατροί και επιστημονικό προσωπικό, νοσηλευτές, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό και βοηθητικό προσωπικό. Οι μισθοί ανά βαθμίδα και βάρδια προσδιορίζονται από καταλόγους του Υπουργείου Υγείας,
- Κόστος συντήρησης: ανά τ.μ. κτιρίων και ξενοδοχειακής υποδομής(λειτουργικές δαπάνες και πάγια έξοδα/τετραγωνικά μέτρα = κόστος συντήρησης).

Όλα τα παραπάνω επιμερίζονται στο σύνολο των ιατρικών διαδικασιών επιτρέποντας την ρεαλιστική εκτίμηση ενός ρεαλιστικού μέσου κόστους κάθε ιατρικής διαδικασίας(μέσο κόστος ανά τμήμα/ανά νοσοκομείο).

Το πληροφοριακό σύστημα περιλαμβάνει [3]:

- την ανάπτυξη του λογισμικού grouper,
- το λογισμικό κοστολόγησης,

- κωδικοποίηση με πρότυπα όπως τα ICD10 για την ταξινόμηση των ιατρικών διαδικασιών, την ECRI για την ταξινόμηση των ιατρικών συσκευών και υλικών, αλλά και νεότερες κωδικοποιήσεις όπως η FDA(Ευρωπαϊκή κωδικοποίηση), η EDMA για την ταξινόμηση των In vitro Αντιδραστηρίων και την ATC για την ταξινόμηση των φαρμάκων.

Οθόνη προσθήκης νοσοκομείου με:

- Γενικές πληροφορίες, όπως διεύθυνση, ΠΕΣΥ, κατηγορία, μέγεθος ανά κλίνες και τύπος νοσοκομείου,
- Οικονομικές πληροφορίες αντικειμενική αξία του κτίσματος όπως προσδιορίζεται από την εφορία. Η έκταση του κτίσματος,
- Το ανά κατηγορία πάγια έξοδα συντήρησης/λειτουργίας του νοσοκομείου,
- Πάγια έξοδα (ΔΕΗ, ΟΤΕ, συνεργείου καθαρισμού, μισθοδοσία προσωπικού).

Το ιατρικό υποσύστημα περιλαμβάνει:

- Συστηματική λίστα και αλφαβητικό ευρετήριο κωδικοποίησης νόσων,
- Συστηματική λίστα και αλφαβητικό ευρετήριο κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων,
- Τις οδηγίες κωδικοποίησης.

[/3/https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-Kai-draseis-gia-thn-ygeia/Kwdikopoihseis/709-Kleista-enopoihmena-noshlia-1.](https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-Kai-draseis-gia-thn-ygeia/Kwdikopoihseis/709-Kleista-enopoihmena-noshlia-1)

2.1.1 Μέθοδοι Αποζημίωσης και Εμπειρία

- Πληρωμή κατά κεφαλή:
 - Με βάση αυτό το σύστημα αποζημίωσης, οι πάροχοι υγείας λαμβάνουν ένα ποσό για κάθε ασθενή ετησίως και είναι υποχρεωμένοι να καλύπτουν όλες τις υγειονομικές τους ανάγκες (Porter and Kaplan, 2015)
 - Προκειμένου να κοστολογηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες για τη μέθοδο αυτή πραγματοποιείται συσχετισμός του συνολικού ποσού που δαπανάται στον πάροχο υγείας και του αριθμού των ασθενών για μια συγκεκριμένη περίοδο. Πολλές φορές όμως υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η τιμή δεν είναι καθοριστική απόλυτα αλλά διαμορφώνεται ενσωματώνοντας κάποιους παράγοντες σχετικού κινδύνου του εγγεγραμμένου πληθυσμού, όπως το φύλλο, η ηλικία κ.ά. (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος, και Υφαντόπουλος, 2014),
 - Η αμοιβή κατά κεφαλή προσφέρει στους παρόχους το πλεονέκτημα ότι ακόμα και εάν ο ασθενής δεν προσέλθει για να του παρασχεθούν υγειονομικές υπηρεσίες, ο Φορέας θα εισπράξει την αποζημίωση που δικαιούται,
 - Αντίθετα όμως εάν ο φορέας λαμβάνει τη συμφωνημένη αμοιβή και για τους ασθενείς που έχουν πολλά προβλήματα υγείας και άρα πραγματοποιούν συχνές επισκέψεις χωρίς να πληρώσουν τίποτε επιπλέον.
- Ημερήσια αποζημίωση:
 - Στην περίπτωση του ημερήσιου νοσηλίου καταβάλλεται ένα σταθερό ποσό για κάθε ημέρα παραμονής του ασθενούς, στο νοσοκομείο, το οποίο καλύπτει την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται, καθώς και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής κατά την παραμονή του σε αυτό (Πολύζος, 1999).
 - Όπως διευκρινίζει ο (Λιαρόπουλος,2007) το ημερήσιο νοσήλιο, ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού του, μπορεί να διαχωριστεί στις εξής περιπτώσεις:
 - Κλειστό νοσήλιο: ισούται με το πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε μέρα νοσηλείας. Είναι αμετάβλητο και δεν επηρεάζεται από την ποσότητα και τη φύση των υπηρεσιών. Η τήρηση του κλειστού νοσηλίου, όμως θεωρείται πληθωριστική, διότι ασκούνται πιέσεις για αύξηση του αριθμού των ημερών νοσηλείας, ώστε να ισοσκελίζονται τα έσοδα με τα έξοδα του νοσοκομείου.

- Ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο: βασίζεται σε πάγια ημερήσια αμοιβή, όπως και στο κλειστό νοσήλιο, μόνο που εδώ προσαρμόζεται στην εκάστοτε ιατρική ειδικότητα.
- Ανοικτό νοσήλιο: αποτελείται από μια πάγια ημερήσια δαπάνη στο νοσοκομείο, η οποία αφορά στις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, και από ένα μεταβλητό μέρος της δαπάνης που εξαρτάται από το είδος της υπηρεσίας, το οποίο διαμορφώνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα του περιστατικού. Η κάθε επιπλέον ιατρική υπηρεσία που κρίνεται αναγκαία για τη φροντίδα του ασθενή, κοστολογείται κατά πράξη.

Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία η βασική μέθοδος αποζημίωσης είναι το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Καθορίζεται με κυβερνητική απόφαση και είναι δεσμευτικό για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, όσο και για τα νοσοκομεία. Διαφοροποιείται όμως αναλόγως εάν η νοσηλεία είναι παθολογική, χειρουργική, ψυχιατρική ή εντατικής θεραπείας, καθώς και σε σχέση με την θέση νοσηλείας, εάν δηλ. ο ασθενής φιλοξενείται σε μονόκλινο, δίκλινο κ.τ.λ. (Ψαρόπουλος 2013)

- Αμοιβή ανά υπηρεσία:
 - Αποζημίωση για κάθε ιατρική διαδικασία. Πολλές φορές ενσωματώνονται και οι ημέρες νοσηλείας ώστε να αποτυπώνεται και το ξενοδοχειακό κόστος του νοσοκομείου (Πολύζος, 2007). Είναι αναδρομική αποζημίωση που πληρώνουν με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή την ανάγκη κατανάλωσης πόρων.
 - Αποτελούν κίνητρο για μεγαλύτερη χρήση πόρων (Meltzerand Whelan, 2005).
 - Οι ασφαλισμένοι δεν συμπεριφέρονται ορθολογικά και επιθυμούν αυξανόμενη λήψη υπηρεσιών που δεν είναι απαραίτητη, διότι καλύπτεται το κόστος από τον ασφαλιστικό τους φορέα.
 - Επιλέγουν τους ακριβότερους παρόχους επειδή διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.
 - Ο ελληνικός ιδιωτικός τομέας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της περίπτωσης. Παρόλο που οι ιατρικές πράξεις έχουν κοστολογηθεί εκ των προτέρων, τα ιδιωτικά νοσοκομεία προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδά τους μεγιστοποιούν τον όγκο των προσφερόμενων υπηρεσιών ώστε οι ιατρικές πράξεις να είναι περισσότερες από τις αναγκαίες. Το σύστημα αυτό χρησιμοποιούνταν στις ΗΠΑ και σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες, ώσπου να υιοθετήσουν τα DRGs.
- Αποζημίωση ανά γραμμή προϋπολογισμού:
 - βασίζεται σε ιστορικό δεδομένων,

- μπορεί να είναι υπηρεσίες ή εισροές
- Προοπτικοί σφαιρικοί προϋπολογισμοί:
 - αποτελεσματικό εργαλείο κόστους
 - αδυναμία και αδιαφάνεια στην κατανομή των πόρων
 - πιθανή αλλαγή στη σύνθεση και τον όγκο των περιστατικών
 - δεν έχουν κίνητρο οι ασθενείς να μειώσουν τις ουρές αναμονής, τις μέρες νοσηλείας και να κινηθούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
 - το νοσοκομείο προσπαθεί να κινηθεί εντός προϋπολογισμού και δεν αναλώνει πόρους στην αρχή για να έχει στο τέλος
- Αποζημίωση σύμφωνα με σύστημα DRGs.

Πλεονεκτήματα:

- καλύτερη οικονομική διαχείριση, εξορθολογισμός της χρηματοδότησης του συστήματος, πληρότητα της πληροφορίας του κόστους, δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης(benchmarking) και ελέγχου καθώς και παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των πόρων,
- εξασφαλίζεται η ποιότητα της περίθαλψης λόγω του συνδυασμού της διαφάνειας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων,
- αξιολόγηση του συνολικού και ανά κατηγορία νοσοκομειακού κόστους μέσω της καταγραφής και ανάλυσης δεδομένων όπως το μείγμα των ασθενών και χρησιμοποιούμενοι πόροι (Segovia 2009),
- δίκαιη μέθοδος για τα νοσοκομεία, όσο και για τους φορείς που πληρώνουν(κράτος, ταμεία, ασφαλιστικές εταιρείες), ενώ δίνεται η δυνατότητα ελέγχου και δικαιολόγησης του χρηματοοικονομικού ρίσκου για την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση (3rd payers),
- βελτίωση στο σύστημα διανομής υπηρεσιών υγείας λόγω της μετατόπισης δραστηριοτήτων(αύξηση παραπομπών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κατ' οίκον περίθαλψη, γηροκομεία και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες λιγότερο δαπανηρές σε σχέση με τα νοσοκομεία),
- μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, με δημιουργία κινήτρων χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας που έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες ουρές στα νοσοκομεία,
- ενθαρρύνεται η εφαρμογή συστημάτων επιτήρησης και σύγκρισης,
- βελτιώνει τη διαφάνεια στην κατανομή πόρων και εξορθολογίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας,

- εναρμόνιση των μηχανισμών πληρωμής μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων,
- προτυποποίηση της διαδικασίας, μ' αυτό τον τρόπο βοηθά το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς να γνωρίζουν εκ των προτέρων το κόστος του νοσοκομειακού προϊόντος που καλούνται να αγοράσουν προς εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων τους,
- προσδιορισμένο έσοδο, για καλύτερη διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές(π.χ. υλικών),
- συσχέτιση ιατρικής διοίκησης με οικονομικό σχεδιασμό,
- βελτιώνει την οργανωτική και διοικητική λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργώντας δομές και θέσεις υπευθυνότητας (Γείτονα 2009).

Μειονεκτήματα:

- κίνδυνος υποκοστολόγησης των ακριβών θεραπειών αν δεν προβλεφθεί στην μέθοδο αποζημίωσης η κάλυψη εκτός ορίων κόστους/περιστατικών,
- κίνδυνος μειωμένης διάρκειας παραμονής και αύξηση αριθμού επανεισαγωγών,
- μειωμένος όγκος υπηρεσιών σε ορισμένα άτομα,
- μετατόπιση υπηρεσιών εκτός του νοσοκομείου και αυξημένη επιλεκτικότητα/εξειδίκευση από το νοσοκομείο σε περιορισμένα DRGs,
- αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης που απαιτούν πλήρεις και ακριβείς βάσεις δεδομένων, οι οποίες προϋποθέτουν καλή οργανωτική λειτουργία και σύγχρονα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα και επομένως εκπαίδευση υγειονομικού & διοικητικού προσωπικού και διάθεση οικονομικών πόρων. Εδώ σημαντική είναι και η διαλειτουργικότητα των συστημάτων,
- creamskimming: Εξυπηρετούνται κατά κανόνα οι περιπτώσεις που ανήκουν σε ακριβές διαγνωστικές κατηγορίες και συνεπώς οικονομικά πιο συμφέρουσες με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (Μπαλασοπούλου 2009),
- κίνδυνος απόρριψης σοβαρών περιστατικών με απρόβλεπτες επιπλοκές και προτίμηση περιστατικών με καθιερωμένες κλινικές διαδρομές,
- DRGcreep-upcoding: Το φαινόμενο της κατάταξης των περιστατικών σε DRG μεγαλύτερου κόστους μέσω του οποίου αυξάνεται ο δείκτης CMI και, συνεπώς η αποζημίωση του νοσοκομείου. Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί εδώ πρέπει να είναι αυστηροί.

2.1.2 Μηχανισμοί Περιορισμού Κόστους Αποζημίωσης με Σύστημα DRG

- Κίνητρα σε γιατρούς και ασθενείς προκειμένου να επιλέξουν τις λιγότερες δαπανηρές μορφές φροντίδας,
- Επιμερισμός του κόστους στο δικαιούχο,
- Έλεγχος των εισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας,
- Προγράμματα για τον έλεγχο της ιατρικής αναγκαιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών,
- Ιατρικές πράξεις στα εξωτερικά ιατρεία,
- Επιλεκτική διαδικασία σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

2.1.3 Κριτήρια Κατάταξης σε Ομάδες DRGs

- Την κύρια Διάγνωση(από την κύρια κατηγορία Διαγνώσεων),
- Τη δευτερεύουσα διάγνωση,
- Τυχόν επιπλοκές και συνοσηρότητα,
- Τυχόν χειρουργική επέμβαση και το είδος της,
- Ηλικία-Φύλλο,
- Έκβαση περιστατικού,
- Διάρκεια νοσηλείας.

Τα DRGs χρειάζονται παραμετροποίηση και αναμόρφωση για να μπορέσουν να εισαχθούν στην Ελλάδα, αυξημένη κωδικοποίηση για να γίνουν λειτουργικά και να καλύπτουν όλες τις σύγχρονες μεθόδους άσκησης ιατρικής πρακτικής. Η αναμόρφωση να περιλαμβάνει το σύνολο των νοσηλειών(αυτό προϋποθέτει τριπλασιασμό των κωδικών των ΚΕΝ), ημερήσια νοσήλια και επεμβατικά DRGs λαμβάνοντας υπόψιν τα DRGs άλλων χωρών (ΗΠΑ, Αυστραλία, Γερμανία), διαφορετικές διαδικασίες, όρους και προϋποθέσεις. Να περιλαμβάνει τα διεθνή θεραπευτικά πρωτόκολλα αλλά και τα ελληνικά που έχουν εκπονήσει οι ιατρικές εταιρείες και χρησιμοποιούνται κατά κόρον [4].

2.2 Περιγραφή Συστήματος Κωδικοποίησης νοσηλειών Ελληνικών DRGs

2.2.1 Ορισμοί

Παρακάτω περιγράφονται ορισμοί όπως [5]:

Ασθενής-Ασφαλισμένος συμβεβλημένης ασφαλιστικής εταιρείας ή συμβεβλημένου φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Κάθε φυσικό πρόσωπο που εισέρχεται για νοσηλεία στο <<Νοσηλευτήριο>> και είτε έχει συνάψει ατομικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο είτε υπάγεται σε ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο το οποίο καλύπτει δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης με ασφαλιστική εταιρεία ή Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης και έχει συμβληθεί εγγράφως με το <<Νοσηλευτήριο>> και την ελεγκτική εταιρεία για τη χρήση του συστήματος κωδικοποίησης νοσηλειών σύμφωνα με τα ελληνικά DRGs για νοσηλείες που πραγματοποιούν οι ασφαλισμένοι τους στο <<Νοσηλευτήριο>>.

Νοσηλεία. Ως νοσηλεία ορίζεται η αναγκαία εισαγωγή στο νοσηλευτήριο και η παραμονή σ' αυτό, με στόχο όχι την εργαστηριακή διερεύνηση υποκειμένου νοσήματος, αλλά τη θεραπευτική αντιμετώπιση νοσήματος, η οποία ενδονοσοκομειακώς θα μπορούσε να λάβει χώρα.

Υγειονομικό υλικό. Υλικά που χρησιμοποιούνται άμεσα και αποκλειστικά κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης και / ή τη διεκπεραίωση της νοσηλείας.

Ειδικό υλικό. Υλικά μιας χρήσης, τα οποία χρησιμοποιούνται κατά τη διεξαγωγή ενός χειρουργείου ή μίας επεμβατικής διαγνωστικής πράξης.

DRGs. Κλειστό Ενοποιημένο νοσήλιο, το οποίο περιλαμβάνει έξοδα κλίνης και διατροφής, φάρμακα (πλην των εξαιρουμένων), εξετάσεις, υγειονομικό και ειδικό υλικό), αμοιβές χειρουργικής ομάδας, αναισθησιολόγου/θεραπόντων ιατρών, ιατρικές επισκέψεις και πράξεις συμβούλων ιατρών. Το DRGs περιλαμβάνει επίσης όλες τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, όπως ενδεικτικά την αφαίρεση ραμμάτων, καθώς και όσες μετεγχειρητικές αλλαγές τραυμάτων χρειαστούν.

Βασικό DRGs. Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο, σταθμισμένο για την κάλυψη νοσηλείας χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές ή βαρείες συνυπάρχουσες παθήσεις. Στην περιγραφή του περιλαμβάνεται η ένδειξη <<χωρίς σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές>>.

Επαυξημένο DRGs. Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο σταθμισμένο για την κάλυψη νοσηλείας με επιπλοκές ή βαρείες συνυπάρχουσες παθήσεις. Στην περιγραφή του περιλαμβάνεται η ένδειξη <<με μέτριας βαρύτητας ή με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές>>.

Επεμβατικό DRGs. Ορίζεται ως το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο το οποίο καλύπτει διακριτές ιατρικές πράξεις / επεμβάσεις εντός της νοσηλείας, όπως ενδεικτικά η τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής, η αιμοκάθαρση ή η γαστροσκόπηση.

Μέγιστη Διάρκεια Νοσηλείας. Ορίζεται ως η μέγιστη προβλεπόμενη διάρκεια ημερών νοσηλείας που αντιστοιχεί σε κάθε DRGs.

Ημερήσιο νοσήλιο. Αποζημίωση νοσηλείας μέγιστης διάρκειας 24 ωρών, στην οποία περιλαμβάνονται τα έξοδα κλίνης και διατροφής, εξετάσεις, φάρμακα(εξαιρουμένων των χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων και βιολογικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται σε χημειοθεραπείες), υγειονομικό και ειδικό υλικό, αμοιβές θεράποντων ιατρών, ιατρικές επισκέψεις και πράξεις που γίνονται εντός του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος.

Αναλόγως της διάρκειας της νοσηλείας το ημερήσιο νοσήλιο διακρίνεται σε:

- Ημερήσιο νοσήλιο βραχείας διάρκειας, με μέγιστη διάρκεια 12 ώρες,
- Ημερήσιο Νοσήλιο μακράς διάρκειας, με μέγιστη διάρκεια 24 ώρες,
Αναλόγως του είδους της νοσηλείας το ημερήσιο νοσήλιο διακρίνεται σε:
- Ημερήσιο Νοσήλιο γενικής νοσηλείας,
- Ημερήσιο Νοσήλιο χημειοθεραπείας,
- Απλή χημειοθεραπεία,
- Χημειοθεραπεία με αντλία συνεχούς έγχυσης,
- Περιοχική χημειοθεραπεία,
- Ενδοραχιαία χημειοθεραπεία,
- Ημερήσιο Νοσήλιο ακτινοθεραπείας,

Ημερήσιο Νοσήλιο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας {ΜΕΘ},
Ημερήσιο Νοσήλιο Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας {ΜΑΘ},

Ελεγκτικό ιατρείο. Οι εντεταλμένοι ιατρικοί εκπρόσωποι της Ελεγκτικής εταιρείας στο <<Νοσηλευτήριο>>, δια των οποίων η Ελεγκτική εταιρεία παρέχει υπηρεσίες προνοσηλευτικού και νοσηλευτικού ελέγχου.

Συντονιστικό κέντρο. Υπηρεσία της Ελεγκτικής Εταιρείας επιφορτισμένη με την υποδοχή αναγγελιών νοσηλείας, τη διοικητική παρακολούθηση και το συντονισμό του ιατρο-ασφαλιστικού ελέγχου.

Ιατρική Υπηρεσία. Η Ιατρική Υπηρεσία της Ελεγκτικής Εταιρείας, η οποία δίδει τις απαραίτητες εγκρίσεις νοσηλείων κατόπιν ιατρο-ασφαλιστικού ελέγχου και αποφαινεται για την κωδικοποίηση κάθε νοσηλείας κατά το σύστημα των ελληνικών DRGs.

2.3 Κανόνες Κωδικοποίησης Νοσηλείων

2.3.1 Κωδικοποίηση με τη χρήση κύριου DRGs

Κάθε νοσηλεία κωδικοποιείται με τη χρήση DRGs, ημερησίου νοσηλίου ή με συνδυασμό των δύο. Η πλειοψηφία των νοσηλείων κωδικοποιείται με ένα και μόνο DRG, το οποίο ονομάζεται **κύριο DRG** και είναι αυτό που περιγράφει την κύρια πάθηση ή την εφαρμοζόμενη κύρια θεραπεία. [4].

2.3.2 Κωδικοποίηση έκτακτης νοσηλείας

Στην περίπτωση έκτακτης εισαγωγής, ο θεράπων ιατρός σε συνεργασία με το λογιστήριο οφείλει να τοποθετεί ως αρχικό κύριο DRG αυτό που κωδικοποιεί με την εγγύτερη προσέγγιση την τρέχουσα διάγνωση τη στιγμή της εισαγωγής και εν συνεχεία, αναλόγως των κλινικών και παρακλινικών δεδομένων, δίδεται η δυνατότητα αλλαγής σε DRG που περιγράφει το επακριβές αντικείμενο της νοσηλείας. Επί παραδείγματι, σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση τοποθετείται αρχικά το DRG με μία ημέρα μέγιστη διάρκεια νοσηλείας. Εάν η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αναδείξει οξύ ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα που χρήζει χειρουργικής επέμβασης, τότε γίνεται αλλαγή του DRG.

Οι έκτακτες νοσηλείες που δεν περιλαμβάνουν χειρουργικές επεμβάσεις ή οποιουδήποτε είδους επεμβατικές πράξεις και διαρκούν μία ημέρα θα πρέπει να κωδικοποιούνται με DRG μέγιστης διάρκειας μίας ημέρας, εφόσον υφίσταται συναφής κωδικός. Επί παραδείγματι, σε ασθενή με προκάρδιο άλγος που παρέμεινε 1 ημέρα τοποθετείται το συναφές DRGs, ενώ σε ασθενή με βήχα και συμπτώματα αναπνευστικού που παρέμεινε 1 ημέρα και πήρε εξιτήριο τοποθετείται το αντίστοιχο DRGs [4].

2.3.3 Κωδικοποίηση προγραμματισμένης νοσηλείας

Ο θεράπων ιατρός σε συνεργασία με το λογιστήριο ασθενών τοποθετεί κατά την εισαγωγή το DRG ή (στην ειδική περίπτωση προγραμματισμένης χημειοθεραπείας / ακτινοθεραπείας) το ημερήσιο νοσήλιο που εκτιμά ότι προσεγγίζει καλύτερα το αντικείμενο της νοσηλείας, με όρους και κριτήρια αποκλειστικά ιατρικά και βασιζόμενος στην άσκηση της βέλτιστης ιατρικής πρακτικής, ενώ ως κριτήριο καταλληλότητας συνεκτιμάται και η πιθανολογούμενη διάρκεια νοσηλείας εν συγκρίσει με τη μέγιστη διάρκεια νοσηλείας του τοποθετούμενου DRG [4].

2.3.4 Κωδικοποίηση με διαβάθμιση DRGs

Μεγάλος αριθμός DRGs διαβαθμίζονται σε **βασικά DRGs**, στην περιγραφή των οποίων περιλαμβάνεται η διευκρίνιση «χωρίς σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές» και **επαυξημένα DRGs** στα οποία η ίδια περιγραφή νοσηλείας συμπληρώνεται με την ένδειξη «με μέτριας βαρύτητας ή με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές».

Κατά την εισαγωγή, εφόσον υφίσταται η σχετική διαβάθμιση, επιτρέπεται η τοποθέτηση μόνο βασικού DRG για την περιγραφή της συγκεκριμένης νοσηλείας. Η μετάβαση από το βασικό κύριο DRG στο αντίστοιχο επαυξημένο κύριο DRG γίνεται μόνο εφόσον ταυτόχρονα εκπληρώνονται και οι ακόλουθες δύο προϋποθέσεις:

- α) η νοσηλεία παρατείνεται πέραν της μέγιστης διάρκειας νοσηλείας του αρχικά τοποθετημένου βασικού DRG και
- β) υπάρχει τεκμηριωμένη σοβαρή συνυπάρχουσα πάθηση ή επιπλοκή που δικαιολογημένα, βάσει της βέλτιστης ιατρικής πρακτικής, κρίνεται ότι παρατείνει τη νοσηλεία πέραν του συνήθους χρόνου.

Μοναδική εξαίρεση αποτελούν τα επαυξημένα DRGs που περιγράφουν την ύπαρξη κακοήθους νόσου, οπότε επί διαπιστωμένης κακοήθειας το αντίστοιχο επαυξημένο DRG επιτρέπεται να τοποθετηθεί εξαρχής [4].

2.3.5 Κωδικοποίηση με τοποθέτηση δεύτερου DRGs

Τόσο σε έκτακτες όσο και σε προγραμματισμένες νοσηλείες δύναται, υπό προϋποθέσεις, η δυνατότητα τοποθέτησης έως και δεύτερου κύριου DRG. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το πρώτο κύριο DRG αποζημιώνεται στο 100% της αξίας του και το δεύτερο στο 50% αυτής.

Η τοποθέτηση δεύτερου DRG επιτρέπεται εφόσον πληρούνται τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) εάν η νοσηλεία ξεπερνά τη μέγιστη διάρκεια νοσηλείας του αρχικώς τοποθετημένου πρώτου κύριου DRG (το οποίο, στις περιπτώσεις που πρόκειται για κωδικό με διαβάθμιση, αναμένεται να είναι ένα επαυξημένο DRG) και σωρευτικά διαπιστώνεται η ύπαρξη και ετέρου νοσήματος.

β) εάν εντός νοσηλείας διενεργούνται πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις διαφορετικών χειρουργικών ειδικοτήτων.

γ) όταν εντός νοσηλείας διενεργούνται πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις της ίδιας ειδικότητας που αφορούν διαφορετικές ανατομικές δομές και κωδικοποιούνται από διαφορετικά DRGs.

δ) εάν εντός νοσηλείας διενεργούνται χειρουργικές επεμβάσεις και επεμβατικές πράξεις που δεν ταξινομούνται στη λίστα των επεμβατικών DRGs [4]

Η σειρά τοποθέτησης των δύο κύριων DRGs αποφασίζεται από τον θεράποντα ιατρό σε συνεργασία με το «Νοσηλευτήριο» και ακολουθεί τον γενικό κανόνα ότι προηγείται το DRG με την υψηλότερη βαρύτητα ιατρικών επεμβάσεων/πράξεων, ασχέτως της χρονικής διαδοχής των τοποθετημένων DRGs εντός της νοσηλείας.

Στη περίπτωση τοποθέτησης δύο κύριων DRGs, οι μέγιστες διάρκειες νοσηλείας τους αθροίζονται [4].

2.3.6 Κωδικοποίηση με επεμβατικά DRGs

Μοναδική εξαίρεση στον κανόνα της τοποθέτησης μέχρι δύο κύριων DRGs αποτελούν τα επεμβατικά DRGs, τα οποία περιγράφουν διακριτές ιατρικές πράξεις /

επεμβάσεις εντός της νοσηλείας. Τα επεμβατικά DRGs τοποθετούνται ως επιπρόσθετα του κύριου ή των κυρίων DRGs και για όσες φορές έχουν πραγματοποιηθεί οι ιατρικές πράξεις / επεμβάσεις που περιγράφουν. Αποζημιώνονται στο 100% της αξίας τους, ενώ η διάρκειά τους δεν αθροίζεται στη μέγιστη διάρκεια των κύριων DRGs.

Σημειώνεται ότι τα επεμβατικά DRGs τοποθετούνται κατά περίπτωση εξίσου ως κύρια DRGs σε αντίστοιχες νοσηλείες, όπως ενδεικτικά η τοποθέτηση port-a-cath, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο μίας μεγαλύτερης νοσηλείας ή να αποτελεί μία αυτοτελή βραχεία νοσηλεία [4].

2.3.7 Εξαρχής χρέωση ημερήσιου νοσηλίου

Ημερήσιο νοσήλιο δύναται να χρεώνεται εξαρχής, στις εξής περιπτώσεις:

- α) σε προγραμματισμένη χημειοθεραπεία, όπου αναλόγως της διάρκειας και του είδους της θεραπείας τοποθετείται το αντίστοιχο ημερήσιο νοσήλιο χημειοθεραπείας για όσες ημέρες διαρκεί η θεραπεία. Τις ημέρες που δεν χορηγείται χημειοθεραπευτικό φάρμακο αλλά γίνεται προετοιμασία, όπως π.χ. ενυδάτωση, χρεώνεται ημερήσιο νοσήλιο γενικής νοσηλείας-βραχείας διάρκειας.
- β) σε προγραμματισμένη ακτινοθεραπεία.
- γ) σε νοσηλεία σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ που άρχεται κατευθείαν με την εισαγωγή του ασθενούς και δεν ακολουθείται από νοσηλεία σε κλίνη για διάφορους λόγους (π.χ. διακομιδή σε άλλο Νοσοκομείο, θάνατος) [4].

2.3.8 Τοποθέτηση ημερήσιου νοσηλίου σε συνδυασμό με DRG

Ημερήσιο νοσήλιο σε συνδυασμό με DRG μπορεί να τοποθετηθεί στις εξής περιπτώσεις:

- α) σε περίπτωση υπέρβασης της μέγιστης διάρκειας νοσηλείας διαδοχικά του κύριου, επαυξημένου κύριου (εφόσον υφίσταται η διαβάθμιση και πληρούνται οι προϋποθέσεις τοποθέτησης του αντίστοιχου κωδικού) ή δύο κύριων DRGs.
- β) σε περίπτωση διενέργειας έκτακτης χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας κατά τη διάρκεια μη προγραμματισμένης νοσηλείας.
- γ) σε περίπτωση έκτακτης εισαγωγής σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ στο πλαίσιο νοσηλείας, στην οποία έχουν τοποθετηθεί κύριο ή κύρια DRGs.

δ) σε περίπτωση νοσηλείας για προγραμματισμένη χημειοθεραπεία όπου τοποθετείται κεντρική φλεβική γραμμή / port a cath.

Στις περιπτώσεις που η κωδικοποίηση της νοσηλείας πραγματοποιείται με συνδυασμό ημερήσιου νοσηλίου και DRG, οι ημέρες νοσηλείας που καλύπτονται με ημερήσιο νοσήλιο αθροίζονται στη μέγιστη διάρκεια νοσηλείας του τοποθετημένου κύριου DRG ή του αθροίσματος των τοποθετημένων κύριων DRGs [4].

2.4 Διαδικασία κωδικοποίησης νοσηλειών και διαδικασία έγκρισης

2.4.1 Κατά την εισαγωγή

Το Ελεγκτικό ιατρείο στο «Νοσηλευτήριο» ή το ίδιο το «Νοσηλευτήριο» εφόσον δεν υπάρχει Ελεγκτικό ιατρείο αναγγέλλει στο Συντονιστικό Κέντρο της Ελεγκτικής Εταιρείας την εισαγωγή του / της ασθενούς μέσω της ειδικής διαδικτυακής πλατφόρμας της εταιρείας. Ειδικότερα, συμπληρώνονται η αιτία εισόδου, το ή τα ICD-10 εισαγωγής και το ή τα προτεινόμενα DRGs εισαγωγής, σύμφωνα με τους Κανόνες Κωδικοποίησης Νοσηλειών, ως περιγράφονται ανωτέρω. Ταυτόχρονα, μεταφορτώνονται (upload) σε ψηφιακή μορφή στην πλατφόρμα, όλα τα σχετικά με τη νοσηλεία έγγραφα του ασθενούς και συγκεκριμένα, η φωτοτυπία του βιβλιαρίου του, το έντυπο συγκατάθεσης για την επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων υπογεγραμμένο από τον ίδιο και τυχόν απεικονιστικές ή / και παρακλινικές εξετάσεις.

Για νοσηλείες που κωδικοποιούνται με συγκεκριμένα DRGs μπορεί να απαιτείται, λόγω ύπαρξης σχετικού κανόνα αυτόματου ελέγχου, η υποχρεωτική προσκόμιση από τον ασθενή καθορισμένης δέσμης παρακλινικών εξετάσεων προς τεκμηρίωση της αιτίας εισόδου (Αναγκαία Έγγραφα), δίχως την πλήρη υποβολή των οποίων δεν μπορεί να δοθεί πλήρης αρχική κάλυψη.

Με την ολοκλήρωση της εισαγωγής των δεδομένων και τη μεταφόρτωση των προβλεπόμενων ψηφιακών αρχείων στη διαδικτυακή πλατφόρμα, η Ιατρική υπηρεσία σε συνεργασία με τη συμβεβλημένη Ασφαλιστική Εταιρεία ή το Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης πραγματοποιούν το συντομότερο και σε κάθε περίπτωση το αργότερο εντός 24 ωρών, ιατρο- ασφαλιστικό έλεγχο, ο οποίος συνίσταται στη διαπίστωση 1) ότι πράγματι υφίσταται το νόσημα για το οποίο πραγματοποιείται η νοσηλεία, 2) ότι έχει επιλεγεί ο ορθός κωδικός DRG ή ημερήσιου νοσηλίου, 3) ότι υφίσταται ενεργό ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή καλύπτεται από το Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που καλύπτει την υπό κρίση νοσηλεία.

Κατόπιν ολοκλήρωσης του ιατρο-ασφαλιστικού ελέγχου η ιατρική υπηρεσία καταχωρεί στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς στην ηλεκτρονική πλατφόρμα, μία εκ των ακόλουθων απαντήσεων επί των αρχικά τοποθετημένων DRGs ή Ημερήσιων νοσηλίων:

- Πλήρης Αρχική Κάλυψη με αποδοχή της αρχικής πρότασης DRG,
- Πλήρης Αρχική Κάλυψη με άρνηση της αρχικής πρότασης DRG και αντιπρόταση,
- Μερική Αρχική Κάλυψη με αποδοχή αρχικής πρότασης DRG,
- Μερική Αρχική Κάλυψη με άρνηση της αρχικής πρότασης DRG και αντιπρόταση,
- Αρχική απόρριψη ιατρικής αιτιολογίας,
- Αρχική απόρριψη ασφαλιστικής αιτιολογίας.

Η άρνηση της αρχικής πρότασης DRG και αντιπρόταση αφορά περιπτώσεις που κατόπιν του ιατρο-ασφαλιστικού ελέγχου διαπιστώνεται ότι έχει επιλεγεί μη ορθό DRGs, δηλαδή, DRGs που δεν ανταποκρίνεται στην υπό κρίση νοσηλεία.

Η μερική αρχική κάλυψη αφορά περιπτώσεις όπου αναμένονται οι αναγκαίες προ εισαγωγής εξετάσεις (Αναγκαία Έγγραφα) ή αναμένονται στοιχεία από την εξέλιξη της νοσηλείας που ενδέχεται να αλλάξουν την αρχική κάλυψη, όπως επί παραδείγματι η ιστολογική έκθεση επί βιοψίας για το ενδεχόμενο συγγενούς πάθησης(αφορά την ασφαλιστική εταιρεία).

Η αρχική απόρριψη ιατρικής αιτιολογίας αφορά περιπτώσεις «μη αναγκαίας νοσηλείας». Το «Νοσηλευτήριο» διατηρεί το δικαίωμα να μεταφορτώσει τις αναγκαίες ιατρικές γνωματεύσεις και/ή εξετάσεις προκειμένου να αιτιολογήσει την αναγκαιότητα της νοσηλείας. Η Ιατρική Υπηρεσία δύναται μετά από εκτίμηση των νέων ιατρικών εγγράφων να μετατρέψει την εκτίμησή της από αρχική απόρριψη ιατρικής αιτιολογίας σε κάλυψη. Ρητά συμφωνείται ότι η αρχική απόρριψη ιατρικής αιτιολογίας σε καμία περίπτωση δεν συνιστά ιατρικού χαρακτήρα υπόδειξη προς τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος παραμένει αποκλειστικά υπεύθυνος για την εφαρμογή της θεωρούμενης ως ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής και για μόνος αρμόδιος να αποφασίσει τη συνέχιση ή μη έκαστης νοσηλείας. Η αρχική απόρριψη ασφαλιστικής αιτιολογίας αφορά περιπτώσεις «μη ασφαλιστικής κάλυψης» [4].

2.4.2 Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Το «Νοσηλευτήριο» καθημερινά καταχωρεί στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή, που διατηρεί στην ηλεκτρονική πλατφόρμα, το διάγραμμα ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, κορεσμός οξυγόνου) του τελευταίου 24ώρου.

Εάν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας προκύψει εκ μέρους του «Νοσηλευτηρίου» ανάγκη αλλαγής του αρχικού DRG ή προσθήκης νέων DRGs (κύριων / επεμβατικών) ή ημερήσιων νοσηλίων, αυτά καταχωρούνται σε αντίστοιχο πεδίο στη διαδικτυακή πλατφόρμα και με ειδική σήμανση ενημερώνεται η ιατρική υπηρεσία της Ελεγκτικής Εταιρείας που οφείλει άμεσα να απαντήσει επιλέγοντας ένα από τα κάτωθι:

- Πλήρης έγκριση μεταβολής (αλλαγής / προσθήκης)DRG,
- Μερική έγκριση μεταβολής (απαιτείται η προσκόμιση ειδικού παρακλινικού ελέγχου),
- Σε εκκρεμότητα - αποστολή Ελεγκτή Ιατρού για επιτόπιο έλεγχο ,
- Απόρριψη μεταβολής - αντιπρόταση με έτερο DRG.

Την ημέρα που ολοκληρώνεται η μέγιστη διάρκεια νοσηλείας του τοποθετημένου αρχικού DRG / Ημερήσιου νοσηλίου το «Νοσηλευτήριο» οφείλει είτε να δηλώσει πέρας της νοσηλείας ή, σε περίπτωση συνέχισής της, να καταχωρήσει άμεσα την αναγκαία μεταβολή των τοποθετημένων DRGs / Ημερήσιων νοσηλίων, σύμφωνα με την προαναφερθείσα διαδικασία. [4].

2.4.3 Κατά το πέρας της νοσηλείας

Ο θεράπων ιατρός σε συνεργασία με το λογιστήριο του «Νοσηλευτηρίου» οφείλει να τοποθετήσει τον τελικό συνδυασμό DRGs ή/και Ημερήσιων νοσηλίων, επί των οποίων η Ιατρική Ομάδα οφείλει να αποφανθεί επιλέγοντας ένα από τα κάτωθι:

- Πλήρης Τελική Κάλυψη με αποδοχή της αρχικής πρότασης DRG
- Πλήρης Τελική Κάλυψη με άρνηση της αρχικής πρότασης DRG-αντιπρόταση
- Τελική απόρριψη ιατρικής αιτιολογίας
- Τελική απόρριψη ασφαλιστικής αιτιολογίας

Στην δεύτερη και τρίτη περίπτωση εφόσον το «Νοσηλευτήριο» διαφωνεί με την απόφαση της Ιατρικής Ομάδας της Ελεγκτικής Εταιρείας διατηρεί το δικαίωμα προσφυγής στη διαδικασία της Διαιτησίας, όπως περιγράφεται στο Παράρτημα 2 στην ενότητα 2.4.

Διευκρινίζεται ότι σε περίπτωση τελικής απόρριψης ασφαλιστικής αιτιολογίας, η ασφαλιστική εταιρεία είναι η μόνη και αποκλειστικά υπεύθυνη να αποφασίσει για την εξέλιξη του περιστατικού. [4]

2.4.4 Τροποποίηση καταλόγου DRGs

Για τη χρήση των νέων ή τροποποιημένων κωδικών DRGs θα υπογράφεται σχετικό πρακτικό, από την ημερομηνία υπογραφής του οποίου θα άρχεται και η χρήση των νέων ή τροποποιημένων κωδικών DRGs, ενώ σε κάθε περίπτωση, με τη συμπλήρωση έτους, θα εντάσσονται όλοι οι νέοι κωδικοί DRGs, διαδικασία που θα ακολουθείται κατ' έτος εφεξής. [4]

[4] <https://instdrq.gr/%cf%83%cf%8d%cf%83%cf%84%ce%b7%ce%bc%ce%b1-drg/>

2.4.5 Διεθνείς Πρακτικές Εισαγωγής των DRGs

Παρακάτω γίνεται μια ανασκόπηση από σύγχρονες μελέτες της επιρροής του συστήματος DRG στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Σύμφωνα με την μελέτη του Borden (1988), στις Η.Π.Α το 1983, με την εφαρμογή της μεθόδου DEA –λόγος και ανάλυση παλινδρόμησης- σε 52 νοσοκομεία στο New Jersey, σαν εκροές θεωρήθηκαν α) Αριθμός νοσηλειών για τις 8 κατηγορίες DRG με το μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών, (β) αριθμός των νοσηλειών για τις υπόλοιπες κατηγορίες DRG και σαν εισροές θεωρήθηκαν ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων, (β) αριθμός των νοσηλευτών, (γ) άλλες μη εργοδοτικές δαπάνες, (δ) αριθμός των κλινών. Στις παραπάνω μεταβλητές δεν περιλαμβάνεται η ποιότητα. Στην παραπάνω μελέτη παρατηρήθηκε ότι η μεταρρύθμιση στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων δεν είχε θετική επιρροή στην τεχνική αποδοτικότητα. Ακόμη η μελέτη των Chern & Wan, (2000) που αφορούσε εκ νέου τις ΗΠΑ και εκπονήθηκε από το 1984 έως 1993 εφαρμόζοντας της μέθοδο DEA με δείγμα μεγαλύτερο αυτή την φορά καθώς αφορούσε 80 νοσοκομεία στην Virginia, χρησιμοποιώντας σαν εκροές : (α) τον αριθμό των εξιτηρίων από ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (case mixadjusted inpatient discharges), (β) τις επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά και στα εξωτερικά ιατρεία, και σαν εισροές: (α) τον αριθμό των κλινών, (β) τον αριθμό των εργαζομένων εκτός των ιατρών και τον σταθμισμένο αριθμό των εργαζομένων με καθεστώς μερικής απασχόλησης, (γ) τις λειτουργικές δαπάνες εκτός της μισθοδοσίας, του κεφαλαίου και των αποσβέσεων χωρίς να περιλαμβάνεται η ποιότητα είχε σαν αποτέλεσμα να μην παρατηρηθεί σημαντική στατιστική διαφορά στην τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων κατά τα έτη 1984 και 1993, αλλά όμως το ποσοστό των αποδοτικών νοσοκομείων ήταν υψηλότερο κατά το έτος 1993.

Στην Πορτογαλία το 1990, σύμφωνα με την μελέτη των Dismuke & Sena (1999), χρησιμοποιώντας την μέθοδο των δύο σταδίων (two stages): (α) DEA και εκτίμηση μεγίστης πιθανοφάνειας στοχαστικών συνόρων, (β) ανάλυση παλινδρόμησης σε δείγμα: 2 DRGs: (α) ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, (β) ασθενών με ειδικές εγκεφαλοαγγειακές διαταραχές εκτός παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων και εκροές: (α) τον αριθμό των εξιτηρίων των ασθενών που επιβίωσαν ανά κατηγορία DRG, (β) τον αριθμό των εξιτηρίων που δεν επιβίωσαν ανά κατηγορία DRG, και ως εισροές: με κύρια μεταβλητή των αριθμό των εξετάσεων με τη χρήση (α) του αξονικού τομογράφου, (β) του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, (γ) του υπερηχοκαρδιογραφήματος όπου στην ποιότητα να υπάρχει διακριτή διαφορά ανάμεσα στις επιθυμητές εκροές (εξιτήρια των ασθενών που επιβίωσαν) και στις μη επιθυμητές εκροές (εξιτήρια των ασθενών που δεν επιβίωσαν), είχε ως αποτέλεσμα για ένα

ποσοστό ασθενών που λάβανε αποζημίωση μέσω DRGs να παρατηρηθεί θετική επιρροή στην παραγωγικότητα. Επίσης, στην Πορτογαλία το 1990 με νεότερη μελέτη των Dismuke & Sena (2001), με χρήση της μεθόδου: MalmquistLuenberger index και δείγμα: 2 DRGs έχοντας ως εκροές: (α) τον αριθμό των εξιτηρίων των ασθενών που επιβίωσαν ανά κατηγορία DRG, (β) τον αριθμό των εξιτηρίων των ασθενών που δεν επιβίωσαν ανά κατηγορία DRG και ως εισροές ως κύρια μεταβλητή τον αριθμό των εξετάσεων με τη χρήση (α) του αξονικού τομογράφου, (β) του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, (γ) του υπερηχοκαρδιογραφήματος και με την ποιότητα να διαφέρει ανάμεσα στις εκροές που είναι επιθυμητές αναφορικά με τα εξιτήρια των ασθενών που επιβίωσαν και στις εισροές που είναι επιθυμητές σχετικά με τα εξιτήρια των ασθενών που δεν επιβίωσαν, είχε ως αποτέλεσμα το θετικό πρόσημο στην παραγωγικότητα των νοσοκομείων με την εισαγωγή των DRGs.

Στην Σουηδία στις αρχές του 1990, σύμφωνα με τους Gerdtham et al (1999b), σε δείγμα 26 countrycouncils χρησιμοποιώντας την μέθοδο των δύο σταδίων (two stages): (α) DEA, (β) Ανάλυση παλινδρόμησης και χρησιμοποιώντας μεταβλητές ως εκροές: (α) τα εξιτήρια των χειρουργείων, (β) τα εξιτήρια σύντομης νοσηλείας, (γ) τις χειρουργικές επεμβάσεις σύντομης νοσηλείας, (δ) τις ιατρικές επισκέψεις στη μετεγχειρητική φροντίδα σύντομης νοσηλείας, (ε) τις ιατρικές επισκέψεις στην εσωτερική παθολογία και σαν εισροές: α) το συνολικό κόστος της σύντομης νοσηλείας, (β) τον αριθμό των κλινών χωρίς να περιλαμβάνεται στις μεταβλητές η ποιότητα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι υπηρεσίες που προσέφεραν τα νοσοκομεία ήταν περισσότερο αποδοτικές σε καθεστώς ανταγωνισμού και αποζημίωσης με βάση τις παραγόμενες υπηρεσίες, σε σύγκριση με αυτές που αποζημιώνονται με τη μέθοδο του προϋπολογισμού. Οι δυνητικές περικοπές κόστους υπολογίζονται σε 13%. Στην ίδια μελέτη, χρησιμοποιώντας την μέθοδο των πολλαπλών εκροών σε σχέση με την ανάλυση στοχαστικών συνόρων στο ίδιο δείγμα όπως προαναφέρθηκε, κάνοντας χρήση εξαρτημένων μεταβλητών όπως: α) τις επεμβάσεις που υποβλήθηκαν οι ασθενείς, β) τα εξιτήρια, γ) τις ιατρικές επισκέψεις αλλά και χρήση ανεξάρτητων μεταβλητών όπως: α) το κόστος, β) τις διαθέσιμες κλίνες, γ) το έτος, δ) μεταβλητές που περιλαμβάνουν την επίδραση της μεταρρύθμισης ε) μεταβλητές που αφορούν στο νέο σύστημα αποζημίωσης στ) στην πολιτική πλειοψηφία, ζ) στην αναλογία του πληθυσμού σε ηλικία άνω των 70 ετών, η) στην αναλογία των επισκέψεων που έχουν πραγματοποιηθεί σε ιδιωτικό ιατρείο, θ) στις επισκέψεις που έχουν πραγματοποιηθεί σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο χωρίς να περιλαμβάνεται η μεταβλητή της ποιότητας είχε ως αποτέλεσμα με το να υιοθετηθεί η αποζημίωση σε συνάρτηση των παραγόμενων εκροών μα αυξηθεί η τεχνική αποδοτικότητα κατά μέσο όρο στο 9,7%.

Στην Αυστρία το 1997, με σχετική μελέτη του Som-mersguterReichmann (2000), κάνοντας χρήση της μεθόδου DEA/Malmquist σε δείγμα 22 νοσοκομείων χρησιμοποιώντας ως μεταβλητές εκροών: (α) τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα εξωτερικά ιατρεία, β) τις πιστωτικές μονάδες που δηλώνονται από κάθε νοσοκομείο πολλαπλασιασμένες με ένα συντελεστή διεύθυνσης (για να ξεχωρίζουν τα νοσοκομεία ανάλογα με τον τύπο τους), και ως μεταβλητές εισροών: α) των αριθμό των εργαζομένων, β) τις νοσοκομειακές κλίνες, γ) τις δαπάνες που απαιτούνται για τις εξωτερικές ιατρικές υπηρεσίες χωρίς να περιλαμβάνεται η μεταβλητή της ποιότητας είχε ως αποτέλεσμα να βελτιωθεί η τεχνολογική αποδοτικότητα των νοσοκομείων χωρίς όμως να βελτιωθεί η τεχνική αποδοτικότητα.

Στην Νορβηγία το 1997, σύμφωνα με τους Biorn et al(2003), χρησιμοποιώντας την μέθοδο των δύο σταδίων (twostages): (α) DEA, (β) ανάλυση παλινδρόμησης σε δείγμα 48 νοσοκομείων και με μεταβλητές εκροών: (α) τον αριθμό των εξιτηρίων (case mix-adjusted discharges) όπου περιλαμβάνονται οι νοσηλείες της ημέρας, (β) οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σταθμισμένες από την τιμή που ορίζεται από το κράτος για κάθε επίσκεψη, και ως μεταβλητές εισροών: α) ο αριθμός των ιατρών, β) ο αριθμός των υπόλοιπων εργαζομένων, γ) οι ιατρικές δαπάνες, δ) τα συνολικά έξοδα που τρέχουν (για να γίνει μέτρηση του κόστους και της αποδοτικότητας) χωρίς να περιλαμβάνεται η μεταβλητή της ποιότητας είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας με την είσοδο του συστήματος αποζημίωσης DRG, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα είχαν μια σχετική διακύμανση ανάλογα με την αποδοτικότητά-κόστος. Σε νεότερη μελέτη που εκπονήθηκε για την περίπτωση της Νορβηγίας (Hagen et al, 2006), χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των δύο σταδίων (twostages): (α) DEA, (β) ανάλυση παλινδρόμησης με δείγμα 48 νοσοκομεία, και ως μεταβλητές εκροών: (α) ο αριθμός των εξιτηρίων (case mix-adjusted discharges), (β) οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σταθμισμένες με την κυβερνητική αποζημίωση ανά επίσκεψη και ως μεταβλητές εισροών: α) ο αριθμός των ιατρών, β) ο αριθμός των υπόλοιπων εργαζομένων, γ) οι ιατρικές δαπάνες, δ) τα συνολικά έξοδα που τρέχουν για να υπολογιστεί ο δείκτης κόστος σε σχέση με την αποδοτικότητα χωρίς στα παραπάνω να περιλαμβάνεται η μεταβλητή της ποιότητας. Από την μελέτη παρατηρήθηκε ότι μπορεί η τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων να αυξήθηκε μέσω του συστήματος αποζημίωσης αλλά οι μεταβλητές κόστος και αποδοτικότητα δεν ήταν ιδιαίτερα σημαντικές.

Τέλος, σύμφωνα με την μελέτη των (Linna et al, 2006), για την περίπτωση της Φιλανδίας σε σύγκριση με την περίπτωση της Νορβηγίας το 1997, χρησιμοποιώντας την μέθοδο DEA σε 47 νοσοκομεία της Φιλανδίας και σε 51 νοσοκομεία της Νορβηγίας με μεταβλητές εκροών: (α) τον αριθμό των εισαγωγών ανά κατηγορία DRG, (β) τον

σταθμισμένο αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, (γ) τον σταθμισμένο αριθμό των νοσηλείων της ημέρας, (δ) τις ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ως εισροές: (α) το καθαρό κόστος λειτουργίας χωρίς στα παραπάνω να περιλαμβάνεται η ποιότητα είχε ως αποτέλεσμα το κόστος και η αποτελεσματικότητα κατά μέσο όρο να είναι χαμηλότερο στα νοσοκομεία της Νορβηγίας.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, κατά πρώτο λόγο την πλειοψηφία της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας κατέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία και ακολουθούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Νεκτάριος, 2010). Στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας επικρατεί η μικτή χρηματοδότηση η οποία περιλαμβάνει την συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στο θέμα των πληρωμών, τους ασφαλιστικούς φορείς και τέλος ένα ποσοστό συμμετοχής των ιδιωτών. Είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα κίνητρα για την καλύτερη παραγωγικότητα των νοσοκομείων δεν υφίστανται, όπως και οι ποινές από πειθαρχικά συμβούλια είναι ανύπαρκτες. Επίσης, παρατηρείται η έλλειψη του ελέγχου ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα της εργασίας αλλά και του έργου που παράγεται (Υφαντόπουλος, 2006 & Πολύζος, 2000). Το ελληνικό Υπουργείο Υγείας έως το 2009, δεν είχε στην κατοχή του τον απαραίτητο εξοπλισμό ώστε να μπορεί να γίνει αξιόπιστα και ολοκληρωμένα η συλλογή των απαραίτητων στοιχείων σε ότι αφορά την κοστολόγηση και την λειτουργία των νοσοκομείων με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η ικανότητα παρακολούθησης των οικονομικών των νοσοκομείων αλλά και της γενικότερης λειτουργίας τους. Με σκοπό να ξεπεραστούν τα παραπάνω εμπόδια το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε μια διαδικτυακή πλατφόρμα με την ονομασία ESY.net με στόχο να έχει στην κατοχή του αξιόπιστα και ολοκληρωμένα δεδομένα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Με αυτόν τον τρόπο, κάθε ελληνικό νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να προσκομίζει στατιστικά στοιχεία τα οποία αφορούν τα έσοδά τους, τους μισθούς του προσωπικού, τα ιατρικά έξοδα και λοιπά στοιχεία που έχουν να κάνουν με τον μηνιαίο φόρτο εργασίας τους όπως ο αριθμός των εισαγωγών αλλά και ο αριθμός των εξωτερικών ασθενών. Με Νόμο του 2011, «*διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*» έγινε μια προσπάθεια συντονισμού στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία (ΟΠΑΔ, ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ) σε μορφή ΝΠΔΔ, η οποία εστίασε από την πλευρά όλων των ταμείων τις συμβάσεις με γιατρούς και με διαγνωστικά κέντρα αλλά και τις τιμές. Συνεπώς μέσω του ΕΟΠΠΥ, τα ταμεία έχουν μηχανογραφηθεί έχοντας πλέον μεγαλύτερη δύναμη. Το ελληνικό σύστημα υγείας έως τώρα υπήρξε ανοικτό σε ότι αφορά την χρηματοδότησή του με αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να κάνουν τις πληρωμές των εκάστοτε ιατρικών πράξεων. Όπως έχει αναφερθεί και σε άλλα σημεία της παρούσας εργασίας η λειτουργία του ΕΟΠΠΥ αφορά την συλλογή των εσόδων από τις εισφορές των

εργαζομένων αλλά και από την κρατική συμμετοχή, όπως επίσης και την σύναψη ιδιωτικών και δημοσίων συμβάσεων με προμηθευτές νοσοκομειακής αλλά και έξω-νοσοκομειακής περίθαλψης. Έχοντας αναπτύξει έναν μηχανισμό που κατ'ουσίαν ελέγχει τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα αλλά και την πάσα οικονομική δραστηριότητα των νοσοκομείων με την εισαγωγή benchmarking (χωρίς yardstick) στο εθνικό σύστημα υγείας. Έτσι από το 2012, τα οικονομικά των ελληνικών νοσοκομείων γίνονται με βάση του συστήματος DRG, καταργώντας αυτόματα τα τιμολόγια που εκδίδονταν για τα ημερήσια νοσήλεια και τις ιατρικές πράξεις. Για να δομηθεί ο ελληνικός μηχανισμός αποζημίωσης, αξιοποιήθηκε η διεθνής εμπειρία άλλων χωρών με συστήματα υγείας που μοιάζουν με αυτό του ελληνικού κράτους σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών αλλά και τον τρόπο χρηματοδότησης. Το ελληνικό Υπουργείο Υγείας αλλά και ειδικοί επιστήμονες προσάρμοσαν στα ελληνικά δεδομένα το αυστραλιανό μοντέλο (version 6.0, 2008–2009) αλλά και το γερμανικό μοντέλο (version 2011) DRG. Η επιλογή αυτή έγινε λόγω του ότι η Ελλάδα έχει προβλήματα παραγωγικότητας αλλά και απουσία ορθής ταξινόμησης των πόρων με βάση τα κριτήρια ζήτησης (Schmid & Gotze, 2009). Όταν χρησιμοποιήθηκε το νέο σύστημα και εφαρμόστηκε στα μεγάλα νοσοκομεία, δίνοντας έμφαση στην αποζημίωση αλλά και στην καταγραφή του κόστους προσαρμόστηκαν οι τιμές στο πραγματικό κόστος των νοσοκομείων. Συνεπώς, η παραπάνω εφαρμογή είχε ως αποτέλεσμα μια μείωση κατά μέσο όρο της τάξης του 10% των αρχικών τιμών και ανά κατηγορία. Από τις 700 ομάδες που είχαν ταξινομηθεί αρχικά, ο αριθμός τους έφτασε στις 760 λόγω του ότι ένας αριθμός κατηγοριών με στα DRGs-KEN δεν είχε λάβει σωστή τιμολόγηση. Τους μήνες Οκτώβριος –Δεκέμβριος του 2011 το 33,1% των νοσηλειών έλαβε περαιτέρω αποζημίωση διότι η διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη από την προτεινόμενη τιμή. Έτσι, στο σύνολο 133 νοσοκομείων τα έσοδα ανήλθαν στα 175 εκατομμύρια ευρώ (Νόμος 3918/2011).

Το επόμενο βήμα της μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας όσο αφορά την αποζημίωση, έγκειται στην πλήρη αξιοποίηση του συστήματος DRG-KEN από τον ΕΟΠΠΥ έχοντας ως στόχο τον έλεγχο των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας με την μορφή συμβάσεων. Ακόμη, σχετικά με την μισθοδοσία του προσωπικού που εργάζεται στα ελληνικά νοσοκομεία η οποία περιλαμβάνεται στο λεγόμενο νοσοκομειακό κόστος προτείνεται να μεταφερθεί στον ΕΟΠΠΥ ώστε να συνδεθεί με την αξιολόγηση του προσωπικού αλλά και με την παραγωγικότητά τους. Από το εθνικό σύστημα υγείας απουσιάζει ένα σύστημα το οποίο θα παρέχει την απαραίτητη πληροφόρηση στους ασθενείς για την επίδοση των μονάδων υγείας με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συγκριθεί αλλά ούτε να αξιολογηθεί ο κίνδυνος. Αυτό που επικρατεί βέβαια είναι η μετάδοση της πληροφορίας

από στόμα σε στόμα κάτι που δεν αποτελεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση ώστε να διευκολύνεται ο χρήστης στο να κάνει την επιλογή του αλλά ούτε και να βελτιωθεί η απόδοση του εκάστοτε προμηθευτή.

2.5 Προτεινόμενη Λύση στον Δημόσιο Τομέα

Η ανάπτυξη του διαδικτυακού πληροφοριακού συστήματος στο Δημόσιο τομέα πρέπει να είναι ασθενοκεντρική και να είναι βασικά ένας ενιαίος ηλεκτρονικός φάκελος ο οποίος πρέπει να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά σύμφωνα με τις παρακάτω έρευνες: (Peckham, 2016), (Brown&Reynolds, 2000), (Karla, 2006), (Tangetal., 2006), (Jhaetal. , 2003):

- Αμεσότητα πραγματικού χρόνου: Καθετί που αφορά τον ασθενή(παραπεμπτικό, εξετάσεις, νοσηλείες κ.τ.λ.) πρέπει να καταγράφεται άμεσα,
- Ασφάλεια: Θα πρέπει να διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και να πραγματοποιείται πιστή καταγραφή των κλινικών ενεργειών,
- Κωδικοποίηση: Διαγνώσεις κατά ICD-10, φαρμακευτικές αγωγές κατά ATC, νοσηλείες κατά DRGs, εξετάσεις, υγειονομικό υλικό κ.τ.λ,
- Αναλυτική καταγραφή: Οποιαδήποτε ενέργεια θα καταγράφεται, είτε αφορά συνταγή φαρμάκου, είτε εξέταση, είτε κλινική νοσηλεία,
- Χρήση ιατρικών πρωτοκόλλων: Στις νοσηλείες DRGs ή οποιαδήποτε άλλη κωδικοποίηση,
- Χρήση προτύπων: Προκειμένου να καθορίζονται σε κάθε αυτοματοποιημένο φάκελο, γενικές δομές πληροφορίας και κοινά χαρακτηριστικά,
- Καταχώρηση αποτελεσμάτων: νοσηλειών-παραπεμπτικών και θα πρέπει να ακολουθείται ειδική διαδικασία προκειμένου να διαγραφεί ή να τροποποιηθεί μια πληροφορία μετά την καταχώρησή της,
- Έλεγχος σε πραγματικό χρόνο: Κάθε ενέργεια που γίνεται στον ιατρικό φάκελο, κατά συνέπεια στον ασθενή, θα πρέπει να ελέγχεται την στιγμή της καταχώρησης με δύο τρόπους: α) Σε πρώτο βαθμό αυτόματα ηλεκτρονικά βάσει κανόνων-συσχετισμών που θα έχουν ενταχθεί στο σύστημα(ειδικότητες-διαγνώσεις-φαρμακευτικές αγωγές-εξετάσεις-νοσηλείες κατά DRGs-υλικά κ.τ.λ.), β) Σε δεύτερο χρόνο με την επέμβαση της ελεγκτικής εταιρείας σε πραγματικό χρόνο,
- Διαθεσιμότητα: Σε πιστοποιημένους χρήστες και θα πρέπει να είναι στη διάθεσή τους 24/7,

- Μοναδικότητα: Μοναδικός ιατρικός φάκελος για κάθε ΑΜΚΑ,
- Χρηστικότητα: Απλή εφαρμογή μέσω διαδικτύου χωρίς να χρειάζεται εξοπλισμός, ώστε να είναι προσβάσιμος από οπουδήποτε,
- Φορητότητα: Τα συστήματα του ηλεκτρονικού φακέλου θα πρέπει να μπορούν να μεταφέρονται και να ενσωματώνονται σε διάφορα ιδρύματα, ανεξάρτητα από το υλικό, το λογισμικό και την εθνική γλώσσα που χρησιμοποιείται,
- Επεκτασιμότητα: Θα πρέπει να μπορούν να ενταχθούν εύκολα νέες εφαρμογές
- Διασυνδεσιμότητα: Θα πρέπει να εξασφαλίζεται ένα κοινό περιβάλλον για όλους τους εξουσιοδοτημένους χρήστες, επιτρέποντας τη διανομή και την ανταλλαγή δεδομένων και την αυτοματοποιημένη επεξεργασία τους σε διαφορετικά συστήματα.

Βασική αρχή είναι ότι: **κάθε ενέργεια που γίνεται στον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς (ΗΦΑ) επιφέρει οικονομικό αποτέλεσμα.** Έτσι εάν έχουμε έναν πλήρη ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο θα έχουμε άμεσα και όλα τα οικονομικά δεδομένα που απορρέουν από αυτόν. Στο σύνολό τους οι ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενούς αποδίδουν τις οικονομικές υποχρεώσεις προς τους παρόχους υγείας σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα. Το ζητούμενο είναι, κάθε καταγραφή που γίνεται στον ιατρικό φάκελο θα είναι ελεγμένη και πιστοποιημένη για την ορθότητά της. Βάση αυτού, οτιδήποτε έχει καταγραφεί στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο θα είναι ολοκληρωμένο οικονομικά και ιατρικά.

2.5.1 Τεχνικά χαρακτηριστικά

Η ΗΔΙΚΑ θα έχει όλο τον έλεγχο της παρακάτω διάρθρωσης και θα είναι ο φορέας ελέγχου αλλά και υλοποίησης μέρους των απαιτούμενων εφαρμογών. Αφού έχει αναπτύξει ήδη συστήματα καταγραφής πρωτοβάθμιας υγείας θα αναπτύξει και ένα σύστημα καταγραφής νοσηλειών το οποίο υποθετικά ονομάζουμε [5]:

e-Νοσηλεία.

Το υπάρχον σύστημα μαζί με το νέο που θα αναπτυχθεί, χρειάζεται μία διαδικτυακή πλατφόρμα διαχείρισης και ελέγχουμε την απαραίτητη τεχνογνωσία και καθοδήγηση για τη χρήση του συστήματος κωδικοποίησης νοσηλειών DRGs από τα νοσοκομεία, συμπεριβαλλομένων του καταλόγου των κωδικών DRGs, των κανόνων και της διαδικασίας κωδικοποίησης, των κανόνων ελέγχου και της υποβολής στον ΕΟΠΥΥ. Η επικοινωνία των εμπλεκόμενων μερών (νοσηλευτήριο, ΕΟΠΥΥ, Ελεγκτική εταιρεία) θα

γίνεται με web services, εδώ χρειάζεται ΣΔΙΤ(Σύμπραξη Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα) του ΕΟΠΥΥ με την Ιδιωτική Ελεγκτική Ιατρική Εταιρεία. Η διαδικτυακή πλατφόρμα πρέπει να έχει τη δυνατότητα ανταλλαγής μηνυμάτων και κοινοποίησης πορισμάτων ελέγχου με πλήρη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων. Τα πληροφοριακά συστήματα θα επικοινωνούν και θα ελέγχονται άμεσα από ένα λογισμικό ελέγχου σε πραγματικό χρόνο το οποίο θα πρέπει να πληροί κατ' ελάχιστο τις παρακάτω προδιαγραφές:

- Να συνεργάζεται σε πραγματικό χρόνο με το e-συνταγογράφηση και το e-νοσηλεία,
- Να μπορεί να δεχθεί κανόνες ελέγχων για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγεία. Οι κανόνες αυτοί θα μπορεί να είναι αξιακοί αλλά και ιατρικοί,
- Να μπορεί να αναπροσαρμόζει τους κανόνες βάσει των αναγκών. Παράλληλα να τηρεί ιστορικότητα κανόνων για περιστατικά που ήδη έχουν ελεγχθεί,
- Να απορρίπτει σε πραγματικό χρόνο όσα περιστατικά δεν εμπίπτουν στους κανόνες,
- Να επιτρέπει την εισαγωγή περιστατικών προς 'διερεύνηση' γι' αυτά που δεν εμπίπτουν στους κανόνες. Αλλά που σε κάθε περίπτωση πρέπει να ελεγχθούν,
- Να επιτρέπει σε ελεγκτές ιατρούς να επικαιροποιούν ή τελικά απορρίπτουν πράξεις που καταγράφονται,
- Να τηρεί πλήρη ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο για κάθε ασθενή ακόμη και για συνταγογράφηση που δεν εκτελέστηκε τελικά,
- Να δημοσιοποιεί τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς(ΗΦΑ) σε κάθε πιστοποιημένο χειριστή που έχει δικαίωμα να έχει πρόσβαση σε διαβαθμισμένη πληροφορία,
- Να παράγει στατιστικά στοιχεία για διάφορες κατηγορίες που απορρέουν από συνδυασμό,
- Να μην έχει περιορισμό σε ταυτόχρονη λειτουργία εξουσιοδοτημένων χειριστών,
- Να χρησιμοποιεί διαδικτυακές πλατφόρμες για να μπορεί η πληροφορία να είναι διαθέσιμη από οπουδήποτε,
- Να διαθέτει μηχανισμούς εισαγωγής αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων από τους παρόχους υγείας,
- Ο έλεγχος των DRGs να περιλαμβάνει την αναγκαιότητα της νοσηλείας(ο ΕΟΠΥΥ τις πληρώνει όλες σήμερα), αντιστοίχιση κατάλληλου DRGs και αναγκαιότητα παράτασης της νοσηλείας.

2.5.2 .Πλεονεκτήματα Τεχνικής Πρότασης

2.5.2.1 Οικονομικά

Σχετικά με τα οικονομικά πλεονεκτήματα της τεχνικής πρότασης [5]:

- Αποφυγή περιττών επαναλήψεων εξετάσεων και ιατρικών πράξεων εφόσον αυτές έχουν συντελεστεί σε μικρό πρότερο χρόνο και είναι διαθέσιμες ως αποτελέσματα στον ΗΦΑ,
- Αυτόματα εκκαθαρισμένα περιστατικά με την ολοκλήρωση του ελέγχου.
- Άμεση πληροφόρηση για τα οικονομικά αποτελέσματα των παρόχων,
- Άμεση γνώση, ακόμη και σε επίπεδο ημέρας, των οικονομικών υποχρεώσεων του Δημοσίου προς παρόχους υγείας. Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται καθημερινά το ύψος των δαπανών ώστε να είναι δυνατή η παρακολούθηση των προϋπολογισμών,
- Στατιστικός οικονομικός έλεγχος για κάθε ασθενή(κόστη, επαναληψιμότητα κ.τ.λ.),
- Στατιστικός έλεγχος των περιστατικών ανά πάροχο(κατευθυνόμενη συνταγογράφηση, προκλητή ζήτηση κ.τ.λ.),
- Παραγωγή στοιχείων για φορείς δημοσίου ώστε να διαπιστώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και ποσότητα.

2.5.2.2 Ιατρικά

Σχετικά με τα Ιατρικά πλεονεκτήματα της τεχνικής πρότασης [5]:

- Ενημερωμένος Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς με κάθε τι που τον αφορά,
- Καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση σε κάθε ιατρική επίσκεψη του ασθενούς λόγω ύπαρξης πλήρους ιατρικού φακέλου,
- Καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση σε κάθε έκτακτη εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- Δυνατότητα πρόσβασης σε απομακρυσμένα σημεία(π.χ. Κέντρα Υγείας) ώστε να είναι δυνατή η ιατρική εικόνα του ασθενούς,
- Δυνατότητα πρόσβασης από κάθε σημείο που διαθέτει στοιχειώδη υπολογιστή και σύνδεση με internet ή μέσω tablet ή κινητού τηλεφώνου,
- Δυνατότητα άμεσης ενημέρωσης με τα αποτελέσματα των εξετάσεων όταν αυτά επικαιροποιηθούν από το φορέα.

[5] <http://www.idika.gr/>

2.6 Προτεινόμενη λύση στον Ιδιωτικό Τομέα

Προτείνεται λογισμικό που θα χρησιμοποιηθεί για την επισκόπηση (real-time tracking) των φάσεων του ελεγκτικού έργου μεταξύ του νοσηλευτηρίου, της ασφαλιστικής εταιρείας και του Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, τη δημιουργία στατιστικών πινάκων - γραφημάτων συμπεριλαμβανομένης της πρόβλεψης του κόστους νοσηλείας (business analytics / predictivemodeling) από τους πιστοποιημένους χρήστες, αντλώντας στοιχεία από τους πίνακες της βάσης δεδομένων του λογισμικού [6].

Σε 2^η φάση, στο λογισμικό θα προστεθούν τα ακόλουθα modules:

- αυτοματοποίηση της συγγραφής των ιατρικών εκθέσεων προνοσηλευτικού ελέγχου και ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης των ασφαλισμένων καθώς και της συμπλήρωσης των εντύπων ελέγχου βιβλιαρίου υγείας και ΑΜΚΑ, ενημέρωσης νοσηλείας (εξουσιοδότησης ασθενούς), αρχικής έγκρισης νοσηλείας και τελικής έγκρισης νοσηλείας,
- διαχειριστικό περιβάλλον των συμβολαίων ασφάλισης των ειδικών προγραμμάτων που εξυπηρετούνται και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Το συγκεκριμένο module θα επιτρέπει τη μοντελοποίηση των γενικών όρων, παροχών και καλύψεων (όρια, συμμετοχή, αναμονές, εξαιρέσεις κ.τ.λ.) των ασφαλιστηρίων συμβολαίων και ειδικών προγραμμάτων, με δυνατότητα view και των ειδικών όρων, εφόσον παρέχονται,
- αυτοματοποίηση του ελέγχου ασφαλισιμότητας και της έγκρισης ιατρικών αιτημάτων ασφαλισμένων (νοσηλεία ή εξωνοσοκομειακή παροχή), με βάση το είδος του αιτήματος, τη διάγνωση και τη δομή και καλύψεις του ασφαλιστικού προγράμματος. Το module θα χρησιμοποιεί μηχανή κανόνων (rules-engine) που θα αξιοποιεί τη μοντελοποίηση των ασφαλιστηρίων συμβολαίων και των ειδικών προγραμμάτων,
- αυτοματοποίηση του ιατρο-ασφαλιστικού ελέγχου του προτιμολογίου με τη χρήση μηχανής κανόνων (automatedauditing),
- αυτοματοποίηση του λογιστικού ελέγχου του τιμολογίου, με βάση τις συμφωνημένες χρεώσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των καλύψεων των συμβολαίων ασφάλισης που εξυπηρετούνται(συμμετοχή κ.τ.λ.) [6].

Χρήστες του λογισμικού:

- Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Ασφαλιστικές εταιρείες,
- Λογιστήρια νοσηλευτηρίων,
- Διοικητικό και ιατρικό προσωπικό της Ελεγκτικής Εταιρείας.

Τύπος λογισμικού:

- Το λογισμικό θα δομηθεί με χρήση τεχνολογιών web.

Προαπαιτούμενα:

Για την υλοποίηση του λογισμικού, θα πρέπει να δημιουργηθούν τα ακόλουθα πεδία στη βάση δεδομένων.

- Log (ημερολόγιο) καταγραφής ενεργειών, με αυτοματοποίηση ημερομηνίας / ώρας καταχώρησης και μενού φράσεων,
- Πεδία καταχώρησης της σταδιοποίησης του ελέγχου νοσηλειών (check-boxes),
- Αναγγελία εισαγωγής (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp> πχ Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου 19.09.2018, 10.05 am),
- Έλεγχος ασφαλιστικής κάλυψης (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Προνοσηλευτικός έλεγχος (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Αρχική έγκριση νοσηλείας (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Παρακολούθηση νοσηλείας (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Ολοκλήρωση νοσηλείας (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Έλεγχος προτιμολογίου (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),

- Τελική έγκριση νοσηλείας (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp),
- Επιτροπή διατησίας (2 check-boxes: Ολοκλήρωση ενεργειών σταδίου ×tamp / Δεν απαιτήθηκε),
- Έλεγχος τιμολογίου (μόλις γίνει check: Ολοκλήρωση ελέγχου νοσηλείας ×tamp),
- Ακύρωση ελέγχου(μόλις γίνει check: timestamp (μόνο) > πχ 19.09.2018, 10.05 am.

*Νέα πεδία > από την οθόνη **Στοιχεία Φακέλου Νοσηλείας***

Site map:

Το μενού είναι 3 επιπέδων και περιλαμβάνει:

- Νοσηλείες,
- Φάκελοι Νοσηλείας,
- Διαχείριση Νοσηλειών,
- Εκκρεμότητες.

Στατιστικά

Στατιστικά νοσηλειών:

- Αριθμός νοσηλειών,
- Είδος νοσηλειών,
- Ηλικία ασθενών,
- Φύλο,
- Βασικά/DRGs,
- Επαυξημένα DRGs,
- Επεμβατικά DRGs,
- Ημερήσιες νοσηλείες,
- Έκβαση περιστατικών,
- Συνολικό κόστος νοσηλειών,
- Μέσο κόστος νοσηλείας ανά κλινική.

Δείκτες απόδοσης ιατρό-ασφαλιστικού ελέγχου

- Έλεγχος DRGs χρέωσης
- Αποτελέσματα ιατρικού ελέγχου

- Αποτέλεσμα ασφαλιστικού ελέγχου
- Αποτελέσματα διαιτησίας
- Savings ασφαλιστικής εταιρείας- Φορέα κοινωνικής ασφάλισης

Διαχείριση χρηστών

ΟΘΟΝΕΣ

- Οθόνη **Log-in**

Κάθε χρήστης κάνει login στο σύστημα με username και password, τα οποία ορίζουν το ρόλο και τα δικαιώματά του. Οι χρήστες θα λαμβάνουν στο κινητό τους προσωρινό password, το οποίο θα αλλάζουν μετά το πρώτο log-in.

Ρόλοι:

- Administrator,
- Στέλεχος ασφαλιστικής,
- Executive ασφαλιστικής,
- Στέλεχος νοσηλευτηρίου,
- Στέλεχος Ελεγκτικής,
- Ιατρός Ελεγκτικής,
- Executive Ελεγκτικής,
- Στέλεχος Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Ιατρός Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δικαιώματα:

- Administrator: View / execute all,
- Στέλεχος ασφαλιστικής: View μενού 1.2,
- Executive ασφαλιστικής: View μενού 1.2, μενού 2,
- Στέλεχος νοσηλευτηρίου: View μενού1.3,
- Στέλεχος Ελεγκτικής: Viewμενού1.1,
- Ιατρός Ελεγκτικής: Viewμενού1.1,
- Executive Ελεγκτικής: View μενού 1.1, μενού 2,
- Στέλεχος Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Ιατρός Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

- Οθόνη **Φάκελοι Νοσηλείας** (μενού 1.1)

Τύπος: Πίνακας (view / export),

Χρήστες: Στελέχη, Ιατροί και Executives Ελεγκτικής Εταιρείας, νοσηλευτηρίου και Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης,

Φίλτρα κατά τη φόρτωση: Επί log-in ιατρού με ρόλο *Ιατρός Ελεγκτικής* (> αυτόματος περιορισμός στους φακέλους όπου ελεγκτής ιατρός = το δικό του όνομα, με δυνατότητα αλλαγής του σχετικού φίλτρου – εάν χρειασθεί – manually). Φίλτρο κατάσταση = Σε εξέλιξη.

Στήλες:

- Α/α Ελεγκτικής Εταιρείας,
- Αριθμός Συμβολαίου,
- Ονοματεπώνυμο,
- Ασφαλιστική και Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Νοσηλευτήριο,
- Ημερομηνία Εισαγωγής,
- Στάδιο ελέγχου.

A/A	Αρ. Συμβολαίου / ΑΜΚΑ	Όνομ/μ ο	Ασφαλιστική Εταιρεία & Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Νοσηλευτήριο	Ημ. Εισαγωγής	Στάδιο Ελέγχου
53 328	25799		Generali-ΕΟΠΥΥ	Ιασώ	23/8/2018	1. Αναγγελία εισαγωγής
53 329	6788563		Ευρωπαϊκή Πίστη	Ιατρικό Αθηνών	20/8/2018	7. Έλεγχος προτιμολογίου
5333 0	58996		Ergo	Metropolitan	22/8/2018	3. Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 1. Αρχική Οθόνη Log-In

Εντολές:

- Επισκόπηση > Οθόνη **Στοιχεία Φακέλου Νοσηλείας**,
- Εξαγωγή >PDF, CSV.

Query: A/α Ελεγκτικής Εταιρείας | Αριθμός συμβολαίου-ΑΜΚΑ | Ονοματεπώνυμο | Ασφαλιστική εταιρεία ή Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης | Νοσηλευτήριο | Ημερομηνία εισαγωγής | Ελεγκτής ιατρός | Ασφαλιστικό προϊόν | Εκκρεμότητες | Στάδιο ελέγχου | DRGs | Κατάσταση | Τελικό κόστος νοσηλείας | Κωδικοποίηση νοσηλείας

Φίλτρα (τιμές):

- Ελεγκτής ιατρός (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Νοσηλευτήριο (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Ασφαλιστική εταιρεία (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Ασφαλιστικό προϊόν (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Κωδικοποίηση νοσηλείας (*drop-down*: Νευρολογική / Οφθαλμολογική / ΩΡΛ / Πνευμονολογική / Καρδιολογική / Παθολογική / Ορθοπαιδική / Δερματολογική / Ενδοκρινολογική / Ουρολογική / Γυναικολογική / Μαιευτική / Ογκολογική / Ψυχιατρική / Χειρουργική),
- Εκκρεμότητες (*multiplechoice*: Όλες / Εξιτήριο / Προτιμολόγιο / Ιστολογική / Πρακτικό χειρουργείου / Γνωμάτευση θεράποντος / Φάρμακα / Ειδικά υλικά),
- Στάδιο ελέγχου (*drop-down*: 1. Αναγγελία εισαγωγής / 2. Έλεγχος ασφαλιστικής κάλυψης / 3. Προνοσηλευτικός έλεγχος / 4. Αρχική έγκριση νοσηλείας / 5. Παρακολούθηση νοσηλείας / 6. Ολοκλήρωση νοσηλείας / 7. Έλεγχος προτιμολογίου / 8. Τελική έγκριση νοσηλείας / 9. Επιτροπή διαιτησίας / 10. Έλεγχος τιμολογίου / 11. Ακύρωση),
- Ημέρες νοσηλείας σύμφωνα με το DRGs, βασικό ή/ και επαυξημένο, επεμβατικό DRGs, ημερήσιο νοσήλιο (*drop-down*: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / >5),
- Κατάσταση (*drop-down*: Όλες / Σε εξέλιξη / Ολοκληρωμένες / Ακυρωμένες),
- Τελικό κόστος νοσηλείας (από – έως) >μόνο για κατάσταση = Ολοκληρωμένες,
- Χρονική περίοδος (από – έως) >βάση ημερομηνία εισαγωγής.

- Οθόνη Διαχείριση Νοσηλειών (μενού 1.2)

Τύπος: Πίνακας (view / export)

Χρήστες: Στελέχη ασφαλιστικής εταιρείας

Φίλτρα κατά τη φόρτωση: Στην περίπτωση log-in χρήστη με ρόλο *Στέλεχος ασφαλιστικής* ή *Executive ασφαλιστικής* (>περιορισμός στους φακέλους και τα ασφαλιστικά προϊόντα της συγκεκριμένης ασφαλιστικής, χωρίς δυνατότητα αλλαγής του φίλτρου). Φίλτρο κατάσταση = Σε εξέλιξη. Η χρήστης με ρόλο Στέλεχος Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης ή Executive Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Στήλες:

- Αριθμός Συμβολαίου και ΑΜΚΑ,
- Ονοματεπώνυμο,
- Νοσηλευτήριο,
- Ημερομηνία Εισαγωγής,
- Κύρια Διάγνωση(από την κύρια κατηγορία Διάγνωσης των DRGs),
- Στάδιο ελέγχου.

A/A	Αρ. Συμβολαίου/ ΑΜΚΑ	Ονοματεπώνυμο	Ασφαλιστική Εταιρεία & Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Νοσηλευτήριο	Ημ. Εισαγωγής	Στάδιο Ελέγχου
1	25799		Generali – ΕΟΠΥΥ	Ιασώ	23/8/2018	1. Αναγγελία εισαγωγής
2	6788563		Ευρωπαϊκή Πίστη	Ιατρικό Αθηνών	20/8/2018	7. Έλεγχος προτιμολογίου
3	58996		Ergo	Metropolitan	22/8/2018	3. Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 2. Οθόνη Διαχείρισης Νοσηλειών

Εντολές:

- Επισκόπηση > Οθόνη **Στοιχεία Φακέλου Νοσηλείας**,
- Εξαγωγή >PDF, CSV.

Query: Ασφαλιστική εταιρεία ή Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης | Αριθμός συμβολαίου | Ονοματεπώνυμο | Νοσηλευτήριο | Ημερομηνία εισαγωγής | Αιτία εισαγωγής | Ασφαλιστικό προϊόν εάν πρόκειται για ασφαλιστική Εταιρεία/ Ελεγκτής ιατρός | Εκκρεμότητες | Στάδιο ελέγχου | DRGs | Κατάσταση | Τελικό κόστος νοσηλείας | Κωδικοποίηση νοσηλείας

Φίλτρα (τιμές):

- Ασφαλιστικό προϊόν (*drop-down*: από βάση δεδομένων > με περιορισμό μόνο στα προϊόντα της συγκεκριμένης εταιρείας),
- Νοσηλευτήριο (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Εκκρεμότητες (*multiplechoice*: Όλες / Εξιτήριο / Προτιμολόγιο / Ιστολογική / Πρακτικό χειρουργείου / Γνωμάτευση θεράποντος / Φάρμακα / Ειδικά υλικά),
- Στάδιο ελέγχου (*drop-down*: 1. Αναγγελία εισαγωγής / 2. Έλεγχος ασφαλιστικής κάλυψης / 3. Προνοσηλευτικός έλεγχος / 4. Αρχική έγκριση νοσηλείας / 5. Παρακολούθηση νοσηλείας / 6. Ολοκλήρωση νοσηλείας / 7. Έλεγχος προτιμολογίου / 8. Τελική έγκριση νοσηλείας / 9. Επιτροπή διαιτησίας / 10. Έλεγχος τιμολογίου / 11. Ακύρωση),
- Κατάσταση (*drop-down*: Όλες / Σε εξέλιξη / Ολοκληρωμένες / Ακυρωμένες),
- Κωδικοποίηση νοσηλείας, αρχικό DRGs (*drop-down*: Νευρολογική / Οφθαλμολογική / ΩΡΛ / Πνευμονολογική / Καρδιολογική / Παθολογική / Ορθοπαιδική / Δερματολογική / Ενδοκρινολογική / Ουρολογική / Γυναικολογική / Μαιευτική / Ογκολογική / Ψυχιατρική / Χειρουργική),
- ΤελικόDRGs (*drop-down*: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / >5),
- Τελικό κόστος νοσηλείας> μόνο για κατάσταση = Ολοκληρωμένες,
- Χρονική περίοδος (από – έως) > βάση ημερομηνία εισαγωγής.

- Οθόνη **Εκκρεμότητες** (μενού 1.3)

Τύπος: Πίνακας (view / export),

Χρήστες: Στέλεχος νοσηλευτηρίου,

Φίλτρα κατά τη φόρτωση: Στην περίπτωση log-in χρήστη με ρόλο **Στέλεχος νοσηλευτηρίου** (περιορισμός στους φακέλους του συγκεκριμένου νοσηλευτηρίου). Φίλτρο κατάσταση = Σε εξέλιξη.

Στήλες:

- Ονοματεπώνυμο,
- Ασφαλιστική Εταιρεία ή Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Αριθμός Συμβολαίου και ΑΜΚΑ,
- Ημερομηνία Εισαγωγής,
- Κύρια Διάγνωση,
- Στάδιο ελέγχου.

Όνομ/μο	Ασφαλιστική Εταιρεία & Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Αρ. Συμβολαίου/ ΑΜΚΑ	Ημ. Εισαγωγής	Κύρια Διάγνωση	Στάδιο Ελέγχου
	Generali – ΕΟΠΥΥ	25799	23/8/2018	Ρήξη μηνίσκου	1. Αναγγελία εισαγωγής
	Ευρωπαϊκή Πίστη	6788563	20/8/2018	Οξεία γαστρεντερίτις	7. Έλεγχος προτιμολογίου
	Ergo	58996	22/8/2018	Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση	3. Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 3. Οθόνη Στοιχείων Νοσηλείας

Εντολές:

- Επισκόπηση > Οθόνη **Στοιχεία Φακέλου Νοσηλείας**,
- Εξαγωγή >PDF, CSV.

Query: Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης/Ασφαλιστική εταιρεία | Αριθμός συμβολαίου και ΑΜΚΑ | Ονοματεπώνυμο | Νοσηλευτήριο | Ημερομηνία εισαγωγής | Κύρια Διάγνωση | Δευτερεύουσα Διάγνωση/Επιπλοκές και Συνοσηρότητα/Επεμβατικές πράξεις/Ημερήσιο νοσήλιο/ Ασφαλιστικό προϊόν | Ελεγκτής ιατρός | Εκκρεμότητες | Στάδιο ελέγχου | DRGs | Κατάσταση |

Φίλτρα (τιμές):

- Ασφαλιστική εταιρεία (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
 - Ασφαλιστικό προϊόν (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
 - Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
 - Εκκρεμότητες (*multiplechoice*: Όλες / Εξιτήριο / Προτιμολόγιο / Ιστολογική / Πρακτικό χειρουργείου / Γνωμάτευση θεράποντος / Φάρμακα / Ειδικά υλικά),
 - Στάδιο ελέγχου (*drop-down*: 1. Αναγγελία εισαγωγής / 2. Έλεγχος ασφαλιστικής κάλυψης / 3. Προνοσηλευτικός έλεγχος / 4. Αρχική έγκριση νοσηλείας / 5. Παρακολούθηση νοσηλείας / 6. Ολοκλήρωση νοσηλείας / 7. Έλεγχος προτιμολογίου / 8. Τελική έγκριση νοσηλείας / 9. Επιτροπή διαιτησίας / 10. Έλεγχος τιμολογίου / 11. Ακύρωση),
 - Ημέρες νοσηλείας σύμφωνα με το DRGs (*drop-down*: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / >5),
 - Κατάσταση (*drop-down*: Όλες / Σε εξέλιξη / Ολοκληρωμένες / Ακυρωμένες),
 - Χρονική περίοδος (από – έως) > βάση ημερομηνία εισαγωγής.
-
- Οθόνη **Στοιχεία Φακέλου Νοσηλείας**

Τύπος: Παράθεση πεδίων σε sections (view),

Χρήστες: Στελέχη, Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, Ελεγκτικής Εταιρείας, ασφαλιστικής εταιρείας, νοσηλευτηρίου,

Φίλτρα κατά τη φόρτωση: Επιλογή section αναλόγως του ρόλου του χρήστη κατά το login.

Sections:

- Γενικά στοιχεία (φίλτρο: όλοι οι χρήστες),
- Α/α Ελεγκτικής,
- Ημερομηνία. Αναγγελίας,
- Ελεγκτής Ιατρός,
- Στάδιο ελέγχου,
- Ασθενής (φίλτρο: όλοι οι χρήστες),
- Επώνυμο,
- Όνομα,
- Φύλο,
- Ημερομηνία Γέννησης,
- Διεύθυνση,
- Πόλη,
- Νομός,
- Τηλέφωνο 1,
- Τηλέφωνο 2,
- Χρήση δημοσίου ταμείου >drop-down με τιμές Όχι / ΕΟΠΥΥ / ΟΓΑ,
- Ασφαλιστική Εταιρεία (φίλτρο: όλοι οι χρήστες),
- Ασφαλιστική Εταιρεία,
- Ασφαλιστικό Προϊόν,
- Αριθμός Συμβολαίου,
- Ημερομηνία έναρξης συμβολαίου,
- Στοιχεία νοσηλείας ((φίλτρο: όλοι οι χρήστες)) ,
- Ημερομηνία εισαγωγής,
- Ημερομηνία εξιτηρίου,
- Νοσηλευτήριο,
- Θέση νοσηλείας,
- Θεράπων ιατρός,
- Κωδικοποίηση εισαγωγής (ICD-10) – 1,
- Κωδικοποίηση εισαγωγής (ICD-10) – 2,
- Κωδικοποίηση εισαγωγής (ICD-10) – 3,
- Κύρια Διάγνωση> πλαίσιο κειμένου,

- Τύπος εισαγωγής >drop-down με τιμές Προγραμματισμένη / Έκτακτη,
- Είδος νοσηλείας >drop-down με τιμές Χειρουργική / Παθολογική,
- Κωδικοποίηση νοσηλείας >drop-down με τιμές Νευρολογική / Οφθαλμολογική / ΩΡΛ / Πνευμονολογική / Καρδιολογική / Παθολογική / Ορθοπαιδική / Δερματολογική / Ενδοκρινολογική / Ουρολογική / Γυναικολογική / Μαιευτική / Ογκολογική / Ψυχιατρική / Χειρουργική,
- Εγκεκριμένος χρόνος νοσηλείας > ημέρες, σύμφωνα με τοDRGs,
- Παράταση νοσηλείας >ημερήσιο νοσήλιο, επεμβατικές πράξεις,
- Διάγνωση εξόδου > πλαίσιο κειμένου,
- DRGs χρέωση νοσηλείας – 1 > πλαίσιο κειμένου,
- DRGs χρέωσης νοσηλείας – 2 > πλαίσιο κειμένου,
- Διάγνωση εξιτηρίου (ICD-10) – 1,
- Διάγνωση εξιτηρίου (ICD-10) – 2 ,
- Ιατρό-ασφαλιστικός έλεγχος (view από όλους ΕΚΤΟΣ από χρήστη Στέλεχος Κλινικής),
- Ταυτοποίηση νοσηλείας (freetext) > εάν Είδος νοσηλείας = Παθολογική > προβλεπόμενο DRG> εάν Είδος νοσηλείας = Χειρουργική > ειδική λίστα Ελεγκτικής Εταιρείας,
- Πρόβλεψη κόστους νοσηλείας > ποσό σε ευρώ,
- Προτεινόμενο DRGs – 1 > πλαίσιο κειμένου,
- Προτεινόμενο DRGs – 2 > πλαίσιο κειμένου,
- Αξία χρεωθέντωνDRGs> συνολικά, σε ευρώ,
- Αξία προτεινόμενων DRGs> συνολικά, σε ευρώ,
- Διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs> συνολικά, σε ευρώ,
- Απολογιστική κάλυψη νοσηλείας > ,
- Προτιμολόγιο > ποσό σε ευρώ,
- Συνολικό αρχικά αιτούμενο > ποσό σε ευρώ υλικών + ,
- Συνολική απόρριψη της νοσηλείας > ποσό σε ευρώ,
- Περικοπές προτιμολογίου (πλην ειδ. υλικών) > ποσό σε ευρώ,
- Περικοπές αποδεκτές χωρίς διαιτησία > ποσό σε ευρώ,
- Σύνολο περικοπών προς διαιτησία > ποσό σε ευρώ,
- Περικοπές αποδεκτές από διαιτησία > ποσό σε ευρώ,

- Οριστικές περικοπές ιατρικού ελέγχου > ποσό σε ευρώ [αποδεκτές χωρίς διαιτησία + αποδεκτές από διαιτησία],
- Περικοπές οικονομικού ελέγχου τιμολογίου > ποσό σε ευρώ,
- Σύνολο περικοπών > ποσό σε ευρώ [Οριστικές περικοπές ιατρικού ελέγχου + Περικοπές οικονομικού ελέγχου],
- Τελικό κόστος νοσηλείας > ποσό σε ευρώ [Συνολικό αρχικά αιτούμενο – Σύνολο περικοπών],
- Overall savings > Σύνολο περικοπών / Συνολικό αρχικά αιτούμενο (επί τοις %),
- Ημερολόγιο ενεργειών (view από όλους ΕΚΤΟΣ από χρήστη Στέλεχος Κλινικής),
- Ορισμός πρότυπων καταχωρήσεων (π.χ. Λήψη ιστορικού / Επανεξέταση από ελεγκτή ιατρό ...),
- Καταχώρηση ελεύθερου κειμένου > Περίληψη του follow-up / Αποτέλεσμα διαιτησίας κ.τ.λ.

Εκκρεμότητες (εμφανίζονται μόνο όσες είναι τσεκαρισμένες, δηλαδή ενεργές εκκρεμότητες) (φίλτρο: όλοι οι χρήστες):

- Εξιτήριο,
- Προτιμολόγιο,
- Ιστολογική,
- Πρακτικό χειρουργείου,
- Γνωμάτευση θεράποντος,
- Φάρμακα,
- Ειδικά υλικά,
- Άλλο (check-box & πεδίο free text).

Εντολές:

- Έγγραφα > Αναδυόμενη οθόνη **Δημιουργία εγγράφων**,
- Αρχείο > Link στο folder αρχείων pdf / jpg εξετάσεων του ασθενούς (αναδυόμενη οθόνη),
- Νέα στοιχεία > Capture εικόνων και αποθήκευση στο folder του ασθενούς,
- Αποθήκευση,
- Επιστροφή.

- Οθόνη **Στατιστικές αναφορές** (μενού 2):

Τύπος: Πίνακας (view / export) / Γραφήματα,

Χρήστες: Executive ασφαλιστικής εταιρείας / Executive Ελεγκτικής Εταιρείας / Executive Φορέα κοινωνικής Ασφάλισης,

Φίλτρα κατά τη φόρτωση: Στην περίπτωση log-in χρήστη με ρόλο *Executive ασφαλιστικής*, (>περιορισμός στους φακέλους της συγκεκριμένης ασφαλιστικής, χωρίς δυνατότητα αλλαγής του φίλτρου). Φίλτρο κατάσταση = Ολοκληρωμένες.

Στατιστικά νοσηλειών:

Query: A/a Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης/ ή A/a Ελεγκτικής Εταιρείας | Φύλο | Ημερομηνία γέννησης | Είδος νοσηλείας (παθολογική / χειρουργική) | Κωδικοποίηση νοσηλείας (DRGs) | Ασφαλιστική εταιρεία | Ασφαλιστικό προϊόν | Νοσηλευτήριο | Ημερομηνία εισαγωγής | Ημερομηνία εξιτηρίου | Παράταση νοσηλείας | Απολογιστική κάλυψη νοσηλείας | Συνολικό αρχικά αιτούμενο | Τελικό κόστος νοσηλείας | Κατάσταση

Φίλτρα (τιμές):

- Νοσηλευτήριο (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Ασφαλιστική εταιρεία (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Ασφαλιστικό προϊόν (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (*drop-down*: από βάση δεδομένων),
- Κατάσταση (*drop-down*: Όλες / Σε εξέλιξη / Ολοκληρωμένες / Ακυρωμένες),
- Τελικό κόστος νοσηλείας (από – έως) > εμφάνιση φίλτρου μόνο εάν Κατάσταση = Ολοκληρωμένες,
- Χρονική περίοδος (από – έως).

Αριθμός νοσηλειών (>Count πεδίο A/α Ελεγκτικής)

Ασφαλιστική εταιρεία:

Ασφαλιστικό Προϊόν: Όλα

Νοσηλευτήριο:

Όλα

Κατάσταση νοσηλείας: Σε εξέλιξη Ημερομηνία. εισαγωγής: (έως σήμερα)

Νοσηλευτήριο	Χειρουργικές νοσηλείες		Παθολογικές νοσηλείες		Σύνολο νοσηλειών	
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών	10	15	10	15	20	30
Ιασώ	15	20	15	20	30	40
Ευρωκλινική	20	25	20	25	40	50
Σύνολο νοσηλειών ανά φύλο	45	60	45	60	90	120
Σύνολο νοσηλειών ανά είδος	105		105		210	

Πίνακας 4. Στατιστικά Νοσηλειών

- Γράφημα: Οριζόντιες μπάρες (εάν Νοσηλευτήριο = Όλα > στήλη Σύνολο νοσηλειών, αλλιώς εάν Νοσηλευτήριο = πχ Ιασώ (μεμονωμένα) > αναλυτικά αντίστοιχη γραμμή Χειρουργικές / Παθολογικές / Σύνολο),
- % επί συνόλου νοσηλειών = Count A/α Ελεγκτικής όπου Διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs> 0 / Count A/α Ελεγκτικής %.

Οικονομική διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs

Γράφημα: Οριζόντιες μπάρες (μόνο στήλη Σύνολο νοσηλείων)

Ασφαλιστική εταιρεία:

Ασφαλιστικό Προϊόν: Όλα

Νοσηλευτήριο:

Όλα

Κόστος νοσηλείας: Όλα **Ημερομηνία εισαγωγής:** 1/9/2018-30/9/2018

Νοσηλευτ ήριο	Χειρουργικές νοσηλείες		Παθολογικές νοσηλείες		Σύνολο νοσηλείων	
	Διαφορά αξίας DRGs	% επί των χρεωθέντων	Δια φορ ά αξία ς DR Gs	% επί των χρεωθέντων	Διαφορά αξίας DRGs	% επίτ ων χρεω θέντ ων
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών	19.035	10%	19.0 35	10%	38.035	10%
Ιασώ	11.511	8,5%	11.5 11	8,5%	23.511	8,5%
Ευρωκλινι κή	14.025	14,5%	14.0 25	14,5%	28.050	14,5 %
Σύνολο ανά είδος νοσηλείας	44.571	11,3%	44.5 71	11,3%	89.042	11,3 %

Πίνακας 5. Οικονομική διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs

- Διαφορά αξίας DRGs = sum πεδίου Διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs,
- % επί των χρεωθέντων = sum πεδίου Διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs / sum πεδίου Αξία χρεωθέντων DRG.s

Αποτελέσματα ιατρικού ελέγχου

Γράφημα: Πίτα (3 γραφήματα: σύνολο χειρ / σύνολο παθ. / γεν σύνολο) > Συμμετέχουν όλες οι στήλες εκτός από την 1^η (Συνολικά αρχικά αιτούμενο)

Ασφαλιστική εταιρεία: Ασφαλιστικό Προϊόν: Όλα
Νοσηλευτήριο: Όλα **Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης:** Όλοι
Κόστος νοσηλείας: Όλα **Ημερομηνία εισαγωγής:** (1/9/2018 έως 30/9/2018)

Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλείων	Συνολικό αρχικά αιτούμενο	Συνολική απόρριψη της νοσηλείας	Περικοπές προ προτιμολογίου	Περικοπές αμοιβών ιατρών	Περικοπές ειδικών υλικών	Περικοπές ροπού ροτιμολογίου
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Ιασώ						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Σύνολο νοσηλευτηρίων						
Χειρουργικές	1.302.466	11.242	11.242	11.242	19.086	88.044 (7,1%)

				(0,8%)	(0,8%)	
Παθολογικές	402.516	2.510	2.510	2.510 (0,5%)	4.542 (0,8%)	24.032 (7,1%)
Γενικό σύνολο	1.704.982	13.752	13.752	13.752 (0,7%)	23.628 (0,8%)	106.076 (7,1%)

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ιατρικού ελέγχου

Εντός παρενθέσεως: % ποσοστό περικοπής στην αντίστοιχη κατηγορία.

Αποτελέσματα διαιτησίας

Γράφημα: Οριζόντιες μπάρες (μόνο τη στήλη Επιτυχία διαιτησίας)

Ασφαλιστική εταιρεία:

Ασφαλιστικό Προϊόν: Όλα

Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης: Όλοι

Νοσηλευτήριο: Όλα

Κόστος νοσηλείας: Τιμοκατάλογος DRGs **Ημερομηνία εισαγωγής:** 1/9/2018-30/9/2018

Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλειών	Συνολικό αρχικά αιτούμενο DRGs	Περικοπές αποδεκτές χωρίς διαιτησία	Σύνολο περικοπών προς διαιτησία	Περικοπές αποδεκτές από διαιτησία	Επιτυχία διαιτησίας
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών					
Χειρουργικές	651233	5.621 (1,5%)	44.022 (8,9%)	29.643 (7,5%)	0,673
Παθολογικές	201258	1.255 (1,5%)	12.016 (8,9%)	7.271 (7,5%)	0,601
Ιασώ					
Χειρουργικές	651233	5.621 (1,5%)	44.022 (8,9%)	28.643 (7,5%)	0,651

Παθολογικές	201258	1.255 (1,5%)	12.016 (8,9%)	6.271 (7,5%)	0,522
Σύνολο νοσηλευτηρίων					
Χειρουργικές	1302466	11.242 (7,5%)	88.044 (7,5%)	50.086 (7,5%)	0,569
Παθολογικές	402516	2.510 (7,5%)	24.032 (7,5%)	15.542 (7,5%)	0,647
Γενικό σύνολο	1704982	13.752 (7,5%)	106.076 (7,5%)	65.628 (7,5%)	0,619

Πίνακας 7α. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018

Επιτυχία διαιτησίας = Περικοπές αποδεκτές από διαιτησία / Σύνολο περικοπών προς διαιτησία %

Εντός παρενθέσεως: % ποσοστό περικοπής προς συνολικό αρχικά αιτούμενο πχ Περικοπές αποδεκτές από διαιτησία / Συνολικό αρχικά αιτούμενο

Savings ασφαλιστικής εταιρείας, φορέα κοινωνικής ασφάλισης

Γράφημα: Πίτα (3 γραφήματα: σύνολο χειρ / σύνολο παθ. / γεν. σύνολο)

Ασφαλιστική εταιρεία: Όλες

Ασφαλιστικό Προϊόν: Όλα

Νοσηλευτήριο: Όλα

Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης: Όλοι

Κόστος νοσηλείας: Τιμοκατάλογος DRGs Ημερομηνία εισαγωγής:

Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλειών	Συνολικό αρχικά αιτούμενο DRGs	Οριστικές περικοπές ιατρικού ελέγχου αλλαγής DRGs	Περικοπές ελέγχου τιμολογίου	Σύνολο περικοπών	Overall savings
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών					
Χειρουργικές	651.233	44.022 (6,75%)	5.621 (0,86%)	49.643	7,62%

Παθολογικές	201.258	12.016 (5,97%)	1.255 (0,62%)	12.271	6,09%
Ιασό					
Χειρουργικές	651.233	44.022 (6,75%)	5.621 (0,86%)	49.643	7,62%
Παθολογικές	201.258	12.016 (5,97%)	1.255 (0,62%)	12.271	6,09%
Σύνολο νοσηλευτηρί ων					
Χειρουργικές	1.302.466	88.044 (6,75%)	11.042 (0,86%)	99.086	7,60%
Παθολογικές	402.516	24.032 (5,97%)	2.510 (0,62%)	26.542	6,09%
Γενικό σύνολο	1.704.982	106.076 (6,65%)	13.552 (0,72%)	125.628	7,36%

Πίνακας 7b. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018

Εντός παρενθέσεως (ποσό περικοπής λόγω αλλαγής DRGs/ Αρχικά αιτούμενο από το Νοσηλευτήριο %)

Αρχικά αιτούμενο = πεδίο Αρχικά αιτούμενο από το Νοσηλευτήριο

Περικοπές ελέγχου τιμολογίου = πεδίο Περικοπές οικονομικού ελέγχου τιμολογίου

Οθόνη Διαχείριση χρηστών:

Τύπος: Παράθεση πεδίων (view / edit)

Χρήστες: administrator

- Στοιχεία χρήστη,
- Επώνυμο,
- Όνομα,
- Θέση στην εταιρεία,
- Κινητό τηλέφωνο ,
- E-mail,

- Username,
- Ρόλος,
- Ασφαλιστική εταιρεία (αν αντίστοιχος ρόλος),
- Νοσηλευτήριο (αν αντίστοιχος ρόλος),
- Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης(αν αντίστοιχος ρόλος).

[6]<https://instdrq.gr/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%B4%CE%AF%CE%BA%CF%84%CF%85%CE%BF-drg/>

3. Διαχείριση Νοσηλείας

Η παρακάτω διαδικασία αφορά τη διαχείριση μιας νοσηλείας ασφαλισμένου σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία με το παραπάνω λογισμικό από την ελεγκτική εταιρεία [6].

3.1. Σκοπός

Σκοπός της Διαδικασίας είναι ο καθορισμός των απαιτούμενων ενεργειών για την οργάνωση και υλοποίηση του ιατροασφαλιστικού ελέγχου νοσηλείων ασφαλισμένων των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών στα οποία υφίσταται ιατρείο της Ελεγκτικής Εταιρείας, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ότι προγραμματίζονται και υλοποιούνται με στόχο την ικανοποίηση απαιτήσεων των Ασφαλιστικών Εταιρειών και του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας [6].

3.2. Περιγραφή Διαδικασιών

3.2.1. Διαδικασία εισαγωγής ασθενή στο Νοσηλευτήριο

3.2.2. Διαδικασία εισαγωγής τακτικού ή έκτακτου περιπατητικού ασθενή

Ο ασθενής, εφόσον η εισαγωγή του στο νοσηλευτήριο είναι προγραμματισμένη, προσέρχεται στο Γραφείο Κίνησης του «Νοσηλευτηρίου», όπου και γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος ταυτοπροσωπίας του. Οι υπάλληλοι του «Νοσηλευτηρίου» στο Γραφείο Κίνησης υποχρεούνται να πληροφορούνται από τον εκάστοτε ασθενή για την κάλυψή του και από Κοινωνικό Ασφαλιστικό Φορέα και να ζητούν το βιβλιάριο ασθένειας του. Επίσης οφείλουν να ερωτούν τον ασθενή για την ύπαρξη ατομικού ή τη συμμετοχή του σε ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας. Τα στοιχεία αυτά καταχωρούνται σε ειδικό έντυπο εισαγωγής το οποίο υπογράφει ο ασθενής και το οποίο παραμένει ανά πάσα στιγμή στη διάθεση της Ελεγκτικής Εταιρείας.

Το Γραφείο Κίνησης του «Νοσηλευτηρίου» αναλαμβάνει να ενημερώσει τον ασθενή κατά την εισαγωγή του περί της υποχρέωσής του να υπογράψει εξουσιοδότηση, με την οποία να επιτρέπει τη λήψη, διάθεση, επεξεργασία, αποθήκευση κ.τ.λ. των ευαίσθητων

προσωπικών δεδομένων του, όπως των προσωπικών του στοιχείων και των ιατρικών εξετάσεων και εν γένει του ιατρικού του ιστορικού, όπως αυτό προκύπτει από την παρούσα νοσηλεία του, για τους σκοπούς της κωδικοποίησης και τιμολόγησης της νοσηλείας του με το σύστημα DRGs και μέχρι την τελική γνωμοδότηση της Ελεγκτικής Εταιρείας για λογαριασμό της Ασφαλιστικής εταιρείας, του Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης ή για την απόφαση της Επιτροπής Διαιτησίας σε περίπτωση παραπομπής του περιστατικού σε αυτήν. Περαιτέρω, με την ως άνω εξουσιοδότησή του ο ασθενής πρέπει να δίνει ρητή εντολή στο «Νοσηλευτήριο» να παρέχει στο προσωπικό της Ελεγκτικής Εταιρείας που στελεχώνει το Ελεγκτικό Ιατρείο, το Συντονιστικό Κέντρο και την Ιατρική της Υπηρεσία, το σύνολο του ιατρικού του φακέλου, υπό τους όρους πάντοτε που θέτει η νομοθεσία και οι κανονιστικές αποφάσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Το «Νοσηλευτήριο» σε περίπτωση αρνήσεως του ασθενή να παράσχει την παραπάνω εξουσιοδότηση, θα ενημερώνει άμεσα την Ελεγκτική Εταιρεία και δεν θα φέρει καμία περαιτέρω ευθύνη [6].

3.3.Υπευθυνότητες

- Ιατρός Συντονιστικού Κέντρου,
- Συντονιστικό Κέντρο,
- Ελεγκτής Ιατρός,
- Γραμματεία Ελεγκτικού Ιατρείου,
- Λογιστήριο Ελεγκτικής Εταιρείας.

3.4. Process Mapping

- Αναγγελία Εισαγωγής (διοικητικός υπάλληλος ιατρείου),
- Άνοιγμα καρτέλας στο σύστημα,
- Έλεγχος διπλοκαταχώρησης του ασφαλισμένου,
- Καταχώρηση των στοιχείων της εισαγωγής (ΑΜΚΑ, αριθμός συμβολαίου, στοιχεία ταυτότητας, στοιχεία επικοινωνίας του ασφαλισμένου, ημερομηνία και ώρα εισαγωγής, θερμάτων ιατρός, είδος περιστατικού, πάθηση-κωδικός ICD-10),

- Εκτύπωση εντύπων:(έντυπο ενημέρωσης νοσηλείας, έντυπο προνοσηλευτικού ελέγχου, έντυπο θεράποντος ιατρού, έντυπο καταγραφής βιβλιαρίου υγείας, έντυπο ατυχήματος[αναλόγως],
- Παράδοση του εντύπου θεράποντος και ενημέρωση ότι θα πρέπει να προσκομιστεί στο ιατρείο μόλις συμπληρωθεί από τον θεράποντα ιατρό,
- Φωτοτυπία βιβλιαρίου υγείας, εφόσον προσκομιστεί,
- Ασφαλιστικός έλεγχος συμβολαίου (διοικητικός υπάλληλος Συντονιστικού),
- Έλεγχος για αναμονές/εξαιρέσεις, όρια, εξόφληση συμβολαίου, ασφαλιστική ικανότητα από Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης,
- Επιβεβαίωση ημερομηνίας έναρξης συμβολαίου.

Η Ελεγκτική Εταιρεία υποχρεούται, για κάθε εισαγωγή, να προβαίνει σε άμεση επιβεβαίωση της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενή κατά την στιγμή της εισαγωγής, εκτός αν η εισαγωγή γίνει εκτός ωραρίου λειτουργίας του Ελεγκτικού Ιατρείου της Ελεγκτικής Εταιρείας οπότε η Ελεγκτική Εταιρεία θα επιβεβαιώνει γραπτώς την ασφαλιστική κάλυψη, εντός της επόμενης εργάσιμης ημέρας από τη λήψη της ενημέρωσης από το Γραφείο Κίνησης σχετικά με την εισαγωγή του ασθενή. Η υποχρέωση αυτή είναι καθολική και ανεξάρτητη από τον τρόπο κάλυψης του περιστατικού(απευθείας κάλυψη, εγγυητική επιστολή, απολογιστική εξόφληση, κάλυψη Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης).

Η Ελεγκτική Εταιρεία υποχρεούται, το αργότερο εντός 24 ωρών από την λήψη της ενημέρωσης για την εισαγωγή του ασθενούς και σε περίπτωση που ο ασθενής λάβει εξιτήριο νωρίτερα, το αργότερο μέχρι την έκδοση του εξιτηρίου, να καταχωρεί στην πλατφόρμα αναλυτική επιστολή προς το «Νοσηλευτήριο» με την οποία θα του παράσχει ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο κάλυψης του περιστατικού (απευθείας κάλυψη, εγγυητική επιστολή, απολογιστική εξόφληση, κάλυψη Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης) και τον βαθμό/ όριο κάλυψης του περιστατικού (αποδοχή, 24ωρη κάλυψη) με πλήρη αιτιολογία και σχετική τεκμηρίωση.

Η Ελεγκτική Εταιρεία οφείλει να συντάσσει έκαστη επιστολή με τρόπο σαφή που δεν επιδέχεται οποιασδήποτε αμφισβήτησης ως προς τον τρόπο και τα όρια κάλυψης, γνωστοποιώντας στο «Νοσηλευτήριο» στοιχεία του συμβολαίου του ασθενούς (θέση νοσηλείας κ.τ.λ.). Μετά τη λήψη της επιστολής αυτής από το «Νοσηλευτήριο», μεταγενέστερη ανάκληση της κάλυψης ή μείωση του ποσοστού συμμετοχής της ασφαλιστικής εταιρίας ή του Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης θα μπορεί να γίνει μόνο μέχρι την έκδοση του εξιτηρίου, με καταχώρηση στην πλατφόρμα σχετικής αναλυτικής

επιστολής και με επαρκή αιτιολογία της ανάκλησης της κάλυψης. Στην περίπτωση αυτή, η ασφαλιστική εταιρεία ή ο Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης θα υποχρεούται να ενημερώνει σχετικά τον ασθενή -ασφαλισμένο της ταυτόχρονα με το «Νοσηλευτήριο».

Η Ελεγκτική Εταιρεία υποχρεούται άμεσα να ενημερώσει το «Νοσηλευτήριο», με καταχώρηση στην πλατφόρμα σχετικής αναλυτικής επιστολής, καθώς και τον ασθενή, για τυχόν άρνηση ασφαλιστικής κάλυψης αναγόμενης σε καθαρά μη ιατρικούς λόγους (π.χ. μη καταβολή ασφαλίσεων, λήξη ασφαλιστηρίου συμβολαίου, μη κάλυψη συγκεκριμένης πάθησης κλπ.) [6].

Προνοσηλευτικός έλεγχος (ελεγκτής ιατρός):

Σύμφωνα με τον προνοσηλευτικό έλεγχο γίνονται τα παρακάτω [6]:

- Λήψη αναλυτικού ιατρικού ιστορικού(έναρξη συμπτωματολογίας, παρούσα νόσος-συμπτώματα, γνωστά υφιστάμενα νοσήματα, ύψος-βάρος, κάπνισμα-χρήση αλκοόλ, προηγούμενες νοσηλείες ή επεμβάσεις, τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, οικογενειακό ιστορικό, διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν διενεργηθεί προ της εισαγωγής),
- Κλινική εξέταση(ζωτικά σημεία, καταγραφή ευρημάτων από τη φυσική εξέταση αναλόγως του περιστατικού),
- Τοποθέτηση ελεγκτή ως προς την αναγκαιότητα της εισαγωγής με προσδιορισμό της αιτιολογίας και τοποθέτηση αρχικού DRGs>>Έντυπο προνοσηλευτικού ελέγχου,
- Καταγραφή των ευρημάτων από το βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου>Έντυπο καταγραφής βιβλιαρίου υγείας,
- Έντυπο καταγραφής ΑΜΚΑ.

Αρχική έγκριση νοσηλείας(διοικητικός υπάλληλος συντονιστικού):

Απευθείας αποστολή στην ασφαλιστική με upload στο σύστημα προκειμένου να σταλεί η πρώτη εγγυητική κάλυψη ή μη [6]:

- Αναγγελία εισαγωγής,
- Εντύπων προνοσηλευτικού ελέγχου και καταγραφής βιβλιαρίου υγείας και ΑΜΚΑ ελεγκτή ιατρού.

Παρακολούθηση νοσηλείας(ελεγκτής ιατρός-διοικητικός υπάλληλος ιατρείου):

Σύμφωνα με την παρακολούθηση της νοσηλείας γίνονται τα παρακάτω [6]:

- Ο ελεγκτής ιατρός ελέγχει τον ιατρικό φάκελο(καταγράφει εργαστηριακές, απεικονιστικές εξετάσεις και τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής),
- Δημιουργεί αντίγραφα και συμπληρώνει το έντυπο ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης,
- Τοποθέτηση του ελεγκτή ιατρού αναφορικά με το βασικό DRGs ή το επαυξημένο εάν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας υπάρξουν επιπλοκές ή βαρείες συνυπάρχουσες παθήσεις,
- Εγκρίνει επεμβατικά DRGs για διακριτές ιατρικές πράξεις ή τοποθετεί συμφωνημένα ημερήσια νοσήλια όταν η νοσηλεία ξεπεράσει τη Μέγιστη Διάρκειά της,
- Ο διοικητικός υπάλληλος ιατρείου καταγράφει ηλεκτρονικά το έντυπο παρακολούθησης νοσηλείας και scan τα αντίγραφα του φακέλου νοσηλείας στην καρτέλα,
- Καθημερινά έλεγχος e-mail ασφαλιστικής κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία>ενημέρωση λογιστηρίου.

Εξιτήριο(διοικητικός υπάλληλος ιατρείου):

Σχετικά με το εξιτήριο [6]:

- Παραλαβή εξιτηρίου και προτιμολογίου από το λογιστήριο-scan στην καρτέλα,
- Συμπλήρωση της καρτέλας με την ημερομηνία και διάγνωση εξόδου,
- Έλεγχος αν υπάρχουν όλα τα απαραίτητα έντυπα(π.χ. λίστα ειδικών υλικών εξαιρουμένων του DRGs, ιστολογική εξέταση, πρακτικό χειρουργείου-γνωματεύσεις ιατρικών πράξεων).

Έλεγχος προτιμολογίου(ελεγκτής ιατρός-ιατρός συντονιστικού κέντρου):

Σχετικά με τον έλεγχο προτιμολογίου [6]:

- Έγκριση ή απόρριψη της νοσηλείας,

- Συμπλήρωση του εντύπου ελέγχου προτιμολογίου και του υπηρεσιακού εντύπου.

Τελική έγκριση νοσηλείας(διοικητικός υπάλληλος συντονιστικού):

Σχετικά με την τελική έγκριση της νοσηλείας[6]:

- Αποστολή εντύπου ελέγχου προτιμολογίου, εξιτηρίου, προτιμολογίου λίστας ειδικών υλικών-φαρμάκων εάν δεν περιλαμβάνονται στο DRGs, ιστολογική εξέταση στην ασφαλιστική εταιρεία για έκδοση τελικής έγκρισης της νοσηλείας,
- Επί συμφωνίας, αποστέλλει υπηρεσιακό σημείωμα στο λογιστήριο του θεραπευτηρίου για έκδοση τιμολογίου,
- Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρουσιαστούν ή/και διαπιστωθούν, εκτός από το βασικό πρόβλημα υγείας που αποτέλεσε το λόγο εισαγωγής του ασθενούς στο «Νοσηλευτήριο» και άλλα προβλήματα υγείας χρήζοντα διερεύνησης, θα εφαρμόζονται αναλογικά οι προρρηθείσες διαδικασίες για την έγκριση κάλυψης του περιστατικού μετά από γνωμοδότηση της Ελεγκτικής Εταιρείας,
- Στην περίπτωση που η Ελεγκτική Εταιρεία αποδεχθεί την κάλυψη του περιστατικού, κατ' εφαρμογή των ανωτέρω, αλλά κατά την διάρκεια της νοσηλείας και πριν την έκδοση του εξιτηρίου προκύψουν νέα ιατρικά αποδεικτικά στοιχεία που δεν συνάδουν με την αιτία εισαγωγής ή την προτεινόμενη αγωγή, ρητά συμφωνείται ότι, η Ελεγκτική Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ανακαλέσει την έγκριση αποζημίωσης νοσηλείας και να ζητήσει την επανεκτίμηση του περιστατικού, από το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ενημερώνεται το νοσηλευτήριο για τη σχετική αντίρρηση της Ελεγκτικής Εταιρείας και εξής. Σε ουδεμία περίπτωση γίνεται αναδρομική ανάκληση έγκρισης αποζημίωσης νοσηλείας που έχει ήδη δοθεί, μετά την έκδοση του εξιτηρίου,
- Επί διαφωνίας και αλλαγής DRGs ή του ημερήσιου νοσηλίου, αποστέλλει υπηρεσιακό σημείωμα στο λογιστήριο του θεραπευτηρίου μαζί με το έντυπο ελέγχου προτιμολογίου και αναλόγως της απάντησης εκδίδεται τιμολόγιο ή ο φάκελος παραπέμπεται προς διαιτησία.

Επιτροπή Διαιτησίας (ιατρός Συντονιστικού Κέντρου):

Σχετικά με την επιτροπή διαιτησίας [6]:

- Εάν η Ελεγκτική Εταιρεία διαπιστώσει μετά τον έλεγχο των δικαιολογητικών απόκλιση από τους όρους και τις χρεώσεις που προβλέπονται, τότε το περιστατικό παραπέμπεται σε Επιτροπή Διαιτησίας,
- Προετοιμασία των περιστατικών από τον ελεγκτή ιατρό,
- Διεξαγωγή της επιτροπής διαιτησίας μεταξύ του ελεγκτή ιατρού και των θεραπόντων ιατρών. Η Επιτροπή Διαιτησίας θα εξετάζει αποκλειστικά θέματα επιστημονικού περιεχομένου. Η Επιτροπή αποτελείται από ένα γιατρό οριζόμενο από το νοσηλευτήριο και ένα γιατρό οριζόμενο από την Ελεγκτική Εταιρεία. Στη Συντονιστική Επιτροπή συμμετέχει ένα διοικητικό στέλεχος από το νοσηλευτήριο και ένας εκπρόσωπος της Ελεγκτικής Εταιρείας. Τόσο το διοικητικό στέλεχος του «Νοσηλευτηρίου» όσο και ο εκπρόσωπος της Ελεγκτικής Εταιρείας έχουν δικαίωμα γνώμης επί διαδικαστικών θεμάτων αλλά δεν έχουν δικαίωμα ψήφου. Η όποια τυχόν απόφαση της ανωτέρω Επιτροπής θα δεσμεύει τους συμβαλλόμενους. Η Επιτροπή αυτή θα συνεδριάζει όποτε κρίνεται απαραίτητο προκειμένου οι εκκρεμείς υποθέσεις να μην υπερβαίνουν το μήνα από την έκδοση του εξιτηρίου, τουλάχιστον δε μία φορά μηνιαίως, εφόσον υπάρχουν συγκεκριμένα προς λύση προβλήματα, ή μία φορά ανά τρίμηνο, εφόσον υπάρχουν μόνο γενικής φύσεως θέματα. Η σύγκληση της Επιτροπής θα γίνεται από το «Νοσηλευτήριο» και θα είναι δεσμευτική για τα μέλη της. Η Ελεγκτική Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα, να παραπέμπει περιστατικά στην Επιτροπή Διαιτησίας, με αιτιολογημένη γραπτή εισήγηση, εντός διαστήματος 5 ημερών από την έκδοση του εξιτηρίου και εφόσον τα εν λόγω περιστατικά δεν έχουν ήδη παραπεμφθεί στην Επιτροπή Διαιτησίας από το ίδιο το «Νοσηλευτήριο», με καταχώριση της εισήγησης σε ειδικό πεδίο της ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Η συνεδρίαση θα είναι συνεχής και η λήψη της απόφασης θα γίνεται αυθημερόν. Σε περίπτωση ισοψηφίας των μελών της Επιτροπής το περιστατικό θα επιλύεται με απευθείας συνεννόηση του «Νοσηλευτηρίου» με την ασφαλιστική εταιρεία εντός διαστήματος 15 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία της συνεδρίασης της Επιτροπής Διαιτησίας κατά την οποία δεν ελήφθη απόφαση λόγω ισοψηφίας. Σε κάθε

περίπτωση η καταβολή της αποζημίωσης προς το «Νοσηλευτήριο» πρέπει να γίνεται εντός 30 ημερών από την υποβολή των τιμολογίων,

- Σύνταξη των πρακτικών των αποφάσεων της επιτροπής διαιτησίας,
- Παράδοση των πρακτικών στο λογιστήριο για έκδοση τιμολογίου.

Έλεγχος τιμολογίου (Λογιστήριο-Ελεγκτική Εταιρεία):

Σχετικά με τον έλεγχο τιμολογίου [6]:

- Έλεγχος ορθής τιμολόγησης των DRGs, των ημερήσιων νοσηλίων, των επεμβατικών ιατρικών πράξεων και των ειδικών φαρμάκων και υλικών που δεν συμπεριλαμβάνονται στα DRGs,
- Απευθείας εξόφληση : Σε περίπτωση που η κάλυψη της νοσηλείας του ασθενή έχει γίνει αποδεκτή από την Ελεγκτική Εταιρεία ο ασθενής εξέρχεται από το νοσηλευτήριο και η ασφαλιστική εταιρία καλύπτει το κόστος της νοσηλείας εντός εύλογου χρονικού διαστήματος από την ημέρα που έλαβε το εξιτήριο, τα αντίστοιχα δελτία παροχής υπηρεσιών καθώς και το σύνολο των γνωματεύσεων των γιατρών που είναι αναγκαία για την εκτίμηση του περιστατικού.
- Απολογιστική εξόφληση: Σε περίπτωση που η Ελεγκτική Εταιρεία έχει απλά επιβεβαιώσει την ύπαρξη ασφάλισης του ασθενή χωρίς να έχει κάνει ακόμα αποδεκτή τη νοσηλεία του ή δεν προβλέπεται βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου απευθείας εξόφληση από την ασφαλιστική εταιρία, ο τελευταίος καταβάλλει το κόστος της νοσηλείας και στη συνέχεια απευθύνεται με το σύνολο των πρωτότυπων δικαιολογητικών στην ασφαλιστική εταιρία για να αποζημιωθεί σχετικά. Εάν η Ελεγκτική Εταιρεία δεν έχει απαντήσει στο «Νοσηλευτήριο» για την κάλυψη ή μη του ασθενή / ασφαλισμένου, ή έχει αρνηθεί την κάλυψη των νοσηλίων του, πριν την έκδοση του εξιτηρίου του, το «Νοσηλευτήριο» έχει το δικαίωμα να απαιτήσει την καταβολή του κόστους της νοσηλείας από τον ίδιο τον ασθενή κατά την έξοδό του, με την προϋπόθεση ότι έχει ενημερώσει την Ελεγκτική Εταιρεία για την επερχόμενη έξοδο του ασθενή και για την έκδοση του σχετικού εξιτηρίου. Η διαχείριση των περιστατικών αυτών - στην περίπτωση που ο ασθενής / ασφαλισμένος τελικά εξέρχεται του νοσηλευτηρίου έχοντας καταβάλλει το

κόστος της νοσηλείας - θα πραγματοποιείται βάσει των προβλεπόμενων στον περί απολογιστικής εξόφλησης.

- Αποστολή στην Ασφαλιστική Εταιρεία ή το Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης για πληρωμή.

3.5 Αρχεία

- **Αρχείο,**

Βάση Δεδομένων

- **Υπεύθυνος Τήρησης,**

-Ιατρικός Διευθυντής

- **Διάρκεια Τήρησης,**

-Συνεχής

3.6 .Τροποποιήσεις Διαδικασίας

- **Ημερομηνία Τροποποίησης,**

- **Περιγραφή Τροποποίησης,**

-Αρχική Έκδοση

- **Σελίδα,**

- **Τρέχουσα Διαδικασία.**

3.7 Συζήτηση

Από τη δεκαετία του 1980 ξεκίνησε η εφαρμογή των DRGs στις ΗΠΑ και έκτοτε η εφαρμογή τους επεκτάθηκε και στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Η μεθοδολογία αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με βάση τα DRGs έχει οδηγήσει σίγουρα τη μείωση του χρόνου νοσηλείας και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Επέτρεψε το benchmarking(συγκριτική αξιολόγηση) των νοσοκομείων, με τη χρήση τους έγινε εφικτός ο

προσδιορισμός της βέλτιστης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για κάθε διαγνωστική ομάδα και κατά συνέπεια είναι δυνατή η σύγκριση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας [7].

Κριτική δέχθηκε για μετακύλιση του νοσοκομειακού κόστους σε διαφορετικούς παρόχους υγείας, όπως η κατ' οικον. Νοσηλεία (Spygopoulos, 2002). Σήμερα ο ιδιωτικός τομέας υγείας ακολουθεί μια λανθασμένη πρακτική αποζημίωσης που οδηγεί σε προκλητή ζήτηση, κακή επιλογή ιατρικών πράξεων, γραφειοκρατία, διαχειριστικό βάρος, διαφθορά και το κυριότερο ενίσχυση της νοσοκομειακής περίθαλψης σε βάρος άλλων μορφών όπως της πρωτοβάθμιας. Η ημερήσια αποζημίωση αυξάνει τη διάρκεια νοσηλείας και τον αριθμό των κρεβατιών, η αμοιβή ανά υπηρεσία δημιουργεί τιμολόγηση χωρίς όριο, ενθαρρύνει να προσφέρονται περισσότερες υπηρεσίες από τις απαιτούμενες και τα νοσοκομεία και οι ασθενείς δεν έχουν κίνητρο να μειώσουν τις μέρες νοσηλείας και να κινηθούν στην πρωτοβάθμια και ειδικότερα στη νοσηλεία κατ' οικον. Σε όλο τον πολιτισμένο κόσμο και η απόφαση είναι και στην Ελλάδα, στην ιδιωτική και δημόσια υγεία να εφαρμοστούν τα DRGs που είναι ένα σύστημα κωδικοποίησης .

των νοσηλειών που ορίζει την νοσοκομειακή δραστηριότητα, την αποτυπώνει ιατρικά και οικονομικά και το κυριότερο δίνει (ΜΑΝ) Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για κάθε ομοιογενή ομάδα DRGs. Δίνει μ' αυτό τον τρόπο το κίνητρο στον ασθενή και το νοσηλευτήριο όταν το επιτρέπουν οι συνθήκες να συνεχίσει ο ασθενής τη θεραπεία στο σπίτι του, οργανωμένα, κάνοντας σύμβαση το νοσηλευτήριο με την φροντίδα υγείας κατ' οίκον. Ο έλεγχος με τα παραπάνω λογισμικά εργαλεία και η καινοτομία της Μέγιστης Διάρκειας Νοσηλείας αποτρέπουν στο μέτρο του δυνατού τη μετακύλιση του κόστους στους παρόχους υγείας της κατ' οίκον νοσηλείας.

Επίσης ο ελλιπής σχεδιασμός των DRGs μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας λόγω απουσίας της σοβαρότητας της ασθένειας και της συν νοσηρότητας στην αποζημίωση (Spygopoulos, 2004).

Έχουν τεθεί επίσης ηθικά διλήμματα όσον αφορά την καθοδήγηση του ιατρικού του ιατρικού προσωπικού στη χρήση συγκεκριμένων και μειωμένων πόρων για κάθε ομοειδή ομάδα (Spygopoulos, Botsivaly 2005).

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της νέας κωδικοποίησης των νοσηλειών που πραγματεύεται η διατριβή μελετήθηκε εις βάθος η δυνατότητα εφαρμογής των γερμανικών DRGs στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα και μετά το πιλοτικό πρόγραμμα που εφαρμόζει το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ.(Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών). Επιστήμονες της πολιτικής υγείας όπως ο Κοσ Μόσιαλος (Εφημερίδα των Συντακτών) αλλά και ο συγγραφέας της παρούσας διατριβής συμφωνούν ότι είναι δύσκολο να εφαρμοστεί

στο ελληνικό σύστημα υγείας διότι πρώτα πρέπει να το εξορθολογήσεις και μετά να εισαγάγεις DRGs με επικρατέστερα τα Αυστραλιανά και τα Αμερικανικά διότι ταιριάζουν στο σύστημα και μπορεί πιο εύκολα να συλλέξουν στοιχεία κόστους από τα νοσοκομεία.

Οι λόγοι δυσκολίας είναι η πολυπλοκότητα αλλά και το μέγεθος των νοσοκομείων απαιτώντας νέες μεθόδους διαχείρισης, με προσωπικό ειδικευμένο στη διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Χρειάζονται πληροφοριακά συστήματα με διαλειτουργικότητα και σωστή διαχείριση δεδομένων.

Το ΕΣΥ δεν προβάλλεται ως έτοιμο για την εφαρμογή των διαγνωστικών ομοειδών ομάδων, λόγω της διοικητικής και γραφειοκρατικής δομής, της ύπαρξης άλλων προτεραιοτήτων, την έλλειψη θέλησης για την ανάδειξη πραγματικού κόστους της υγείας, την αντίθεση του προσωπικού και των συντεχνιών στην εφαρμογή αλλά και λόγω έλλειψης της απαραίτητης υποδομής και των κατάλληλων λογισμικών εργαλείων.

Η εφαρμογή στο ΕΣΥ των DRGs ως μέθοδο χρηματοδότησης απαιτεί μια σειρά από καινοτόμες αλλαγές, πιλοτικές εφαρμογές (γίνονται σήμερα από το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ.) και προπάντων προσαρμογή των λογισμικών εργαλείων στην ελληνική πραγματικότητα.

Η δημοσιονομική κρίση του 2009 επιτάχυνε τον μακροχρόνιο σχεδιασμό για την εφαρμογή των DRGs στο ΕΣΥ, λόγω καταρχήν των μνημονιακών δεσμεύσεων, αρκεί βέβαια να ξεπεραστούν τα συντεχνιακά συμφέροντα, η κουλτούρα των εργαζομένων, η έλλειψη εμπειρίας και το υψηλό κόστος επένδυσης.

Η λογική προσέγγιση της νέας κωδικοποίησης που επεξεργάζεται η παρούσα διατριβή στο Δημόσιο Τομέα είναι η διαχείριση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς (ΗΦΑ). Βασική προϋπόθεση για τη σωστή του λειτουργία είναι η χρήση Προτύπων και Κωδικοποίησης που καλύπτουν τις οντότητες του συστήματος(ασθενείς/ασφαλισμένοι, φάρμακα κ.τ.λ.). Η χρήση τέτοιων Προτύπων είναι απαραίτητη για τη συλλογή στατιστικών δεδομένων κι τη συλλογή στοιχείων κόστους και τα οποία θα επιτρέπουν την ανασύνθεση του λειτουργικού κόστους ανά ασθενή, τμήμα, χρονική περίοδο κ.τ.λ..

Το Υπουργείο Υγείας έχει προχωρήσει πλέον σε κωδικοποιήσεις φαρμάκων, υγειονομικών υλικών, ειδικών υλικών, βιοϊατρικού εξοπλισμού κ.ο.κ. Υιοθέτησε επίσης και διεθνή αναγνωρισμένα Πρότυπα, όπως το Health Level Seven(HL7) και την Τυποποίηση κλινικών δεδομένων-Ορολογία το ICD10, το ICPC-2, το DRG, το LOINC και το SNOMED.

Χρησιμοποιώντας τις κωδικοποιήσεις αυτές το σύστημα μπορεί να αναλύσει τις διάφορες ιατρικές πράξεις στις επιμέρους ποσότητες υπηρεσιών από τις οποίες αποτελούνται, υπολογίζοντας έτσι το κόστος νοσηλείας. Έτσι δημιουργείται το σύστημα με

τους κατάλληλους τελεστές βάρους και τους αντίστοιχους αλγορίθμους που θα επιτρέπει την προσεγγιστική παρακολούθηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνήθως υπάρχουν νοσηλείες που εξαιρούνται από την τιμολόγηση μέσω των DRGs, όπως η ιατρική αποκατάσταση, η μακροχρόνια φροντίδα, τα επείγοντα περιστατικά και η ψυχική υγεία. Επίσης δεν υπολογίζονται συνήθως το κεφαλαιουχικό κόστος, η εκπαίδευση, η έρευνα καθώς και οι εξωτερικοί ασθενείς (Μπαλασοπούλου, 2010).

[7] <http://www.euro.who.int/observatory>

4.1 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να διασφαλιστούν οι απαραίτητες λειτουργίες για την ανάπτυξη των ΗΦΥ σύμφωνα με το μοντέλο HL7[8], κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία λειτουργικών προφίλ μέσα από τις λειτουργίες του HL7 EHR-S FM. Βέβαια, για να επιτευχθούν τα παραπάνω, πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη οργάνωση και ο απαραίτητος προγραμματισμός αλλά και η απαραίτητη εμπειρία για να χρησιμοποιηθεί ένα τέτοιο σύστημα. Μέσα από το λειτουργικό προφίλ αυτών των συστημάτων εξασφαλίζεται: η αντιστοίχιση της λειτουργίας του συστήματος με το μοντέλο HL7, η απόλυτη συνοχή των λειτουργικών προφίλ καθώς και η σύγκριση μεταξύ τους, προωθείται η διαλειτουργικότητα των συστημάτων, καθώς επίσης ευαισθητοποιείται η αγορά και υιοθετείται το προφίλ αλλά και το πρότυπο και τέλος, προσδίδει μια εφαρμόσιμη αλλά και ρεαλιστική λειτουργικότητα. Για να είναι ένα προφίλ λειτουργικό, οι λειτουργίες που θα εμπεριέχει επιλέγονται και εφαρμόζονται αντίστοιχα από τον εκάστοτε φορέα υγείας σε σύμπραξη με τους εμπλεκόμενους που θα κάνουν την χρήση αυτών των συστημάτων. Έτσι λοιπόν, το προφίλ περιέχει λειτουργίες οι οποίες μπορεί να είναι απαγορευτικές, υποχρεωτικές, προαιρετικές, συνιστώμενες όπως επίσης και προαιρετικές επιτρεπόμενες. Συνεπώς, τα πληροφοριακά συστήματα συνολικά θα πρέπει να επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Έτσι, ο ΗΦΥ αποτελείται από πληροφοριακά συστήματα που τροφοδοτούν και υποστηρίζουν την λειτουργικότητα που απαιτείται για ένα άκρως λειτουργικό προφίλ. Έπειτα, δημιουργούνται οι απαραίτητες διαδικασίες ελέγχου αλλά και πιστοποίησης που εξασφαλίζουν ότι τόσο τα υποσυστήματα όσο και το γενικό σύστημα του ΗΦΥ πληρούν τις προδιαγραφές ώστε να γίνεται απρόσκοπτα και ορθά η λειτουργία του συστήματος. Πέρα από την πρώτη έκδοση του HL7 όπως προαναφέρθηκε ακολουθεί και η δεύτερη έκδοση του HL7 EHR-S FM, R2, η οποία αναμένεται να οριστικοποιηθεί από τους οργανισμούς HL7, ISO, CEN6 και CDISC7.

Όλες οι ιατρικές πράξεις κωδικοποιούνται κάνοντας χρήση συγκεκριμένης κωδικοποίησης και ονοματολογίας. Φυσικά αυτό δεν αρκεί για να τηρηθούν πλήρως τα δεδομένα ενός ηλεκτρονικού φακέλου υγείας αφού πολλά από αυτά τηρούνται σε διοικητικά έγγραφα αλλά και σε ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις. Έτσι για να αρθεί και αυτή η δυσκολία ο οργανισμός HL7, με την έκδοση 3 δημιούργησε μια δομή για να τηρούνται τα ιατρικά έγγραφα και να είναι απόλυτα κατανοητά από τους επαγγελματίες της υγείας αλλά και από

τα πληροφοριακά συστήματα. Έτσι ο οργανισμός εισάγει το πρότυπο HL7 CDA8 που βασίζεται σε XML9 και χρησιμοποιείται συνήθως για κλινικά έγγραφα όπως διαγνώσεις εξόδου κ.α. Ως κλινικό έγγραφο ορίζεται η καταγραφή των εξετάσεων αλλά και των υπηρεσιών και έχει τα εξής χαρακτηριστικά: διάρκεια-η ύπαρξη του είναι αναλλοίωτη σε μακροχρονική περίοδο-, υπευθυνότητα της διαχείρισης- το κάθε κλινικό έγγραφο συντηρεί και ο αντίστοιχος φορέας-, πιστοποίηση εγγράφου, -το κλινικό έγγραφο αποτελείται από πληροφορίες που δύναται να επικυρωθούν νομικά-, πλαίσιο,- υπάρχει προκαθορισμένο πλαίσιο για το περιεχόμενο του κλινικού εγγράφου, αρτιότητα, -αν χρειαστεί να επικυρωθεί ένα κλινικό έγγραφο αυτό γίνεται σε όλο το φάσμα του-, τα κλινικά έγγραφα αναγιγνώσκονται από ανθρώπους,- το κλινικό έγγραφο είναι συνήθως αναγνώσιμο από ανθρώπους. Έτσι το έγγραφο CDA θεωρείται πλήρες και καθορισμένο εξ αρχής και μπορεί να περιέχει κείμενο, εικόνα, και ήχο. Στόχοι του CDA εγγράφου είναι: η προτεραιότητα στην περίθαλψη του ασθενούς, να παρέχει μειωμένο κόστος στην εφαρμογή όσο γίνεται σε όλο το φάσμα των συστημάτων, να παρέχει την δυνατότητα ανταλλαγής αναγνώσιμων εγγράφων μεταξύ χρηστών, να εξασφαλίσει την μακροβιότητα της πληροφορίας, να μπορεί να επιτευχθεί η ανταλλαγή αλλά και η ταχυδρόμηση της πληροφορίας, να είναι συμβατή η δημιουργία εγγράφων μέσα από ένα φάσμα εφαρμογών, να μπορεί να προωθήσει την ανταλλαγή ανεξάρτητα από μηχανισμούς αποθήκευσης και μεταφοράς, η σχεδίαση να είναι αρκετά γρήγορη, και τέλος να δίνεται η δυνατότητα στον χρήστη να ρυθμίζει τις ανάλογες απαιτήσεις που ενέχει η πληροφορία χωρίς να αλλάζουν οι προδιαγραφές. Οι εφαρμογές που αναλαμβάνουν την αποστολή και την λήψη τέτοιων εγγράφων έχουν και την ευθύνη της εμπιστευτικότητας αλλά και της διατήρησής του. Αν η επικοινωνία πρέπει να γίνει μέσω κάποιου κοινωνικού μέσου, ίσως χρειαστεί κρυπτογραφική τεχνική ώστε να πιστοποιηθεί η πηγή αλλά και ο παραλήπτης έτσι ώστε να μεταφερθεί με ασφάλεια το έγγραφο. Το CDA έχει αυτή την δυνατότητα ώστε να δίνει πληροφορίες για την εμπιστευτικότητα επιτρέποντας έτσι στα συστήματα εφαρμογής να έχουν πρόσβαση σε ευαίσθητα δεδομένα. Η εν λόγω εμπιστευτικότητα μπορεί να εφαρμοστεί και σε τμήμα του εγγράφου αλλά και σε ολόκληρο το έγγραφο (Κουρούμπαλη, 2012).

[8] <http://www.hl7.org/implementation/standards/rim.cfm>

4.2 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΗΦΥ

Εκτός από την δημιουργία προφίλ ένα σύστημα ΗΦΥ πρέπει να έχει πιστοποιημένες λειτουργίες ώστε να εξασφαλίζεται και η ποιότητά τους. Έως τώρα, έχει παρατηρηθεί ότι η αποτελεσματικότητα αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι συνυφασμένες με την επαγγελματική εμπειρία, την ανταλλαγή πληροφοριών και την ποιότητα που παρέχουν τα συστήματα ιατρικής. Έτσι θεωρείται ως προαπαιτούμενο ο ποιοτικός έλεγχος και η πιστοποίηση των συστημάτων ΗΦΥ, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα του προϊόντος. Για τον λόγο αυτό το ευρωπαϊκό ίδρυμα σχετικά με τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας EuroRec11 [9], όρισε μια σειρά από κριτήρια με βάση τα πρότυπα HL7 EHR-S FM, και CEN/ISO EN1360612 , ISO TR 2051413 , ISO 1296714 , και IHE XDS15 τα οποία αποτελούν και την βάση της παροχής της ποιότητας και της πιστοποίησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Εν συνεχεία, η σφραγίδα EuroRec παρέχει πιστοποίηση για τα συστήματα ΗΦΥ, κατέχοντας τις ελάχιστες απαιτήσεις ως προς την λειτουργικότητα και την διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των πολιτών. Έτσι κάθε σύστημα ΗΦΥ θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί στις παραπάνω απαιτήσεις. Σε όλους τους φορείς υγείας, προκειμένου να γίνει επιτυχώς μια ολοκληρωμένη καταγραφή των δεδομένων των ασθενών έτσι ώστε τα δεδομένα αυτά να μπορούν να αξιοποιηθούν τα συστήματα ΗΦΥ θα πρέπει να πληρούν προδιαγραφές διαλειτουργικότητας. Τα κριτήρια τα οποία επιλέχθηκαν για την δημιουργία της σφραγίδας ποιότητας παρουσιάζονται εκτενώς παρακάτω και διασφαλίζουν την ποιότητα των λειτουργιών τέτοιων συστημάτων. Για να πιστοποιηθεί ένα λογισμικό με την συγκεκριμένη σφραγίδα γίνεται πάντα με την επίβλεψη του EuroRec ώστε να εξασφαλιστεί ότι το σύστημα πληροί τις ανάλογες λειτουργίες. Τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από το EuroRec θεωρούνται η αρχή των μετέπειτα διαδικασιών που πιστοποιούν συστήματα ΗΦΥ σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Σερβία, η Σλοβενία και άλλες χώρες. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στα Υπουργεία Υγείας με την χρήση των κριτηρίων που προσφέρει το EuroRec να κάνουν επιλογή συστήματος ΗΦΥ ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των φορέων του .

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα κριτήρια της σφραγίδας ποιότητας EuroRec Seal Level [9]:

[9] <http://www.eurorec.org>

Κωδικός Κριτήριο	Περιγραφή
1 GS001512.01	Το σύστημα επιτρέπει την σύνδεση μεταξύ ενός χρήστη και των ρόλων του.
2 GS001519.04	Το σύστημα πρέπει να περιλαμβάνει τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την ταυτοποίηση κάθε ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του πρώτου ονόματος, επωνύμου, φύλου και ημερομηνίας γέννησης
3 GS001523.03	Το σύστημα επιτρέπει τη συλλογή όλων των απαραίτητων δημογραφικών στοιχείων για τους ασθενείς ούτως ώστε να ανταποκρίνεται στους ισχύοντες νόμους
4 GS001531.02	Το σύστημα εμφανίζει όλα τα τρέχοντα προβλήματα υγείας που συνδέονται με έναν ασθενή.
5 GS001537.03	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει ημερομηνία και ώρα καταχώρησης
6 GS001538.02	Για κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας υπάρχει αρμόδιος χρήστης για την εισαγωγή δεδομένων.
7 GS001539.02	Κάθε αναπροσαρμογή ενός στοιχείου υγείας οδηγεί σε νέα έκδοση του στοιχείου.
8 GS001544.04	Το σύστημα υποστηρίζει τη χρήση ιατρικών συστημάτων κωδικοποίησης για την εισαγωγή δεδομένων των στοιχείων υγείας.
9 GS001550.06	Το σύστημα παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση φάρμακων που λαμβάνει ο ασθενής.
10 GS001559.02	Το σύστημα παρουσιάζει κατάσταση φάρμακων που λάμβανε ο ασθενής στο παρελθόν.
11 GS001573.02	Η τρέχουσα κατάσταση φάρμακων που λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να εκτυπωθεί.
12 GS001577.03	Το σύστημα παρέχει κατάλογο φαρμάκων
13 GS001579.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει κατάσταση δραστηριότητας, π.χ. ενεργό ή τρέχων, ανενεργό, ιστορικό ή του παρελθόντος, ολοκληρωμένο, σε παύση, αρχειοθετημένο.
14 GS001590.02	Το σύστημα παρουσιάζει κατάλογο αλλεργιογόνων ουσιών με ένδειξη "ενεργό".
15 GS001593.02	Η διαγραφή ενός στοιχείου υγείας οδηγεί σε μια νέα έκδοση του στοιχείου με ένδειξη κατάστασης "διεγράφη"
16 GS001594.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει έναν αρμόδιο για το περιεχόμενο της έκδοσης αυτής. Ο αρμόδιος αυτός μπορεί να είναι χρήστης ή τρίτο πρόσωπο

17 GS001595.01	Κάθε αλλαγή της κατάστασης ενός ζητήματος υγείας οδηγεί σε νέα έκδοση του ζητήματος υγείας
18 GS001598.02	Μπορεί να παρουσιαστεί ολόκληρο το ιστορικό των εκδόσεων ενός στοιχείου υγείας.
19 GS001610.03	σύστημα δίνει τη δυνατότητα τεκμηρίωσης μιας επαφής με ασθενή
20 GS001611.01	Το σύστημα δύναται να παρουσιάσει όλα τα σχετικά έγγραφα για μία επαφή ασθενή
21 GS001638.03	Το σύστημα παρουσιάζει την ιστορία αποτελεσμάτων συγκεκριμένων εργαστηριακών εξετάσεων
22 GS001901.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει ημερομηνία επικύρωσης.
23 GS001932.01	Το σύστημα υποστηρίζει ταυτόχρονη χρήση.
24 GS001947.02	Το σύστημα καθιστά την απόρρητη πληροφορία προσβάσιμη μόνο από τους κατάλληλα εξουσιοδοτημένους χρήστες.
25 GS002175.02	Το σύστημα επιτρέπει την εφαρμογή πολιτικής διαχείρισης προνομίων και πρόσβασης.
26 GS002182.01	Το ίχνος ελέγχου περιλαμβάνει την καταγραφή χρηστών κατά την σύνδεση και αποσύνδεση
27 GS002184.01	Το ίχνος ελέγχου περιλαμβάνει την καταγραφή των γεγονότων διαχείρισης της ασφάλειας.
28 GS002198.02	Το ίχνος ελέγχου δεν μπορεί να αλλοιωθεί μετά την εγγραφή.
29 GS002211.01	Το σύστημα επιτρέπει στον χρήστη να αλλάξει τον κωδικό πρόσβασής του.
30 GS002243.01	Οι υπηρεσίες ασφάλειας και χειρισμού του συστήματος είναι επαρκώς τεκμηριωμένα.
31 GS002265.01	Κάθε στοιχείο υγείας είναι μοναδικά και διαρκώς συνδεδεμένο με έναν προσδιορισμένο ασθενή.
32 GS002266.01	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένο.
33 GS002268.01	Κάθε χρήστης είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένος.
34 GS002269.01	Το σύστημα επιτρέπει τον ορισμό διαφορετικών δικαιωμάτων πρόσβασης για ένα στοιχείο υγείας (ανάγνωση, συγγραφή, ...) ανάλογα με τον βαθμό εμπιστευτικότητας.
35 GS002281.01	Όλα τα στοιχεία ασθενών μπορούν να είναι άμεσα προσβάσιμα από τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενών.
36 GS002287.02	Το σύστημα διαχωρίζει διαχειριστές,

	προνομιούχους χρήστες και κοινούς χρήστες. Οι διαχειριστές εκχωρούν δικαιώματα ή / και πρόσβαση σε προνομιούχους και κοινούς χρήστες. Οι προνομιούχοι χρήστες εκχωρούν δικαιώματα ή / και πρόσβαση σε κοινούς χρήστες.
37 GS002300.02	Το σύστημα είναι διαθέσιμο στις γλώσσες που απαιτούνται από τις τοπικές ρυθμιστικές αρχές.
38 GS002307.02	Κάθε ασθενής και ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένα στο σύστημα.
39 GS002312.01	Το σύστημα είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ ασθενών με το ίδιο επώνυμο, όνομα, φύλο και ημερομηνία γέννησης
40 GS002415.04	Το σύστημα λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα πρόσβασης κατά την χορήγηση πρόσβασης στα στοιχεία υγείας, εξετάζοντας το ρόλο του παροχέα περίθαλψης προς τον ασθενή
41 GS002437.05	Το σύστημα προσφέρει στους χρήστες λίστες κωδικοποίησης, εγκεκριμένες σε εθνικό επίπεδο, για να βοηθήσει την δομημένη και κωδικοποιημένη καταγραφή των στοιχείων υγείας.
42 GS002489.02	Η καταχώρηση δεδομένων γίνεται μόνο μία φορά. Τα καταχωρημένα στοιχεία είναι διαθέσιμα όπου απαιτείται.
43 GS002497.03	Το σύστημα παρουσιάζει δεδομένα ταυτοποίησης του ασθενή (όνομα, επώνυμο, ηλικία και φύλο) σε κάθε οθόνη/ διεπαφή εισαγωγής δεδομένων
44 GS002582.02	Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου, το σύστημα παρουσιάζει τις γνωστές αλλεργίες του ασθενούς, σε περίπτωση που δεν ειδοποιείται ο χρήστης για συγκεκριμένα αλλεργιογόνα
45 GS002625.01	Το σύστημα επιτρέπει στο χρήστη να τροποποιήσει τα διοικητικά στοιχεία ασθενών.
46 GS002638.01	Το σύστημα διακρίνει την πραγματική ή ενεργό φαρμακευτική αγωγή από προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (του παρελθόντος), όταν παρουσιάζεται η φαρμακευτική αγωγή σε λίστες ή αλλού.
47 GS002639.01	Το σύστημα επιτρέπει στο νόμιμα εξουσιοδοτημένο χρήστη να τροποποιήσει στοιχεία υγείας.
48 GS002655.02	Το σύστημα εφαρμόζει χρονικό όριο για τον τερματισμό μιας σύνδεσης χρήστη μετά από μια

	ρυθμιζόμενη περίοδο αδράνειας
49 GS003787.01	Το σύστημα έχει συνέπεια ως προς το πως εμφανίζονται κλινικές ειδοποιήσεις, π.χ. κόκκινο χρώμα για αφύσικα ή ψηλά εργαστηριακά αποτελέσματα.
50 GS004729.02	Μια λίστα φαρμάκων παρουσιάζει τουλάχιστον τα ακόλουθα στοιχεία: την σήμανση του φαρμάκου (πακέτο), ημερομηνία έναρξης, ημερομηνία της τελευταίας ιατρικής συνταγής, οδηγίες δοσολογίας (δομημένες ή ως κείμενο)

Πίνακας 8. Κριτήρια Σφραγίδας EuroRec

Όταν κάποιος λογισμικό ΗΦΥ, έχει εξασφαλίσει την σφραγίδα ποιότητας του EuroRec, σημαίνει ότι έχει και τις προδιαγραφές σε τομείς όπως: η καταγραφή, η διαχείριση της πληροφορίας, της ασφάλειας της λειτουργίας αλλά και της πρόσβασης. Κάθε σύστημα ΗΦΥ, όταν πληροί τα κριτήρια του EuroRec, αυτόματα διασφαλίζει την ποιότητα των συστημάτων αλλά και όλες τις απαραίτητες διαδικασίες πιστοποίησης στις χώρες της Ευρώπης βάση των διεθνών προτύπων. Σε όλους τους φορείς υγείας η εφαρμογή των συστημάτων ΗΦΥ, γίνεται σιγά σιγά και σε βάθος χρόνου. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχουν πληροφοριακές υποδομές και οι φορείς να επιλέγουν συστήματα που να πληρούν τόσο κριτήρια ποιότητας αλλά και διαλειτουργικά πρότυπα. Κάθε φορέας που σχεδιάζει να εφαρμόσει ένα σύστημα ΗΦΥ, θα πρέπει να θέσει στόχους που υλοποιούνται τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα έτσι ώστε να αξιοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι διαθέσιμοι πόροι. Έτσι για να υλοποιηθούν τα παραπάνω, ο οργανισμός HIMSS, δημιούργησε ένα μοντέλο συστημάτων ΗΦΥ, το οποίο είναι χρήσιμο στους φορείς υγείας διότι τους βοηθά να εντοπίσουν το στάδιο που βρίσκονται και έτσι να θέσουν στόχους τόσο μακροπρόθεσμους όσο και μεσοπρόθεσμους. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει επτά επίπεδα (Κουρούμπαλη, 2012):

- Στάδιο 0: Χρήση του χάρτινου φακέλου υγείας ώστε να είναι δυνατή η αποθήκευση αλλά και η ανάκτηση των κλινικών δεδομένων. Συνήθως τα πληροφοριακά συστήματα διαθέτουν τρεις συνιστώσες τόσο κύριες όσο και επικουρικές (εργαστηριακό, ακτινολογικό και φαρμακείο) αλλά δεν έχουν εγκατασταθεί όλες.
- Στάδιο 1: Όλες οι συνιστώσες των πληροφοριακών συστημάτων (εργαστηριακό, ακτινολογικό και φαρμακείο) έχουν πλέον εγκατασταθεί.
- Στάδιο 2: Όλες οι συνιστώσες των πληροφοριακών συστημάτων προβαίνουν στην ανταλλαγή ηλεκτρονικών δεδομένων παρέχοντας την δυνατότητα ηλεκτρονικού

αρχείου αποθήκευσης των κλινικών δεδομένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν πρόσβαση σε αυτό το ηλεκτρονικό αρχείο οι επαγγελματίες της υγείας ώστε να μπορούν να δουν και να αξιολογήσουν το αποτέλεσμα. Ωστόσο, το ηλεκτρονικό αρχείο αποθήκευσης που περιέχει τα κλινικά δεδομένα περιέχει ιατρική κωδικοποίηση αλλά και κανόνες λήψης αποφάσεων. Επίσης, ο εκάστοτε φορέας υγείας υποστηρίζοντας πρωτόκολλα διαλειτουργικότητας μπορεί να προβαίνει στην ανταλλαγή δεδομένων, με οποιοδήποτε άλλο σύστημα (π.χ. διαχείρισης ασθενή).

- Στάδιο 3: Το στάδιο αυτό αφορά την κλινική τεκμηρίωση (π.χ. ζωτικές παράμετροι, διαγράμματα ροής), όπου οι ιατρικές οδηγίες και η νοσηλευτική λογοδοσία έχουν εφαρμοστεί και συνδέονται με το ηλεκτρονικό αρχείο αποθήκευσης κλινικών δεδομένων για τουλάχιστον μία κλινική στον οργανισμό υγείας. Πέραν τούτου, έχει υλοποιηθεί και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Το πρώτο επίπεδο συστήματος κλινικής υποστήριξης για τη λήψη αποφάσεων για τον έλεγχο λαθών σχετικά με τις παραγγελίες φαρμάκων και εξετάσεων έχει εγκατασταθεί. Είναι πλέον εφικτή η πρόσβαση σε ψηφιακή βάση εικόνων (σύστημα PACS) από επαγγελματίες υγείας εκτός του ακτινολογικού τμήματος.
- Στάδιο 4: Γίνεται η καταχώρηση κάθε ιατρικής παραγγελίας που μπορεί να γίνει από τους νοσηλευτές και συνδέεται με το ηλεκτρονικό αρχείο αποθήκευσης των κλινικών δεδομένων. Το επόμενο επίπεδο της κλινικής υποστήριξης αναφορικά με την λήψη αποφάσεων περιέχει κλινικά πρωτόκολλα ιατρικής βασισμένα σε ενδείξεις (evidence based medicine). Τα συστήματα αυτά έχουν εφαρμοστεί σε τουλάχιστον μια κλινική του οργανισμού. Επίσης σε αυτό το στάδιο υπάρχουν υπηρεσίες χρέωσης που έχουν βελτιωθεί εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ότι όλες οι παραγγελίες που αφορούν παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς έχουν καταγραφεί.
- Στάδιο 5: Σε αυτό το στάδιο τίθεται πλέον σε εφαρμογή ένα σύστημα φαρμακευτικής αγωγής. Εφαρμογή τεχνολογίας αυτόματης ταυτοποίησης όπως RFID ή γραμμωτού κώδικα η οποία έχει συμπεριληφθεί στο σύστημα καταχώρησης των ιατρικών παραγγελιών και στο φαρμακείο για την εξασφάλιση διαδικασιών μεγιστοποίησης της ιατρικής διαχείρισης στο σημείο της φροντίδας. Επίσης, το κρεβάτι του ασθενούς είναι δυνατή η εξακρίβωση (μέσω ανάγνωσης γραμμωτού κώδικα) του σωστού ασθενή, του σωστού φαρμάκου, της σωστής δοσολογίας, της σωστής ακολουθίας και του σωστού χρόνου χορήγησης.

- Στάδιο 6: Στον εκάστοτε φορέα υγείας τουλάχιστον μια κλινική έχει θέσει σε εφαρμογή την πλήρη ηλεκτρονική αποτύπωση της κλινικής τεκμηρίωσης με ηλεκτρονικές φόρμες που χρησιμοποιούν κωδικοποίηση. Στην ηλεκτρονική αποτύπωση περιλαμβάνονται διαγνώσεις, σύνοψη εισιτηρίου και εξιτηρίου, και ιατρικές σημειώσεις. Το τρίτο επίπεδο συστήματος κλινικής υποστήριξης για τη λήψη αποφάσεων έχει εφαρμοστεί και καθοδηγεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με πρωτόκολλα, αποτελέσματα και ειδοποιήσεις συμμόρφωσης. Το σύστημα PACS έχει εγκατασταθεί πλήρως και δεν υπάρχουν πλέον απεικονιστικές εξετάσεις σε φιλμ.
- Στάδιο 7: Στο τελευταίο στάδιο ο φορέας υγείας δεν χρησιμοποιεί πλέον τον χάρτινο φάκελο ασθενούς. Πλέον υπάρχει ηλεκτρονική βάση δεδομένων η οποία χρησιμοποιείται για κλινική ανάλυση και έρευνα για την βελτίωση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας των ασθενών.

Με την εισαγωγή συστημάτων ΗΦΥ, η οποία όπως αναφέρθηκε παραπάνω αποτελεί μια διαδικασία μακροχρόνια αποτελούμενη από πολλά βήματα για να υλοποιηθεί, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια πορεία βελτίωσης και εξέλιξης του οργανισμού στον τρόπο παροχής φροντίδας των ασθενών. Βέβαια κάθε αλλαγή που συντελείται στον εργασιακό χώρο αλλά και στον τρόπο που γίνεται η καθημερινή διαχείριση των εργασιών, είναι εξαρτώμενη παραγόντων όπως: η ωριμότητα των χρηστών αλλά και των φορέων υγείας. Ωστόσο, από την αναδιοργάνωση λόγω της εφαρμογής συστημάτων ΗΦΥ, έρχονται στην επιφάνεια και τα πρώτα θετικά αποτελέσματα. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο ο σχεδιασμός αλλά και η υλοποίηση ΗΦΥ, σε έναν φορέα υγείας δεν εξασφαλίζει και την παραγωγική λειτουργία του. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο αν γίνει ουσιαστική χρήση του ΗΦΥ, διευκολύνοντας έτσι την ροή των εργασιών στον εκάστοτε φορέα υγείας και βελτιώνοντας έτσι την φροντίδα υγείας αλλά και λειτουργία του οργανισμού. Έτσι, η χρήση τέτοιων συστημάτων από τους φορείς υγείας συνεπάγεται και την χρήση πιστοποιημένων συστημάτων ΗΦΥ, ώστε να εξυπηρετούνται συγκεκριμένες ανάγκες.

Όταν κάποιος φορέας υγείας επιλέγει ένα σύστημα ΗΦΥ, ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος το σύστημα αυτό θα πρέπει να είναι πιστοποιημένο ως προς τις ακόλουθες λειτουργίες: της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, της ηλεκτρονικής ανταλλαγής πληροφοριών με απώτερο σκοπό

την βελτίωση της ποιότητας υγείας, της ποιότητας αλλά και της ακρίβειας των δεδομένων.

Η ανάπτυξη αλλά και η εφαρμογή πιστοποιημένων συστημάτων ΗΦΥ, μπορούν να προσδώσουν μεγάλες δυνατότητες ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι η σχεδίαση των συστημάτων που διαχειρίζονται τέτοια πληροφορία να έχουν αναπτυχθεί βάση των διεθνών προτύπων αλλά και να γίνεται η χρήση τους. Βάση των παραπάνω αναδεικνύεται η ανάγκη ώστε να υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές, η υιοθέτηση λειτουργίας συστημάτων ΗΦΥ σύμφωνα με τους στόχους που έχουν τεθεί, η πιστοποίηση της λειτουργίας του συστήματος ΗΦΥ, με σκοπό να εξασφαλιστεί η ποιότητα, η διασφάλιση της πληροφορίας που χρησιμοποιείται ξανά, η τυποποίηση των κλινικών εγγράφων που διατηρεί. Με την χρήση διεθνών προτύπων που σχετίζονται με την κωδικοποίηση και την διαλειτουργικότητα, επιτρέπεται η αξιοποίηση της πληροφορίας για δευτερογενή χρήση. Η επιλογή ενός συστήματος ΗΦΥ, από φορείς της υγείας πρέπει να γίνει προσεκτικά βασισμένα στα διεθνή πρότυπα πιστοποίησης και σε αναγνωρισμένα κριτήρια διεθνώς έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα σε όλα τα επίπεδα με αποτέλεσμα να μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά η φροντίδα υγείας (Κουρούμπαλη, 2012).

Συμπεράσματα-Αποτελέσματα:

Η διατριβή επικεντρώθηκε στην εισαγωγή των ελληνικών DRGs, το σχεδιασμό και την ανάπτυξη λογισμικών για ιατροασφαλιστικό και οικονομικό έλεγχο.

Η χρήση τους ήταν πιλοτική, ανέδειξε τη χρησιμότητά τους αλλά και την περαιτέρω εξοικείωση των χρηστών, τη μελέτη μεταβλητών όπως τη θνησιμότητα, τις επαναεισαγωγές και τα έσοδα των νοσοκομείων, έτσι ώστε να επεκταθούν στην εξέταση των επιδράσεων στα αποτελέσματα της περίθαλψης, στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, στο κόστος αλλά και στην ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στα νοσοκομεία παρατηρήθηκε μια γενικότερη στρατηγική να αυξήσουν τα έσοδά τους και να υπερτιμολογήσουν τα DRGs, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί δείκτη χαμηλότερης ποιότητας νοσοκομειακής φροντίδας.

Το λογισμικό σε επίπεδο διαχείρισης και ελέγχου ανταποκρίθηκε, χρειάζεται βεβαίως βελτιώσεις και ανέδειξε ότι το σύστημα κοστολόγησης των ελληνικών DRGs (GR-DRGs) αποτελεί το καλύτερο σημείο εκκίνησης για τις αποφάσεις διαχείρισης και κοστολόγησης σε επίπεδο ασθενών. Κρίνεται επίσης, υποχρεωτική η εφαρμογή της χρήσης διαγνωστικών αλλά και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Αν το παραπάνω δεν τηρηθεί συνεπάγονται και οι αντίστοιχες συνέπειες. Βέβαια η οικονομική κατάσταση του σήμερα στην Ελλάδα, απαιτεί περικοπές αλλά και συμπίεση των δαπανών. Ωστόσο, το γεγονός αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει την υπέρτατη ευκαιρία για την υλοποίηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων με σκοπό να αυξηθεί η οικονομική αποδοτικότητα αλλά και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κάτι που δεν συνέβη στον βαθμό που έπρεπε τα προηγούμενα χρόνια.

- 1.Μείωση των δομικών ελλειμμάτων των νοσοκομείων,**
- 2. Αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,**
- 3. Υψηλότερη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα,**
- 4. Απελευθέρωση προσωπικού από τις διοικητικές υπηρεσίες με την μείωση της γραφειοκρατίας,**
- 5. Βελτίωση καταγραφής του έργου των νοσοκομείων,**
- 6. Επιστημονική ανάλυση των νοσηλίων,**
- 7. Ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαδικασία καταρτισμού (κλειστών) προϋπολογισμών και απολογισμών.**
- 8. Αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών των ασφαλιστικών οργανισμών. - Αποτελμάτωση διεκπεραίωσης των αιτήσεων κ.τ.λ. με πολλαπλά οφέλη. Συνεπώς η**

αντικατάσταση του υπάρχοντος συστήματος με ένα σύγχρονο σύστημα management των νοσοκομείων θα είχε σημαντικά διοικητικά και λειτουργικά οφέλη και στα νοσοκομεία και στους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας.

Παράρτημα:**Πίνακας 1. Αρχική Οθόνη Log-In**

A/A	Αρ. Συμβολαίου / ΑΜΚΑ	Όνομ/μ ο	Ασφαλιστικ ή Εταιρεία & Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Νοσηλευτήρι ο	Ημ. Εισαγωγή ς	Στάδιο Ελέγχου
53 328	25799		Generali- ΕΟΠΥΥ	Ιασώ	23/8/2018	1. Αναγγελία εισαγωγής
53 329	6788563		Ευρωπαϊκή Πίστη	Ιατρικό Αθηνών	20/8/2018	7. Έλεγχος προτιμολογίου
5333 0	58996		Ergo	Metropolitan	22/8/2018	3.Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 2. Οθόνη Διαχείρισης Νοσηλειών

A/A	Αρ. Συμβολαίου/ ΑΜΚΑ	Όνοματεπώνυμο	Ασφαλιστική Εταιρεία &Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Νοσηλευτήριο	Ημ. Εισαγωγής	Στάδιο Ελέγχου
1	25799		Generali – ΕΟΠΥΥ	Ιασώ	23/8/2018	1. Αναγγελία εισαγωγής
2	6788563		Ευρωπαϊκή Πίστη	Ιατρικό Αθηνών	20/8/2018	7. Έλεγχος προτιμολογίου
3	58996		Ergo	Metropolitan	22/8/2018	3.Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 3. Οθόνη Στοιχείων Νοσηλείας

Όνομ/μο	Ασφαλιστική Εταιρεία & Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	Αρ. Συμβολαίου/ ΑΜΚΑ	Ημ. Εισαγωγής	Κύρια Διάγνωση	Στάδιο Ελέγχου
	Generali – ΕΟΠΥΥ	25799	23/8/2018	Ρήξη μηνίσκου	1. Αναγγελία εισαγωγής
	Ευρωπαϊκή Πίστη	6788563	20/8/2018	Οξεία γαστρεντερίτις	7. Έλεγχος προτιμολογίου
	Ergo	58996	22/8/2018	Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση	3. Αρχική έγκριση νοσηλείας

Πίνακας 4. Στατιστικά Νοσηλειών

Νοσηλευτήριο	Χειρουργικές νοσηλείες		Παθολογικές νοσηλείες		Σύνολο νοσηλειών	
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών	10	15	10	15	20	30
Ιασώ	15	20	15	20	30	40
Ευρωκλινική	20	25	20	25	40	50
Σύνολο νοσηλειών ανά φύλο	45	60	45	60	90	120
Σύνολο νοσηλειών ανά είδος	105		105		210	

Πίνακας 5. Οικονομική διαφορά προτεινόμενων από χρεωθέντα DRGs

Νοσηλευτήριο	Χειρουργικές νοσηλείες		Παθολογικές νοσηλείες		Σύνολο νοσηλειών	
	Διαφορά αξίας DRGs	% επί των χρεωθέντων	Διαφορά αξίας DRGs	% επί των χρεωθέντων	Διαφορά αξίας DRGs	% επί των χρεωθέντων
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών	19.035	10%	19.035	10%	38.035	10%
Ιασώ	11.511	8,5%	11.511	8,5%	23.511	8,5%
Ευρωκλινική	14.025	14,5%	14.025	14,5%	28.050	14,5%
Σύνολο ανά είδος νοσηλείας	44.571	11,3%	44.571	11,3%	89.042	11,3%

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ιατρικού ελέγχου

Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλειών	Συνολικό αρχικά αιτούμενο	Συνολική απόρριψη της νοσηλείας	Περικοπές προ προτιμολογίου	Περικοπές αμοιβών ιατρών	Περικοπές ειδικών υλικών	Περικοπές λοιπού προτιμολογίου
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Ιασώ						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Σύνολο νοσηλευτηρίων						
Χειρουργικές	1.302.466	11.242	11.242	11.242 (0,8%)	19.086 (0,8%)	88.044 (7,1%)
Παθολογικές	402.516	2.510	2.510	2.510 (0,5%)	4.542 (0,8%)	24.032 (7,1%)
Γενικό σύνολο	1.704.982	13.752	13.752	13.752 (0,7%)	23.628 (0,8%)	106.076 (7,1%)
Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλειών	Συνολικό αρχικά αιτούμενο	Συνολική απόρριψη της νοσηλείας	Περικοπές προ προτιμολογίου	Περικοπές αμοιβών ιατρών	Περικοπές ειδικών υλικών	Περικοπές λοιπού προτιμολογίου
Ιατρικό						

Κέντρο Αθηνών						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Ιασό						
Χειρουργικές	651.233	5.621	5.621	5.621 (0,8%)	9.643 (0,8%)	44.022 (7,1%)
Παθολογικές	201.258	1.255	1.255	1.255 (0,5%)	2.271 (0,8%)	12.016 (7,1%)
Σύνολο νοσηλευτηρίων						
Χειρουργικές	1.302.466	11.242	11.242	11.242 (0,8%)	19.086 (0,8%)	88.044 (7,1%)
Παθολογικές	402.516	2.510	2.510	2.510 (0,5%)	4.542 (0,8%)	24.032 (7,1%)
Γενικό σύνολο	1.704.982	13.752	13.752	13.752 (0,7%)	23.628 (0,8%)	106.076 (7,1%)

Πίνακας 7. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018

Νοσηλευτήριο / Είδος νοσηλείων	Συνολικό αρχικά αιτούμενο DRGs	Περικοπές αποδεκτές χωρίς διατησία	Σύνολο περικοπών προς διατησία	Περικοπές αποδεκτές από διατησία	Επιτυχία διατησίας
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών					
Χειρουργικές	651233	5.621 (1,5%)	44.022 (8,9%)	29.643 (7,5%)	0,673
Παθολογικές	201258	1.255 (1,5%)	12.016 (8,9%)	7.271 (7,5%)	0,601
Ιασώ					
Χειρουργικές	651233	5.621 (1,5%)	44.022 (8,9%)	28.643 (7,5%)	0,651
Παθολογικές	201258	1.255 (1,5%)	12.016 (8,9%)	6.271 (7,5%)	0,522
Σύνολο νοσηλευτηρίων					
Χειρουργικές	1302466	11.242 (7,5%)	88.044 (7,5%)	50.086 (7,5%)	0,569
Παθολογικές	402516	2.510 (7,5%)	24.032 (7,5%)	15.542 (7,5%)	0,647
Γενικό σύνολο	1704982	13.752 (7,5%)	106.076 (7,5%)	65.628 (7,5%)	0,619

Πίνακας 7b. Τιμοκατάλογος DRG Περιόδου 1/9/2018-30/9/2018

Νοσηλευτήρι ο / Είδος νοσηλειών	Συνολικό αρχικά αιτούμενο DRGs	Οριστικές πериκοπές ιατρικού ελέγχου αλλαγής DRGs	Περικοπές ελέγχου τιμολογίου	Σύνολο πериκοπώ ν	Overall savings
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών					
Χειρουργικές	651.233	44.022 (6,75%)	5.621 (0,86%)	49.643	7,62%
Παθολογικές	201.258	12.016 (5,97%)	1.255 (0,62%)	12.271	6,09%
Ιασώ					
Χειρουργικές	651.233	44.022 (6,75%)	5.621 (0,86%)	49.643	7,62%
Παθολογικές	201.258	12.016 (5,97%)	1.255 (0,62%)	12.271	6,09%
Σύνολο νοσηλευτηρί ων					
Χειρουργικές	1.302.466	88.044 (6,75%)	11.042 (0,86%)	99.086	7,60%
Παθολογικές	402.516	24.032 (5,97%)	2.510 (0,62%)	26.542	6,09%
Γενικό σύνολο	1.704.982	106.076 (6,65%)	13.552 (0,72%)	125.628	7,36%

Πίνακας 8. Κριτήρια Σφραγίδας EuroRec

Κωδικός Κριτήριο	Περιγραφή
1 GS001512.01	Το σύστημα επιτρέπει την σύνδεση μεταξύ ενός χρήστη και των ρόλων του.
2 GS001519.04	Το σύστημα πρέπει να περιλαμβάνει τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την ταυτοποίηση κάθε ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του πρώτου ονόματος, επωνύμου, φύλου και ημερομηνίας γέννησης
3 GS001523.03	Το σύστημα επιτρέπει τη συλλογή όλων των απαραίτητων δημογραφικών στοιχείων για τους ασθενείς ούτως ώστε να ανταποκρίνεται στους ισχύοντες νόμους
4 GS001531.02	Το σύστημα εμφανίζει όλα τα τρέχοντα προβλήματα υγείας που συνδέονται με έναν ασθενή.
5 GS001537.03	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει ημερομηνία και ώρα καταχώρησης
6 GS001538.02	Για κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας υπάρχει αρμόδιος χρήστης για την εισαγωγή δεδομένων.
7 GS001539.02	Κάθε αναπροσαρμογή ενός στοιχείου υγείας οδηγεί σε νέα έκδοση του στοιχείου.
8 GS001544.04	Το σύστημα υποστηρίζει τη χρήση ιατρικών συστημάτων κωδικοποίησης για την εισαγωγή δεδομένων των στοιχείων υγείας.
9 GS001550.06	Το σύστημα παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση φάρμακων που λαμβάνει ο ασθενής.
10 GS001559.02	Το σύστημα παρουσιάζει κατάσταση φάρμακων που λάμβανε ο ασθενής στο παρελθόν.
11 GS001573.02	Η τρέχουσα κατάσταση φάρμακων που λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να εκτυπωθεί.
12 GS001577.03	Το σύστημα παρέχει κατάλογο φαρμάκων
13 GS001579.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει κατάσταση δραστηριότητας, π.χ. ενεργό ή τρέχων, ανενεργό, ιστορικό ή του παρελθόντος, ολοκληρωμένο, σε παύση, αρχειοθετημένο.
14 GS001590.02	Το σύστημα παρουσιάζει κατάλογο αλλεργιογόνων ουσιών με ένδειξη "ενεργό".
15 GS001593.02	Η διαγραφή ενός στοιχείου υγείας οδηγεί σε μια νέα έκδοση του στοιχείου με ένδειξη κατάστασης "διεγράφη"
16 GS001594.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει έναν αρμόδιο για το περιεχόμενο της έκδοσης αυτής. Ο

	αρμόδιος αυτός μπορεί να είναι χρήστης ή τρίτο πρόσωπο
17 GS001595.01	Κάθε αλλαγή της κατάστασης ενός ζητήματος υγείας οδηγεί σε νέα έκδοση του ζητήματος υγείας
18 GS001598.02	Μπορεί να παρουσιαστεί ολόκληρο το ιστορικό των εκδόσεων ενός στοιχείου υγείας.
19 GS001610.03	σύστημα δίνει τη δυνατότητα τεκμηρίωσης μιας επαφής με ασθενή
20 GS001611.01	Το σύστημα δύναται να παρουσιάσει όλα τα σχετικά έγγραφα για μία επαφή ασθενή
21 GS001638.03	Το σύστημα παρουσιάζει την ιστορία αποτελεσμάτων συγκεκριμένων εργαστηριακών εξετάσεων
22 GS001901.02	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας έχει ημερομηνία επικύρωσης.
23 GS001932.01	Το σύστημα υποστηρίζει ταυτόχρονη χρήση.
24 GS001947.02	Το σύστημα καθιστά την απόρρητη πληροφορία προσβάσιμη μόνο από τους κατάλληλα εξουσιοδοτημένους χρήστες.
25 GS002175.02	Το σύστημα επιτρέπει την εφαρμογή πολιτικής διαχείρισης προνομίων και πρόσβασης.
26 GS002182.01	Το ίχνος ελέγχου περιλαμβάνει την καταγραφή χρηστών κατά την σύνδεση και αποσύνδεση
27 GS002184.01	Το ίχνος ελέγχου περιλαμβάνει την καταγραφή των γεγονότων διαχείρισης της ασφάλειας.
28 GS002198.02	Το ίχνος ελέγχου δεν μπορεί να αλλοιωθεί μετά την εγγραφή.
29 GS002211.01	Το σύστημα επιτρέπει στον χρήστη να αλλάξει τον κωδικό πρόσβασής του.
30 GS002243.01	Οι υπηρεσίες ασφάλειας και χειρισμού του συστήματος είναι επαρκώς τεκμηριωμένα.
31 GS002265.01	Κάθε στοιχείο υγείας είναι μοναδικά και διαρκώς συνδεδεμένο με έναν προσδιορισμένο ασθενή.
32 GS002266.01	Κάθε έκδοση ενός στοιχείου υγείας είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένο.
33 GS002268.01	Κάθε χρήστης είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένος.
34 GS002269.01	Το σύστημα επιτρέπει τον ορισμό διαφορετικών δικαιωμάτων πρόσβασης για ένα στοιχείο υγείας (ανάγνωση, συγγραφή, ...) ανάλογα με τον βαθμό εμπιστευτικότητας.
35 GS002281.01	Όλα τα στοιχεία ασθενών μπορούν να είναι άμεσα προσβάσιμα από τον ηλεκτρονικό φάκελο

	ασθενών.
36 GS002287.02	Το σύστημα διαχωρίζει διαχειριστές, προνομιούχους χρήστες και κοινούς χρήστες. Οι διαχειριστές εκχωρούν δικαιώματα ή / και πρόσβαση σε προνομιούχους και κοινούς χρήστες. Οι προνομιούχοι χρήστες εκχωρούν δικαιώματα ή / και πρόσβαση σε κοινούς χρήστες.
37 GS002300.02	Το σύστημα είναι διαθέσιμο στις γλώσσες που απαιτούνται από τις τοπικές ρυθμιστικές αρχές.
38 GS002307.02	Κάθε ασθενής και ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του είναι μοναδικά και διαρκώς ταυτοποιημένα στο σύστημα.
39 GS002312.01	Το σύστημα είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ ασθενών με το ίδιο επώνυμο, όνομα, φύλο και ημερομηνία γέννησης
40 GS002415.04	Το σύστημα λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα πρόσβασης κατά την χορήγηση πρόσβασης στα στοιχεία υγείας, εξετάζοντας το ρόλο του παροχέα περίθαλψης προς τον ασθενή
41 GS002437.05	Το σύστημα προσφέρει στους χρήστες λίστες κωδικοποίησης, εγκεκριμένες σε εθνικό επίπεδο, για να βοηθήσει την δομημένη και κωδικοποιημένη καταγραφή των στοιχείων υγείας.
42 GS002489.02	Η καταχώρηση δεδομένων γίνεται μόνο μία φορά. Τα καταχωρημένα στοιχεία είναι διαθέσιμα όπου απαιτείται.
43 GS002497.03	Το σύστημα παρουσιάζει δεδομένα ταυτοποίησης του ασθενή (όνομα, επώνυμο, ηλικία και φύλο) σε κάθε οθόνη/ διεπαφή εισαγωγής δεδομένων
44 GS002582.02	Κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου, το σύστημα παρουσιάζει τις γνωστές αλλεργίες του ασθενούς, σε περίπτωση που δεν ειδοποιείται ο χρήστης για συγκεκριμένα αλλεργιογόνα
45 GS002625.01	Το σύστημα επιτρέπει στο χρήστη να τροποποιήσει τα διοικητικά στοιχεία ασθενών.
46 GS002638.01	Το σύστημα διακρίνει την πραγματική ή ενεργό φαρμακευτική αγωγή από προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (του παρελθόντος), όταν παρουσιάζεται η φαρμακευτική αγωγή σε λίστες ή αλλού.
47 GS002639.01	Το σύστημα επιτρέπει στο νόμιμα εξουσιοδοτημένο χρήστη να τροποποιήσει στοιχεία υγείας.

48 GS002655.02	Το σύστημα εφαρμόζει χρονικό όριο για τον τερματισμό μιας σύνδεσης χρήστη μετά από μια ρυθμιζόμενη περίοδο αδράνειας
49 GS003787.01	Το σύστημα έχει συνέπεια ως προς το πως εμφανίζονται κλινικές ειδοποιήσεις, π.χ. κόκκινο χρώμα για αφύσικα ή ψηλά εργαστηριακά αποτελέσματα.
50 GS004729.02	Μια λίστα φαρμάκων παρουσιάζει τουλάχιστον τα ακόλουθα στοιχεία: την σήμανση του φαρμάκου (πακέτο), ημερομηνία έναρξης, ημερομηνία της τελευταίας ιατρικής συνταγής, οδηγίες δοσολογίας (δομημένες ή ως κείμενο)

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

- Borden JP (1988): “An Assessment of the Impact of Diagnosis-Related Group (DRG) Based Reimbursement on the Technical Efficiency of New Jersey Hospitals Using Data Envelopment Analysis.” J Accounting and Public Policy 7(2): 77-96.
- Brown, N. and Reynolds, M. (2000): <<Strategy for production and maintenance of standards for interoperability within and between service departments and other healthcare domains>>, Short Strategic Study, CENT/TC 251/NOO-047, CENT/TC 251 Health informatics, Brussels: Belgium
- Clara Elizabeth Dismuke, Vania Sena (1999): Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods June 1999, Volume 2, [Issue 2](#), pp 107–116
- Clara Elizabeth Dismuke, Vania Sena (2001): Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. Source: Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes . 2014, Vol. 31 Issue 2, p45-58. 14p.
- DRGs in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies (2011)
- European observatory on Health Care Systems: countries summaries, Available at: <http://www.euro.who.int/observatory>
- Hagen, T.P., Veenstra, M., Stavem, K. (2006). Efficiency and Patient Satisfaction in Norwegian Hospitals. Oslo: Health Organization Research Norway (HORN Working Paper 2006:1).

- Jha, A.K., Perlin, J.B., Kizer, K.W.& Dudley, R.A.(2003): <<Effect of the Transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care>>, N Engl J Med, No.348, pp.2218-2227
- Jin-Yuan Chern¹ Thomas T. H. Wan^{2,3}: The Impact of the Prospective Payment System on the Technical Efficiency of Hospitals Journal of Medical Systems, Vol. 24, No. 3, 2000
- Karla, D. (2006): <<Electronic Health Record Standards>>, IMIA Yearbook of Medical Informatics, pp. 136-144
- Linna, M., Häkkinen, U., Magnussen, J. (2006). Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland. Health Policy, 77:268–78.
- Margit Sommersguter-Reichmann September 2000: Volume 3, [Issue 4](#), pp 309–321: The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach Evidence b(i)ased medicine—selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications
BMJ 2003; 326 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7400.1171> (Published 29 May 2003)Cite this as: *BMJ* 2003;326:1171
- Meltzer, D. and Whelan, C, The Economics of Hospital Medicine. In Wachter, M. R., Goldman, L. and Hollander, H. (2005): Hospital Medicine, 2nd Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Peckham, D. (2016): <<Electronic Patient Records, Past, Present and Future>>, Pediatric Respiratory Reviews, No.20S, pp. 8-11
- Porter, M., & Kaplan, R., (2015): How should we pay for Health Care? Working Paper 15-041

- POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy* 2013, 109:14–22
- SCHMID A, GÖTZE R. Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev* 2009, 62:21–40
- Spyropoulos B. (2002): “Supporting the Acquaintance of health-Care Personnel to Operational-Cost Monitoring”. CD-ROM Proceedings of THERE 2002, 8-11 December, London, United Kingdom.
- Spyropoulos B. (2004): “Ethical implication of the combined employment of electronic health records (EHR) and the DRG codification in contemporary Hospital care”. Proceeding 20th Anniversary TEPR 2004 Fort Lauderdale, FL, USA, May 2004.
- Spyropoulos B. , Botsivaly M. (2005): “Relating Home Care to the DRGs based reimbursement by introducing an adapted continuity of care Record. 21st TEPR 2004 (Towards an electronic Patient Record)”, May 16-18, 2005, Salt Lake City, USA.
- Tang, P.C., Ash, J.S., Bates, D.W., Overhage, J.M. & Sands, D.Z. (2006):<<Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption>>, *Journal of the American Medical Informatics Association*, Vol. 13, No 2, pp. 121-126
- Tzavaras, B. Spyropoulos, R.Gruen, “ Diagnosis Related Groups: Approval and suitability for the Greek National Health System” , proceeding of ITAB 2006, 26-28 October 2006, Ioannina, Greece.
- [U.-G. Gerdtham](#) , [M. Löthgren](#) , [M. Tambour](#) , [C. Rehnberg](#) (1999): Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Α. Τζαβάρας, Β. Σπυρόπουλος, R. Gruen, <<Ομοειδής Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs): Μια έρευνα αποδοχής και καταλληλότητας για την εφαρμογή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας>>, Πρακτικά 2^{ου} Συνεδρίου Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. <<ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ>>, Αθήνα, 22-24 Νοεμβρίου 2006, σ. 303-311.
- Β. Σπυρόπουλος, Μ. Μποτσιβάλη, Μ. Μαρίνης, etall. <<Ανάπτυξη κατάλληλου λογισμικού για την προετοιμασία της διαδικασίας εισαγωγής στη χώρα μας ενός συστήματος Ελληνικών DRGs>>, Πρακτικά 1^{ου} Συνεδρίου Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. <<ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ>>, Αθήνα 23-25 Νοεμβρίου 2005, σ. 255-263.
- Β. Σπυρόπουλος, Μ Μποτσιβάλη, Α. Τζαβάρας etall, <<Μια δυνατότητα εφαρμογής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs) στην αποτίμηση του κόστους της κατ' οίκον νοσηλείας>> Πρακτικά 2^{ου} Συνεδρίου Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. <<ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ>>, Αθήνα, 22-24 Νοεμβρίου 2006, σ. 313-320.
- Γείτονα Μ.(2009). Οικονομικά της Υγείας και Πολιτικές Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- Κουρούμπαλη, Α. , Κατεχάκης ,Δ.Γ, Μπέρλερ, Α, Τσικνάκης, Μ. (2012) : «ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ» Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας Ινστιτούτο Πληροφορικής <http://www.ics.forth.gr> 2 HL7 Hellas <http://www.hl7.org.gr> Αριθμός Τεχνικής Αναφοράς: TR 431 20 Ιουλίου 2012
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007): Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας

- Μπαλασοπούλου Α.(2009): Χρηματοοικονομικό Μάνατζμεντ Νοσοκομείων- Διαδικασία Προϋπολογισμού & Διαχείριση Προμηθειών, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ. Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας. Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης 2010, ΝΒ (12/622):1097–1108
- ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ. Διοικητική κινδύνων και ασφαλίσεις επιχειρήσεων. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2010
- Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., (2014): «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα» Copyright@Athens Medical Society www.mednet.gr/archives
- ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2000, 17:627–639
- Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-Kai-draseis-gia-thn-ygeia/Kwdikopoihseis/709-Kleista-enopoihmena-noshlia-1>.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-eisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias>
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδανός, Αθήνα, 2006
- Ψαρόπουλος, Χ., (2013) : Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας

Ηλεκτρονικές Πηγές:

[1][5] <http://www.idika.gr/>

[2] <https://www.eopyy.gov.gr/>

[3] <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-Kai-draseis-gia-thn-yegeia/Kwdikopoihseis/709-Kleista-enopoihmena-noshlia-1>.

[4][6] <https://instdrg.gr/%cf%83%cf%8d%cf%83%cf%84%ce%b7%ce%bc%ce%b1-drg/>

[7] <http://www.euro.who.int/observatory>

[8] <http://www.hl7.org/implement/standards/rim.cfm>

[9] <http://www.eurorec.org>