



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η επιχειρησιακή και οικονομική διάσταση της εισαγωγής των DRGs  
στο Ελληνικό σύστημα Υγείας :**

**Η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ**

**Ιωάννης Ν. Βαφειάδης**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Γεώργιος Δουμουλάκης**

**Ιούνιος 2013**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Η επιχειρησιακή και οικονομική διάσταση της εισαγωγής των DRGs στο  
Ελληνικό σύστημα Υγείας :**  
**Η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ**

**Ιωάννης Ν. Βαφειάδης**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Γεώργιος Δουμουλάκης**

**Ιούνιος 2013**

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	8
Αγγλική περίληψη.....	11
Λέξεις-κλειδιά, Επεξήγηση όρων.....	13
Εισαγωγή.....	14
Μεθοδολογία.....	15
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή των DRGs στα σύγχρονα συστήματα υγείας :	
βασικό εργαλείο ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας.....	18
1.1 Κύρια χαρακτηριστικά των DRGs και ιστορική αναδρομή.....	18
1.1.1 Συστήματα αποζημίωσης προμηθευτών υγειονομικών υπηρεσιών... ..	18
1.1.2 Τα DRGs σαν εργαλείο ενός νέου τύπου κοστολόγησης και τιμολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.....	21
1.1.3 Η επέκταση της εφαρμογής των DRGs σε διεθνές επίπεδο.....	24
1.2 Βασικές παράμετροι των πολιτικών εφαρμογής των DRGs .....	27
1.3 Η ενσωμάτωση της μεταρρύθμισης των DRGs στις προκλήσεις της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα .....	30
1.3.1 Το Ελληνικό σύστημα υγείας σε συνθήκες κρίσης.....	31
1.3.2 Η σκοπιμότητα της ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και η θεώρηση των DRGs υπό το πρίσμα της ασφάλισης υγείας.....	34
1.3.3 Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η εισαγωγή των ΚΕΝ ως μεθόδου αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης.....	35

Κεφάλαιο 2. Εφαρμογή των DRGs στο Ελληνικό υγειονομικό περιβάλλον.....	41
2.1 Εξέλιξη θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος υγείας.....	41
2.2 Πολιτικές αποζημίωσης των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψη.....	43
2.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο και τρόποι αποζημίωσης των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψη.....	47
2.2.2 Αξιολόγηση των μεθόδων αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψη πριν την εφαρμογή των DRGs: η περίπτωση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.....	52
2.3 «Πακέτα Νοσηλείας»-Πρόπλασμα εισαγωγής της τιμολόγησης με βάση το περιστατικό.....	58
2.3.1 Αορτοστεφανιαία παράκαμψη, Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντικατάσταση μηχανικής βαλβίδας, ή αντικατάσταση μόνο βαλβίδας.....	59
2.3.2 Αγγειοπλαστικές απλές και με ενδοστεφανιαίο νάρθηκα (stent).....	61
2.3.3 Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (Διαγνωστικές-θεραπευτικές) .....	69
2.3.4 Αρθροπλαστικές ισχίου –γόνατος.....	72
2.3.5 Βηματοδότες-Απινιδωτές.....	74
2.3.6 Ενδοφθάλμιοι ενδοφακοί.....	77
2.3.7 Οστικά Αλλομοσχεύματα.....	79
2.4 Θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο εισαγωγής των ΚΕΝ.....	84
2.4.1 Εντοπισθείσες περιοχές προβληματικής εφαρμογής των ΚΕΝ.....	86
2.4.2 Αποτίμηση λειτουργίας των ΚΕΝ μετά από ένα χρόνο στο Ελληνικό Σ...92	
2.5 Οικονομικά δεδομένα νοσηλίων.....	95
2.5.1 Συνολική ετήσια αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ στις Ιδιωτικές Κλινικές.....	99
2.6 Συνολική κριτική αποτίμηση της εφαρμογής των ΚΕΝ στον ΕΟΠΥΥ.....	103
Κεφάλαιο 3. Στατιστική ανάλυση επί πραγματικών περιστατικών νοσηλείας που υποβλήθηκαν προς αποζημίωση με την μέθοδο των DRGs-ΚΕΝ από ιδιωτικά νοσοκομεία προς τον ΕΟΠΥΥ.....	107

3.1. Μεθοδολογία και εισαγωγικές πληροφορίες.....	107
3.2. Στατιστική ανάλυση σχετικά με την χρήση και τα οικονομικά χαρακτηριστικά των περιστατικών νοσηλείας κατά την πρώτη περίοδο εφαρμογής των ΚΕΝ ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομειακών παροχών του ΕΟΠΥΥ.....	111
3.2.1. Συνολική δαπάνη – Σύνολο νοσοκομείων δείγματος.....	111
3.2.2. Συνολική δαπάνη ανά νοσοκομείο.....	113
3.2.3. Συνολική δαπάνη ανά κλινική.....	114
3.2.4. Συνολική δαπάνη ανά μήνα.....	116
3.2.5. Έλεγχος συνολικής δαπάνης ανά κλινική σε 7 γενικά νοσοκομεία (με μέσο όρο συνολικής δαπάνης μεταξύ 1000 και 2011 ευρώ).....	119
3.2.6. Τα πιο συχνά ΚΕΝ ανά νοσοκομείο (κατάταξη).....	121
3.2.7. Επιπλέον πραγματοποιηθείσες μέρες νοσηλείας πέραν αυτών που προέβλεπαν τα ΚΕΝ.....	128
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	132
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	135

## Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την διπλωματική αυτή εργασία, θεωρώ καθήκον μου και έχω ηθική υποχρέωση να ευχαριστήσω όχι μόνο αυτούς που βοήθησαν στην ολοκλήρωσή της, αλλά και αυτούς οι οποίοι σε δύσκολες συνθήκες εργασίας, προσπάθησαν μέσα από την καθημερινότητα του ελεγκτικού έργου, να επικοινωνήσουν με τους παρόχους και να θέσουν οδηγίες και κανόνες, με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών των υπηρεσιών υγείας, γεγονός πρωτόγνωρο για το Ελληνικό σύστημα Υγείας.

Θέλω να ευχαριστήσω πρώτα από όλους, τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Γεώργιο Δουμουλάκη, όχι μόνο για την παρότρυνση, την ενθάρρυνση, την καθοδήγηση και για τις εύστοχες παρατηρήσεις του, αλλά και για την άμογη επιστημονική συνεργασία, προκειμένου να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Ευχαριστώ θερμά τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο, γιατί συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, επιτρέποντας μου την πρόσβαση στο ηλεκτρονικό αρχείο των συγκεντρωτικών καταστάσεων των παρόχων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, την εξαιρετική συνάδελφο Σοφία Δημάκου, η οποία συνέβαλε στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων, που χωρίς την βοήθειά της, θα ήταν αδύνατον να βγουν αξιόπιστα συμπεράσματα.

Θέλω να ευχαριστήσω τον Διοικητή και τους Υποδιοικητές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, της χρονικής περιόδου 2003-2011 για την συνεχή ενθάρρυνση και την υιοθέτηση των εισηγήσεων της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου και ιδιαίτερα, τον τότε Γενικό Διευθυντή Υγειονομικών Υπηρεσιών κ. Παναγιώτη Αλλουμανή, ο οποίος όχι μόνο υιοθετούσε τις εισηγήσεις αλλά ήταν ένας από τους βασικούς συντελεστές της διαμόρφωσης της πολιτικής του εξορθολογισμού των δαπανών υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Επίσης ευχαριστώ το προσωπικό του τμήματος κλειστής περίθαλψης της Διοίκησης και κυρίως τις συναδέλφους Κική Δαφνομήλη και Ευαγγελία Ζευκιλή, για την εξαιρετική συνεργασία και την αμέριστη βοήθεια.

Ευχαριστώ τους Δ/ντες της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην Αθήνα και όλα τα μέλη της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου, από το 2003 έως τον Μάιο του 2011 και κυρίως την Σταυρούλα Παπακυριάκου και την Σοφία Μπιμπλή, που συνέβαλαν τα μέγιστα στην επίτευξη των στόχων, γιατί ήταν διαχρονικά η ψυχή της ομάδας.

Επίσης ευχαριστώ και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, την Αναστασία Σπάτα, την Αικατερίνη Ζιώγα και την Αντωνία Χριστοδουλάκη η οποία επί πλέον, με την ακούραστη υποστήριξη της, με βοήθησε σε όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστώ πολύ την κ. Γαλήνη Φούρα για την συμβολή της και την συνδρομή της, στην δημοσίευση των αποτελεσμάτων των μελετών της ΚΟΕ και την συνεχή ενθάρρυνση για συνέχιση της προσπάθειας περιστολής και εξορθολογισμού των δαπανών στο σύστημα υγείας.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τις επιστημονικές γνώσεις που μου πρόσφεραν κατά την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένεια μου, την Μαρία και τον Νικόλα για την συνεχή υποστήριξη, την κατανόηση και την ανοχή, που είχαν σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος, αλλά και κατά την διάρκεια της ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας.

## Περίληψη

### Εισαγωγή

Η εισαγωγή των DRGs απετέλεσε μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα διεθνώς κατά την τελευταία τριακονταετία σε επίπεδο τρόπου χρηματοδότησης και διαχείρισης του νοσοκομειακού τομέα των συστημάτων υγείας. Σε όλες τις χώρες η εισαγωγή των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων, ή υπό μία πιο ευρεία έννοια, ως μεθόδου αποτύπωσης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, ακολουθούσε τον εξής διπλό στόχο: αφ' ενός την συγκράτηση της αύξησης του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, αφ' ετέρου τον εξορθολογισμό στη χρήση των υγειονομικών πόρων.

Υπό την πίεση της κρίσης του ευρύτερου οικονομικού περιβάλλοντος και της συνεπακόλουθης απορρύθμισης του υγειονομικού συστήματος, αποφασίστηκε η εσπευσμένη εφαρμογή των DRGs στην Ελλάδα. Το ερώτημα που τίθεται είναι, αν και σε ποιό βαθμό ο συγκεκριμένος τρόπος εφαρμογής των DRGs που αποφασίστηκε για την Ελλάδα μπορεί να εξασφαλίσει την επίτευξη των στόχων για τους οποίους εφαρμόστηκαν,

### Σκοπός

Η, με βάση την επιλεγείσα επιστημονική προσέγγιση, τεκμηρίωση μιας απάντησης στο προηγούμενο ερώτημα, είναι ο σκοπός της εργασίας αυτής. Συγκεκριμένα η παρούσα μελέτη της περίπτωσης του Ενιαίου Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΕΟΠΥΥ), επικεντρώνεται στην εκτίμηση των θεσμικών, οργανωτικών και οικονομικών παραμέτρων λειτουργίας του Οργανισμού, που επηρεάζουν το κόστος των παροχών υγείας προς τους ασφαλισμένους του από νοσοκομεία που χρεώνουν τις υπηρεσίες τους με το σύστημα των DRGs.

Ουσιαστικά επιχειρείται η ανάδειξη και η ερμηνεία των παραγόντων που οδήγησαν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα σε επίπεδο εξέλιξης του κόστους των νοσοκομειακών παροχών του ΕΟΠΥΥ (cost drivers).



## **Μεθοδολογία**

Η επιλεγείσα μεθοδολογική προσέγγιση κινείται σε δύο επίπεδα :

- A) Στην καταγραφή και ανάλυση των βασικών επιχειρησιακών και οικονομικών παραμέτρων με επίπτωση στο κόστος της περίθαλψης, μέσω της επισκόπησης των νομοθετικών και θεσμικών παρεμβάσεων από πλευράς ασφαλιστικού συστήματος καθώς και μέσω της παρουσίασης των αποτελεσμάτων μελετών αναφορικά με την συμπεριφορά των νοσοκομειακών δαπανών σε σχέση με ειδικές κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες. Από την παραπάνω μελέτη αναδεικνύονται τα βασικά θέματα που συνδέονται με το κόστος της περίθαλψης και τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπισθούν μέσα στο νέο πλαίσιο αποζημίωσης των νοσοκομείων, που δημιουργεί η εφαρμογή των ΚΕΝ.
- B) Στην στατιστική ανάλυση πρωτογενών δεδομένων που αναφέρονται σε νοσοκομειακές δαπάνες που χρεώθηκαν με το σύστημα των DRGs-ΚΕΝ προς τον ΕΟΠΥΥ από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου εντοπίζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών μετά την εφαρμογή των ΚΕΝ, χαρακτηριστικά που θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη από τον ΕΟΠΥΥ κατά τον σχεδιασμό των πολιτικών ελέγχου του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης.

## **Αποτελέσματα**

Τα βασικά αποτελέσματα που προκύπτουν στα πλαίσια αυτής της εργασίας είναι, η στοιχειοθέτηση της ύπαρξης καταχρηστικών συμπεριφορών, από πλευράς κυρίως ιδιωτικών νοσοκομείων, αναφορικά με διόγκωση του κόστους της περίθαλψης και με κίνητρο την αύξηση των εσόδων χωρίς κάποια προφανή βελτίωση του ιατρικού αποτελέσματος. Επίσης αποδεικνύεται ότι η επιβολή στοιχειωδών κανόνων ελέγχου των δαπανών από πλευράς ασφαλιστικών οργανισμών έχει άμεση επίπτωση στη μείωση του κόστους. Τέλος, το αποτέλεσμα της στατιστικής ανάλυσης από την χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών στα πλαίσια του συστήματος των ΚΕΝ, φανερώνει μια ασυμμετρία συμπεριφορών σε επίπεδο διαφορετικών νοσοκομείων και μια σειρά στοιχείων που καταδεικνύουν την συνέχιση καταχρηστικών πρακτικών που αναπτύσσονται λόγω των φανερών ελλείψεων στην οργάνωση και υποστήριξη του νέου τρόπου αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης από τις δομές του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

## **Συμπεράσματα**

Μια προσεκτική χάραξη πολιτικής υγείας που να στοχεύει στην επαρκή θεσμική και τεχνική υποστήριξη του θεσμού των DRGs, καθώς και η συστηματική και πολυπαραγοντική ανάλυση των οικονομικών δεδομένων που συνδέονται με τις χρεώσεις των ΚΕΝ από τα νοσοκομεία, είναι οι βασικές προϋποθέσεις που χωρίς αυτές δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι που υποτίθεται ότι εξυπηρετεί η εισαγωγή των DRGs στο Ελληνικό σύστημα υγείας.

## Summary

Under the pressure of the financial crisis and the subsequent deregulation of the healthcare system in Greece, the implementation of the Greek version of DRGs has been decided by the Health authorities, in order to improve the managing of the hospital sector and to contain the cost of care. The purpose of the present dissertation is to make an appraisal of the DRGs reform, through the case study of the EOPYY experience (Unified Health Fund), which is the Organization currently financing the public and private hospital sector on the basis of the DRG reimbursement system. In particular, the study of the institutional and technical factors which have determined the behavior of the healthcare providers regarding the utilization and invoicing of specific health services, is made, in this dissertation, through the presentation and the analysis of the results of various studies using information from a period preceding the implementation of the DRGs. The references to the studies, aiming to point out the different dimensions of the over-utilization of specific health services and measure its impact in the cost of the treatment for specific diagnostic categories, have been used for better seizing the phenomenon of “induced demand” in the hospital sector, and for showing the directions that the cost containment policies should follow. In this respect, the study of the results of specific “surgical package deals” at the cost containment level, is also helpful to prove the potential benefits of the reforms aiming to implement the “prospective payment” system within the Greek health sector.

After having identified the inefficiencies of the new DRG system regarding the classification of diagnostic cases, the calculation of the relative values, the grouping methodology and the inconsistencies in regard to the official pricing directives, this study aims to present the most significant results of the utilization of DRGs as a reimbursement method for EOPYY, through a descriptive statistical analysis on the raw data, being stored by the Organization in the process of the claims submitted by the Private Health Providers. This type of analysis utilized quantified information on the hospital admissions and costs, for calculating measures such as relative frequency of different diagnostic cases, average costs per hospital and medical specialty, average length of stay, utilization of additional DRG for the same case, etc... in order to identify different patterns of DRGs utilization and different typologies of providers.

From a methodological perspective, we first made extensive reference to the results of previous studies aiming to measure the incidence of the various pricing methods applied so far for the reimbursement of hospital services (fee for service, package deals etc) on the hospital costs in the context of the previous general regime of Social Security cover. Afterwards, we performed a further analysis on the actual data on costs and utilization patterns of hospital services, referring to the DRGs, in an effort to identify the

“sensible” areas of over-utilization of hospital services under the different payment systems. The relationship between hospital services overall costs and an itemized pricing system which yielded increased revenues especially through the overutilization of biomedical technology products showed the potential benefit a prospective payment system could bring in terms of cost containment.

The statistical analysis on the actual claims data, submitted according to the recently established DRGs payment system, has shown an asymmetry of the utilization patterns of hospital services among the various hospitals, and a significant amount of outliers depending on the diagnostic case and the type of hospitals. In general terms the results of the statistical analysis show the necessity of a hospitalization services utilization monitoring system capable to limit fraud and abuse related to the provision of care under the DRGs regime, given the organizational inconstancies and lack of the appropriate diagnostic cases management system at the hospitals level, on which the smooth collaboration between the medical providers and the Unified Sick Fund (EOPYY) could be based.

### Λέξεις-κλειδιά

DRGs- Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες Ασθενειών

Κ.Ε.Ν.- Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Case mix- Σύνθεση Ασθενών

Groupes- Λογισμικό Ομαδοποίησης

clinical pathway - Κλινική διαδρομή

coders - Κωδικοποιητές

International Statistical Classification of Diseases-(ICD) - Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών

AR-DRG's - DRGs Αυστραλίας

GE-DRGs - DRGs Γερμανίας

### **Επεξήγηση όρων**

ΕΟΠΥΥ- Εθνικός Οργανισμός Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας

ΕΚΠΥ - Ενιαίος Κανονισμός Παροχών

ΥΥΚΑ -Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Ασφάλισης

ΕΣΔΥ - Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΜΔΝ- Μέση Διάρκειας Νοσηλείας

ΚΥΑ - Κοινή Υπουργική Απόφαση

ΦΕΚ - Φύλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΕΚΠΥ- Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας

ΚΟΕ - Κεντρική Ομάδα Ελέγχου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

ΠΦΥ - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πραγματοποίηση οποιασδήποτε σημαντικής μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας προϋποθέτει τον κατάλληλο συντονισμό δράσεων σε διαφορετικά επίπεδα, το θεσμικό-οργανωτικό, το τεχνικό - επιχειρησιακό, και αυτό της χρηματοδότησης-οικονομικής διαχείρισης. Ιδιαίτερα αν η μεταρρύθμιση αφορά σημαντική λειτουργία του συστήματος όπως αυτή της χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα οποιαδήποτε παρέμβαση θα πρέπει να βασίζεται στη προσεκτική μελέτη και ανάλυση των θεμελιωδών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν την συμπεριφορά παραγόντων όπως οι προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών και χρηματοδότες του τομέα υγείας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση μελέτης που αποτελεί αντικείμενο αυτής της εργασίας η μεταρρυθμιστική διαδικασία τοποθετείται ταυτόχρονα σε δύο επίπεδα σ' αυτό της αλλαγής της δομής του ασφαλιστικού κλάδου υγείας στην Ελλάδα, και σ' αυτό της ριζικής αλλαγής του τρόπου χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, μέσω της εφαρμογής της μεθόδου προοπτικής αποζημίωσης τύπου DRGs.

Το αντικείμενο της εργασίας τοποθετείται στην τεκμηριωμένη αξιολόγηση δύο σημαντικών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που εφαρμόστηκαν πρόσφατα στο Ελληνικό σύστημα υγείας και που αποσκοπούσαν σε δύο παράλληλους αλλά και στενά συνδεδεμένους στόχους: Να μεγιστοποιήσουν την οργανωτική και οικονομική αποδοτικότητα του ασφαλιστικού τομέα υγείας, μέσω ενοποίησης των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων στα πλαίσια ενός ενιαίου φορέα του ΕΟΠΥΥ, και να εξορθολογήσουν την λειτουργία του τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω της εισαγωγής της προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων με το σύστημα των DRGs, υπό την Ελληνική εκδοχή των KEN.

Η ερευνητική προσπάθεια εστιάζει ακριβώς στην τεκμηριωμένη ανάλυση των συνεπειών εφαρμογής των KEN, αρχίζοντας από την παρουσίαση των βασικών παραμέτρων που προσδιόριζαν την χρήση και το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών πριν από την εφαρμογή των KEN, και αναδεικνύοντας τα σημαντικότερα στοιχεία που συνοδεύουν σε επιχειρησιακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οικονομικών αποτελεσμάτων, την εμπειρία από την αρχική φάση λειτουργίας του τρόπου αυτού αποζημίωσης των νοσοκομείων.

Είναι προφανές ότι λόγω του αντικειμένου της μελέτης, που αφορά σε μια μέθοδο χρηματοδότησης του τομέα υγείας, η έμφαση από μεθοδολογικής πλευράς να δίνεται στην ανάδειξη των ποσοτικών δεδομένων και ιδίως αυτών που μεταφράζονται σε οικονομικά μεγέθη, τα οποία τεκμηριώνουν το μέγεθος, την έκταση και τα διαφορετικά χαρακτηριστικά

της χρήσης και του κόστους ιατρικών υπηρεσιών για διαγνωστικές κατηγορίες με ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Η παρουσίαση στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, των δεδομένων αυτών, τροφοδοτήθηκε από αποτελέσματα μελετών που έγιναν από ομάδες εργασίας που διερευνούσαν θέματα κόστους και υπερκατανάλωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών πριν από την εφαρμογή των ΚΕΝ, αλλά κυρίως από πρωτογενή έρευνα επί πραγματικών δεδομένων με χρήση ΚΕΝ σε ένα τυχαίο μεγάλο δείγμα ιδιωτικών νοσοκομείων και μεγάλο αριθμό διαγνωστικών περιπτώσεων που απετέλεσαν αντικείμενο χρεώσεων προς τον ΕΟΠΥΥ.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τεκμηριώνοντας μέσα από την μελέτη και ανάλυση πραγματικών ποσοτικών δεδομένων τα σημαντικότερα στοιχεία σε επιχειρησιακό και οικονομικό επίπεδο που είναι συνυφασμένα με την εφαρμογή της μεθόδου των DRGs για την αποζημίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης από μέρους του Ελληνικού συστήματος υγείας και ειδικότερα του νεοσύστατου ενιαίου οργανισμού ασφάλισης υγείας, του ΕΟΠΥΥ. Έτσι καθίσταται σαφές ότι τα ευρήματα της εργασίας που καταδεικνύουν οικονομικά αποτελέσματα και τάσεις συσχετιζόμενα με την εφαρμογή των DRGs, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην προοπτική της χρηματοοικονομικής βιωσιμότητας του εν λόγω οργανισμού. Παράλληλα σκοπός της παρούσας μελέτης είναι και η ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν τα εμφανιζόμενα ως οικονομικά αποτελέσματα και λοιπές συνέπειες από την εφαρμογή αυτής της μεθόδου.

Μια εμπεριστατωμένη επισκόπηση του θεωρητικού πλαισίου χρηματοδότησης της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης με έμφαση στην επικρατούσα διεθνώς τάση για εξάπλωση των μεθόδων προοπτικής αποζημίωσης και ειδικότερα αυτής των DRGs, παρουσιάζει αρχικά η εργασία αυτή προκειμένου να εντοπίσει, μέσα από μια σύντομη επισκόπηση της διεθνούς εμπειρίας, τα βασικά στοιχεία ενδιαφέροντος για την μελέτη περίπτωσης εφαρμογής αυτής της μεθόδου σε συγκεκριμένο υγειονομικό περιβάλλον.

Λόγω της ευρείας διάδοσης της μεθόδου των DRGs σε διεθνές επίπεδο, η στοχευμένη μελέτη της σχετικής επιστημονικής αρθρογραφίας επιτρέπει την ανάδειξη των βασικών θεσμικών, οργανωτικών και επιχειρησιακών παραμέτρων στις οποίες θα πρέπει να εστιάσει στη συνέχεια η συγκεκριμένη εργασία εξειδικεύοντας την μελέτη στο επίπεδο του ειδικού

πλαίσιου θεώρησης της εφαρμογής της μεθόδου αποζημίωσης των DRGs, από πλευράς ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας.

Η εν συνεχεία ανάλυση του Ελληνικού υγειονομικού περιβάλλοντος και των ειδικών συνθηκών μέσα στις οποίες υλοποιήθηκε η μεταρρύθμιση των DRGs γίνεται μέσω αναζήτησης από διεθνείς και Ελληνικές πηγές των χαρακτηριστικών οικονομικών μεγεθών που προσδιορίζουν την κατάσταση του συστήματος υγείας καθώς και των νομοθετικών παρεμβάσεων που θέτουν το πλαίσιο εφαρμογής πολιτικών υγείας με επιπτώσεις στο αντικείμενο έρευνας της παρούσας εργασίας.

Ειδικό αντικείμενο έρευνας αποτέλεσε η αναζήτηση αποτελεσμάτων μελετών που παρουσιάζουν συγκεκριμένα ποσοτικά αποτελέσματα αναφορικά με την χρήση και το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών για ειδικού ενδιαφέροντος ιατρικές παρεμβάσεις που μπορούν να δώσουν ενδιαφέροντα στοιχεία για την χρησιμότητα και την ειδική στόχευση που θα πρέπει να έχει μια εφαρμογή των DRGs προκειμένου να επέλθει εξορθολογισμός του νοσοκομειακού κόστους και περιορισμός άωφελης οικονομικής επιβάρυνσης για τον ΕΟΠΥΥ.

Το τελευταίο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την πρωτογενή στατιστική ανάλυση επί σημαντικού δείγματος πραγματικών περιστατικών νοσηλείας τα οποία αποτέλεσαν αντικείμενο τιμολόγησης με την μέθοδο των DRGs από τυχαίο δείγμα ιδιωτικών νοσοκομείων προς τον ΕΟΠΥΥ. Μέσα από τα ευρήματα που προκύπτουν από αυτή την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων, διερευνώνται τα βασικά χαρακτηριστικά σε επίπεδο χρήσης των επί μέρους διαγνωστικών κατηγοριών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με αυτές και προσδιορίζονται συγκεκριμένες παράμετροι συμπεριφοράς των παρόχων υγείας οι οποίες πρέπει να τύχουν της προσοχής του Οργανισμού, ώστε να μεγιστοποιηθούν οφέλη από την εφαρμογή αυτού του τρόπου αποζημίωσης.

Τα σημαντικότερα συμπεράσματα από την παραπάνω συνολική μεθοδολογική προσέγγιση είναι κατ' αρχήν η επιβεβαίωση ότι η εισαγωγή των DRGs θα έπρεπε να ήταν απαραίτητο στοιχείο μιας μεταρρυθμιστικής πολιτικής που στόχευε στον εξορθολογισμό της χρήσης των πόρων στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα και στον άμεσο περιορισμό των διογκούμενων δαπανών υγείας σε ένα ιδιαίτερα δυσμενές γενικότερο οικονομικό περιβάλλον. Αποδεικνύεται όμως ότι από τεχνικής απόψεως δεν υπήρξε στοιχειώδης προετοιμασία για την εφαρμογή μιας τόσο σημαντικής μεταρρύθμισης και παρά το γεγονός ότι η αξιοποίηση



των ευρημάτων μελετών που είχαν γίνει επί συγκεκριμένων διαγνωστικών και ιατρικών παρεμβάσεων, στη βάση διερεύνησης των παραμέτρων συμπεριφοράς των παρόχων υγείας, θα μπορούσαν να είχαν αξιοποιηθεί για την καλύτερη στόχευση κατά την πρώτη φάση εφαρμογής του συστήματος.

Μια πλειάδα στοιχείων απαριθμούνται από πλευράς αναντιστοιχίας μεταξύ στόχευσης για εξορθολογισμού του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω του συστήματος των DRGs και παραγόντων που αντιστρατεύονται την επίτευξη των στόχων, ενώ η στατιστική προσέγγιση αναδεικνύει για πρώτη φορά τα βασικά χαρακτηριστικά από την πραγματική χρησιμοποίηση των DRGs και παρουσιάζει ετερογενή στοιχεία ανάλογα με τους παρόχους υγείας ως προς το μίγμα των περιστατικών, την διακύμανση της δαπάνης, της πιθανής επιμήκυνσης της διάρκειας νοσηλείας και άλλων δεδομένων που θα πρέπει να τύχουν της προσοχής του ΕΟΠΥΥ.

## **Κεφάλαιο Πρώτο**

# **Εισαγωγή των DRGs στα σύγχρονα συστήματα υγείας : βασικό εργαλείο ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας.**

## **1.1 Κύρια χαρακτηριστικά των DRGs και ιστορική αναδρομή**

### **1.1.1 Συστήματα αποζημίωσης προμηθευτών υγειονομικών υπηρεσιών.**

Το κόστος της νοσοκομειακής δαπάνης συμβάλλει καθοριστικά στην αύξηση των δαπανών των συστημάτων υγείας διότι καλύπτει περίπου το 60% των συνολικών δαπανών των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης αφορούν αποζημιώσεις των παρεχόμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, των φαρμάκων καθώς και την ξενοδοχειακή λειτουργία. Η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας προκαλεί άμεσα και αύξηση του οικονομικού κόστους καθορίζοντας αυτόματα και το ύψος των δαπανών, γιατί δεν υπάρχει χρονικό περιθώριο αντίδρασης και σχεδιασμού. Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών καθορίζονται από την ορθολογική χρήση των πόρων και από την ικανοποίηση των χρηστών[1][2].

Το παραγόμενο νοσοκομειακό έργο-προϊόν, δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί και να κοστολογηθεί λόγω της φύσεως του. Ο βαθμός αποδοτικότητας των νοσοκομείων εξαρτάται άμεσα από την μέθοδο χρηματοδότησης τους που έχει επιλεγεί και η οποία έχει επίδραση τόσο στη συνολική λειτουργία του νοσοκομειακού τομέα, όσο και σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο τον έλεγχο των δαπανών.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία δύο είναι οι βασικές μέθοδοι αποζημίωσης:

Η αναδρομική αποζημίωση (retrospective) και η προοπτική αποζημίωση (prospective)[3].

Η αναδρομική αποζημίωση έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί αύξηση της δαπάνης γιατί συνδέεται με το χρόνο παραμονής των ασθενών και με την προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών, ενώ η προοπτική αποζημίωση βασίζεται στην πρόβλεψη των παρεχόμενων υπηρεσιών, κινητοποιώντας όλο το προσωπικό για παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών

με την προϋπόθεση ότι υπάρχει ικανοποιητική διοικητική διαχείριση και ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα[4].

1.1.1.1. Με την μέθοδο της αναδρομικής αποζημίωσης, οι υγειονομικές δομές αποζημιώνονται:

- Με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο, που περιλαμβάνει σταθερό ημερήσιο ποσό και περιλαμβάνει σε αυτό, το κόστος της παραμονής, συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών, διαγνωστικών πράξεων και φαρμακευτικής αγωγής. Μέθοδος αποζημίωσης απλή και εύκολη, αλλά πληθωριστική, γιατί δεν προσφέρει κίνητρα μείωσης της διάρκειας νοσηλείας αλλά αντίθετα αύξηση παραμονής των ασθενών. Στο Ελληνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ), υπήρχε και με τη μορφή του υ συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, ανεξάρτητα του χρόνου παραμονής των ασθενών [3].
- Με το σπαστό ή ευλύγιστο ημερήσιο νοσήλιο, που περιλαμβάνει ένα σταθερό χρηματικό ποσό και ένα μεταβαλλόμενο, ανάλογα με την σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς και την ιατρική ειδικότητα την οποία χρειάζεται ο ασθενής [3].
- Με το ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο, με το οποίο υπάρχει ένα σταθερό ποσό για όλους και αφορά τις διοικητικές και ξενοδοχειακές δαπάνες και ένα μεταβλητό ανάλογα το είδος των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών σε συνάρτηση με την σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς. Προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ενός καλού λογιστικού συστήματος, γιατί η χρέωση γίνεται ανάλογα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες [3] [5].
- Με την αποζημίωση κατά πράξη, μέθοδος αποζημίωσης η οποία χρησιμοποιείται κυρίως από τις ιδιωτικές κλινικές. Η νοσηλεία κοστολογείται ανάλογα την προσφερόμενη υπηρεσία και χρεώνεται στους ασθενείς. Δίνεται η δυνατότητα και το κίνητρο στους γιατρούς να αυξήσουν τις διαγνωστικές πράξεις, με στόχο την αύξηση των εσόδων των κλινικών. Τα ασφαλιστικά ταμεία δημόσια και ιδιωτικά είναι σε δύσκολη θέση να αξιολογήσουν εκ των υστέρων την αναγκαιότητα των εξετάσεων, μέθοδος πληθωριστική και δαπανηρή για όλους τους εμπλεκόμενους [2].

Συμπερασματικά η αναδρομική αποζημίωση με τους διάφορους τύπους του ανοικτού νοσηλίου θεωρείται σήμερα αναχρονιστική μέθοδος διότι:[3],

- ευνοεί την προκλητή ζήτηση και αυξάνει τους προϋπολογισμούς,
- είναι ανεπαρκής δείκτης αξιολόγησης των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, επειδή συνδέεται με τις ημέρες νοσηλείας
- τα έσοδα είναι πλασματικά και δεν ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα, με συνέπεια να ασκείται πληθωριστικές πιέσεις.

#### 1.1.1.2 Οι μέθοδοι προοπτικής αποζημίωσης είναι:

- Ο ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός, μέθοδος σύγχρονης χρηματοδότησης των υγειονομικών δομών νοσηλείας, που καταρτίζεται και βασίζεται στον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, στην αύξηση του κόστους των αγαθών και των εισοδημάτων καθώς και στις ιδιαιτερότητες της τοπικής κοινωνίας και του ίδιου του νοσοκομείου. Η διοίκηση του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα τμήματα καταρτίζει τον προϋπολογισμό εξασφαλίζοντας την ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών. Όλοι οι εμπλεκόμενοι, δηλ. η διοίκηση του νοσοκομείου, η κεντρική διοίκηση, τα ταμεία, συμφωνούν μετά από διαπραγμάτευση, το τελικό ποσό αποζημίωσης. Τα ταμεία παρακολουθούν και ελέγχουν σε τακτά χρονικά διαστήματα τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την εκτέλεση του προϋπολογισμού. Η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να διαχειριστεί και να αξιοποιήσει το προσωπικό προκειμένου να εκτελέσει σωστά τον προϋπολογισμό, γιατί το ιατρικό προσωπικό δεν ενθαρρύνεται για περιορισμό των ημερών νοσηλείας και δεν υπάρχει κίνητρο για εκσυγχρονισμό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και την συνεχή επιμόρφωση όλου του προσωπικού[3].
- Με τη μέθοδο της προοπτικής αποζημίωσης DRGs, τα νοσοκομεία αποζημιώνονται ανάλογα με την κατηγορία ταξινόμησης του κάθε ασθενούς. Με την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο-κλινική κατατάσσεται σε προκαθορισμένη και προκοστολογημένη κατηγορία διάγνωσης. Το κόστος έχει υπολογιστεί από παράγοντες όπως η βασική αιτία εισαγωγής, το φύλο, η ηλικία, τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα κ.α. Η κατηγοριοποίηση και ένταξη των διαφόρων διαγνώσεων στηρίζεται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD) και σε ένα συγκεκριμένο τρόπο ομαδοποίησης όμοιων περιπτώσεων, χρησιμοποιώντας διάφορες μεταβλητές. (case mix system). Η κατηγοριοποίηση των ασθενών σε συγκεκριμένη ομοειδή διαγνωστική κατηγορία γίνεται για την ίδια διάγνωση και για κλινικές ομάδες που

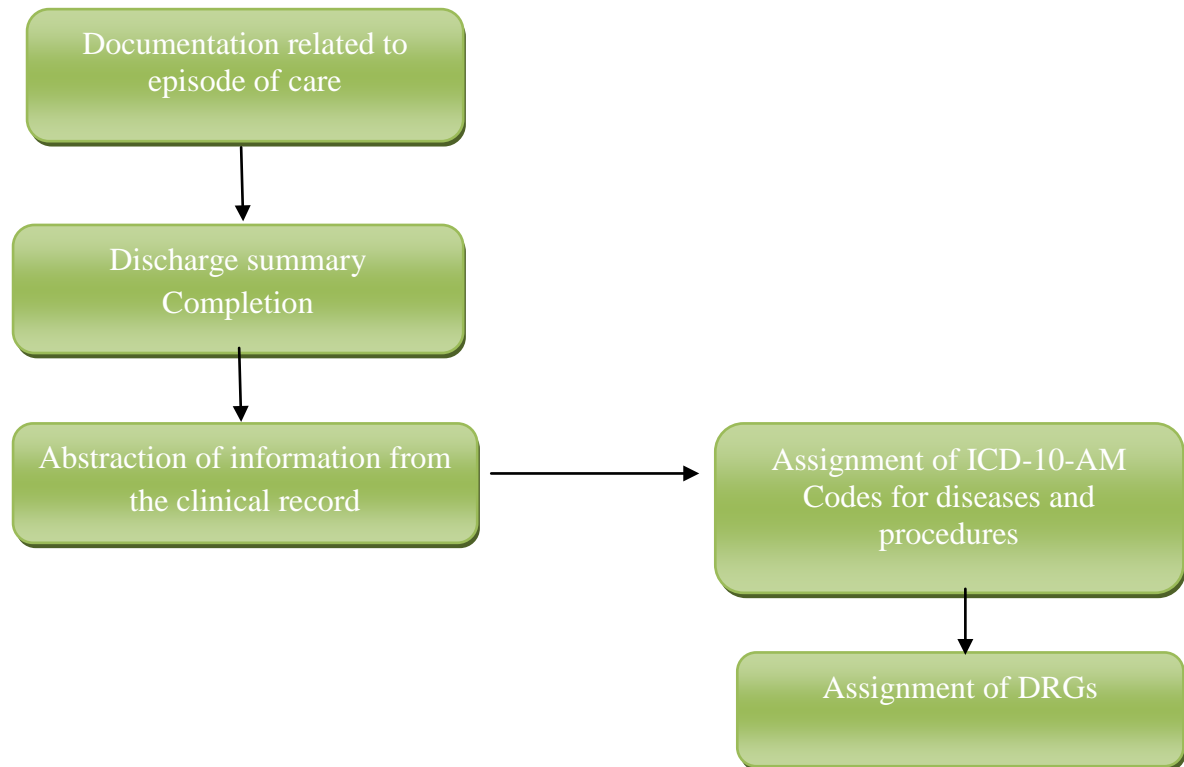
καταναλώνουν σχεδόν ίδιους πόρους, είτε ιατρικούς, είτε νοσηλευτικούς, είτε οικονομικούς [5].

Μέσω της κατηγοριοποίησης των περιστατικών σε DRGs, υπάρχει η δυνατότητα να παρέχονται σημαντικές πληροφορίες για τις διάφορες κατηγορίες των νοσηλευθέντων ασθενών, σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους που δαπανήθηκαν ανά DRG, με αποτέλεσμα την δυνατότητα αντικειμενικής προσέγγισης σε ότι αφορά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) ως δείκτης εκτίμησης των χρησιμοποιούμενων πόρων και η σωστή κοστολόγηση των DRGs, αποτελούν βασικούς παράγοντες ορθής εφαρμογής της μεθόδου.

### **1.1.2. Τα DRGs σαν εργαλείο ενός νέου τύπου κοστολόγησης και τιμολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.**

Βάση για τον υπολογισμό του κόστους για τα διαφορετικά DRGs είναι η σωστά δομημένη και κατηγοριοποιημένη ιατρική πληροφορία σύμφωνα με διεθνή πρότυπα, Μέσω ειδικών λογισμικών ομαδοποίησης των περιστατικών σε διαγνωστικές κατηγορίες (DRG-grouper), γίνεται ο συνδυασμός των κωδικοποιημένων πληροφοριών δημογραφικού και κλινικού περιεχομένου ώστε να προκύψει η κατάταξη οιαδήποτε περιστατικού νοσηλείας (episode of care) σε κάποιο συγκεκριμένο DRG.

Μια απεικόνιση, μέσω διαγραμμάτων ροής των διαδικασιών που αφορούν επεξεργασία των πληροφοριών από την είσοδο μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο του ασθενούς, είναι η παρακάτω διαδικασία κατηγοριοποίησης-κοστολόγησης-τιμολόγησης των περιστατικών, στις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs), Γράφημα 1[6].



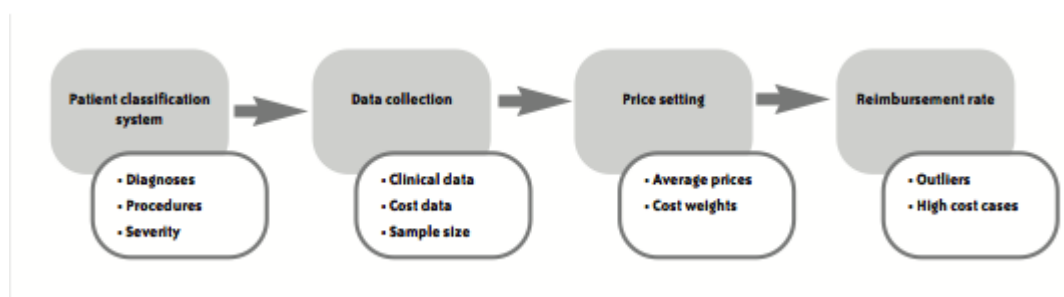
**Γράφημα 1:** Διαδικασία τεκμηρίωσης από την είσοδο μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο του ασθενούς

Πηγή: Κυβέρνηση της Δυτικής Αυστραλίας, Διεύθυνση Υγείας (2011-2012) [6]

Το κόστος του κάθε DRG, προσδιορίζεται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με τις περιπτώσεις που χρησιμοποιούνται, τα δεδομένα και την ομοιογένεια των διαφόρων κατηγοριών. Οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν το κόστος είναι :

- Η αιτία εισαγωγής
- Δημογραφικά δεδομένα
- Οι πιθανές δευτερεύουσες διαγνώσεις
- Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις
- Βαρύτητα περιστατικού

Οι ίδιες παράμετροι λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την διαδικασία τιμολόγησης των ομοειδών διαγνωστικών κατηγοριών σε εθνικό επίπεδο, Γράφημα 2.



**Γράφημα 2:** Διαδικασία κατηγοριοποίησης-κοστολόγησης-τιμολόγησης των περιστατικών, στις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRG's)

Πηγή: Scheller - Kreinsen D., et al. 2009 [7]

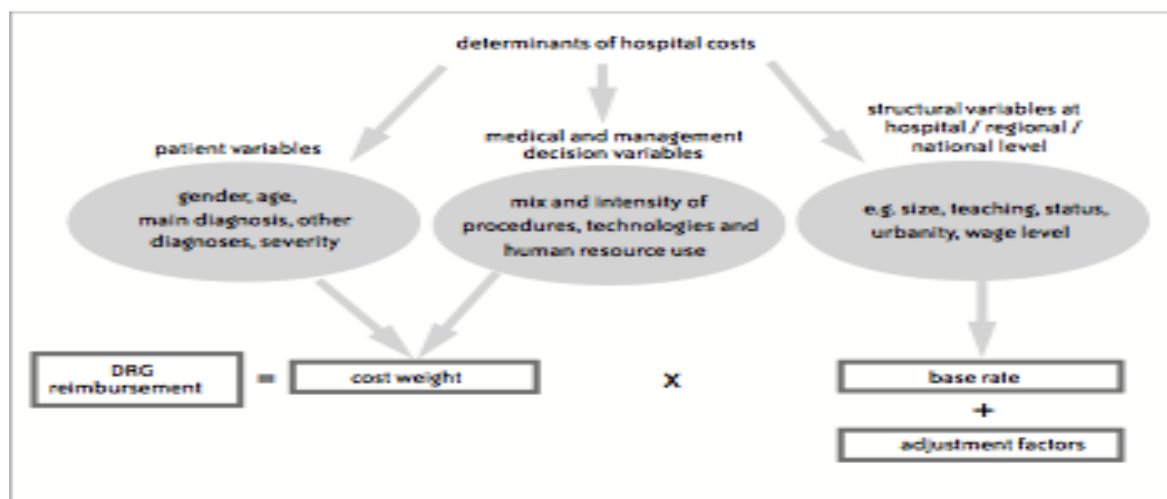
Από το επιλεγμένο και αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών, συλλέγονται τα αληθινά δεδομένα της νοσηλείας, προκειμένου να υπολογιστεί το κόστος ανά DRG, λαμβάνοντας υπόψη τα case mix των διαφόρων νοσοκομείων και ύστερα εκτιμάται η αποζημίωση ανά ομοειδή διαγνωστική κατηγορία, καθώς και αυτή των περιστατικών που είναι εκτός των καθορισμένων ορίων απόστασης από τον μέσο όρο (outliers). Τα νοσοκομεία αποζημιώνονται για κάθε DRG σύμφωνα με τον μαθηματικό τύπο:

**R (revenue) = CMI (case mix index) x αριθμός ασθενών x ειδικός συντελεστής (base rate)**

Ο CMI (δείκτης σύνθεσης), είναι σημαντικός δείκτης για κάθε νοσοκομείο, γιατί καθορίζει την αποζημίωση του νοσοκομείου, και παρέχεται από τον τύπο:

$$\text{CMI}_{\text{DRG}} = \frac{\sum \text{C DRG}_i}{\text{Αριθμός ασθενών}}$$

Ο ειδικός συντελεστής (base rate) περιλαμβάνει διάφορες μεταβλητές, όπως η θέση του νοσοκομείου, η εξειδίκευση του προσωπικού κ.α., είναι ουσιαστικά η χρηματική τιμή κατά μέσο όρο, που το νοσοκομείο χρεώνει το ταμείο, όταν ένα περιστατικό ενταχθεί σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία. Τα σχετικά κόστη ανά DRG υπολογίζονται, σε εθνικό επίπεδο και αντιπροσωπεύουν τον μέσο όρο νοσοκομειακής δαπάνης για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Η συχνή κοστολόγηση των DRGs, σε μεγάλα αντιπροσωπευτικά δείγματα, αποτυπώνει το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών, Γράφημα 3, [7].



**Γράφημα 3:** Παράγοντες και Διαδικασία κοστολόγησης και αποζημίωσης ενός DRG

Πηγή: Scheller - Kreinsen D., et al. 2009 [7]

### 1.1.3. Η επέκταση της εφαρμογής των DRGs σε διεθνές επίπεδο

Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο και η δημογραφική μετάβαση σε συνδυασμό με την ραγδαία βελτίωση της ιατροτεχνολογίας, αύξησε το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επειδή το νοσοκομειακό κόστος είναι ένας από τους βασικούς πυλώνες των Ανεπτυγμένων Συστημάτων Υγείας και ο πιο κοστοβόρος, τα κράτη αναζήτησαν διάφορους τρόπους αποζημίωσης, προκειμένου να εξορθολογήσουν τις δαπάνες χωρίς να υποβαθμίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες [8].

Τα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας σήμερα, εφαρμόζουν, το σύστημα αποζημίωσης σύμφωνα με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs), που σχεδιάστηκε, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε στα Αμερικάνικα προγράμματα Medicare και Medicaid το 1983, από το Πανεπιστήμιο του YALE. Στην αρχή χρησιμοποιήθηκαν για να μετρήσουν την αποδοτικότητα του παραγόμενου έργου ταξινομώντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε συγκεκριμένες ομοιογενείς ομάδες, λαμβάνοντας υπόψη τη διάγνωση, το φύλο, την ηλικία, τις συνυπάρχουσες παθήσεις και τις επιπλοκές. Σταδιακά κάθε μία ομοιογενής ομάδα κοστολογήθηκε, γιατί απορροφούσε ίδιους πόρους και με περίπου ίδιες εκροές, καθορίζοντας έτσι την εκ των προτέρων αποζημίωση. Με το σύστημα αυτό τα νοσοκομεία μπορούσαν να προϋπολογίσουν τις αποζημιώσεις τους, με αποτέλεσμα να κάνουν ορθή διαχείριση των πόρων, συνδυάζοντας την ποιοτική και αποτελεσματική παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Η μέθοδος αυτή συνέβαλε άμεσα στην αύξηση της παραγωγικότητας και της



αποτελεσματικότητας συγκρατώντας το νοσοκομειακό κόστος, όπως αναφέρεται στον Πίνακα 1:

- Πίνακας 1: Άμεσα θετικά αποτελέσματα εφαρμογής των DRG's στην Αμερική [9] [10]

➤ <b>Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών</b>
➤ <b>Η θνησιμότητα παρέμεινε σταθερή</b>
➤ <b>Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας</b>
➤ <b>Μείωση των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη</b>
➤ <b>Βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων</b>
➤ <b>Αύξηση των δαπανών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη</b>
➤ <b>Ορθολογική χρηματοδότηση των νοσοκομειακών προϊόντων</b>
➤ <b>Υποκατάσταση της νοσοκομειακής φροντίδας με την εξωνοσοκομειακή</b>

Πηγή: Πολύζος Ν. (1999) [9] [10]

Από την πρώτη εφαρμογή μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοσθεί διάφορες παραλλαγές από το αρχικό σύστημα των DRG's στην Αμερική, όμως παραμένουν οι 25 βασικές διαγνωστικές κατηγορίες που αναφέρονται στον Πίνακα 2, ως βάση ομαδοποίησης των περιστατικών νοσηλείας:

**Πίνακας 2:** Βασικές διαγνωστικές κατηγορίες των DRG's στην Αμερική

<b>MDC (Βασικές Διαγνωστικές Κατηγορίες)</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>0</b>	Pre-MDC
<b>1</b>	Nervous System
<b>2</b>	Eye
<b>3</b>	Ear, Nose, Mouth and Throat
<b>4</b>	Respiratory System
<b>5</b>	Circulatory System
<b>6</b>	Digestive System
<b>7</b>	Hepatobiliary System and Pancreas
<b>8</b>	Musculoskeletal System and Connective Tissue
<b>9</b>	Skin, Subcutaneous Tissue and Breast
<b>10</b>	Endocrine, Nutritional and Metabolic System
<b>11</b>	Kidney and Urinary Tract
<b>12</b>	Male Reproductive System
<b>13</b>	Female Reproductive System
<b>14</b>	Pregnancy, Childbirth and Puerperium
<b>15</b>	Newborn and Other Neonates (Perinatal Period)
<b>16</b>	Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders
<b>17</b>	Myeloproliferative DDs
<b>18</b>	Infectious and Parasitic DDs
<b>19</b>	Mental Diseases and Disorders
<b>20</b>	Alcohol/Drug Use or Induced Mental Disorders
<b>21</b>	Injuries, Poison and Toxic Effect of Drugs
<b>22</b>	Burns
<b>23</b>	Factors Influencing Health Status
<b>24</b>	Multiple Significant Trauma
<b>25</b>	Human Immunodeficiency Virus Infection

Τα καλά αποτελέσματα της εφαρμογής των DRG's στην Αμερική, ήταν ο καθοριστικός παράγοντας της ραγδαίας εξάπλωσης και εφαρμογής του σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, όπως η Γερμανία, η Ολλανδία, η Δανία, η Γαλλία [10]. Κάθε κράτος ανέπτυξε τα δικά του DRGs, αξιολογώντας τις ιδιαιτερότητες γενικότερα όλου του υγειονομικού συστήματος και των δομικών πλαισίων διαβίωσης του πληθυσμού.

Τα κύρια χαρακτηριστικά όλων των συστημάτων εφαρμογής των DRGs διεθνώς είναι: [8]

Η χρήση της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών (ICD)

- Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά συστήματα
- Χρήση ειδικού λογισμικού (coders) και λογισμικού ομαδοποίησης (DRGs'-groupers)
- Κοστολόγηση Ομοιογενών Διαγνωστικών Πράξεων

Η εφαρμογή των DRGs στα νοσοκομεία δίνει την δυνατότητα στον αγοραστή και τον πάροχο των υγειονομικών υπηρεσιών να συμφωνήσουν εκ των προτέρων για την αποζημίωση για κάθε συγκεκριμένη ομάδα ιατρικών πράξεων. Η προοπτική αποζημίωση με τα DRGs, επιτρέπει να γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των παρόχων για ίδιες ιατρικές πράξεις, βελτιώνει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας παράλληλα την διαφάνεια της διάθεσης των ελάχιστων οικονομικών πόρων, αποτρέποντας την περιττή και ανώφελη παροχή φροντίδας [9][10].

## **1.2 Βασικές παράμετροι των πολιτικών εφαρμογής των DRGs**

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι η σωστή και έγκαιρη χρηματοδότηση αφενός και αφετέρου ο εξορθολογισμός των δαπανών. Τις τελευταίες δεκαετίες η Παγκόσμια οικονομική κρίση, ανέδειξε το πρόβλημα των οικονομικών δαπανών των Συστημάτων υγείας.

Το μεγάλο οικονομικό νοσοκομειακό κόστος, οφείλεται βασικά, στην επιδημιολογική μετάβαση, στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού, στην ιατροτεχνολογική έκρηξη των τελευταίων ετών, στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, στην ανεπάρκεια σωστής Διοίκησης των Νοσοκομείων και στην έλλειψη κινήτρων ποιοτικών και αποτελεσματικών υγειονομικών υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση-αποζημίωση των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών αφορά τους αγοραστές και τους πάροχους και θα πρέπει να γίνεται με βασικές παραμέτρους πολιτικής που θα λαμβάνουν υπόψη τους, την ισότιμη πρόσβαση, την ποιοτική, την αποδοτική και την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών,

με χρήση συγκεκριμένων δεικτών. Δείκτες προκαθορισμένοι, αντικειμενικοί, γνωστοί εκ των προτέρων σε όλους τους εμπλεκόμενους, οι οποίοι θα χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των παρεχόμενων ίδιων υπηρεσιών [11].

Η συγκριτική αξιολόγηση ίδιων υγειονομικών δομών για τις ίδιες υπηρεσίες τόσο σε τοπικό, εθνικό αλλά ακόμη και σε διεθνές επίπεδο, χρησιμεύει στη αξιόπιστη μέτρηση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας των υπηρεσιών, προκειμένου οι λιγοστοί διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι να αξιοποιούνται επαρκώς και με τη μέγιστη διαφάνεια. Στην αποτελεσματική Διοίκηση των νοσοκομείων συμβάλει καθοριστικά η εφαρμογή των DRGs, δεδομένου ότι εισάγει μια διαφορετική φιλοσοφία στη εκτίμηση του παραγόμενου νοσοκομειακού προϊόντος εστιάζοντας στο πραγματικό προϊόν (ιατρική αντιμετώπιση ασθενή συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας) και όχι σε «ενδιάμεσα» προϊόντα όπως, ημέρες νοσηλείας, ιατρικές πράξεις, εξετάσεις κλπ.

Η νέα αυτή αντίληψη του νοσοκομειακού προϊόντος συνδυαζόμενη με την αντίστοιχη μέθοδο αποζημίωσης (με βάση το περιστατικό), δημιουργεί κίνητρα για αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στους ίδιους τους παρόχους υγείας και αποτελεί μέσο υποκίνησης προς τους ιατρούς για την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των πόρων και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών [12].

Η συγκράτηση του κόστους των υγειονομικών παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται με την εφαρμογή σύγχρονων πολιτικών έλεγχου, όπως η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων (clinical protocols) και κλινικών διαδρομών (clinical pathways), καθώς και ο λεπτομερής έλεγχος των ιατρικών πράξεων ανά κατηγορία κλινικής διάγνωσης [13].

Οι βασικές παράμετροι για την επιτυχημένη εφαρμογή στα νοσοκομεία της προοπτικής αποζημίωσης των DRGs, όπως έχει αποδειχθεί από την μέχρι τώρα εφαρμογή των στα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας είναι:

- Σύσταση ανεξάρτητου οργανισμού και επιστημονικής επιτροπής για την αξιολόγηση και υιοθέτηση του κατάλληλου συστήματος DRGs, και συνεχής συντήρηση παρακολούθηση και διόρθωση των προβλημάτων που θα προκύπτουν
- Ανάπτυξη κατάλληλου πληροφοριακού συστήματος για την έγκαιρη τροφοδότηση με πλήρη και ακριβή πρωτογενή στοιχεία για την έγκαιρη αποφυγή κατάταξης του περιστατικού σε λάθος κατηγορία

- Συστηματική εκπαίδευση και ενημέρωση των γιατρών προκειμένου να γίνεται σωστά η καταγραφή του περιστατικού σύμφωνα με την διεθνή ταξινόμηση των διαγνώσεων, αλλά και του διοικητικού προσωπικού που θα ενημερώνει το σύστημα.
- Η κωδικοποίηση των περιστατικών θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά και δειγματοληπτικά προκειμένου να διατηρείται σε υψηλό επίπεδο η σωστή εφαρμογή
- Απαιτείται συνεχής πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο, προκειμένου να ενημερώνεται συνεχώς και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας το διοικητικό προσωπικό για την έγκαιρη κατάταξη ανάλογα με την πορεία της νοσηλείας. Ιδανική λύση η τήρηση του ατομικού φακέλου για κάθε ασθενή.

Η πολιτική εφαρμογής των DRGs στις νοσοκομειακές δομές έχει βασικό πλεονέκτημα την συγκράτηση και τον έλεγχο των δαπανών γιατί η αποζημίωση του νοσοκομείου δεν συνδέεται με παραμονή του ασθενούς, αλλά με το αποτέλεσμα. Γεγονός που «επιβάλλει» την αποτελεσματική και αποδοτική αντιμετώπιση των περιστατικών σε συνδυασμό με την σύντομη παραμονή στο νοσοκομείο, με διοικητικές πολιτικές διαφάνειας αλλά και έλεγχο των διαφόρων ιατρικών επιλογών. Η αποζημίωση με τα DRGs καθορίζει ένα πλαίσιο λειτουργίας για όλες τις υγειονομικές δομές για να αναπτύξουν υγιή ανταγωνισμό, γιατί υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης από τους χρηματοδότες, να επιλέγουν τις επωφελείς και αξιόπιστες λύσεις για τους ασφαλισμένους τους.

Η πλήρης εφαρμογή του συστήματος προοπτικής αποζημίωσης με την μέθοδο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs), έχει επιτύχει όπου έχει εφαρμοσθεί σωστά, την συνολική συγκράτηση των δαπανών και την ποιοτική και αποδοτική παροχή των υπηρεσιών [8] [9].

### **1.3 Η ενσωμάτωση της μεταρρύθμισης των DRGs στις προκλήσεις της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.**

Στη προσπάθεια εξορθολογισμού των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα η εφαρμογή των ΚΕΝ προβλέπετο να συμβάλει στην βελτίωση του συστήματος υγείας, κυρίως μέσα από την καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων και την αποτελεσματικότερη συγκράτηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η σωστή και εγκαίρως χρηματοδότηση των νοσοκομείων-κλινικών στο Ελληνικό σύστημα υγείας είναι διαχρονικό πρόβλημα, που τελευταία έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις με κύρια χαρακτηριστικά τα τεράστια ελλείματα σε επίπεδο δημοσίων νοσοκομείων και κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Μεχρι το 2011 η βασική χρηματοδότηση για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ δίνονταν κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, ενώ τις ιδιωτικές κλινικές τις χρηματοδοτούσαν κυρίως οι ΦΚΑ, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και τα νοικοκυριά, με την μέθοδο της αναδρομικής αποζημίωσης.

Οι κύριες αίτιες των μεγάλων συσσωρευμένων οικονομικών νοσοκομειακών ελλειμάτων είναι: [14]

- Η αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομείων και η απορρέουσα προκλητή ζήτηση
- Ο ελλιπής προγραμματισμός χρηματοδότησης όλων των παρόχων
- Η επιδημιολογική εξέλιξη και η ιατροτεχνολογική έκρηξη
- Η ανεπαρκής διοίκηση των νοσοκομείων καθώς και ο αναποτελεσματικός τρόπος προμηθειών
- Ο ανεπαρκής διοικητικός-λογιστικός-ιατρικός έλεγχος από τους ΦΚΑ των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η παντελής έλλειψη κινήτρων για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία της αγοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών για όλους τους εμπλεκόμενους

Η εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας στηρίζεται στην εγκαίρως και σωστή χρηματοδότηση, αλλά και στους μηχανισμούς αξιολόγησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, με κριτήρια την ισότιμη πρόσβαση από όλους, την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα των υπηρεσιών.

Η σημερινή δημοσιο-οικονομική κρίση με τα μεγάλα οικονομικά ελλείματα της κεντρικής διοίκησης και των ΦΚΑ δημιούργησαν ένα τεράστιο κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα

γενικότερα, με συνέπειες στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, αναδεικνύοντας τον εξορθολογισμό των δαπανών του Συστήματος υγείας επιτακτική και άμεση ανάγκη.

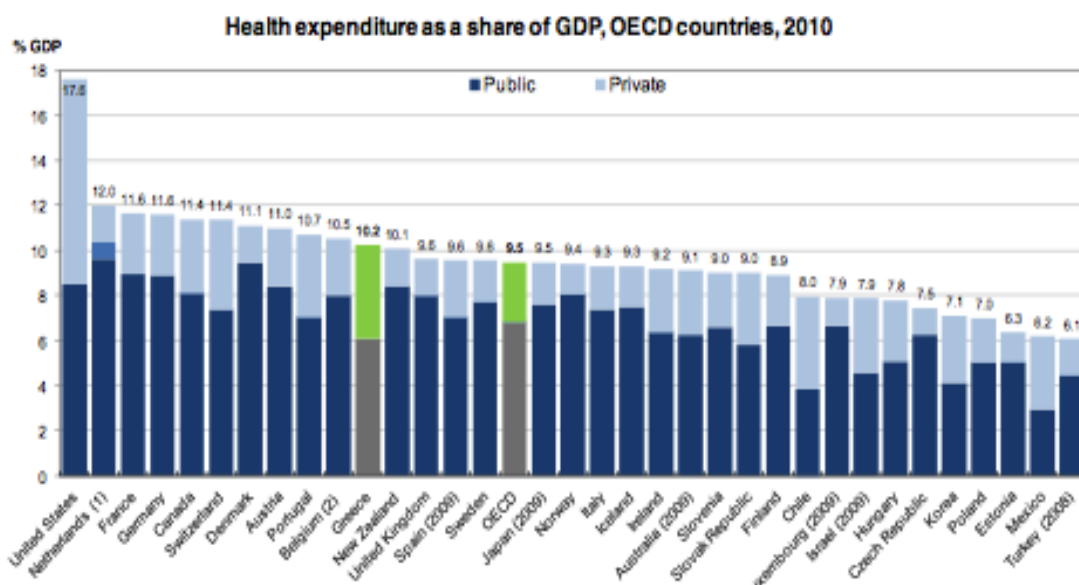
### 1.3.1 Το Ελληνικό σύστημα υγείας σε συνθήκες κρίσης

Η Ελλάδα είναι από τα λίγα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ που δεν έχουν υιοθετήσει ακόμη το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ με αποτέλεσμα η επάρκεια και η ποιότητα των στοιχείων να είναι ανεπαρκής [15]. Είναι σαφές ότι δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά δεδομένα σχετικά με την κατανομή των πόρων, ανάμεσα στις διάφορες μορφές περίθαλψης και ο ανάλογος διαχωρισμός σε δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες. Επιπλέον οι αναθεωρήσεις του ΑΕΠ που έγιναν μετά το 2006 άλλαξαν συνεχώς με συνέπεια και την αλλαγή των μεριδίων του ΑΕΠ που αφορούσαν τις συνολικές δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες. Στις δυο τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά και ως ποσοστό του ΑΕΠ αλλά και ως κατά κεφαλή. Από 6,6% του ΑΕΠ το 1990, έφτασε το 2009 σε 10,6%, ποσοστό που είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο των κρατών του ΟΟΣΑ που είναι 9,5% και οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία το 2009 ήταν 3.106\$ σε τιμές ίσης αγοραστικής δύναμης, Πίνακας 3, Διαγράμματα 1,2 [16].

**Πίνακας 3:** Διαχρονική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

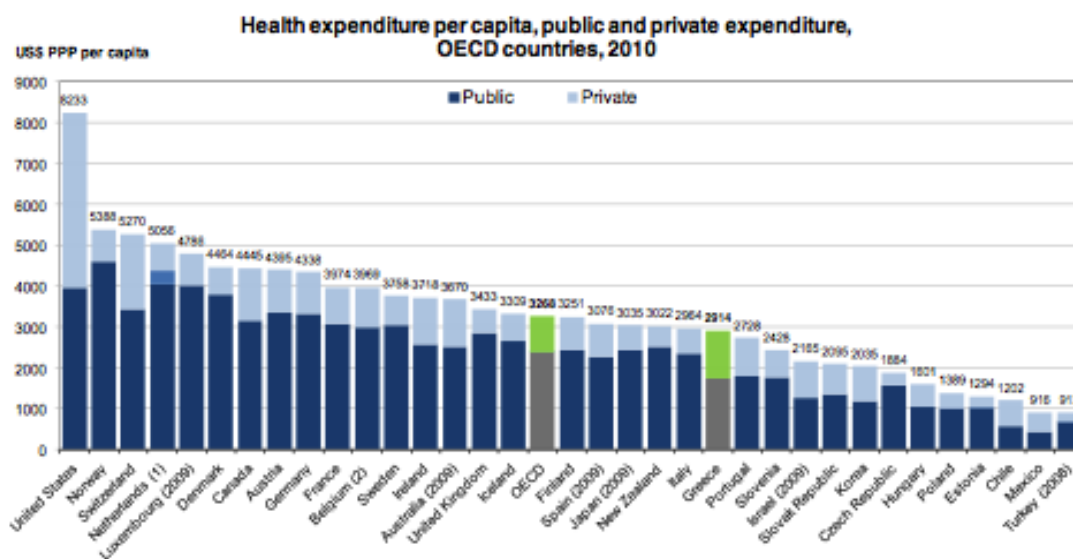
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US\$ PPP</b>	<b>2.092</b>	<b>2.352</b>	<b>2.547</b>	<b>2.727</b>	<b>2.998</b>	<b>3.106</b>	<b>2.914</b>
<b>Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ</b>	<b>8,7</b>	<b>9,4</b>	<b>9,5</b>	<b>9,6</b>	<b>10,1</b>	<b>10,6</b>	<b>10,2</b>
<b>Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ</b>	<b>5,2</b>	<b>5,8</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>6,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,1</b>
<b>Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>4,2</b>
<b>Ιδιωτική κοινωνική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>..</b>

Πηγή: OECD Statistical Profile of Greece (2013)[16]



**Διάγραμμα 1:** Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ

Πηγή : OECD Statistical Profile of Greece (2013) [16]



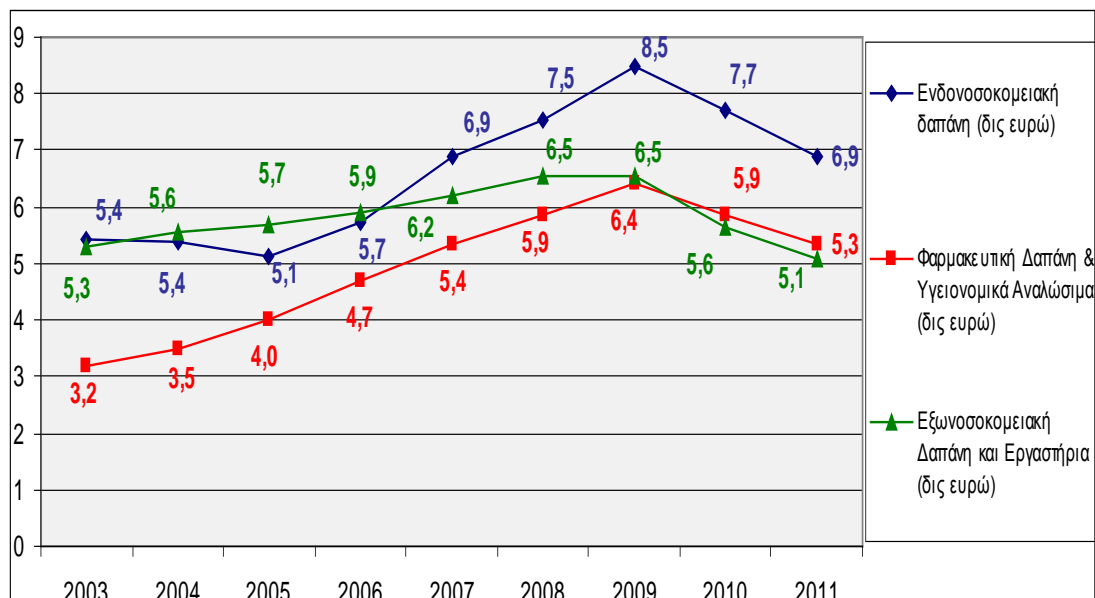
**Διάγραμμα 2:** Κατά κεφαλή δαπάνη, Δημόσια και ιδιωτική, στις χώρες του ΟΟΣΑ

Πηγή : OECD Statistical Profile of Greece (2013) [16]

Οι ιδιωτικές δαπάνες που αφορούσαν τις υπηρεσίες υγείας το 2007 ήταν το 39.7% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό πολύ υψηλό για σύστημα υγείας με καθολική υγειονομική κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του συνόλου των δαπανών υγείας τα τελευταία τριάντα χρόνια σε σταθερές τιμές ήταν διπλάσιος περίπου από αυτόν της αύξησης του ΑΕΠ. Η αύξηση των δαπανών υγείας συνέχισε την ανοδική πορεία ακόμη και την δεκαετία του 2000 παρά τις έντονες πιέσεις της Ε.Ε. για την μείωση των δημόσιων δαπανών, για την αποφυγή των ελλειμμάτων και την διατήρηση της δημοσιονομικής πειθαρχίας, προκειμένου να εκπληρωθούν τα κριτήρια του Μάαστριχτ.



Οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια το 2009 έφτασαν περίπου το 10,6% του ΑΕΠ. δηλ. τα 21,4 δις. με την ενδονοσοκομειακή δαπάνη να απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους, Διάγραμμα 3.



**Διάγραμμα 3:** Η εξέλιξη της συνολικής τρέχουσας δαπάνης ανά έτος και ανά δραστηριότητα σε δις.

Πηγή: Λιαρόπουλος Λ., και συν., 2013 [15]

Το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης σε διαχρονική βάση των δημόσιων δαπανών, τόσο σε απόλυτες τιμές όσο και σε ποσοστό του ΑΕΠ πηγαίνει στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη .

Το Ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας είναι νοσοκομειοκεντρικό και η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη απορροφούν περίπου πάνω του 52% των δημόσιων δαπανών για την υγεία [14].

Η μεγάλη Δημόσιο-οικονομική κρίση του 2009 και οι μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδος απέναντι στην Τρόικα, προκειμένου να συνεχισθεί η σταθερή χρηματοδότηση του Ελληνικού κράτους από αυτούς, ανάγκασαν την κυβέρνηση να πάρει διάφορα μέτρα σε όλους τους Δημόσιους τομείς προκειμένου να περιοριστεί το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα. Ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας έθεσε στόχο την ετήσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στο 6% του ΑΕΠ. Τα βασικά μέτρα εξορθολογισμού των δαπανών που αφορούσαν το σύστημα υγείας είναι:

- Η συγχώνευση των κλάδων υγείας όλων των ΦΚΑ που έπαιρναν κρατική επιχορήγηση σε ένα οργανισμό (ΕΟΠΥΥ), με ενιαίο πακέτο παροχών
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων με βάση την δραστική ουσία.
- Άμεση εφαρμογή στην νοσοκομειακή περίθαλψη της προοπτικής αποζημίωσης σύμφωνα με τα DRGs

Εκτός της οικονομικής στενότητας των πόρων της γενικής κυβέρνησης, το μεγάλο ποσοστό της ανεργίας λόγω της παρατεταμένης ύφεσης δημιούργησε και δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στην μηνιαία χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες.

### **1.3.2 Η σκοπιμότητα της ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και η θεώρηση των DRGs υπό το πρίσμα της ασφάλισης υγείας**

Οι μνημονιακές υποχρεώσεις της τότε κυβέρνησης επέβαλαν την συνένωση των κλάδων υγείας στην αρχή των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, με τον νόμο 3819/2011 σε έναν οργανισμό με την ονομασία, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ παρείχε στους ασφαλισμένους των παραπάνω ασφαλιστικών ταμείων από 01-01-12 παροχές, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ), που ήταν η 2456/03-11-11 ΚΥΑ και σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο ήταν, ο καθολικός διάδοχος όλων των ενεργών συμβάσεων με όλους τους παρόχους, όλων των ενταχθέντων ταμείων ο οποίος τροποποιήθηκε με την ΚΥΑ 1233/11-04-12.

Αργότερα τον Απρίλιο και τον Μάιο του 2012 εντάχθηκε ο Οίκος του Ναύτου και το ΤΑΥΤΕΚΩ και τον Ιούνιο και τον Δεκέμβριο του 2012, τα ασφαλιστικά ταμεία του ΕΤΑΑ και ΤΑΠ-ΜΜΕ, αντίστοιχα με τους παραπάνω ίδιους όρους. Ο ΕΚΠΥ τροποποιήθηκε ξανά τον Νοέμβριο του 2012 με την ΚΥΑ 3054/18-11-12, ο οποίος μέχρι σήμερα δεν έχει τροποποιηθεί.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο 3819/2011 του ΕΟΠΥΥ, σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι, η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους των ενταχθέντων ταμείων που έχουν ασφαλιστική ικανότητα καθώς και τα προστατευόμενα μέλη, σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ καθώς και ο λειτουργικός συντονισμός, η οργάνωση και η συνεργασία όλων των φορέων της ΠΦΥ, των Κέντρων Υγείας των περιφερειακών ιατρείων του ΕΣΥ και των ιατρείων των

Οργανισμών τοπικής Αυτοδιοίκησης. Επιπλέον η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, ο έλεγχος της χρηματοδότησης και η ορθολογική αξιοποίηση των πόρων, ο καθορισμός των όρων των συμβάσεων, για παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, και δευτεροβάθμιας περίθαλψης τόσο με τους δημόσιους όσο και με τους ιδιώτες παρόχους καθώς και με το συμβεβλημένους γιατρούς.

Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ από τις υγειονομικές δομές του και αγοράζει συγχρόνως υπηρεσίες ΠΦΥ τόσο από το Δημόσιο σύστημα όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες που αφορούν την Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρέχονται από το Δημόσιο σύστημα του ΕΣΥ, τα Πανεπιστημιακά και στρατιωτικά Νοσοκομεία και από κοινωφελή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, καθώς και από τις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.

Η μοναδικότητα του Ελληνικού συστήματος υγείας όσο αφορά, την πολύ μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με την αποδοτικότητα του, ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών ταμείων και η ανισότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του κάθε ασφαλιστικού ταμείου προς τους ασφαλισμένους του, επέβαλαν στο Ελληνικό σύστημα υγείας, την ενοποίηση των κλάδων υγείας όλων των ασφαλιστικών ταμείων. Οι λιγостоί πόροι με ορθολογική χρήση, θα παρέχονται σε όλους, μέσα από ένα ενιαίο κανονισμό παροχών, ισότιμα και αποτελεσματικά όπως γίνεται σε όλα τα ανεπτυγμένα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας [14].

### **1.3.3 Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η εισαγωγή των ΚΕΝ ως μεθόδου αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης.**

Από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στους ασφαλισμένους του από τα Δημόσια νοσοκομεία και τις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές εφαρμόζοντας την προοπτική αποζημίωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Η εφαρμογή των Ελληνικών «ΚΕΝ-DRGs» είχε στόχο την καλύτερη οικονομική διαχείριση των πόρων στην παροχή της νοσοκομειακής περίθαλψης, παρέχοντας στους ασφαλισμένους του την ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου αλλά και την αποζημίωση του παρόχου από τον ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο χρηματικό ποσό σχετικό με το παραγόμενο προϊόν. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο σωστός συνδυασμός εφαρμογής των ΚΕΝ και η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των ασφαλισμένων, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση, καθώς και η σωστή κοστολόγηση – τιμολόγηση όλων των ΚΕΝ που θα περιλάμβαναν όλες τις μέχρι σήμερα «συνήθεις» κοστοβόρες ιατρικές πράξεις καθώς και τις ιατρικές αμοιβές. Με αυτές τις προϋποθέσεις οι μεγάλες λίστες αναμονής στα δημόσια

νοσοκομεία θα μειώνονταν με την μετατόπιση των ασφαλισμένων στις ιδιωτικές κλινικές με παράλληλη μείωση του φαινομένου των ιδιωτικών πληρωμών [17].

Η μέχρι σήμερα αναδρομική αποζημίωση της Ενδονοσοκομειακής περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία προέτρεπε σε υπερκατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών προκειμένου να αυξηθούν τα έσοδα του νοσοκομείου-ιδιωτικής κλινικής. Με την εφαρμογή των ΚΕΝ θα έμπαινε αυτοπεριορισμός στην χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών στους παρόχους, προκειμένου να μειωθεί το κόστος νοσηλείας. Περιορισμός όσο αφορά την νοσοκομειακή παραμονή, την αλόγιστη χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή της μεθόδου των ΚΕΝ προϋποθέτει, ομάδα συνεχούς παρακολούθησης και υποστήριξης του συστήματος, ένα καλά ανεπτυγμένο και ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής, για αποφυγή υπερχρεώσεων, χρήση αλγορίθμων κατάταξης των περιστατικών νοσηλείας, υιοθέτηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και εφαρμογή διαφόρων συστημάτων αξιολόγησης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με την σωστή εφαρμογή των ΚΕΝ οι Ενδονοσοκομειακές δαπάνες συνολικά θα μειωθούν, θα γίνεται καλύτερος έλεγχος του κόστους ειδικά όταν η χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι ανεξέλεγκτη, όπως στην περίπτωση του Ελληνικού συστήματος υγείας, γεγονός που αναδεικνύει η παρούσα εργασία .

Η εφαρμογή της μεθόδου αποζημίωσης με τα DRGs, προβλέπεται ότι θα μειώσει το Διοικητικό κόστος του ΕΟΠΥΥ, μειώνοντας σημαντικά το ανθρώπινο δυναμικό που ασχολείται με την διοικητική - λογιστική - ιατρική διεκπεραίωση των νοσηλίων. Δίνεται η δυνατότητα μέσω του πληροφοριακού συστήματος να εκπονεί στατιστικές αναλύσεις και αναλογιστικές μελέτες προκειμένου να διαχειρίζεται κατάλληλα τις ιατρικές πληροφορίες.

Όσο αφορά τους παρόχους κλειστής περίθαλψης, δημιουργεί κίνητρα για όλο το νοσοκομειακό προσωπικό για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, μείωση της γραφειοκρατίας με αντίστοιχη μείωση του κόστους των Διοικητικών υπηρεσιών, ανάπτυξη κέντρου κοστολόγησης των υπηρεσιών, ηλεκτρονικής τιμολόγησης καθώς και χρήση αναλογικής λογιστικής [10].

Οι υγειονομικές αρχές με την αξιόπιστη πληροφόρηση επί των δεδομένων, μπορούν να αναπτύξουν στρατηγικές και συστήματα ελέγχου που θα βασίζονται στην ανάλυση και στην αξιοποίηση των ιατρικών πληροφοριών.

Η αποδοτική και αποτελεσματική εφαρμογή της μεθόδου των DRGs, προϋποθέτει, την άμεση χρησιμοποίηση των συστημάτων κατηγοριοποίησης και κωδικοποίησης των αναγκαίων ιατρικών πληροφοριών-διαγνώσεων σύμφωνα με την Διεθνή ταξινόμηση του ICD10. Η θεσμοθέτηση οργανισμού και επιτροπής συνεχούς παρακολούθησης, συντήρησης και ελέγχου του συστήματος θα εξασφάλιζε την προσαρμογή του στις εξελίξεις σε ιατρικό επίπεδο. Η παρουσία και η συμμετοχή του ΕΟΠΥΥ σε όλες τις διαδικασίες είναι απαραίτητη, γιατί είναι και ο άμεσα ενδιαφερόμενος αγοραστής των υπηρεσιών.

Τα οφέλη από την ορθή εφαρμογή των DRGs στο Ελληνικό σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με την παρουσία του ΕΟΠΥΥ ως μονοψώνιου αγοράς στις υπηρεσίες υγείας, αναμένεται ότι θα εξορθολογήσει τις δαπάνες και θα αναπτυχθούν κατάλληλες επιτελικές λειτουργίες υγειονομικού σχεδιασμού, με σύγχρονη θεσμοθέτηση αποτελεσματικών διαδικασιών ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών [9] [14].

Το 2011 και υπό το βάρος των μνημονιακών υποχρεώσεων η Ελληνική κυβέρνηση, δεσμεύτηκε για μια σειρά από μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν και το σύστημα υγείας. Ο σχεδιασμός και οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν, τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας από το συνταξιοδοτικό σύστημα (Ν. 3863/2110), την ένταξη και λειτουργία όλων των υγειονομικών μονάδων ΠΦΥ και Δευτεροβάθμιας σε ενιαίο πλαίσιο και την σύσταση ενός συμβουλίου Συντονισμού. Ο σκοπός του συμβουλίου ήταν, για λογαριασμό των ασφαλιστικών ταμείων ο σχεδιασμός και ο καθορισμός ενιαίων κανόνων, κριτηρίων και όρων, προκειμένου να συμβληθούν όλοι οι πάροχοι, με στόχο την άρση των κατατμήσεων και επίτευξη εξορθολογισμού των δαπανών. Με τον 3892/2010 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση για όλους τους γιατρούς.

Η σημαντικότερη καινοτόμος μεταρρύθμιση στο Ελληνικό σύστημα υγείας είναι, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, μεταρρύθμιση που επέφερε σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές. Με τον 3819/2011 καθορίστηκε νέα διαδικασία προμηθειών των νοσοκομείων, η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ και η ένταξη των κλάδων υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, δηλ. το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ο ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ. Την 01-04-12 εντάχθηκαν οι ασφαλισμένοι του ΟΙΚΟΥ του ΝΑΥΤΟΥ, την 01/05/12 οι ασφαλισμένοι του ΤΑΥΤΕΚΩ, του ΕΤΑΑ την 01-06-12, και την 1/12/12 οι ασφαλισμένοι του ΤΑΠ-ΜΜΕ.

Τα ενταχθέντα ταμεία εκτός από τους ασφαλισμένους τους και μικρό αριθμό υπαλλήλων μετέφεραν και τις υγειονομικές δομές της ΠΦΥ που είχαν, κυρίως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το ΤΑΥΤΕΚΩ, ο Οίκος Ναύτου και το ΕΤΑΑ (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4:** Φορείς κοινωνικής ασφάλισης και αριθμός ασφαλισμένων, 2010

ΦΚΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	
		ΑΜΕΣΑ*	ΕΜΜΕΣΑ**
<b>ΙΚΑ-ΕΤΑΜ</b>	01-01-2012	3.200.000	2.400.000
<b>ΟΠΑΔ- ΤΥΔΚΥ</b>	01-01-2012	842960	869.221
<b>ΟΑΕΕ</b>	01-01-2012	810.000	1.200.000
<b>ΟΓΑ</b>	01-01-2012	1.529.000	501.000
<b>ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ</b>	01-04-2012		
<b>ΤΑΥΤΕΚΩ</b>	01-05-2012	200.000***	
<b>ΕΤΑΑ</b>	01-06-2012	330.000***	
<b>ΕΤΑΜ-ΜΜΕ</b>	01-12-2012	25.000***	

\*'Άμεσα ασφαλισμένοι, \*\*Μέλη των άμεσα ασφαλισμένων \*\*\* εκτίμηση ΕΟΠΥΥ

Πηγή: Σκιαδάς και συν. 2010, [18]

Ο βασικός στόχος της ενοποίησης των κλάδων υγείας είναι να λειτουργήσει ως μονοψώνιο στην αγορά υπηρεσιών υγείας συγκεντρώνοντας όλους του πόρους υγείας, με μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι σε όλους τους παρόχους, επιτυγχάνοντας παράλληλα την ομογενοποίηση των παροχών σε είδος, σε κόστος, σε έκταση, και στη χορήγηση με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) ο οποίος θεσμοθετήθηκε με Κοινή Υπουργική απόφαση την ΚΥΑ 2456/2011.

Από 01-01-12 σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ, (ΚΥΑ 2456/2011), οι παροχές σε είδος όλων των ασφαλισμένων των παραπάνω ταμείων, ενοποιήθηκαν και παρέχονται σε ενιαία

βάση σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ, από την ημερομηνία ένταξής τους. Για πρώτη φορά στο Ελληνικό σύστημα υγείας, κανονισμός οργανισμού παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε είδος, είναι κοινή υπουργική απόφαση τριών υπουργών. Ο ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ άλλαξε το 2012 τρεις φορές, με σημαντικές τροποποιήσεις, όσο αφορά τις αποζημιώσεις κυρίως των ιατρικών πράξεων στον ιδιωτικό τομέα.

Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ προέρχεται από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών και από την κρατική επιχορήγηση. Οι ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ είναι 7,6%, για τον εργοδότη είναι 5,1% και 2,5% για τον εργαζόμενο, εκτός των ασφαλισμένων του ΟΓΑ που είναι 2,5% επί του ποσού της ασφαλιστικής κατηγορίας που έχουν ασφαλιστεί. Επί πλέον υπάρχει και κρατική χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό 0,4% του ΑΕΠ, (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5:** Ασφαλισμένοι ανά ταμείο και εισφορές το 2010

a/a	ΤΑΜΕΙΑ	ΑΜΕΣΑ	ΕΜΕΣΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΦ/ΝΟΥ	ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ(**)	ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΑΣΦ/ΝΟΥ(***)
1.	ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (2010)	3.200.000 (*)	2.400.000	4,30%	2,15%	1.460.000.000	730.000.000
2.	ΟΑΕΕ	810.000	1.200.000	-	7,65% (νέοι) 90€ (παλαιοί)	200.000.000	605.000.000
3	ΟΠΑΔ	768.947	785.163		2,55%		1.000.000.000
4	ΤΥΔΚΥ	74.013	84.058	5,10%	2,55%	220.850.000	90.700.000
5	ΟΓΑ	1.529.000	501.000	2,55%	2,55% επί των ασφαλιστικών κατηγοριών	200.000.000	60.000.000
	ΣΥΝΟΛΟ	6.381.960	4.970.221			2.080.850.000	2.485.700.000

(\*): άμεσα ασφαλισμένοι (εργαζόμενοι) και συνταξιούχοι (2.120.000 εργαζόμενοι, 1.080.000 συνταξιούχοι)

(\*\*): ΟΑΕΕ-ΟΓΑ: συμμετοχή κράτους: εκτίμηση

(\*\*\*): ΟΠΑΔ: εκτίμηση

Πηγή: Σκιαδάς και συν. 2010, [18]

Από 01-01-12 σύμφωνα με τον νόμο 2456/2011 οι παροχές σε είδος όλων των ασφαλισμένων των παραπάνω ταμείων, ενοποιήθηκαν και παρέχονται σε ενιαία βάση σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ, από την ημερομηνία ένταξής τους. Ο ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ άλλαξε το 2012 , με σημαντικές τροποποιήσεις, όσο αφορά κυρίως τις αποζημιώσεις των ιατρικών πράξεων στις ιδιωτικές κλινικές.

Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός για το πλαίσιο παροχών του Οργανισμού σε υγειονομικές υπηρεσίες, οι οποίες θα παρείχοντο μέσω του ιδιωτικού τομέα υγείας, δεν ανταποκρίθηκε στους στόχους που αφορούσαν την ελεγχόμενη χρήση και ελεγχόμενη δαπάνη της κατανάλωσης ιδιωτικών ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών από τους ασφαλισμένους του. Η πρωτογενής έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας ακαδημαϊκής εργασίας προσπαθεί ακριβώς να αποτυπώσει τα βασικά δεδομένα αναφορικά με την χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών και την χρέωση αυτών από τους παρόχους δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω του συστήματος των ΚΕΝ και να εντοπίσει στοιχεία που ενδεχομένως να δημιούργησαν αυτή την υπέρβαση στις δαπάνες του ΕΟΠΥΥ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας.



## Κεφάλαιο Δεύτερο

### Εφαρμογή των DRGs στο Ελληνικό υγειονομικό περιβάλλον.

#### 2.1. Εξέλιξη θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος υγείας.

Το σύστημα υγείας παρέχει ένα σύνολο υπηρεσιών, που σκοπό έχουν την προαγωγή της υγείας, πρόληψη της ασθένειας, τη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των πολιτών. Η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών είναι συνδεδεμένη με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των. Τα συστήματα υγείας μπορούμε να τα χωρίσουμε σε τρία υποσυστήματα, σε υποσύστημα που αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο αφορά τις δομές και τις υπηρεσίες που παράγουν υπηρεσίες υγείας και το τρίτο, τη νομοθεσία και τον τρόπο αποζημίωσης των δαπανών [14].

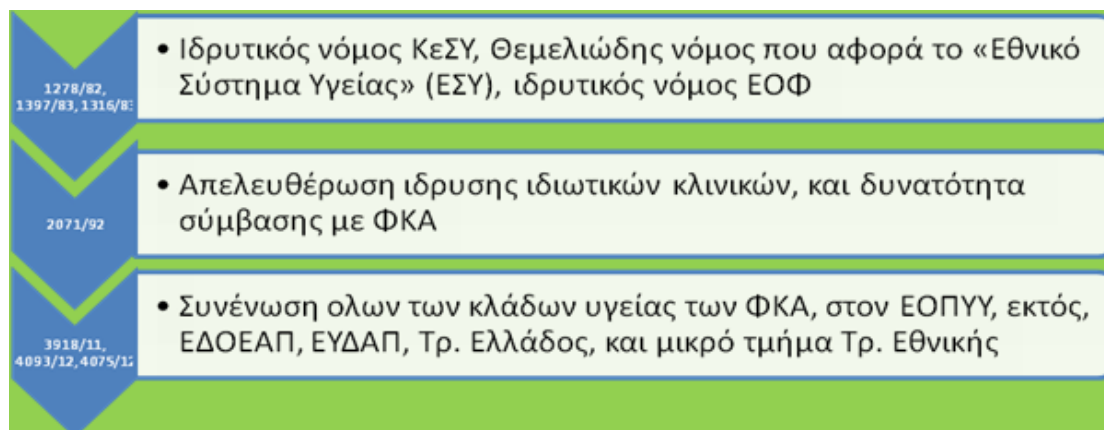
Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους άρχισαν και οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας υγείας. Ουσιαστικές και ριζικές αλλαγές έγιναν την δεκαετία του 80 με την ψήφιση του νόμου 1397/83. Θεμελιώδης νόμος που αφορά το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΕΣΥ) και την αρχή της ριζικής αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας (ΣΥ). Οι βασικές αρχές του ήταν: Ο ενιαίος προγραμματισμός των υπηρεσιών, η αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών, η δημιουργία κέντρων υγείας με ανάπτυξη της ΠΦΥ, ο κοινωνικός έλεγχος, και η καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών.

Η μεγαλύτερη μεταρύθμιση στο ΣΥ έγινε με την προσπάθεια υλοποίησης του ΕΣΥ έργο που ξεκίνησε τη δεκαετία του 80 και συνεχίζει ακόμη και σήμερα. Υπάρχει ένα πολύ μεγάλο νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που συνέβαλαν στην οργάνωση και την λειτουργία των νοσοκομειακών υπηρεσιών, που σε αναπτυξιακό επίπεδο δημιούργησε ένα μεγάλο δίκτυο με νοσοκομεία, ΚΥ κ.α.

Στο νομοθετικό πλαίσιο οι θεμελιώδεις νόμοι που στηρίχθηκε η μεταρύθμιση είναι, ο ιδρυτικός νόμος του ΚΕΣΥ 1278/1982, του ΕΣΥ 1397/1983 και του ΕΟΦ 1316/1983 που συμπληρώθηκε μεταγενέστερα από 1597/85, ΠΔ85/85, ΠΔ87/86.

Μέχρι σήμερα έχουν νομοθετηθεί αρκετοί νόμοι που αφορούν το νομικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Κεντρικών, Περιφερειακών και Νομαρχιακών δημοσίων υπηρεσιών υγείας, για τους Εθνικούς Οργανισμούς που έχουν σχέση με τη Δημόσια υγεία καθώς και μέτρα που αφορούν τη προστασία της Δημόσιας υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε, το Π.Δ. 138/1992, (ΦΕΚ 68Α'/1992), το Π.Δ. 95/2000, (ΦΕΚ76Α'/2000), το Ν. 3172/2003, (ΦΕΚ 197Α'/2003), το Ν. 2503/1997, (ΦΕΚ 107Α'/1997), το Ν. 2519/1997, (ΦΕΚ 165Α'/1997), το Π.Δ. 51/2001, (ΦΕΚ 41Α'/2001), (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6 :** Νομοθετικό πλαίσιο καθοριστικών αλλαγών στο Σ.Υ.



Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ 1397/83, απαγόρευσε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, την επέκτασή τους, την μετατροπή της νομικής μορφής τους, μέχρι το 1992. Καθοριστικό ρόλο έπαιξε στην ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών ο νόμος 2071/92, που απελευθέρωσε την ίδρυση νέων κλινικών και διαγνωστικών κέντρων, ενώ παράλληλα έδωσε τη δυνατότητα σύμβασης με τους ΦΚΑ. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει μεγάλες ιδιωτικές επενδύσεις που αφορούν όχι μόνο τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, αλλά και σε επενδύσεις που αφορούν τμήματα για νοσηλείες εξειδικευμένες με υψηλή και κοστοβόρα τεχνολογία, όπως ΜΕΘ, ΚΑΑ, Ακτινοθεραπεία, Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, κ.α. ενώ ο δημόσιος τομέας έχει καθυστερήσει σημαντικά.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα και χρηματοδοτείται από ένα πολύπλοκο σύστημα χρηματοδότησης, που το αποτελούν τρεις κύριες πηγές: ο κρατικός προϋπολογισμός, με τους άμεσους και έμμεσους φόρους, η κοινωνική ασφάλιση μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων και οι ιδιωτικές πληρωμές [19].

Όλες οι οικονομικές δαπάνες υγείας από το 2003 παρουσιάζουν σταθερή ανοδική πορεία. και τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας κατά 35%-43% και τα νοικοκυριά από 28%-38%. (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7 :** Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών στο Σύστημα υγείας, 2003-2011

\* Το 2009 η Ιδιωτική Ασφάλιση έχει υποεκτιμηθεί διότι η έρευνα που διεξήχθη από την Ελληνική Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος επικεντρωνόταν στα ατομικά συμβόλαια και στο νοσοκομειακό τομέα

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Κράτος (ΥΥΚΑ, Οικονομικών, ΥΕΑ)	3,66	3,27	2,73	3,14	4,51	5,27	6,27	5,64	4,45
(% της συνολικής δαπάνης)	(24,7%)	(21,4%)	(17,3%)	(18,1%)	(22,9%)	(24,8%)	(27,3%)	(27,4%)	(24%)
Ασφαλιστικά Ταμεία	5,14	5,73	6,53	7,54	8,28	8,77	9,86	8,5	7,9
(% της συνολικής)	(34,8%)	(37,4%)	(41,4%)	(43,4%)	(42%)	(41,3%)	(42,9%)	(41,2%)	(42,7%)
<b>Συνολική Δημόσια</b>	<b>8,805</b>	<b>9,008</b>	<b>9,27</b>	<b>10,69</b>	<b>12,794</b>	<b>14,049</b>	<b>16,138</b>	<b>14,143</b>	<b>12,385</b>
Ιδιωτική Ασφάλιση*	0,338	0,379	0,391	0,422	0,477	0,525	0,434	0,536	0,534
Ιδιωτικές πληρωμές	5,65	5,94	6,12	6,27	6,45	6,66	6,33	5,87	5,61
(% της συνολικής)	(38,2%)	(38,8%)	(38,8%)	(36,1%)	(32,7%)	(31,4%)	(27,6%)	(28,5%)	(30,2%)
Λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Έρευνες που χρηματοδοτούνται από μη εθνικούς πόρους κλπ.)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0,0526	0,0731	0,0524

Πηγή: Λιαρόπουλος και συν., 2012 [15]

## 2.2 Πολιτικές αποζημίωσης των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψης

Ο κρατικός προϋπολογισμός ο βασικός χρηματοδότης του συστήματος υγείας χρηματοδοτούσε τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και αποζημίωνε την παροχή σε είδος των δημοσίων υπαλλήλων και των αγροτών. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης κάλυπταν σχεδόν εξολοκλήρου τις δαπάνες των ασφαλισμένων τους, για νοσηλείες σε δημόσια νοσοκομεία και σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές καθώς και τις δαπάνες ΠΦΥ.

Οι μεγαλύτεροι φορείς κοινωνικής ασφάλισης με παροχές σε είδος ήταν μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 2000 περίπου 30, και μετά τις συγχωνεύσεις έχουν παραμείνει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ο ΟΑΕΕ, ο ΟΓΑ, το ΤΑΥΤΕΚΩ, το ΕΤΑΑ, ο Οίκος Ναύτου, καθώς και αλλά μικρότερα, όπως της τραπεζής της Ελλάδος, της Εθνικής τράπεζας, το ΕΔΟΕΑΠ, η ΕΥΔΑΠ, το ΤΑΜ-ΜΜΕ κ.α.. Σήμερα με τον 3918/11 και τους 4093/12 και 4075/12, οι κλάδοι υγείας σχεδόν όλων των ταμείων, εκτός του ΕΔΟΕΑΠ, της Τράπεζας Ελλάδος, της

ΕΥΔΑΠ, και ένα μικρό κομμάτι της Εθνικής τράπεζας, έχουν ενωθεί και οι παροχές σε είδος προς τους ασφαλισμένους αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Σχεδόν όλα τα ταμεία επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εισφορές τόσο των εργοδοτών όσο και των ασφαλισμένων καθορίζονται με νομοθετικό πλαίσιο από την κυβέρνηση και για κάθε ταμείο είναι διαφορετικές. (Πίνακας 8)

**Πίνακας 8:** Εκροές χωρίς παροχές σε χρήμα των αρχικώς ενταχθέντων ταμείων το 2010

Α/Α	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ *	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	
			ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ
1	ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (2010)	4.509.910.100	824.268.838	354.817.808
2	ΟΑΕΕ (2010)	551.000.000	70.000.000	46.500.000
3	ΟΠΑΔ	1.480.852.977	200.000.000	174.351.923
4	ΤΥΔΚΥ	126.860.609	24.380.219	
5	ΟΓΑ (2006)	1.432.000.000	425.000.000	102.000.000
	ΟΓΑ (2010)	1.569.000.000	245.000.000	105.000.000
	<b>ΣΥΝΟΛΟ (2010)</b>	<b>8.237.623.686</b>	<b>1.363.649.057</b>	<b>680.669.731</b>

Ετήσιες συνολικές δαπάνες\*: Στις ετήσιες συνολικές δαπάνες όλων των ταμείων δεν περιλαμβάνονται οι λοιπές παροχές σε χρήμα

Πηγή: Σκιαδάς και συν., 2011 [18]

Από τα οικονομικά δεδομένα του 2010 των τεσσάρων μεγάλων ταμείων, προκύπτει ότι η Ενδο νοσοκομειακή δαπάνη αφορά το 25% της συνολικής ετήσιας δαπάνης και η ιδιωτική δαπάνη ανήλθε σε ποσοστό 50% της Δημόσιας νοσοκομειακής δαπάνης, λαμβάνοντας υπόψη ότι η οικονομική κρίση είχε αρχίσει. Παράλληλα υπήρξε αύξηση του αριθμού των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε δημόσια νοσοκομεία (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9:** Κίνηση ασθενών σε Δημόσια νοσοκομεία, 2009-2010

	Αριθμός νοσηλευθέντων	Ημέρες νοσηλείας	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Ποσοστό κάλυψης κλινών
<b>2009</b>	1.711.352	8.136.989	4,75	63%
<b>2010</b>	2.118.869	8.867.427	4,18	70%
<b>Μεταβολή (%) 2009-2010</b>	24%	9%	-12%	11,1%

Πηγή: Οικονόμου Χ. 2012 [14]

Οι αποζημιώσεις σε είδος των ασφαλισμένων σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες η μη, ήταν διαφορετικές για κάθε ταμείο. Το κράτος (ΥΥΚΑ, Υπ. Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων), καθορίζει με νομοθετικό πλαίσιο, το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών, υιοθετώντας τις ιατρικές γνωμοδοτήσεις και κοστολογήσεις του ΚεΣΥ, εγκρίνει τη σύναψη συμβάσεων των ΦΚΑ με τις κλινικές και οι ΦΚΑ αποζημιώνουν τις νοσηλείες αναδρομικά και όταν υποβληθούν. Κάθε ΦΚΑ ακολουθούσε διαφορετική πολιτική όσο αφορά τον ιατρικό έλεγχο, την έγκριση διαφόρων υλικών-εργαλείων, το χρόνο των οριστικών εκκαθαρίσεων των νοσηλίων. Η σύναψη συμβάσεων του κάθε ΦΚΑ ήταν αρμοδιότητα της διοίκησης του ΦΚΑ και των Υπουργείων, με αποτέλεσμα κάθε ΦΚΑ να συμβάλλεται ή όχι, με τις κλινικές κατά το δοκούν, ακόμη και με συγκεκριμένα τμήματα (π.χ. ΟΓΑ), και με ορισμένο αριθμό κλινών ανά τμήμα της κλινικής (π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ). Δεν υπήρχε ενιαία πολιτική από τα ασφαλιστικά ταμεία για την σύναψη συμβάσεων με τις ιδιωτικές κλινικές, όπως και ο έλεγχος των νοσηλίων γινότανε με διαφορετικά ιατρικά και οικονομικά κριτήρια και η εκκαθάριση των δαπανών για κάθε ταμείο ήταν χρονικά απροσδιόριστη, διότι δεν υπήρχε νομοθετικό πλαίσιο. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το μοναδικό από τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, είχε όρο στις συμβάσεις με τις κλινικές, την προκαταβολή σε 15 ημέρες σε ποσοστό 90% των απαιτήσεων μετά από πρόχειρο έλεγχο.(Πίνακας 10)

**Πίνακας 10 :** Συνοπτική παρουσίαση όρων συμβάσεων ΦΚΑ με ιδιωτικές κλινικές

	<b>ΤΥΠΟΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	<b>ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	<b>ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ</b>
<b>ΙΚΑ-ΕΤΑΜ</b>	Επιλεγμένα τμήματα, με συγκεκριμένο αριθμό κλινών	Συντεταγμένος έλεγχος διοικητικός, ιατρικός με συγκεκριμένες οδηγίες	90% προκαταβολή σε 15 ημέρες από τη κατάθεση και εκκαθάριση σε 6 μήνες
<b>ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ</b>	Με όλες τις κλινικές με όλα τα τμήματα και τις κλίνες	Έλεγχος διοικητικός-ιατρικός	Όταν εκκαθαρισθούν από υπουργείο οικονομικών
<b>ΟΑΕΕ</b>	Με συγκεκριμένες κλινικές με όλα τα τμήματα και τις κλίνες	Έλεγχος διοικητικός-ιατρικός	Όταν εκκαθαρισθούν
<b>ΟΓΑ</b>	Με συγκεκριμένες κλινικές μόνο για τις κοστοβόρες επεμβάσεις (Κ/Χ, αρθροπλαστικές) ΟΧΙ σε όλη την Ελλάδα	Έλεγχος διοικητικός-ιατρικός	Όταν εκκαθαρισθούν

Πηγή : Συμβάσεις ΦΚΑ με ιδιωτικές κλινικές

Η διαδικασία, ο χρόνος και το ύψος της αποζημίωσης, ήταν διαφορετικός για κάθε ΦΚΑ και συνήθως καθυστερούσαν αρκετά. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που είναι και το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο πλήρωνε το 90% της απαίτησης με πρόχειρο λογιστικό έλεγχο σε δύο μήνες από την υποβολή και οριστική εκκαθάριση των νοσηλίων συνήθως μετά από ένα ή δυο χρόνια.

Ενώ οι άλλοι ΦΚΑ πλήρωναν όταν έκαναν συνολική εκκαθάριση. Το αποέλεσμα της πολιτικής αυτής είναι να υπάρχουν ληξιπρόθεσμες οφειλές των ΦΚΑ σε διάφορους ιδιωτικούς παρόχους, της τάξεως του 1,8 δις σήμερα, σύμφωνα με της μνημονιακές συμφωνίες περίπου.

Οι ιδιωτικές πληρωμές από τα νοικοκυριά καλύπτουν σημαντικό ποσοστό των αποζημιώσεων τόσο στα δημόσια νοσοκομεία (π.χ. για μη κοστολογημένες ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις), όσο και τις νοσηλείες στις κλινικές. Για τις νοσηλείες σε ιδιωτικές κλινικές κάθε ταμείο ακολουθούσε διαφορετική πολιτική, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν από το προσωπικό εισόδημά τους χωρίς να αποζημιώνονται ή να αποζημιώνονται ένα μέρος της δαπάνης, σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο που ήταν συνήθως χαμηλότερο από των κλινικών, εάν, η νοσηλεία κρινόταν επείγουσα από τις υπηρεσίες του.

### **Συμπεράσματα:**

Γίνεται φανερό ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας όσο αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν κυρίως τους ιδιωτικούς παρόχους, ήταν πολύπλοκο και δαιδαλώδες. Οι παροχές σε είδος παρείχοντο με ανισότητα στους ασφαλισμένους, όσο αφορά τις νοσηλείες στον ιδιωτικό τομέα, ανάλογα με τη πολιτική της Διοίκησης κάθε ταμείου. Ο ιδιωτικός τομέας τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύχθηκε χωρίς κανένα έλεγχο από τη πολιτεία με επενδύσεις κυρίως σε υψηλής τεχνολογίας ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ενώ παράλληλα ο δημόσιος τομέας έμεινε αρκετά πίσω, με αποτέλεσμα σήμερα, οι κοστοβόρες ιατρικές πράξεις να γίνονται κυρίως από ιδιωτικά ιδρύματα. Οι οικονομικές δαπάνες του ιδιωτικού τομέα να είναι από τις υψηλότερες της Ε.Ε. καθώς και η συνεπακόλουθη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων.

#### **2.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο και τρόποι αποζημίωσης των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψης**

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στο Ελληνικό σύστημα υγείας παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία και από τις ιδιωτικές κλινικές. Η αποζημίωση των Δημόσιων νοσοκομείων γινόταν σύμφωνα με το ΦΕΚ 99/98 που καθόρισε τις έννοιες και το κόστος της αποζημίωσης του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου και την έννοια και το κόστος του συνολικού (κλειστού) νοσηλίου για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.

1. Το ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο περιλαμβάνει κάθε ιατρική και νοσηλευτική συνδρομή που παρέχεται από το Νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον ασθενή συναφών υπηρεσιών. Δεν περιλαμβάνονται σε αυτό, συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων καθώς και συσκευές που υποστηρίζουν ατελείς ή καταργημένες λειτουργίες του οργανισμού, όλα τα μοσχεύματα,

οι θεραπευτικές προθέσεις, υλικά αγγειακής προσπέλασης και τα διάφορα εξαρτήματα αυτών καθώς και οι κοστοβόρες ιατρικές πράξεις MRI,CT, στεφανιογραφία, λιθοτριψία, ERCP. Το τιμολόγιο του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου όλων των Νοσοκομείων καθορίστηκε ανάλογα με τον τομέα νοσηλείας όπως π.χ. στο χειρουργικό, παθολογικό, ψυχιατρικό, ΜΕΘ, ΜΕΝ, παραμονή ολιγόωρη χωρίς διανυκτέρευση και τα διάφορα είδη συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

2. Στο συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή από το Νοσοκομείο, ανεξάρτητα από το χρόνο νοσηλείας και τις τυχόν επιπλοκές στο συγκεκριμένο νόσημα για το οποίο νοσηλεύεται. Το τιμολόγιο για τις συγκεκριμένες κοστοβόρες επεμβάσεις είναι συγκεκριμένο και αφορούν τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, αγγειοπλαστικές απλές και με στεντ, λαπαροσκοπικές επεμβάσεις διαγνωστικές η θεραπευτικές, ολικές αρθροπλαστικές ισχίου και γόνατος με τσιμέντο η χωρίς τσιμέντο και μεταμοσχεύσεις όλων των ειδών.

Οι ιδιωτικοί πάροχοι συμβάλλονταν με τα ταμεία για συγκεκριμένες ιατρικές υπηρεσίες και το νομοθετικό πλαίσιο αποζημίωσης ήταν διαφορετικό. Συγκεκριμένα τα κόστη του ανοικτού ημερήσιου νοσηλίου ήταν: (Αριθμ. Υ4ε/130675, ΦΕΚ 2115, 14-10-2008, ΦΕΚ99/98, ΦΕΚ1702/11), (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11:** Συνοπτική παρουσίαση των ημερήσιων αποζημιώσεων στα Νοσοκομεία και στις κλινικές

	Κλινικές* ΦΕΚ 2115/08	Νοσοκομεία ΦΕΚ 99/98		Νοσοκομεία ΦΕΚ 1702/11	
		Παθ.		Παθ.	Χειρ.
<b>Γ θέση</b>	34,63€	58,69€	73,37€	60€	75€
<b>Β β θέση</b>	38,09€	70,43€	88,04€	72€	90€
<b>Β α θέση</b>	45,01€	85,11€	105,65€	85€	110€
<b>Α θέση</b>	51,94€	102,71€	127,69€	110€	130€

\*παραμένει το ίδιο μέχρι σήμερα



Επιπλέον, τα υλικά έκτος νοσηλίου σύμφωνα με το ΦΕΚ99/98 αποζημιώνονταν με το τιμολόγιο αγοράς η με το ΦΕΚ 984/02 και αργότερα με το ΦΕΚ 518/05.

Για συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικών πράξεων ίσχυε μια προκαθορισμένη αποζημίωση, το λεγόμενο Συνολικό κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, (Πακέτο), με διαφορετική αποζημίωση, για Δημόσια νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές και για διαφορετικές ιατρικές πράξεις. Συγκεκριμένα για τα δημόσια νοσοκομεία, η συνολική αποζημίωση αφορούσε τη συνολική νοσηλεία και ότι αναγκαίο είτε σε ημέρες νοσηλείας, όπως παραμονή σε ΜΕΘ, φαρμακευτική αγωγή, επιπλέον αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών κ.α. Αφορούσε μόνο καρδιοχειρουργικές ιατρικές πράξεις, αρθροπλαστικές, λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, και αγγειοπλαστικές στεφανιαίων αγγείων, (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12** : Τρόποι αποζημίωσης ανά τύπο παρόχου

<b>Πάροχοι Υγείας</b>	<b>Τρόποι αποζημίωσης</b>	<b>Πληρωτές</b>
<b>Νοσοκομεία του ΕΣΥ, Πανεπιστημιακά, Στρατιωτικά, Κοινωφελή μη κερδοσκοπικά (ΩΚΚ, Ε. Ντυνάν, Παπαγεωργίου)</b>	<b>Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο Κλειστό συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο</b>	<b>Κρατικός προϋπολογισμός Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Προϋπολογισμός νοικοκυριών</b>
<b>Νοσοκομεία ταμείων ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ</b>	<b>Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο Κλειστό ενοποιημένο συνολικό νοσήλιο</b>	<b>Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Προϋπολογισμός νοικοκυριών</b>
<b>Ιδιωτικά νοσοκομεία - κλινικές</b>	<b>Ημερήσιο ανοικτό</b>	<b>Ασφαλιστικά</b>

	<b>νοσήλιο</b>	<b>ταμεία</b>
	<b>Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο</b>	<b>Ιδιωτικές ασφάλειες</b>
	<b>Κλειστό ενοποιημένο συνολικό νοσήλιο</b>	<b>Προϋπολογισμοί νοικοκυριών</b>
	<b>(Πακέτα)</b>	

Ενώ οι ιδιωτικές κλινικές που είχαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις, όπως άδεια λειτουργίας καρδιοχειρουργικής κλινικής, και άδεια για εκτέλεση αρθροπλαστικών επεμβάσεων, μπορούσαν να συμβληθούν με τα ταμεία, με αποζημίωση πακέτο, για συγκεκριμένο αριθμό περιστατικών το μήνα. Η αποζημίωση αφορούσε μόνο τα έξοδα χειρουργείου, τις ημέρες παραμονής και την φαρμακευτική αγωγή και σχεδόν διπλάσια αποζημίωση από τα δημόσια νοσοκομεία, όταν αφορούσε καρδιοχειρουργικά περιστατικά, ενώ για αρθροπλαστικές, υπήρχε προκαθορισμένη αποζημίωση που αφορούσε μόνο τα νοσήλια, δηλ. έξοδα χειρουργείου, ημέρες, παραμονή σε ΜΕΘ, και τα υλικά αποζημιώνονταν με το τιμολόγιο αγοράς. Η παραπάνω αποζημίωση περιελάμβανε και την αμοιβή της ιατρική ομάδας, που αυτή συνήθως δεν αποδιδόταν στους δικαιούχους.

Τα «πακέτα» αφορούσαν μόνο τις συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, ήταν στη «λογική» των Ομοειδών Διαγνωστικών πράξεων και η σκοπιμότητα της εφαρμογής ήταν προκειμένου να συγκρατηθούν οι δαπάνες με αυτοπεριορισμό των δαπανών. Όμως από την εφαρμογή τους τόσο στα δημόσια νοσοκομεία και αργότερα στις κλινικές, δεν υπήρξε ομάδα παρακολούθησης και αξιολόγησης της εφαρμογής τους από τους παρόχους, προκειμένου να εξελίσσονταν σε σύστημα προοπτικής αποζημίωσης, (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13:** Συνοπτική περιγραφή αποζημιώσεων «πακέτων» στα νοσοκομεία και στις κλινικές

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΕΚ 99/98		ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΦΕΚ 1184/01, ΦΕΚ 704/93	
	Ημέρες παραμονής	Συνολικό κλειστό κόστος	Ημέρες παραμονής	Συνολικό κόστος**
<b>Αορτοστεφανιαία παράκαμψη</b>	Όσες απαιτηθούν	4.988,99€	10*	8.804€
<b>Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντικατάσταση μηχανικής βαλβίδας</b>	Όσες απαιτηθούν	7.336,76€	10*	8.804€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Αντικατάσταση βαλβίδας</b>	Όσες απαιτηθούν	5.869,41€	10*	8.804€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Αγγειοπλαστικές απλές</b>	Όσες απαιτηθούν	2998€	Δεν ισχύει	Ανοικτό νοσήλιο και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Αγγειοπλαστικές με ΣΤΕΝΤ</b>		4998€		
<b>Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, (Διαγνωστικές-θεραπευτικές)</b>	Όσες απαιτηθούν	2.934,70€	Δεν ισχύει	Ανοικτό νοσήλιο και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Αρθροπλαστική ισχίου</b>	Όσες ημέρες απαιτηθούν	3.668,38€	15 ημέρες*	Για τα νοσήλια 2.998€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Με τσιμέντο</b>			(2 ημέρες ΜΕΘ)	
<b>Χωρίς τσιμέντο</b>			4.842,26€	
<b>Αρθροπλαστική γόνατος</b>	Όσες ημέρες απαιτηθούν	4.695,92€	15 ημέρες*	Για τα νοσήλια 2.998€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Με τσιμέντο</b>			(2 ημέρες ΜΕΘ)	
<b>Χωρίς τσιμέντο</b>			5.429,20€	

<b>Ημιαρθροπλαστική ισχίου</b>	Όσες ημέρες απαιτηθούν		15 ημέρες*	Για τα νοσήλια 2.998€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Με τσιμέντο</b>		2.787,97€	(2 ημέρες ΜΕΘ)	
<b>Χωρίς τσιμέντο</b>		3.228,17€		

\*για επιπλέον ημέρες η κλινική αποζημιώνεται με το ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο \*\* Περιλαμβάνεται και η χρηματική αμοιβή της ιατρικής ομάδας

## Συμπεράσματα

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα ασκείται ακόμη και σήμερα από πολλά Υπουργεία όπως το ΥΥΚΑ, Το υπουργείο Εργασίας, το υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Ναυτιλίας.

Ο τρόπος χρηματοδότησης της Ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στο Ελληνικό σύστημα υγείας ήταν πολύπλοκος και διαφορετικός και με πλούσιο Νομοθετικό πλαίσιο. Όλοι οι πάροχοι αποζημιώνονταν με την μέθοδο της αναδρομική αποζημίωσης εφαρμόζοντας ανάλογα το ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο, το ανοικτό (κλειστό) ημερήσιο νοσήλιο και το συνολικό κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο. Ο αναχρονιστικός τρόπος αποζημίωσης ήταν συνδεδεμένος με την παραμονή στην κλινική, με την αλόγιστη χρήση του υπερκοστολογημένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού χωρίς κανείς να ενδιαφέρεται για τον εξορθολογισμό των δαπανών. Τα νοσοκομεία εκτός από την αποζημίωση των ασφαλιστικών ταμείων που πραγματοποιείτο με μεγάλη χρονική καθυστέρηση είχαν και σταθερή χρηματοδότηση από το κράτος με αποτέλεσμα οι Διοικήσεις να μην είχαν ενδιαφέρον και τον εξορθολογισμό των δαπανών.

Τα ταμεία έκαναν συμβάσεις με τις κλινικές ανάλογα με την πολιτική των εκάστοτε Διοικήσεων και χωρίς ενδιαφέρον για την συγκράτηση των τιμών.

### 2.2.2. Αξιολόγηση των μεθόδων αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης πριν την εφαρμογή των DRGs: η περίπτωση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Μεθοδολογικά επιλέχθηκε η παρουσίαση και ανάλυση των πρακτικών αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και των παρεμβάσεων για συγκράτηση του κόστους νοσηλείας που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια του ΙΚΑ-ΤΕΑΜ και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, προκειμένου να αναδειχθούν οι «περιοχές ενδιαφέροντος» από πλευράς οικονομικής διαχείρισης της νοσοκομειακής περίθαλψης εκ μέρους του

ασφαλιστικού συστήματος, ώστε να μελετηθούν στη συνέχεια τα νέα δεδομένα που επέφερε η εισαγωγή των DRGs σε οικονομικό και διαχειριστικό επίπεδο.

Η ύπαρξη στοχευμένων μελετών που εμπεριέχουν ποσοτική αξιολόγηση των πολιτικών συγκράτησης του κόστους των παρεχομένων από τους προμηθευτές δευτεροβάθμιας περίθαλψης νοσοκομειακών υπηρεσιών, και ειδικότερα μελετών που στοχεύουν στη διερεύνηση των βασικών παραγόντων διαμόρφωσης του κόστους νοσηλείας (cost drivers), αποτελούν την βάση της συγκριτικής ανάλυσης για ένα σημαντικό αριθμό διαγνωστικών-θεραπευτικών παρεμβάσεων που αντιστοιχούν σε κρίσιμες κατηγορίες των Ομοειδών Διαγνωστικών Πράξεων (DRGs-KEN) που υιοθετήθηκαν μεταγενέστερα από τον ΕΟΠΥΥ και η στατιστική ανάλυση των οποίων είναι το βασικό ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Λόγω του σημαντικού πληθυσμιακού μεγέθους του ΙΚΑ-TEAM, η ανάλυση των συμπεριφορών των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με τις επιλεχθείσες ιατρικές πράξεις – διαγνωστικές περιπτώσεις και των οικονομικών επιπτώσεων των συμπεριφορών αυτών σε επίπεδο του συγκεκριμένου ασφαλιστικού οργανισμού, καθώς και η συσχέτιση του με τα νέα δεδομένα που δημιούργησε η εισαγωγή των ΚΕΝ σε επίπεδο λειτουργικών και οικονομικών επιπτώσεων για τον ΕΟΠΥΥ, θα αποτελέσει την βασική ερευνητική συμβολή της εργασίας αυτής στην παρουσίαση των σημαντικότερων επιχειρησιακών και οικονομικών παραμέτρων της εισαγωγής των ΚΕΝ στο Ελληνικό σύστημα υγείας.

Τα στοιχεία που παρουσιάζουμε στην ενότητα αυτή, και αφορούν την χρήση και το κόστος εφαρμογής συγκεκριμένων ιατρικών παρεμβάσεων για το ΙΚΑ-TEAM, προέρχονται από το Αρχείο και τις μελέτες-εργασίες, της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου (ΚΟΕ) του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που είχε αντικείμενο τον Ιατρικό έλεγχο των νοσηλίων.

### Παρουσίαση ΙΚΑ-TEAM

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός Οργανισμός στην Ελλάδα και ασφαλίζει περίπου το 50% των πολιτών όσο αφορά τις παροχές σε χρήμα και σε είδος. Σύμφωνα με το μητρώο ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2004 οι δικαιούχοι περίθαλψης ήταν 6.438.008, και η ετήσια αποζημίωση δαπανών σε είδος ήταν 2.884.830.384€, ενώ το 2010 ήταν 5.585.463 και η συνολική δαπάνη σε είδος ήταν 4.325.526.130€, και το 2011 5.614.564 με συνολική δαπάνη 4.364.990.577€. (Πίνακας 14)

**Πίνακας 14:** Διαχρονική εξέλιξη του κόστους των νοσηλίων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Έτος	Συνολικό κόστος Υγείας	Σύνολο Νοσηλίων	Νοσήλια Ιδιωτικού τομέα
2004	2.884.830.384	760.901.644	304.360.658
2005	3.155.476.030	791.454.902	316.581.961
2006	3.561.656.739	819.939.787	327.975.915
2007	4.051.146.110	918.326.289	367.330.508
2008	4.257.721.806	905.360.524	362.155.810
2009	4.969.680.927	1.127.509.687	451.003.875
2010	4.325.526.130	1.014.905.496	405.962.196
2011	4.364.990.577	1.211.737.419	Δεν υπάρχουν δεδομένα

Πηγή: Μέχρι το 2007 Ετήσιοι Απολογισμοί ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, [21]

2008-2011 Μη δημοσιευμένοι [22]

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρείχε στους ασφαλισμένους, που είχαν ασφαλιστική ικανότητα σε όλες τις δημόσιες υγειονομικές δομές και στις συμβεβλημένες κλινικές δωρεάν τις παροχές σε είδος και αποζημίωνε τους παρόχους σύμφωνα με το εκάστοτε νομοθετικό πλαίσιο ή όταν υπήρχε νομοθετικό κενό (μη κοστολογημένες πράξεις ή απουσία της υγειονομικής υπηρεσίας σε δημόσιο ή συμβεβλημένο πάροχο) με τη δική του εκάστοτε πολιτική.

#### Πολιτικές ελέγχου του κόστους παροχών από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ήταν το μόνο ασφαλιστικό ταμείο που είχε σε όλη τη Ελλάδα οργανωμένη καθημερινή παρουσία στα δημόσια νοσοκομεία με διοικητικό υπάλληλο και ελεγκτή γιατρό και στους ιδιωτικούς παρόχους σχεδόν σε καθημερινή βάση παρουσία με ελεγκτές γιατρούς. Οι ελεγκτές γιατροί μετά από σύντομη εκπαίδευση και ενημέρωση στη ισχύουσα νομοθεσία, στις εγκυκλίους και γενικά έγγραφα του οργανισμού, παρείχαν τις υπηρεσίες τους. Τα παραστατικά των νοσηλίων ελέγχονταν από το αρμόδιο ελεγκτεύοντα της υγειονομικής δομής και πριν την κατάθεση στις αρμόδιες κατά τόπους περιφερειακές διευθύνσεις του οργανισμού είχαν και την τελική έγκριση του διευθυντή της κεντρικής υγειονομικής μονάδας.

Ο αναδρομικός έλεγχος των νοσηλίων αφορούσε στον εντοπισμό παραβατικών συμπεριφορών όσο αφορά τη χρήση υλικών – εργαλείων, με κριτήριο το εάν ήταν απολύτως αναγκαία και απαραίτητα και εάν οι ιατρικές πράξεις ακολουθούσαν τους κανόνες της ιατρικής, τις γνωμοδοτήσεις του ΚεΣΥ, των Ιατρικών Εταιρειών και των εγκυκλίων του οργανισμού, με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών με άξονα την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2003 σύστησε την Κεντρική Ομάδα Ελέγχου (Κ.Ο.Ε), η οποία πραγματοποιούσε δευτεροβάθμιους αναδρομικούς ελέγχους στα παραστατικά, που αφορούσαν τα νοσήλια της Αθήνας. Γράφημα 4.



**Γράφημα 4:** Αναλυτική παρουσίαση των συμβεβλημένων παρόχων της Αθήνας

ΚΟΕ-NMYA: Κεντρική ομάδα ελέγχου, Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας Αθηνών,

MTN: Μονάδα τεχνητού νεφρού

Η ΚΟΕ άρχισε σταδιακά να αποκτά εμπειρία και νέα τεχνογνωσία η οποία για τα δεδομένα της εποχής είχε πρωτόγνωρο χαρακτήρα. Συνειδητοποίησε παράλληλα, την αναγκαιότητα για κατευθυντήριες οδηγίες ανά ειδικότητα, γιατί οι νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές και τα χρησιμοποιούμενα κοστοβόρα υλικά εφαρμόζονταν και χρησιμοποιούνταν με καταγιστικό ρυθμό. Οι παρατηρήσεις, οι καταγραφές και η επεξεργασία του αρχείου έδειξε εξαιρετικά διαφορετικές αντιλήψεις - συμπεριφορές στην αντιμετώπιση των ίδιων περιστατικών, ανάμεσα σε διαφορετικές νοσηλευτικές μονάδες, όσο αφορά τη χρήση των υλικών – μεθόδων, αλλά και αποκλίνουσες τάσεις από τις κατευθυντήριες οδηγίες και από τους κανόνες της ιατρικής, οι οποίες θα αναφερθούν στη συνέχεια [23].

Τα αποτελέσματα των ελέγχων της Κ.Ο.Ε άρχισαν να καταχωρούνται σε ηλεκτρονική μορφή από το Β εξάμηνο του 2007 και μέχρι της ένταξης του κλάδου Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στον ΕΟΠΥΥ. Υπήρχαν περιπτώσεις νοσηλίων που χρειάζονταν περισσότερο έλεγχο και διευκρινήσεις για την ιατρική πράξη, για τις χρεώσεις, ή δεν είχαν διεκπεραιωθεί διοικητικά σωστά. Τα παραστατικά αυτά, παρέμεναν στην Κ.Ο.Ε, για περαιτέρω έλεγχο και η αποδιδόμενη προκαταβολή ήταν στο υπόλοιπο απαιτούμενο χρηματικό ποσό, (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15 :** Αποτελέσματα ελέγχου της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου, (2007 - 2009)

		<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΛΙΚΩΝ</b>	<b>ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΘΗΚΑΝ</b>
<b>Β! ΕΞΑΜΗΝΟ 2007</b>	Νοσοκομεία	25.913.029 €	1.194.744 €	898.567 €
	Κλινικές	24.704.255 €	650.678 €	1.736.229 €
	<b>ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>50.617.284 €</b>	<b>1.845.422 €</b>	<b>2.634.796 €</b>
<b>Β! ΕΞΑΜΗΝΟ 2008</b>	Νοσοκομεία	30.423.613 €	1.355.735 €	1.656.033 €
	Κλινικές	20.992.792 €	480.590 €	1.854.965 €
	<b>ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>51.416.405 €</b>	<b>1.836.325 €</b>	<b>3.510.998 €</b>
		<b>ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΛΙΚΩΝ</b>	<b>ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΘΗΚΑΝ</b>
<b>Α! ΕΞΑΜΗΝΟ 2008</b>	Νοσοκομεία	25.077.828 €	1.530.316 €	1.871.524 €
	Κλινικές	22.140.077 €	945.853 €	2.330.295 €
	<b>ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>47.217.905 €</b>	<b>2.476.169 €</b>	<b>4.201.819 €</b>
<b>Α! ΕΞΑΜΗΝΟ 2009</b>	Νοσοκομεία	33.914.773 €	1.544.361 €	666.566 €
	Κλινικές	25.159.494 €	1.029.762 €	785.620 €
	<b>ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>59.074.267 €</b>	<b>2.574.123 €</b>	<b>1.452.186 €</b>

Πηγή: Βαφειάδης Ι. και συν. 2008 [24].

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει η μεγάλη σημασία ελέγχου του κόστους της χρήσης ειδικών υλικών και της βιοϊατρικής τεχνολογίας ειδικότερα, στο βαθμό που αυτή δημιουργεί το πεδίο για καταχρήσεις από πλευράς παρόχων υγείας, στην περίπτωση λειτουργίας συστήματος αποζημίωσης αυτών βάσει της χρήσης ή του κόστους των χρησιμοποιούμενων κατά περίπτωση ιατρικών υλικών. Άλλωστε η εισαγωγή των DRGs στα προηγμένα συστήματα υγείας εξυπηρετεί και την λογική της ενθάρρυνσης της αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της αναίρεσης οιαδήποτε οικονομικών κινήτρων σε επίπεδο παρόχων υγείας που θα ευνοούσαν την αλόγιστη χρήση της.



### Πολιτικές παρακολούθησης της χρήσης Ειδικών Υλικών – Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Οι διαχρονικές αδυναμίες του Ελληνικού συστήματος υγείας είναι, η απουσία Κέντρου Αξιολόγησης Υπηρεσιών υγείας, όπως έχουν όλα τα ανεπτυγμένα Συστήματα Υγείας, η μεγάλη χρονική καθυστέρηση των γνωμοδοτήσεων του Κεντρικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (ΚεΣΥ) όσο αφορά την κοστολόγηση και τις ενδείξεις των ιατρικών πράξεων η μη έγκαιρη υιοθέτηση τους από την πολιτική ηγεσία του ΥΥΚΑ, καθώς και η αδυναμία καλής και αποτελεσματικής επικοινωνίας με τις ιατρικές εταιρείες [25] [26].

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ γνωρίζοντας τις παραπάνω αδυναμίες του ΣΥ για να εξασφαλίσει τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και τον εξορθολογισμό των δαπανών, περιέλαβε στους όρους της σύμβασης με τους πάροχους, άρθρο, που είχε σκοπό τη προστασία του ασθενή αλλά και τον περιορισμό της ανεξέλεγκτης χρήσης νέου ιατροτεχνολογικού υλικού. Το άρθρο συγκεκριμένα ανέφερε ότι: «Η κλινική οφείλει να περιλαμβάνει στους λογαριασμούς νοσηλίων το σύνολο των δαπανών για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων του ΙΚΑ μη δικαιούμενης να χρεώσει με κανένα τρόπο τον ασφαλισμένο με οποιαδήποτε δαπάνη που έχει σχέση με την συγκεκριμένη νοσηλεία. Σε περίπτωση χρησιμοποίησης νέου ειδικού θεραπευτικού μέσου που δεν προβλέπεται ήδη η χρήση του για θεραπευτικούς λόγους, ζητείται προέγκριση της δαπάνης εγγράφως από την αρμόδια Μονάδα Υγείας ΙΚΑ.»

Τα νοσοκομεία τιμολογούσαν σύμφωνα με το ΦΕΚ 99/98, όμως για τις ιδιωτικές κλινικές δεν είχε εφαρμογή ο νόμος. Οι ιδιωτικές κλινικές που είχαν σύμβαση νοσήλευαν ασφαλισμένους με το συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο το οποίο αφορούσε μόνο τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις εκτός από τις αντικαταστάσεις βαλβίδων και τις ολικές αρθροπλαστικές ισχίου – γόνατος.

Για τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις εκτός των βαλβίδων το συνολικό κόστος περιλάμβανε συγκεκριμένες ημέρες παραμονής και συγκεκριμένο κόστος το οποίο επιμεριζόταν και σε αμοιβή της ιατρικής ομάδας.

Για τις ολικές αρθροπλαστικές οι κλινικές συμβάλλονταν εφόσον είχαν τις προϋποθέσεις σύμφωνα το ΦΕΚ 704/93 με προκαθορισμένη χρηματική αποζημίωση, για 15 ημέρες που αφορούσε τα νοσήλια, ενώ τα διάφορα υλικά αποζημιώνονταν με το τιμολόγιο αγοράς. Εάν υπήρχε ιατρικός λόγος περαιτέρω παραμονής, δίνονταν με την έγκριση του αρμόδιου

ελεγκτικού οργάνου και η αποζημίωση γινόταν με το ημερήσιο νοσήλιο και επί πλέον τα φάρμακα σύμφωνα με το ΦΕΚ 99/98.

Τα διάφορα υλικά αποζημιώνονταν με το τιμολόγιο αγοράς, αργότερα σύμφωνα με το ΦΕΚ 984/02 και το 518/2005 τα οποία περιλάμβαναν σχεδόν όλα τα υλικά, ακόμη και ανθρώπινα αλλομοσχεύματα, και ίσχυε και για τα νοσοκομεία και για τις κλινικές.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από το 1999 άρχισε να διατηρεί αρχείο καταγραφής των αγγειοπλαστικών επεμβάσεων και των τοποθετήσεων βηματοδοτών για όλους τους ασφαλισμένους του, μετά από έλεγχο ιατρικής επιτροπής και η έκδοση στατιστικού δελτίου ήταν προϋπόθεση για την αποζημίωση είτε σε νοσοκομεία είτε σε κλινικές. Το αρχείο αυτό στην αρχή ήταν χειρόγραφο και από το 2005 σε ηλεκτρονική μορφή. Το 2002 προστέθηκε και αρχείο καταγραφής ορθοπαιδικών επεμβάσεων με αντίστοιχο έλεγχο από ιατρική ομάδα και η έκδοση του δελτίου καταγραφής και ελέγχου ήταν και προϋπόθεση αποζημίωσης.

Από την άλλη μεριά το σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών νοσοκομειακής περίθαλψης άφηνε περιθώρια καταχρήσεων στο πεδίο τιμολόγησης των υπηρεσιών και προϊόντων βιοϊατρικής τεχνολογίας, όσον αφορά ταυτόχρονα τον δημόσιο και τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, καθιστώντας δυσχερή το ελεγκτικό έργο του κράτους και του ασφαλιστικού συστήματος επί των δαπανών περίθαλψης.

Η εισαγωγή των «πακέτων νοσηλείας» ως στοιχείο «νεωτεριστικής» κρατικής παρέμβασης στον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα πλαίσια της μελετώμενης προσαρμογής του συστήματος υγείας στην φιλοσοφία δημιουργίας «νοσοκομειακών προϊόντων» στη βάση του «περιστατικού περίθαλψης» (episode of care), η οποία είναι ταυτόσημη με αυτή των DRGs.

### **2.3 «Πακέτα Νοσηλείας»-Πρόπλασμα εισαγωγής της τιμολόγησης με βάση το περιστατικό νοσηλείας**

Με το ΦΕΚ 99/98 καθορίστηκε η έννοια του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, (πακέτα), που αφορούσε τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα Πανεπιστημιακά και τα στρατιωτικά, για συγκεκριμένες κοστοβόρες ιατρικές πράξεις όπως Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, Αγγειοπλαστικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων, Λαπαροσκοπικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές και αρθροπλαστικές και ημιαρθροπλαστικές με τσιμέντο ή χωρίς τσιμέντο. Στην αποζημίωση των πακέτων περιελάμβαναν τα νοσήλια και τα υλικά. Στις ιδιωτικές κλινικές με το ΦΕΚ 704/93 καθορίστηκαν τα πακέτα που αφορούσαν τις Ορθοπαιδικές

επεμβάσεις των αρθροπλαστικών ισχίου-γόνατος με καθορισμένη αποζημίωση μόνο για τα νοσήλια δέκα πέντε ημερών και η αποζημίωση των χρησιμοποιούμενων υλικών γινόταν με τα τιμολόγια αγοράς. Στις ιδιωτικές κλινικές με το ΦΕΚ 1184/01 καθορίστηκαν τα πακέτα των Καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων, που αφορούσαν τα νοσήλια για δέκα ημέρες, εκτός των υλικών όπως οι μηχανικές βαλβίδες που αποζημιώνονταν με το τιμολόγιο αγοράς. Στα πακέτα που αφορούσαν τις ιδιωτικές κλινικές υπήρχε και αποζημίωση τις ιατρικής ομάδας.

Η εφαρμογή των συγκεκριμένων πακέτων που αφορούσαν συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις ήταν ένα είδος αποζημίωσης προκειμένου να εξορθολογήσουν τις νοσοκομειακές δαπάνες και οι περιορισμένοι πόροι να χρησιμοποιηθούν για αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες.

Οι διαγνωστικές-επεμβατικές κατηγορίες που απετέλεσαν αντικείμενο εφαρμογής των πακέτων παρουσιάζονται παρακάτω, με στοιχεία μελετών που αναδεικνύουν τα αποτελέσματα εφαρμογής αυτού του μοντέλου αποζημίωσης σε επίπεδο κόστους και χρήσης των αντίστοιχων ιατρικών υπηρεσιών.

### **2.3.1 Αορτοστεφανιαία παράκαμψη, Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντικατάσταση μηχανικής βαλβίδας, ή αντικατάσταση μόνο βαλβίδας**

#### Νομοθετικό πλαίσιο

*Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί με την ΚΥΑ Υ4ε/6424/03.09.01 ΦΕΚ 1184/11.09.01 τ. Β' που καθόριζε νοσήλιο πακέτο για τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις με εξωσωματική κυκλοφορία προκειμένου να συμβάλλονται με ιδιωτικές κλινικές-νοσοκομεία που είχαν τις προϋποθέσεις και τις εγκαταστάσεις σύμφωνα με την 3/Ολομ.76/28.9.1990 απόφαση του ΚεΣΥ και αναφέρονται στην άδεια λειτουργίας του. Η είσοδος για νοσηλεία στη κλινική γίνεται αποδεκτή εάν προσκομισθεί το ανάλογο εισιτήριο του οργανισμού. Η αποζημίωση οριζόταν στο ποσό των 8.804€ και περιελάμβανε αναλυτικά : (Πίνακας 16).*

**Πίνακας 16:** Αναλυτική παρουσίαση και επιμερισμός της αποζημίωσης των 8.804€

<b>Νοσηλεία μέχρι 10 ημέρες χωρίς επιπλοκές στη ΜΕΘ και σε κλίνες του Κ/Χ τμήματος</b>	<b>481,29€</b>
--	----------------

<b>Την αμοιβή της Καρδιοχειρουργικής Ομάδας</b>	<b>2.641,00€</b>
<b>Τα υλικά της εξωσωματικής κυκλοφορίας</b>	<b>1.027€</b>
<b>Έξοδα χειρουργείου</b>	<b>763,00€</b>
<b>Έξοδα νάρκωσης</b>	<b>220,00€</b>
<b>Φάρμακα, μικροβιολογικές εξετάσεις, ακτινολογικές και λοιπές παρακλινικές εξετάσεις και υγειονομικό υλικό</b>	<b>3.671,71€</b>

Πηγή: ΦΕΚ 1184/11.09.01 τ. Β΄[27]

Εάν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας υπήρχε ανάγκη χρήσης ειδικού υλικού, όπως π.χ. βαλβίδα, μπαλόνι, βηματοδότης κ.λ.π. το κόστος χρεώνεται χωριστά σύμφωνα με το τιμολόγιο αγοράς. Η μηχανική βαλβίδα κόστιζε περίπου 5.000€. Ειδικά για τους βηματοδότες ισχύουν τα οριζόμενα στο ΦΕΚ 518/05 εγκύκλιος 39/2005 του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Στους ασθενείς δεν υπήρχε καμία επιπλέον επιβάρυνση και ο ασθενής νοσηλεύεται σε Α ή Β α θέση. Η παράταση νοσηλείας πέραν του 10ημέρου λόγω επιπλοκών αποζημιώνεται σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο του ανοικτού ημερήσιου νοσηλίου. Σε περίπτωση ανάγκης διαγνωστικών εξετάσεων, η χρήσης υλικού που δεν προβλέπεται από τη σύμβαση ζητείται προέγκριση από τη Διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προκειμένου να αποζημιωθεί. Για πρώτη φορά το 1990, το σύστημα υγείας καθόρισε και κοστολόγησε με συγκεκριμένη αποζημίωση ιατρική πράξη, περιλαμβάνοντας και την αμοιβή της ιατρικής ομάδας. Γεγονός που αποδεικνύει ότι από τότε απασχολούσε την πολιτική ηγεσία για την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων, όμως αφορούσε μόνο τον ιδιωτικό τομέα και όχι το Δημόσιο.

Η αποζημίωση για την ίδια ιατρική πράξη ήταν διαφορετική ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Με χαρακτηριστικές διαφορές η αποζημίωση των δημόσιων να είναι μειωμένη κατά 56% περίπου των ιδιωτικών, να μην υπάρχει καθορισμένος αριθμός ημερών και επιπλέον τα υλικά στον δημόσιο τομέα να περιλαμβάνονται στο πακέτο ενώ στον ιδιωτικό τομέα να αποζημιώνονται με το τιμολόγιο αγοράς. Ίσως να ήταν και ο καθοριστικός

παράγοντας της μεγάλης ανάπτυξης των ιδιωτικών Καρδιοχειρουργικών κλινικών την δεκαετία του 2001 και παράλληλα της υπολειτουργίας του δημόσιου τομέα (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17 :** Νομοθετικό πλαίσιο αποζημίωσης Καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΕΚ 99/98		ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΦΕΚ 1184/01, ΦΕΚ 704/93	
	Ημέρες παραμονής	Συνολικό κλειστό κόστος	Ημέρες παραμονής	Συνολικό κόστος**
<b>Αορτοστεφανιαία παράκαμψη</b>	Όσες απαιτηθούν	4.988,99€	10*	8.804€
<b>Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντικατάσταση μηχανικής βαλβίδας</b>	Όσες απαιτηθούν	7.336,76€	10*	8.804€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς
<b>Αντικατάσταση βαλβίδας</b>	Όσες απαιτηθούν	5.869,41€	10*	8.804€ και τα υλικά με τα τιμολόγια αγοράς

\*Ανώτατη χρονική διάρκεια παραμονής με το «πακέτο»

\*\*Συνολική αποζημίωση κλινικής και ιατρικής ομάδας

Πηγή: ΦΕΚ 99/98, ΦΕΚ 1184/01, ΦΕΚ 704/93

### **2.3.2 Αγγειοπλαστικές απλές και με ενδοστεφανιαίο νάρθηκα (stent)**

#### Νομοθετικό πλαίσιο

Το ΦΕΚ 99/98 καθόρισε με σαφήνεια ότι, για διαδερμική στεφανιαία αγγειοπλαστική, το Δημόσιο νοσοκομείο αποζημιώνεται σύμφωνα με το συνολικό ενιαίο κλειστό νοσήλιο, με 2.998€ χωρίς τη χρήση στεντ, ενώ όταν γίνεται χρήση στεντ 4.988,99€. Όμως είναι γνωστό ότι σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται περισσότεροι του ενός ενδοστεφανιαίοι

νάρθηκες, οι οποίοι είναι απλοί μεταλλικοί η εκλύουν τοπικά φαρμακευτική ουσία η οποία αποτρέπει τοπικά την θρόμβωση. Στο εύλογο ερώτημα όταν χρησιμοποιηθούν επιπλέον ενδοστεφανιαίοι νάρθηκες το υπουργείο έδωσε οδηγία ότι η αποζημίωση γίνεται σύμφωνα με το τιμολόγιο αγοράς.

#### Στοιχεία μελετών

Σε μελέτη του 1<sup>ο</sup> νοσοκομείου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2005 όσο αφορά το συνολικό κόστος της διαδερμικής αγγειοπλαστικής προέκυψε η σημαντική διαφορά ανάλογα με την υγειονομική δομή που έγινε η ιατρική πράξη, (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18:** Αποτελέσματα μελέτης Μέσου κόστους αγγειοπλαστικής

	<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	<b>ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ €</b>
<b>1ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ</b>	<b>103</b>	<b>6.146,6€</b>
<b>ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>	<b>357</b>	<b>6.990,2€</b>
<b>ΩΝΑΣΕΙΟ</b>	<b>208</b>	<b>10.553,2€</b>
<b>ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	<b>781</b>	<b>13.316,3€</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	<b>1.449</b>	

Πηγή: Αρχείο 1<sup>ο</sup> νος. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, [28]

Η διαφορά που παρατηρείται στο κόστος αγγειοπλαστικής μεταξύ δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα οφείλεται στο γεγονός ότι μόνο τα δημόσια νοσοκομεία έχει συμπεριλάβει το ΦΕΚ99/98 ενώ τα ιδιωτικά όχι, συμπεριλαμβανομένου και του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, Ε. Ντυνάν, τα οποία τιμολογούσαν με το ημερήσιο ανοικτό νοσήλιο και τα υλικά σύμφωνα με το τιμολόγιο αγοράς.

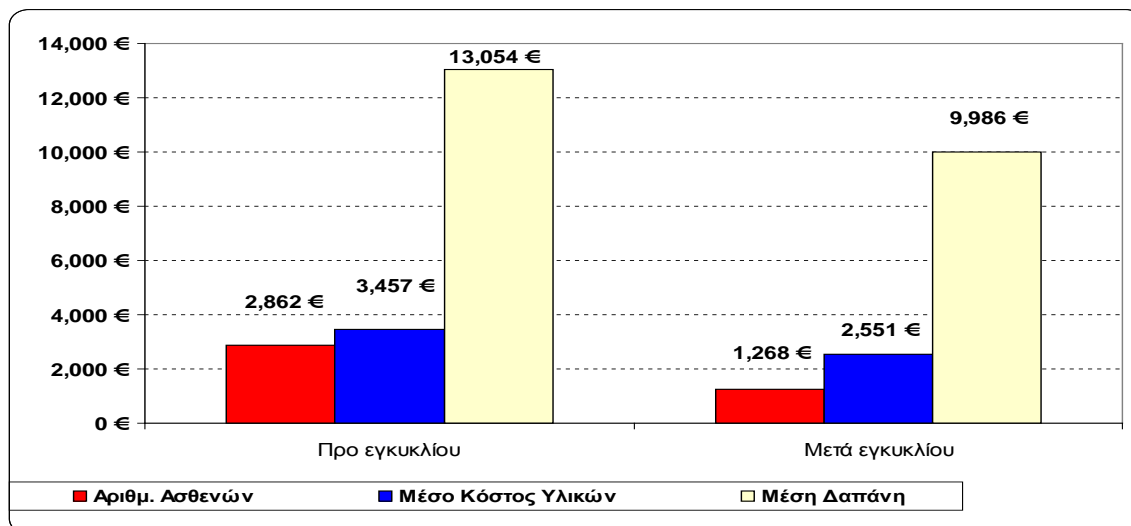
#### Αποτίμηση εφαρμοσθέντων μέτρων

Η ΚΟΕ ενημέρωνε τη διοίκηση ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι χρεώνουν σε υψηλότερες τιμές τον ενδοστεφανιαίο νάρθηκα από τα δημόσια νοσοκομεία. Οι αγγειοπλαστικές στα δημόσια αποζημιώνονταν σύμφωνα με το κλειστό συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο, όταν

γινόταν χρήση ενός στεντ και ενός μπαλονιού και τα επιπλέον χρεώνονταν επιπλέον (Γεν. Έγγραφο Γ32/61/2005-14-11-2005). Η ΚΟΕ ενημέρωνε τη διοίκηση (αρ. Πρωτ. 602832/14-04-2008, αριθ. Πρωτ. 604345/09-06-2008) ότι τα δημόσια νοσοκομεία περιελάμβαναν το φθινό στη τιμή του κλειστού νοσηλίου και το ακριβό με τιμολόγιο αγοράς και πρότεινε στη τιμή του κλειστού να περιλαμβάνεται το κόστος του ακριβότερου, με το σκεπτικό τον εξορθολογισμό των δαπανών και τη μείωση της πιθανής άσκοπης χρήσης των υλικών, γιατί ήταν σε όλους γνωστό ότι τα υλικά ήταν υπερκοστολογημένα.

Το 2007 καθορίστηκε από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το ανώτατο κόστος αποζημίωσης στα 3.000€ στους ιδιωτικούς παρόχους και για τα νοσοκομεία μόνο για τα επιπλέον του ενός στεντ, γιατί ακολουθούσαν το ΦΕΚ. Η μείωση της τιμής αυτής ήταν σημαντική δεδομένου ότι τα ιδιωτικά θεραπευτήρια χρέωναν τον ενδοστεφανιαίο νάρθηκα εμπλουτισμένο με φαρμακευτική ουσία νάρθηκα (DES) 7.500€ και το μπαλόνι 1.500€.

Με τη εφαρμογή των Γενικών εγγράφων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Γ32/645/07.05.2007, Γ32/1342/23/07/07 καθορίστηκαν οι ανώτατες αποδιδόμενες τιμές για υλικά αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αγγείων. Όπως προκύπτει από το σχετικό έγγραφο της ΚΟΕ, με αριθ. Πρωτ. 605884/8-07-2009 το συνολικό οικονομικό όφελος από την εφαρμογή των γενικών εγγράφων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σε μελέτη του ηλεκτρονικού αρχείου του 1<sup>ο</sup> νος. του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που αφορούσε μόνο τα στεντς για τη χρονική περίοδο 10 μήνες πριν και δέκα μήνες μετά ήταν 38.325.075 €, από τα οποία τα 26.396.464 €, αφορούσαν τον ιδιωτικό τομέα και τα 11.928.610 €. τον δημόσιο. Διαγράμματα 4,5,6 και Πίνακες 19,20,21 [25].



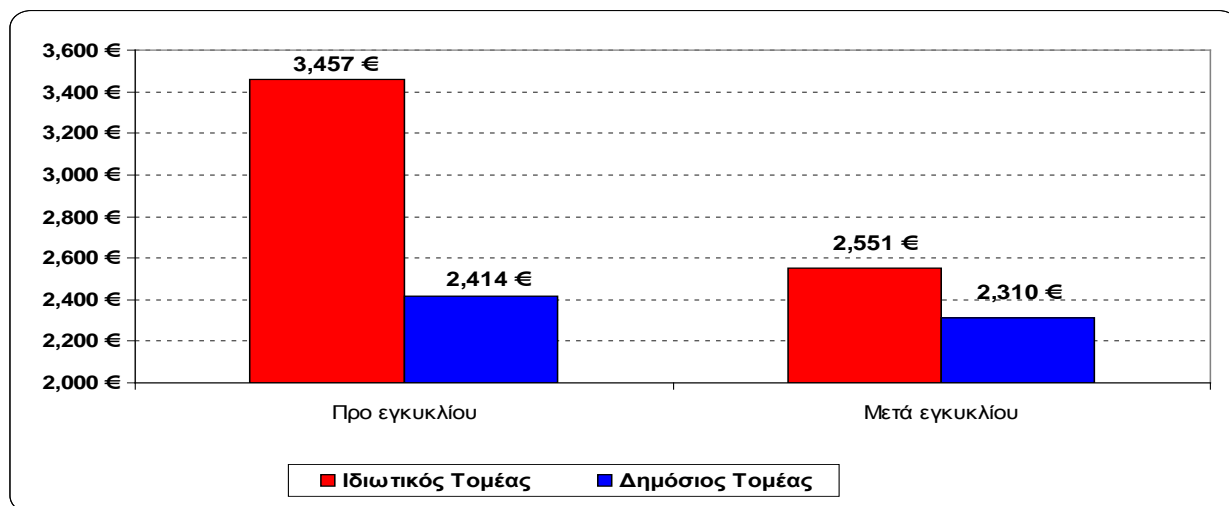
**Διάγραμμα 4 :** Σύγκριση Δεδομένων Αγγειοπλαστικών Στεφανιαίων Αγγείων προ και μετά εγκυκλίου (Ιδιωτικός Τομέας)

**Πίνακας 19 :** Δεδομένα Αγγειοπλαστικών Στεφανιαίων Αγγείων Ιδιωτικού Τομέα (προ-μετά Εγκ.10 Μήνες)

Επεξήγηση	Περιγραφή	06/07	07/08	Απόλ. Απόλ. Μεταβολή	Σχετική Μεταβολή (%)
(αα)	Αριθμ. Ασθενών	2,862	1,268	-1,594	-55.7%
(α)	Στεντ (τεμ.)	5,213	2,070	-3,143	-60.3%
(β)	Μπαλόνια (τεμ.)	5,561	2,182	-3,379	-60.8%
=(α)+(β)	Υλικά (τεμ.)	10,774	4,252	-6,522	-60.5%
=(α+β)/αα	Μ.Ο υλικών (τεμ.)	3.76	3.35	-0.41	-10.9%
(δ)	Υλικά κόστος (€)	<u>37,244,244</u> €	<u>10,847,780</u> €	<u>-26,396,464</u> €	-70.9%
(ε)	Σύνολο Δαπάνης (€)	<u>37,360,898</u> €	<u>12,662,086</u> €	<u>-24,698,812</u> €	-66.1%
=(δ)/(ε)	Συμμετοχή Υλικών στη Δαπάνη	99.7%	85.7%	-14.0%	-14.1%
=(δ)/(α+β)	ΜΚ* Υλικών (€)	3,457	2,551	-906	-26.2%
=(ε)/(α+β)	ΜΚ (€)	13,054	9,986	-3,068	-23.5%

\*Μέσο Κόστος - Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από αρχείο 1ου Νοσοκομείου



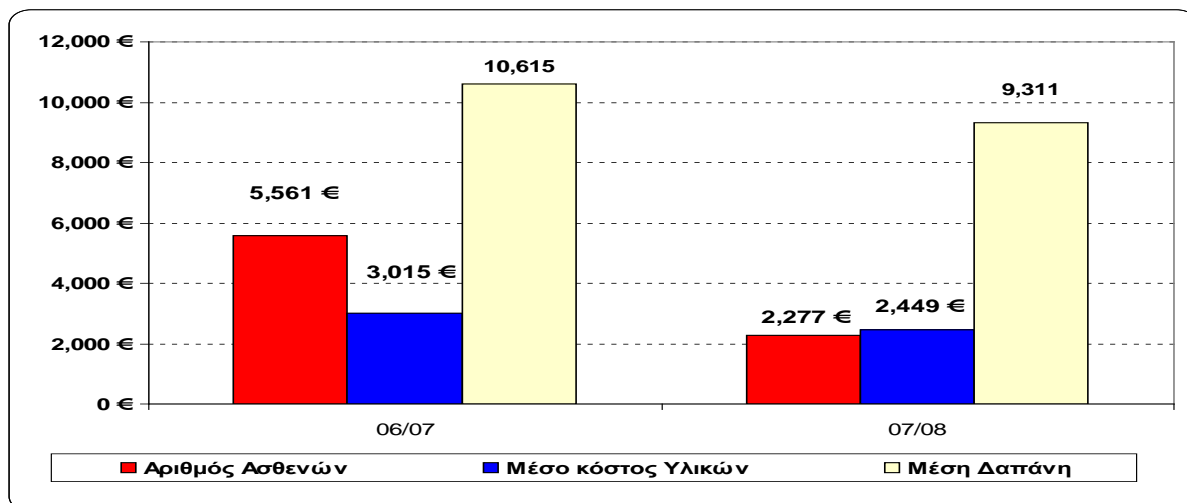


**Διάγραμμα 5 :** Σύγκριση Μέσου Κόστους Υλικών Αγγειοπλαστικών Στεφαναίων Αγγείων προ και μετά εγκυκλίου (Δημόσιος Τομέας)

**Πίνακας 20 :** Δεδομένα Αγγειοπλαστικών Στεφαναίων Αγγείων Δημόσιου Τομέα (προ-μετά Εγκ. 10 Μήνες)

Επεξήγηση	Περιγραφή	06/07	07/08	Απόλ.Μεταβολή	Σχετική Μεταβολή (%)
(αα)	Αριθμ. Ασθενών	2,699	1,009	-1,690	-62.6%
(α)	Στεντ (τεμ.)	4,244	1,648	-2,596	-61.2%
(β)	Μπαλόνια (τεμ.)	3,666	1,453	-2,213	-60.4%
=(α)+(β)	Υλικά (τεμ.)	7,910	3,101	-4,809	-60.8%
=(α+β)/αα	Μ.Ο υλικών (τεμ.)	2.93	3.07	0.14	4.9%
(δ)	Υλικά κόστος (€)	<u>19,091,158</u> €	<u>7,162,548</u> €	<u>-11,928,610</u> €	-62.5%
(ε)	Σύνολο Δαπάνης (€)	<u>21,668,498</u> €	<u>8,539,960</u> €	<u>-13,128,538</u> €	-60.6%
=(δ)/(ε)	Συμμετοχή Υλικών στη Δαπάνη	88.1%	83.9%	-4.2%	-4.8%

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από αρχείο 1ου Νοσοκομείου



Διάγραμμα 6 : Σύγκριση Δεδομένων Αγγειοπλαστικών Στεφανιαίων Αγγείων

Πίνακας 21 : Δεδομένα Αγγειοπλαστικών Στεφανιαίων Αγγείων

Επεξήγηση	Περιγραφή	06/07	07/08	Απόλ.Μεταβολή	Σχετική Μεταβολή (%)
(αα)	Αριθμ. Ασθενών	5,561	2,277	-3,284	-59.1
(α)	Στεντ (τεμ.)	9,457	3,718	-5,739	-60.7
(β)	Μπαλόνια (τεμ.)	9,227	3,635	-5,592	-60.6
=(α)+(β)	Υλικά (τεμ.)	18,684	7,353	-11,331	-60.6
=(α+β)/αα	Μ.Ο υλικών (τεμ.)	3.36	3.23	-0.13	-3.9%
(δ)	Υλικά κόστος (€)	<u>56,335,403</u> €	<u>18,010,328</u> €	<u>-38,325,075</u> €	-68.0
(ε)	Σύνολο Δαπάνης (€)	<u>59,029,395</u> €	<u>21,202,046</u> €	<u>-37,827,349</u> €	-64.1
=(δ)/(ε)	Συμμετοχή Υλικών στη Δαπάνη	95.4%	84.9%	-10.5%	-11.0%
=(δ)/(α+β)	ΜΚ* Υλικών (€)	3,015	2,449	-566	-18.8
=(ε)/(α+β)	ΜΚ (€)	10,615	9,311	-1,303	-12.3

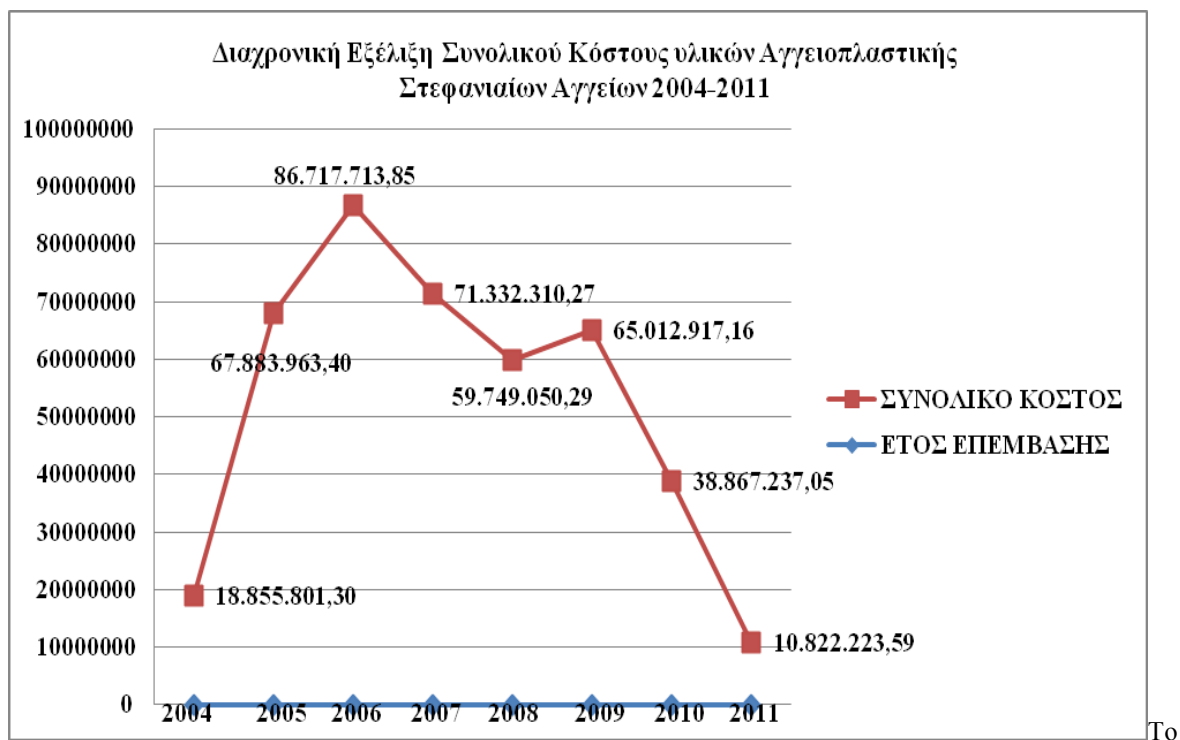
Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από αρχείο 1ου Νοσοκομείου

Πίνακας 22: Καθορισμός ανώτατων τιμών αποζημίωσης υλικών διαδερμικής αγγειοπλαστικής

<b>ΥΛΙΚΟ</b>	<b>Προ 2007</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>
<b>Απλός μεταλλικός ενδοστεφανιαίος νάρθηκας</b>	<b>Μ.Ο.2000€</b>	<b>1600€</b>	<b>500€</b>
<b>Εκλύοντα φαρμακευτική ουσία (DES), ενδοστεφανιαίοι νάρθηκες</b>	<b>Μ.Ο. 4000-5000€</b>	<b>3.000€</b>	<b>800-1.500€</b>
<b>Απλά μπαλόνια</b>	<b>1500€</b>	<b>900€</b>	<b>400€</b>
<b>Ειδικά μπαλόνια</b>	<b>1600€</b>	<b>1050€</b>	<b>550€</b>

Πηγή : Γενικά Έγγραφα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, [30] [31]

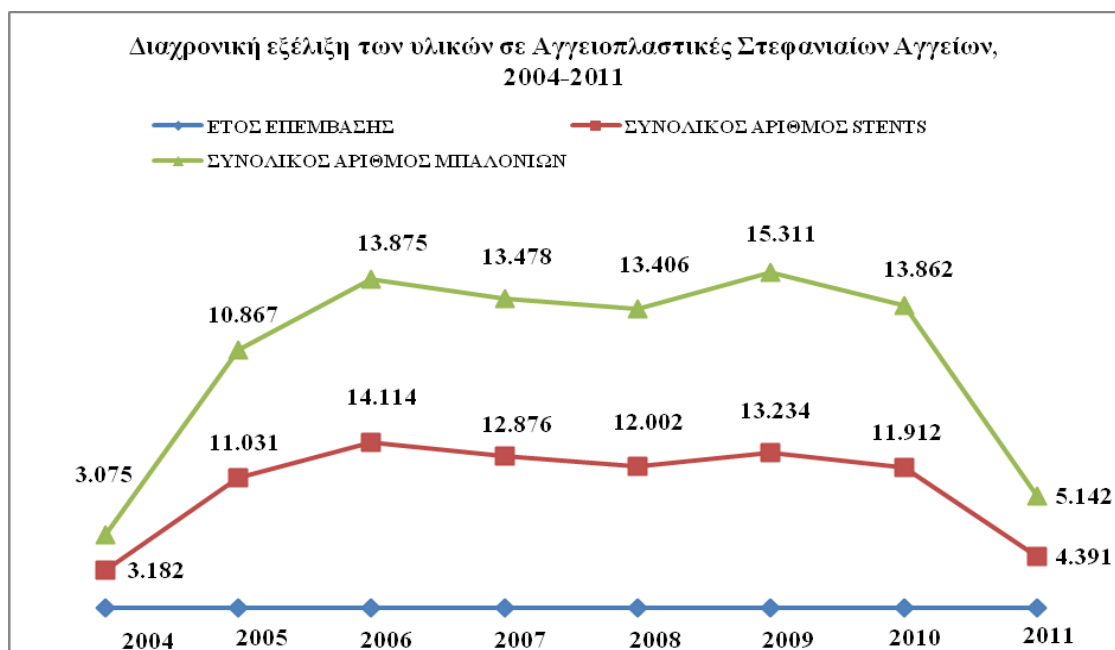
Παράλληλα η ΚΟΕ ανέλυσε τα δεδομένα των εμφυτευμένων stents ανά ασθενή και ανά πάροχο, προκειμένου να τα συγκρίνει με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, και να βγουν συμπεράσματα και να αξιολογηθούν από τη Διοίκηση του ταμείου.[32]Σε μελέτη του Αρχείου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από το 2004-2010 υπήρξε σημαντικό συνολικό οικονομικό όφελος του ασφαλιστικού ταμείου 47.850.506€ σε ίδιο περίπου αριθμό υλικών. Τις οικονομικές αυτές παρεμβάσεις τις ακολούθησαν και τα άλλα ταμεία, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση οικονομικών πόρων και στα άλλα ταμεία. Διαγράμματα: 7, 8



Το αρχείο σταμάτησε να ενημερώνεται τον Νοέμβριο του 2011,

**Διάγραμμα 7:** Διαχρονική εξέλιξη κόστους υλικών αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αγγείων 2004-2011

Πηγή: Βαφειάδης Ι. (2012) [33]



Το αρχείο σταμάτησε να ενημερώνεται τον Νοέμβριο του 2011,

**Διάγραμμα 8:** Διαχρονική εξέλιξη των υλικών σε αγγειοπλαστικές στεφανιαίων αγγείων, 2004-2011

Πηγή: Βαφειάδης Ι. (2012) [33]

### 2.3.3 Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (Διαγνωστικές-θεραπευτικές)

#### Νομοθετικό πλαίσιο

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 99/98 η αποζημίωση των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία ήταν 1320€ που καθοριζόταν με το κλειστό συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο. Στις συμβεβλημένες κλινικές η αποζημίωση γινόταν με το ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο της Γ΄ θέσης των 34,63€ (ΚΥΑ Υ4ε/130675, ΦΕΚ 2115/14.10.2008 τ. Β) και περιλαμβάνει την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα τη διατροφή και όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις εκτός των αναφερομένων στη (ΚΥΑ Υ4α/10587/21.11.1995, ΦΕΚ 982/29.11.1995τ.Β΄), καθώς και τα φάρμακα εκτός των αναφερομένων στη (ΚΥΑ Α3Γ/Φ.15β/707/10.2.1992 ΦΕΚ 311/08-05-1992 τ. Β΄). Για τα έξοδα νάρκωσης και χειρουργείου αποζημιώνονται σύμφωνα με τη (ΚΥΑ Α3β/Φ.15/7083, ΦΕΚ 648/07.08.1991, τ. Β), επιπλέον καταβάλλεται η αποζημίωση των ιατρικών πράξεων εφόσον έχουν την έγκριση του ελεγκτή σύμφωνα με το Π.Δ. 157/τ.62/30.04.1991. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ έκανε στοχευμένες παρεμβάσεις όσο αφορά την αποζημίωση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε πολύ συχνές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις στον ιδιωτικό τομέα, όπως λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις βαριατρικής, (Πίνακας 22). [34]

**Πίνακας 22:** Διαχρονική εξέλιξη κόστους τιμών προ-μετά εγκυκλίων

Είδος λαπαροσκοπικής επέμβασης	Προ 2007	2007	2010
Χολοκυστεκτομή	Μ.Ο. 3.334€	1.100€	770€
Γαστρικός δακτύλιος	Μ.Ο.6.109€	3.600€	2.200€
Κάθετη γαστρεκτομή	Μ.Ο. 8.656		1.800€

Πηγή: Βαφειάδης Ι. και συν., (2010) [34]

#### Στοιχεία μελετών

Σε επεμβάσεις λαπαροσκοπικής χειρουργικής τα εργαλεία δεν είχαν ενιαία αποζημίωση ακόμη και στην ίδια ιδιωτική κλινική. Τα εργαλεία-υλικά της χολοκυστεκτομής κόστιζαν από 8.993€ έως 1.082€ με Μ.Ο. 3.334€. Με το Γενικό έγγραφο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Γ32/572/18-04-07 καθορίστηκε ανώτατη τιμή συνολικής αποζημίωσης των λαπαροσκοπικών εργαλείων 1.100€ και το 2010, σε 770€. Σε αναδρομική μελέτη της ΚΟΕ σε ιδιωτικές κλινικές της περιοχής των Αθηνών βρέθηκε ότι πραγματοποιούνται κατά Μέσο Όρο 504 επεμβάσεις Λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές ανά έτος. Το οικονομικό όφελος που προέκυψε είναι μεγαλύτερο γιατί θα πρέπει να υπολογίσουμε και τις επεμβάσεις που γίνονταν και στην υπόλοιπη Ελλάδα, (Πίνακας 23). [34]

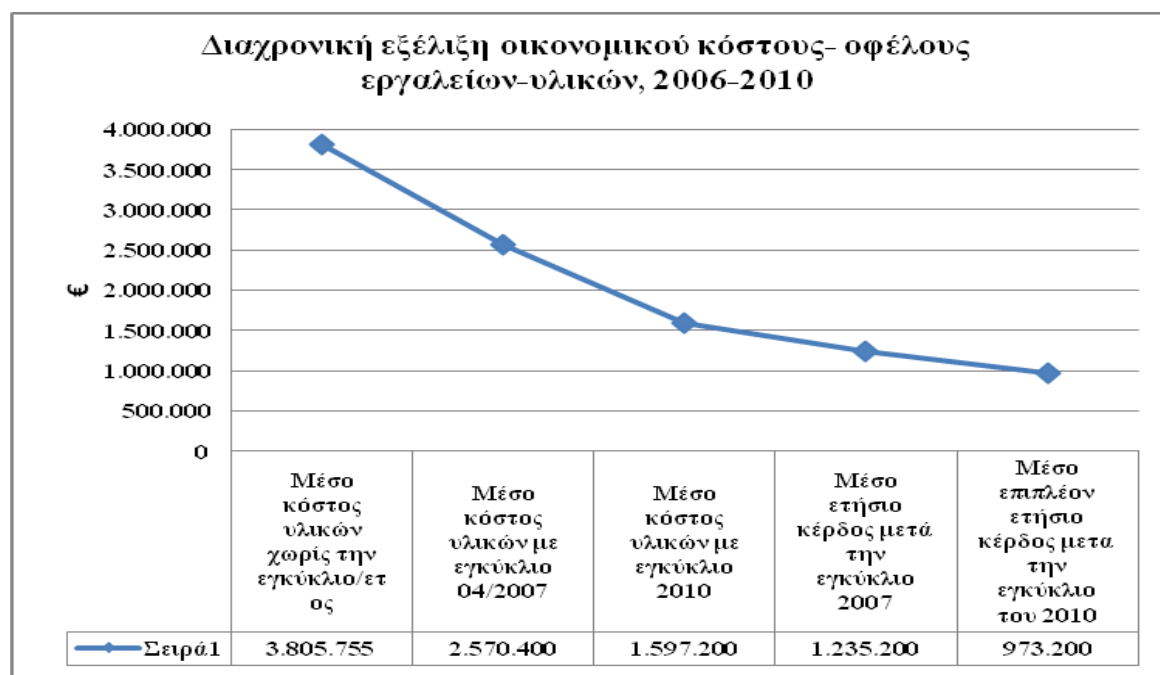
**Πίνακας 23:** Μέσο κόστος υλικών προ –μετά εγκυκλίου, κέρδος μετά εγκυκλίου

<b>Μ.Ο. Επεμβ άσεων/ Μήνα</b>	<b>Μ.Ο. Επεμ βάσε ων/έτ ος</b>	<b>Μέσο Κόστος Υλικών χωρίς Εγκύκλιο/ Έτος</b>	<b>Μέσο Κόστος Υλικών Με Εγκύκλι ο/ Έτος(18 -04-07)</b>	<b>Μέσο Κόστος Υλικών Με Εγκύκλι ο/ Έτος(10/ 02/2010)</b>	<b>Κέρδος μετά την εφαρμογή της Εγκυκλίου</b>	<b>Μέσο ετήσιο κέρδος μετά την εφαρμογή της εγκυκλίου 10- 02-2010</b>
<b>42</b>	504	1.827.365€	659.736€	469.577€	1.167.629€	190.159€

Πηγή: Βαφειάδης Ι. και συν. 2010 [34]

Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και η υιοθέτηση νέου τρόπου ζωής τις τελευταίες δεκαετίες, αύξησαν τα περιστατικά με νοσογόνο παχυσαρκία και σε συνδυασμό με την βελτίωση της τεχνικής της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, οι επεμβάσεις της βαριατρικής αυξήθηκαν κατακόρυφα, με αποτέλεσμα την αύξηση των νοσηλίων, διότι δεν υπήρχε κοστολόγηση των εργαλείων-υλικών.

Σε αναδρομική μελέτη της ΚΟΕ στο αρχείο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ βρέθηκε, ότι στις ιδιωτικές κλινικές της Ελλάδας που είχαν σύμβαση με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, πραγματοποιούνται 600 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις βαριατρικής με τη μέθοδο της τοποθέτησης γαστρικού δακτυλίου κάθε χρόνο. Το Μέσο κόστος των υλικών ανά επέμβαση πριν τις εγκυκλίους ήταν 6.109€, με ανώτατη τιμή 9.979€ και κατώτατη 4.961€ και μετά την εγκύκλιο το 2007 το Μέσο κόστος των υλικών 4.284€ και το 2010 ήταν 2.662€. Το συνολικό οικονομικό όφελος του ασφαλιστικού ταμείου από την συγκεκριμένη παρέμβαση από 2006 έως το 2010 ήταν περίπου 2.208.555€, Διάγραμμα 9. [34]



**Διάγραμμα 9:** Διαχρονική εξέλιξη οικονομικού κόστους-οφέλους εργαλείων-υλικών, 2006-2010

Πηγή: Βαφειάδης Ι. και συν. 2010 [34]

#### Αποτίμηση εφαρμοσθέντων μέτρων

Η παρατήρηση, καταγραφή κι επεξεργασία του υλικού έδειξε εξαιρετικά αποκλίνουσες αντιλήψεις (συμπεριφορές) νοσοκομειακής φροντίδας (είδος υλικών, μεθόδων), μεταξύ των διαφόρων νοσηλευτικών ιδιωτικών κλινικών αλλά και ακόμη αποκλίνουσες τάσεις πρακτικής από τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες και κανόνες ιατρικής.

Στις συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία δεν ήταν κοστολογημένα σε κανένα νόμο με αποτέλεσμα να υπάρχει η μεγάλη οικονομική διαφορά, στο ιδιωτικό τομέα, ενώ στο δημόσιο αποζημιώνονταν με το συνολικό κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο των 1.320€. Η προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών που την ακολούθησαν και τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία επέφερε σημαντικό οικονομικό όφελος του συνολικού Συστήματος υγείας. Χαρακτηριστική και μεγάλη η απόκλιση αποζημίωσης ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αποδεικνύει ότι η δυνατότητα επί πλέον του πακέτου χρεώσεων ειδικών ιατρικών υλικών που δινόταν στον ιδιωτικό τομέα δημιούργησε υπερκατανάλωση αυτού του είδους των ιατρικών προϊόντων η οποία περιορίστηκε μετά από κανονιστικές παρεμβάσεις του ασφαλιστικού οργανισμού.

Ένα λογικό συμπέρασμα που προκύπτει από την παρατήρηση αυτή είναι ότι η εφαρμογή συστήματος προοπτικής αποζημίωσης βάσει περιστατικού νοσηλείας έχει νόημα για το

Ελληνικό υγειονομικό περιβάλλον όπου οι πάροχοι υγείας, ιδίως του ιδιωτικού τομέα αξιοποιούν κάθε δυνατότητα που τους δίνει η μέθοδος αποζημίωσης βάσει της χρήσης των υπηρεσιών, για να υπερχρεώσουν δαπάνες που καλύπτουν ασφαλιστικοί φορείς.

#### **2.3.4 Αρθροπλαστικές ισχίου – γόνατος**

##### Νομοθετικό πλαίσιο

Με το ΦΕΚ99/98 καθορίστηκε το κλειστό ενοποιημένο συνολικό νοσήλιο, (ΚΕΣΝ) που αφορούσε τις κοστοβόρες ιατρικές πράξεις των αρθροπλαστικών ισχίου και γόνατος. Περιλάμβανε τις βασικές κατηγορίες, δηλ. όταν χρησιμοποιείτο ακρυλικό τσιμέντο και χωρίς. Μετά την πάροδο λίγων ετών στη Ορθοπαιδική άρχισε να καθιερώνεται νέος τύπος αρθροπλαστικής το λεγόμενο «υβρίδιο», με χαρακτηριστικό, τη χρήση ακρυλικού τσιμέντου για στερέωση ενός από τα δύο τμήματα της πρόθεσης. Τα νοσοκομεία πλέον δεν χρέωναν το κλειστό συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο αλλά το ημερήσιο νοσήλιο και τις εξαιρούμενες διαγνωστικές πράξεις-φαρμακευτική αγωγή και επί πλέον τα υλικά με το τιμολόγιο αγοράς.

Στο συγκεκριμένο ΦΕΚ δεν αναφερόταν καθόλου η αναθεώρηση των ολικών αρθροπλαστικών, όταν η πρόθεση χρειαζόταν αντικατάσταση, εξαιρετικά βαρεία επέμβαση, συνήθως με πολυήμερες παραμονές στο νοσοκομείο, με υψηλή φαρμακευτική αγωγή και υλικά με μεγάλο κόστος.

Τα ταμεία συμβάλλονταν με τις ιδιωτικές κλινικές, και τις αποζημίωναν με 2.998€ και τα υλικά με τιμολόγιο αγοράς. Στα 2.998€ περιλάμβανε τη νοσηλεία, τη φαρμακευτική αγωγή, τη ΜΕΘ, και την αμοιβή της ιατρικής ομάδας, για ανώτατο χρονικό διάστημα 15 ημερών (Πίνακας 24).



**Πίνακας 24:** Αναλυτική παρουσίαση των αρθροπλαστικών ισχίου-γόνατος και του νομοθετικού πλαισίου

<b>ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΙΣΧΙΟΥ - ΓΟΝΑΤΟΣ</b>				
<b>τύπος</b>	<b>ΦΕΚ 99/98 συνολικό κλειστό</b>	<b>ΦΕΚ 984/2002, ΥΛΙΚΑ</b>	<b>ΦΕΚ, 518/2005</b>	<b>ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ</b>
<b>ΟΑ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ</b>	<b>3.668€</b>	<b>1.614€-2.720</b>	<b>1.290€ 2.170€</b>	<b>2.998€+ Τιμολόγιο αγοράς</b>
<b>ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ</b>	<b>4.842€</b>	<b>3.372€ 3.815</b>	<b>2.700-3.490€</b>	
<b>ΥΒΡΙΔΙΑ</b>	<b>-----</b>	<b>3.243€-4.369€</b>	<b>2.590€</b>	<b>2.998€+ Τιμολόγιο αγοράς</b>
<b>ΟΑ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ</b>	<b>4.695</b>	<b>3.368</b>	<b>2.930€</b>	<b>2.998€+ Τιμολόγιο αγοράς</b>
<b>ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ</b>	<b>5.429</b>	<b>4.255€-4.400€</b>	<b>3.400€ 3.520€</b>	
<b>ΥΒΡΙΔΙΑ</b>	<b>-----</b>	<b>4.050€-4.350€</b>	<b>3.240€-3.480€</b>	<b>2.998€+ Τιμολόγιο αγοράς</b>

#### Αποτίμηση εφαρμοσθέντων μέτρων

Οι συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις αναφέρονται για αναδείξουν το πρόβλημα της μη έγκαιρης αναθεώρησης του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου στα Δημόσια νοσοκομεία, διότι δεν προέβλεπε την τεχνική «Υβρίδιο» και την «Αναθεώρηση ολικών αρθροπλαστικών» με αποτέλεσμα να ακυρωθεί στην πραγματικότητα η χρήση των συγκεκριμένων πακέτων στην ορθοπαιδική. Έτσι τα νοσοκομεία χρέωναν κλειστό ημερήσιο νοσήλιο και επιπλέον τα χρησιμοποιούμενα υλικά με το τιμολόγιο αγοράς. Σημαντική οικονομική διαφορά αποζημίωσης ανάμεσα στο Δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα για την ίδια ιατρική πράξη.

### **2.3.5 Βηματοδότες-Απινιδωτές**

#### Νομοθετικό πλαίσιο

Με το ΦΕΚ 984/2002 (Αριθ. ΔΥ6α/Γ.Π./73754, ΦΕΚ 984/31-07-2002 τ. Β΄) που είχε ισχύ με αναδρομικότητα από 01.01.2002 και μέχρι 02.05.2003, καθόρισε ανώτατες τιμές προμήθειας υλικών, χωρίς διαγωνισμό που δεν είναι συγκρίσιμα και «ο χαρακτηρισμός ως πλέον κατάλληλων προς χρήση εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου ασθενούς», και αφορούσε υλικά οστεοσύνθεσης, υλικά γναθοπροσωπικής, Γενικής χειρουργικής, βηματοδότες-απινιδωτές και υλικά καρδιοχειρουργικής.

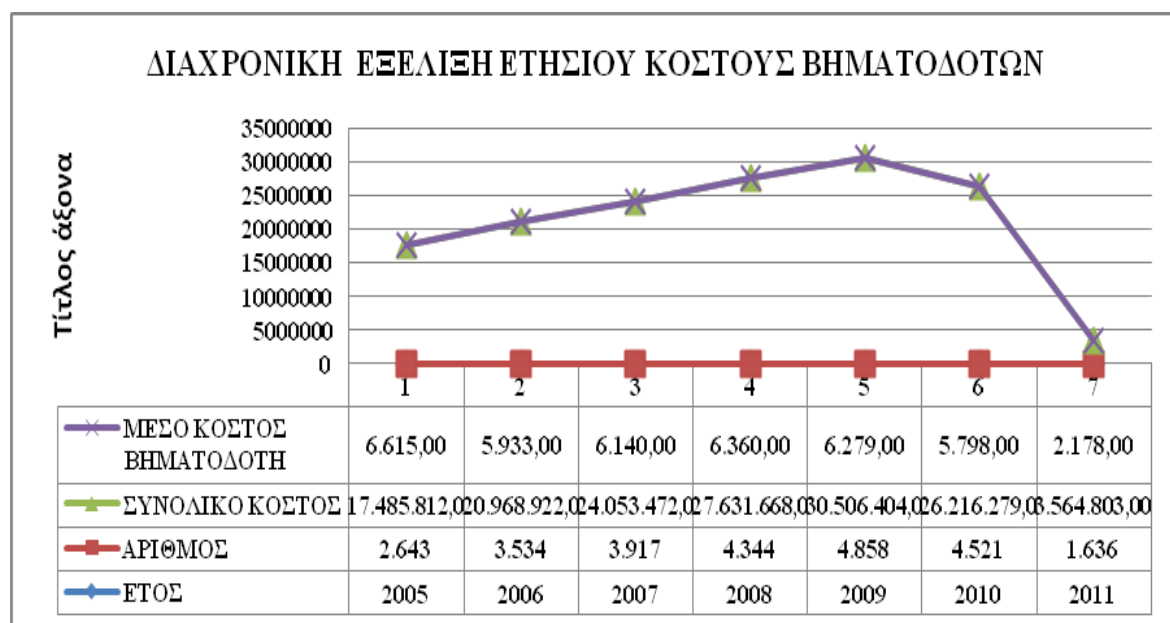
Με το ΦΕΚ 44/03 (Αριθ. ΔΥ6α/Γ.Π./οικ. 3936, ΦΕΚ 44/22-01-2003 τ. Β΄), τροποποιήθηκε όσο αφορά τη κατηγορία «βηματοδότες-απινιδωτές και ηλεκτρόδια». Το επόμενο νομοθετικό πλαίσιο καθορίστηκε με το ΦΕΚ 518/2005 (Αριθ. ΔΥ6α/οικ.38611, ΦΕΚ 518/19-4-2005 τ. Β΄), είχε ισχύ από την 01-05-2005 μέχρι 31.12.2006, περιελάμβανε τα ίδια υλικά « με μειώσεις σε ποσοστό είκοσι περίπου επί τοις εκατό (20%). Στις εν λόγω νέες τιμές ή στις χαμηλότερες που θα προκύψουν από διαγωνιστική διαδικασία που θα πρέπει να γίνει άμεσα και να συνταχθεί σχετική σύμβαση θα παρέχεται πρόσθετη έκπτωση 5% εφόσον τα εκδιδόμενα τιμολόγια εξοφληθούν εντός 90 ημερών »

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2007 ( Ε 127/Γ32/2048/19-11-07) μετά από έρευνα αγοράς σε συνδυασμό με τα τιμολόγια που κατέθεταν οι διάφοροι πάροχοι για αποζημίωση και το γεγονός ότι η ισχύς του ΦΕΚ 518/2005 είχε λήξει, καθόρισε νέες ανώτατες τιμές για βηματοδότες, απινιδωτές και τα συνοδά ηλεκτρόδια. Όμως ήταν μεγάλη και σφοδρή η αντίδραση από τις προμηθεύτριες εταιρείες, τις υγειονομικές δομές, τα ΜΜΕ, που η Διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χωρίς να αποσύρει την εγκύκλιο, σιωπηλά, ενέκρινε κατ'εξαίρεση λόγω της διαφορετικότητας του κάθε ασθενούς σε σχέση με το ζητούμενο βηματοδότη-απινιδωτή με τις τιμές του ΦΕΚ/518/2005.

Το 2010 το ΦΕΚ 66/11-05-10 (Ν.3846) έδινε τη δυνατότητα και την εξουσιοδότηση πλέον στο Δ.Σ. του ταμείου, να καθορίζει πλέον νέες ανώτατες τιμές σε υλικά – εργαλεία, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καθόρισε όχι μόνο νέες πολύ κατώτερες τιμές στους βηματοδότες-απινιδωτές, αλλά απαίτησε προκειμένου να αποζημιώνει την αντικατάσταση λόγω εξαντλήσεως της μπαταρίας τα δικαιολογητικά τηλεμετρικών δεδομένων.

Στοιχεία μελετών

Από την επεξεργασία του Ηλεκτρονικού αρχείου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προκύπτει ότι από το 2005 μέχρι και τον Νοέμβριο του 2011 είχαν τοποθετηθεί 25.453 βηματοδότες όλων των τύπων. Η διαφορά στο μέσο κόστος της ετήσιας τιμής προκύπτει από την διαφορετικότητα του τύπου και του αριθμού των χρησιμοποιηθέντων βηματοδοτών. Ο τύπος του απαιτούμενου βηματοδότη είναι ανάλογα με τις ιατρικές ανάγκες του ασθενούς και την ηλικία, Διάγραμμα 10.

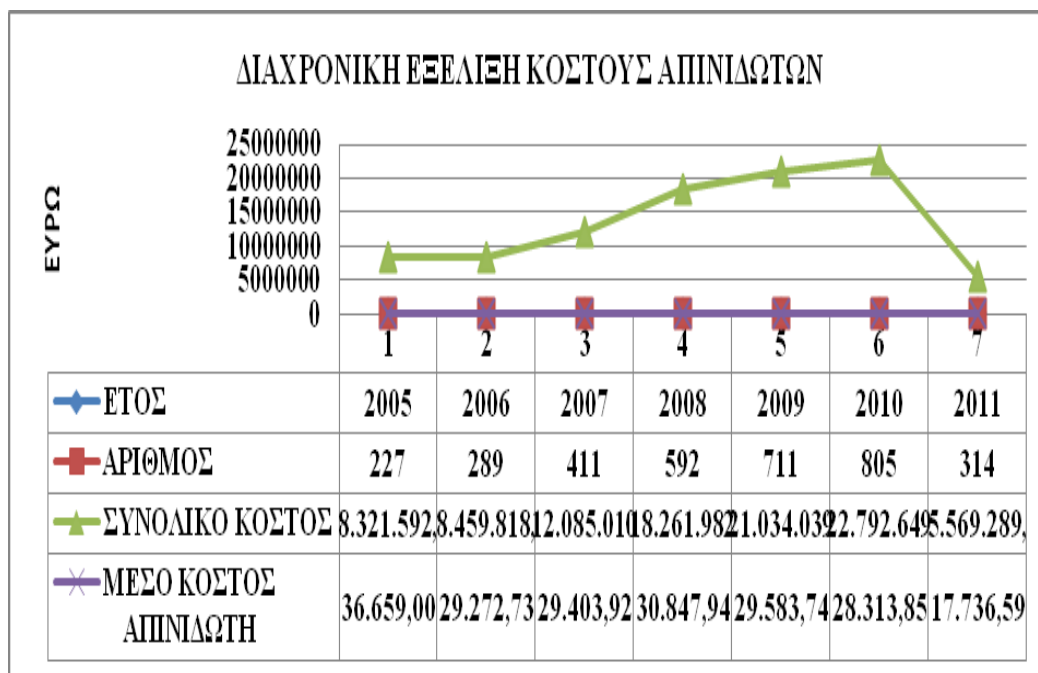


Το 2011 το αρχείο δεν έχει ενημερωθεί από 01-12-11 και μετά, λόγω της ένταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στον ΕΟΠΥΥ

**Διάγραμμα 10:** Διαχρονική εξέλιξη ετήσιου κόστους βηματοδοτών

Πηγή: Βαφειάδης Ι., (2012) [35]

Έγινε επεξεργασία των δεδομένων του ηλεκτρονικού αρχείου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, όσο αφορά τις τοποθετήσεις απινιδωτών το χρονικό διάστημα 2005-2011. Ο συνολικός αριθμός όλων των τύπων των απινιδωτών ήταν 3.349 και το συνολικό κόστος 96.524.383€. Η αναγκαιότητα για τοποθέτηση απινιδωτή σε ασθενή προκύπτει από την πάθηση και από την ηλικία του ασθενούς, όσο αφορά τις ανάγκες και το προσδόκιμο επιβίωσης, Διάγραμμα 11.



Το 2011 το αρχείο δεν έχει ενημερωθεί από 01-12-11 και μετά, λόγω της ένταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στον ΕΟΠΥΥ

**Διάγραμμα 11:** Διαχρονική εξέλιξη κόστους απινιδωτών

Πηγή: Βαφειάδης Ι., (2012) [35]

### Αποτίμηση εφαρμοσθέντων μέτρων

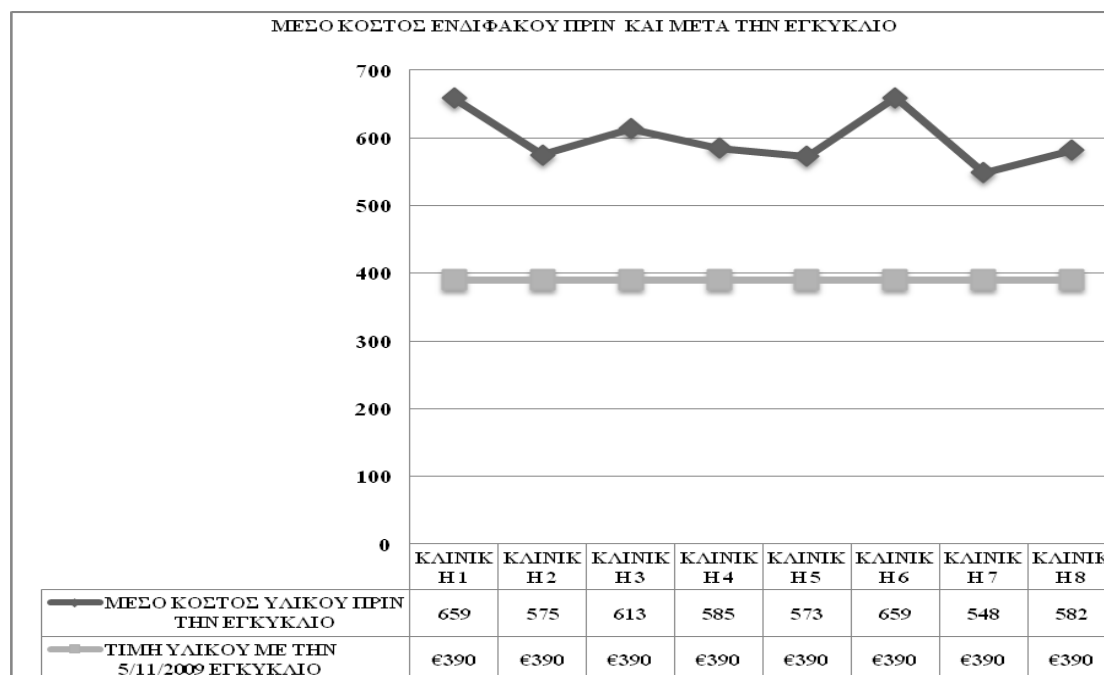
Η υιοθέτηση το 2011 από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, νέων τιμών αποζημιώσεων για τους βηματοδότες και τους απινιδωτές και ύστερα από την Επιτροπή Προμηθειών του ΥΥΚΑ στο παρατηρητήριο τιμών προκύπτει, ότι οι ενέργειες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2007 ήταν προς την σωστή κατεύθυνση. Από το 2007 ο σταδιακός οικονομικός εξορθολογισμός του κόστους θα ήταν σημαντικός, με 20% στην αρχή και σταδιακή οικονομική αποκλιμάκωση.

Η εκ των υστέρων οικονομική αξιολόγηση με το κόστος αποζημίωσης των βηματοδοτών και απινιδωτών του 2011, υποθέτοντας ότι θα ήταν οι ίδιες ετήσιες ανάγκες, το οικονομικό όφελος την τριετία 2008-2011 από τους βηματοδότες θα ήταν μικρότερο από τα 54.465.657€, ενώ για τους απινιδωτές μικρότερο από τα 24.701.182€, λαμβάνοντας τη σταδιακή αποκλιμάκωση του κόστους, αλλά για το σύνολο του συστήματος Υγείας, η εξοικονόμηση θα ήταν περίπου η προαναφερόμενη, Διάγραμμα 11.

### 2.3.6 Ενδοφθάλμιοι ενδοφακοί

#### Νομοθετικό πλαίσιο

Οι Ενδοφθάλμιοι φακοί που τοποθετούνται σε επεμβάσεις καταρράκτη δεν είχαν κοστολογηθεί με κανένα νομοθετικό πλαίσιο και ως εκ τούτου τα ταμεία αποζημίωσαν τους φακούς σύμφωνα με το τιμολόγιο αγοράς. Η Κεντρική ομάδα έλεγχου (ΚΟΕ), μετά από επεξεργασία των δεδομένων του αρχείου, με το έγγραφο με Αριθ. Πρωτ. 604274/26.5.2005 και το 604064/6.5.2009 ενημέρωσε τη διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σχετικά με τις επεμβάσεις καταρράκτη που πραγματοποιήθηκαν στις ιδιωτικές κλινικές και στα Δημόσια Νοσοκομεία και τις μεγάλες διαφορές που υπήρχαν στο κόστος των υλικών, στην περιοχή των Αθηνών. Η Διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με την Εγκύκλιο Γ32/1687/5.11.2009 όρισε ανώτατη τιμή αποζημίωσης τα 350€ (+Φ.Π.Α.), για όλα τα αναγκαία υλικά για όλους τους παρόχους και αποδίδεται νοσήλιο μιας ημέρας, καθώς ο ασθενής καταλαμβάνει κλίνη για κάποιες ώρες, Διάγραμμα 12.



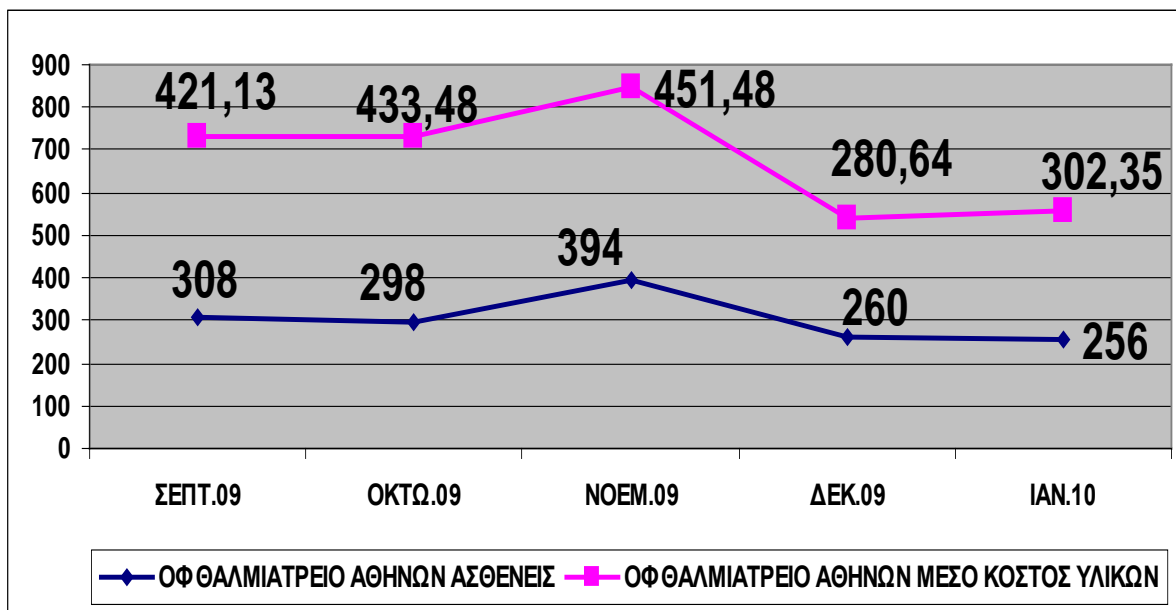
**Διάγραμμα 12:** Μέσο κόστος ενδοφακού πριν και μετά την εγκύκλιο

Πηγή: Βαφειάδης Ι.2011 [36]

#### Στοιχεία μελετών

Από την μελέτη των δεδομένων του αρχείου της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου, στην περιοχή της Αθήνας που αφορούσε τις ιδιωτικές κλινικές, προέκυψε ότι ο Μέσος Όρος των μηνιαίων

επεμβάσεων είναι 1.200, το 31,4% πραγματοποιείται σε τρεις κλινικές με το ίδιο ακριβώς κόστος υλικών, ενώ μία με ποσοστό 24,8% είναι πολύ κοντά στο κόστος των προηγούμενων, στις υπόλοιπες το κόστος ήταν πολύ υψηλότερο και επιπλέον ακόμα και την ίδια κλινική τα κόστη να διαφέρουν. Σε σύγκριση με το Οφθαλμιατρείο Αθηνών που είναι ένα δημόσιο εξειδικευμένο νοσοκομείο για οφθαλμολογικές παθήσεις, υπήρχε μεγάλη οικονομική διαφορά. Διάγραμμα 13. [34]



**Διάγραμμα 13:** Μηνιαίος Αριθμός ασθενών και Μέσο κόστος υλικών

Πηγή : Βαφειάδης και συν. 2010 [34]

#### Αποτίμηση εφαρμοσθέντων μέτρων

Με την υιοθέτηση ανώτατης τιμής αποζημίωσης των υλικών στα 390€ προέκυψε οικονομικό όφελος σε ετήσια βάση μόνο για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ της τάξης των 3.543.218€ και μόνο από τις ιδιωτικές κλινικές των Αθηνών, (Πίνακας 25).

**Πίνακας 25 :** Μέσο ετήσιο κέρδος από την επέμβαση του καταρράκτη στις ιδιωτικές κλινικές Αθηνών

Μ.Ο. Μηνιαίων Επεμβάσεων στις Κλινικές	Ετήσιο Κόστος Υλικών Χωρίς εγκύκλιο	Ετήσιο Κόστος Υλικών με εγκύκλιο	Μέσο Ετήσιο Κέρδος μετά την Εγκύκλιο
1.200	12.039.218€	8.496.000€	3.543.218€

Πηγή : Βαφειάδης και συν. 2010 [34]

### **2.3.7 Οστικά Αλλομοσχεύματα**

#### Νομοθετικό πλαίσιο

Στο ΦΕΚ 984/2002 περιλαμβάνονται και κατηγοριοποιούνται σαν να είναι «απλά» υλικά, τα οστικά αλλομοσχεύματα, τα οποία άρχισαν να χρησιμοποιούνται κυρίως στην Ορθοπαιδική και Νευροχειρουργική, σε μεγάλα οστικά ελλείμματα. Το ΚεΣΥ με την απόφαση 4 της 178<sup>ης</sup> Ολομέλειας 6.2.2003 αναφέρει τις ιατρικές ενδείξεις χρήσης των Αλλομοσχευμάτων. Το ΙΚΑ ΕΤΑΜ με το Γεν. Έγγραφο Θ14/213/11.03.2003 υιοθέτησε την απόφαση και όρισε επιτροπή ανάλογης ειδικότητας προκειμένου να ελέγχει τις ενδείξεις χρήσεως και την ποσότητα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) με την Οδηγία 23/2004/31.3.2004 θέσπισε πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων. Στην παρ. 28 αναφέρει ρητά ότι θα πρέπει να θεσπιστεί ένα κατάλληλο σύστημα για την ιχνηλασιμότητα των ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων. Η ιχνηλασιμότητα θα πρέπει να εξασφαλίζεται με ακριβείς διαδικασίες τακτοποίησης των ουσιών, των δοτών, των ληπτών των ιδρυμάτων ιστών και των εργαστηρίων με την τήρηση των αρχείων και με κατάλληλο σύστημα επισήμανσης. Το Ελληνικό κράτος υιοθέτησε την οδηγία της Ε.Ε. με το Π.Δ. 26/2008, ΦΕΚ Α'51/24.3.2008, όμως μέχρι και σήμερα δεν έχει εξασφαλίσει την ιχνηλασιμότητα στη διακίνηση των αλλομοσχευμάτων.

Τα οστικά αλλομοσχεύματα και στο ΦΕΚ984/2002 και στο ΦΕΚ 518/2005, παρόλη την μείωση των τιμών δεν καθόρισε την ποσότητα, με αποτέλεσμα στην ίδια τιμή να χρησιμοποιούνται διαφορετικές ποσότητες, ενώ σε άλλα κράτη της Ευρώπης ήταν καθορισμένη η τιμή και η ποσότητα[36]

#### Στοιχεία μελετών

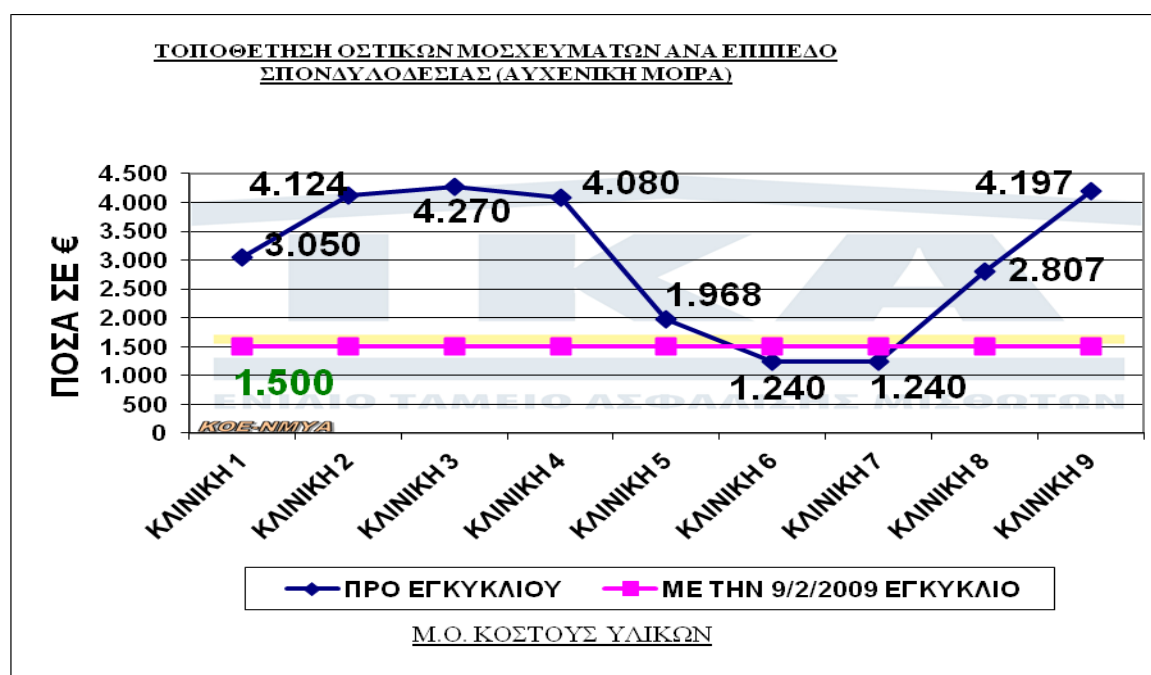
Από την μελέτη των δεδομένων του αρχείου της Κεντρικής Ομάδας Ελέγχου προέκυψε ότι στον ίδιο κωδικό του ΦΕΚ 518/05 υπήρχαν τιμολόγια με διαφορετική ποσότητα και αντίστοιχα διαφορετικό κόστος και από τον αναδρομικό έλεγχο των νοσηλίων βρέθηκε μεγάλη απόκλιση του κόστους για την ίδια ιατρική πράξη, τόσο στα νοσοκομεία όσο και στις κλινικές. Υπήρχε μεγάλη απόκλιση κόστους για την ίδια ποσότητα μοσχεύματος, όπως π.χ. για για ποσότητα 5cc οστικού μοσχεύματος το κόστος άρχιζε από 1.463€ έως 2.020€ (Πίνακας 26). [37] [38]

Πίνακας 26: Αναλυτική παρουσίαση απόκλισης κόστους σε ίδια ποσότητα μοσχεύματος

1cc	1.730€	1.910€	2.020€		
2.5cc	2.010€				
3cc	1.800€	1.590€			
5cc	1.463€	1.590€	1.870€	1.950€	2.020€
8cc	1.970€				
10cc	1.730€	2.020€	2.167€		

Πηγή: Βαφειάδης Ι. 2010, [37] [38]

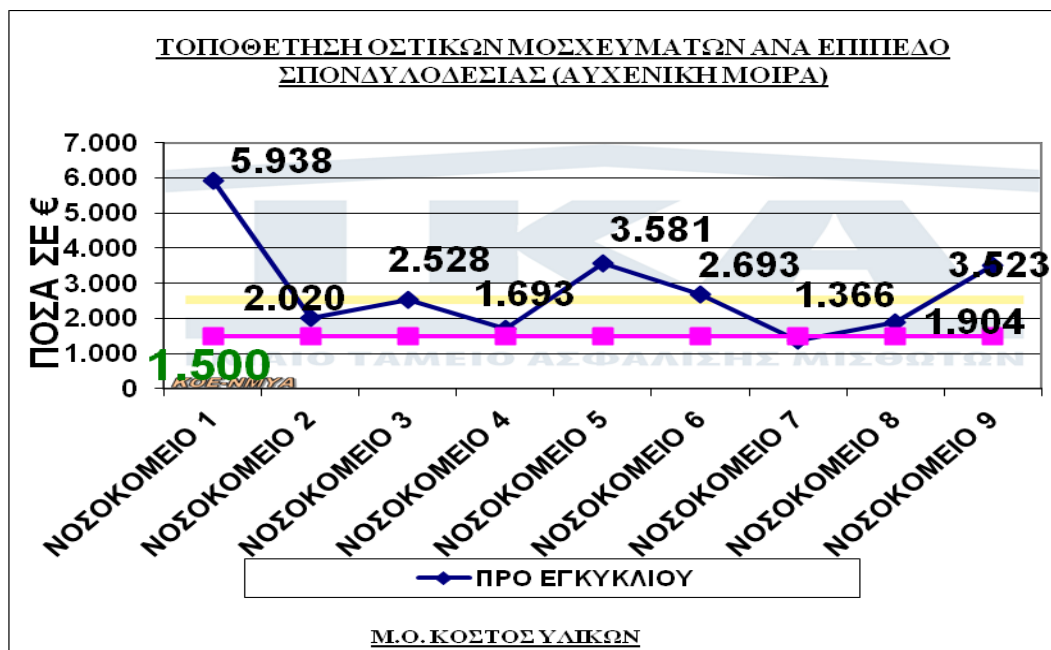
Σε επεμβάσεις στον Αυχένα σε ένα επίπεδο σπονδυλοδεσίας το κόστος των οστικών αλλομοσχευμάτων ήταν από 4.124€ έως 1.240€ στις ιδιωτικές κλινικές και στα Δημόσια νοσοκομεία από 5.938€ έως 1.366€ Διάγραμμα 14,15 [36]



**Διάγραμμα 14:** Αναλυτική παρουσίαση κόστους ανα επίπεδο σπονδυλοδεσίας στην αυχενική μοίρα πριν και μετά την εγκύκλιο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σε ιδιωτικές κλινικές

Πηγή :Βαφειάδης Ι. 2011 [36]





**Διάγραμμα 15:** Αναλυτική παρουσίαση κόστους ανά επίπεδο σπονδυλοδεσίας στην αυχενική μοίρα πριν και μετά την εγκύκλιο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σε δημόσια νοσοκομεία

Πηγή :Βαφειάδης Ι. και συν. 2010 [34]

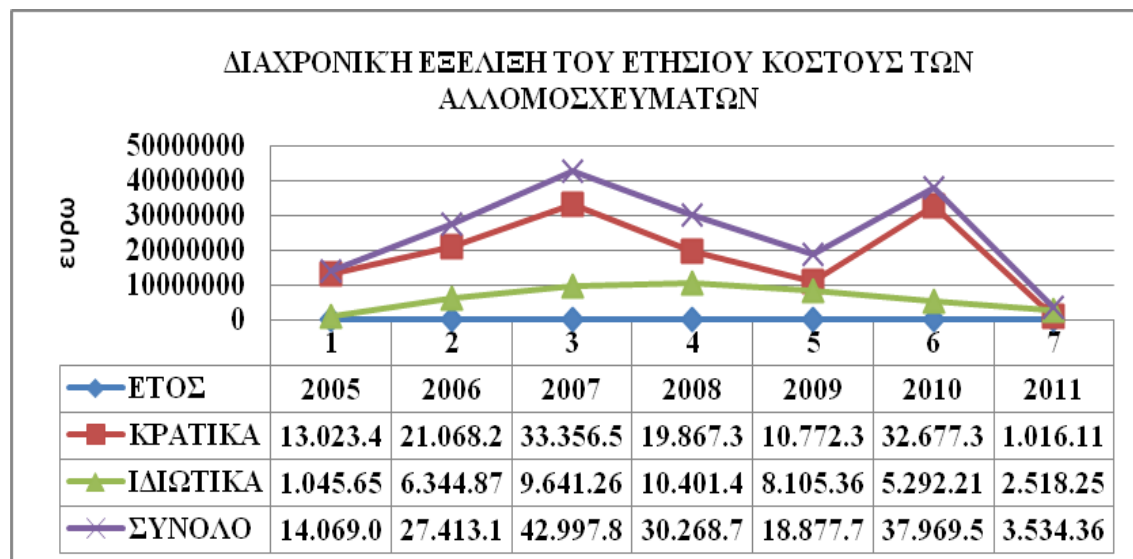
#### Αποτίμηση των εφαρμοσθέντων μέτρων

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με το Γ32/204/9.2.09 και καθόρισε ανώτατη αποδιδόμενη αποζημίωση στις ιατρικές πράξεις, γιατί με τις ιατρικές ενδείξεις για την ποσότητα δεν καθορίστηκε το κόστος ανά χρήση, με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η εκρηκτική αύξηση του κόστους. Έτσι λοιπόν το Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με την 25/14-07-2011 πήρε μέτρα για νέα κλιμακούμενη μείωση του κόστους ανά ιατρική πράξη, προκειμένου να υπάρξει εξορθολόγηση των τιμών σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά Ανεπτυγμένα Συστήματα Υγείας.

Από την ανάλυση των δεδομένων του ηλεκτρονικού αρχείου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τελευταία ενημέρωση ήταν τον Νοέμβριο του 2011, προκύπτει ότι υπήρξε αλόγιστη χρήση των αλλομοσχευμάτων τόσο στα Δημόσια νοσοκομεία όσο και στα ιδιωτικά. Γεγονός που επιβεβαιώθηκε πρόσφατα από τις υπηρεσίες ελέγχου μεγάλου ασφαλιστικού ταμείου καθώς και από τα μέσα μαζική ενημέρωσης [38].

Δεν υπάρχουν επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες και σε συνδυασμό με το μεγάλο εμπορικό κέρδος και την μη συσχέτιση του κόστους με την ποσότητα στο ΦΕΚ, ήταν ο καθοριστικός συνδυασμός της αλόγιστης χρήσης των μοσχευμάτων, που δυστυχώς έμειναν στη ιστορία του Ελληνικού συστήματος υγείας και ως «κουβανέζικα» [26].

Από την εφαρμογή της Εγκύκλιου του 2009 και με την εφαρμογή της νέας το 2011, φαίνεται η σημαντική οικονομική εξοικονόμηση του ασφαλιστικού ταμείου το 2011 σε σχέση με το 2010 που ήταν περίπου 34.435.189€ Διάγραμμα 16.



Το αρχείο δεν έχει ενημερωθεί μετά τον Νοεμβριο του 2011

**Διάγραμμα 16:** Διαχρονική εξέλιξη ετήσιου κόστους των αλλομοσχευμάτων

Πηγή : Βαφειάδης Ι. (2012) [33]

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΚΑ-TEAM:

Από το 1998, με το ΦΕΚ 99 καθορίστηκε η έννοια του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (πακέτα), σε συγκεκριμένες κοστοβόρες ιατρικές πράξεις που αφορούσαν μόνο τα δημόσια νοσοκομεία. Έννοια πολύ κοντά στην μέθοδο της προοπτικής αποζημίωσης με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRG's) όμως όπως αποδείχθηκε ήταν εντελώς πρόχειρη χωρίς καμμία προετοιμασία για συνεχή παρακολούθηση των δεδομένων και χωρίς ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα. Ανάλογα πακέτα για καρδιοχειρουργικές και ορθοπαιδικές επεμβάσεις με άλλη κοστολόγηση και με συγκεκριμένες ημέρες νοσηλείας εφαρμόστηκαν στον ιδιωτικό τομέα. Η ίδια ιατρική πράξη αποζημιώνεται διαφορετικά. Επι πλέον με τα ΦΕΚ 984/2002 και 518/2005 καθορίστηκαν οι ανώτατες αποζημιώσεις συγκεκριμένων εργαλείων-υλικών και από τότε μέχρι και την εφαρμογή των KEN-DRGs το 2011-2012, δεν έγινε καμία ουσιαστική αλλαγή.

Είναι γνωστό, ότι η ιατρική επιστήμη βελτιώνεται συνεχώς και η εκρηκτική εξέλιξη της ιατροτεχνολογίας σε συνδυασμό με την απουσία κέντρου αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, στο Ελληνικό σύστημα υγείας, το έκανε ευάλωτο, κυρίως από την δεκαετία του 2000, όσο αφορά τόσο στην αλόγιστη χρήση των διαφόρων εργαλείων-υλικών, την διαφορετική τιμή που είχαν ανά πάροχο, όσο και την υπερκοστολόγηση τους σε σχέση με τα άλλα κράτη.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με συνεχείς παρεμβάσεις καθόρισε ανώτατες τιμές αποζημίωσης μετά από έρευνα αγοράς και σε συνεννόηση με τις ιατρικές εταιρείες για τις ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες όπου αυτό ήταν εφικτό, εξορθολογίζοντας τη δαπάνη. Η πολιτική που εφάρμοσε το ασφαλιστικό ταμείο τα τελευταία χρόνια, είχε σκοπό την ομαδοποίηση των ιατρικών πράξεων, για αυτό αποζημίωνε με το ίδιο κόστος τα χρησιμοποιούμενα υλικά σε ίδιες περίπου ιατρικές πράξεις. Πολιτική που ακολούθησαν και τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο οικονομικό όφελος, συνολικά για το Σύστημα υγείας.

Η μέθοδος της προοπτικής αποζημίωσης με τα DRGs, προϋποθέτει ομάδα του υγειονομικού συστήματος που να γνωρίζει καλά την λειτουργία του, ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, ομάδα ταξινόμησης και κωδικοποίησης των ιατρικών πράξεων και συνεχούς παρακολούθησης, συστήματα αυτοελέγχου και ελέγχου, με την παρουσία ελεγκτικών οργάνων του ασφαλιστικού ταμείου.

Το μοναδικό ασφαλιστικό ταμείο ήταν το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το οποίο εκανε συνεχείς και στοχευμένες προσπάθειες για τον εξορθολογισμό των δαπανών, χωρίς να υποβαθμίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αναπτύσσοντας παράλληλα αρχείο, το οποίο βοηθούσε στη χάραξη της πολιτικής. Ακόμη και σήμερα η εμπειρία αυτής της ομάδας δεν έχει χρησιμοποιηθεί από το Σύστημα υγείας και δεν έχει αναπτυχθεί ένας σύγχρονος ηλεκτρονικός μηχανισμός ελέγχου στον ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να ελέγχεται η παραβατικότητα των παρόχων.

Συμπερασματικά προκύπτει ότι η εισαγωγή των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών ανταποκρίνεται κατ' αρχήν στην αναγκαιότητα περιστολής μη αναγκαίων δαπανών για το ασφαλιστικό σύστημα. Το ενδιαφέρον μιας τέτοιας μεταρρύθμισης εντοπίζεται κατ' αρχήν στην δυσκολία ελέγχου της χρήσης και του κόστους της χρησιμοποιούμενης βιοιατρικής τεχνολογίας, κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα, στο βαθμό μάλιστα που τα εφαρμοζόμενα μέτρα πριν την εφαρμογή των ΚΕΝ, παρά κάποια άμεσα αποτελέσματα σε επίπεδο περιορισμού της συνολικής δαπάνης, δεν μπορούσαν να αποδώσουν σε μόνιμη βάση εξ αιτίας θεσμικών αδυναμιών του συστήματος και κυρίως της ανεπάρκειας πληροφοριακών συστημάτων που θα κατευθύναν συστηματικά και με την

κατάλληλη στόχευση τις πολιτικές ελέγχου στους σημαντικότερους παράγοντες αδικαιολόγητης και καταχρηστικής διόγκωσης του κόστους της περίθαλψης.

## **2.4 ΘΕΣΜΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝ**

Η δημοσιονομικό-οικονομική κρίση στην Ελλάδα το 2010 «επέβαλε» την εφαρμογή των DRGs, τα γνωστά Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΚΕΝ), σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το ΥΥΚΑ όρισε επιτροπή με αντικείμενο «την διεύρυνση της εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και η δημιουργία Ελληνικού καταλόγου μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που ταιριάζει στο ΕΣΥ και τη κοστολόγηση τους συνολικά και χωρίς να ληφθεί υπόψη η μισθοδοσία του προσωπικού».

Η επιτροπή στο πόρισμα που κατέθεσε, αναφέρει, ότι επέλεξε το Αυστραλιανό σύστημα των (AR-DRGs), και αφού το μετέφρασε, το προσάρμοσε στα Ελληνικά δεδομένα λαμβάνοντας υπόψη της τις αδυναμίες και τις μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού συστήματος υγείας. Προχώρησε επιπλέον και σε κοστολόγηση επιλεγμένων διαγνωστικών και επεμβατικών πράξεων και συνέκρινε τους συντελεστές βαρύτητας του Αυστραλιανού υγειονομικού συστήματος με τους Ελληνικούς. [17]

Είναι γνωστό, ότι η ανάπτυξη ενός πλήρους συστήματος DRGs, λόγω της πολυπλοκότητας η ανάπτυξή του είναι δύσκολη και χρονοβόρα, με αποτέλεσμα η επιτροπή με τις οδηγίες του Γενικού Γραμματέα του ΥΥΚΑ, ανέπτυξε ένα λιγότερο περίπλοκο σύστημα και για συγκεκριμένες κατηγορίες ιατρικών πράξεων, που αναφέρονται στο ΦΕΚ 99/98. Η εφαρμογή ακόμη και αυτού του λιγότερου περίπλοκου συστήματος προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, αναμένετο ότι θα οδηγούσε στην αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, μειώνοντας τα μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομείων, και περιορίζοντας παράλληλα τη γραφειοκρατία.

Σύμφωνα με το πόρισμα της επιτροπής το έργο και οι στόχοι της θα πρέπει να είναι:

*1) Η δημιουργία Ελληνικής λίστας Diagnosis Related Groups (DRGs), τα GR DRGs, μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που να ταιριάζει στο ΕΣΥ.*

*2) Η κοστολόγηση της παραπάνω λίστας α.) συνολικά και β.) χωρίς την μισθοδοσία προσωπικού, ώστε να ανταποκρίνεται στα δεδομένα του Ελληνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.*

*3) Η υποβολή ολοκληρωμένης, ρεαλιστικής και εμπειριστατωμένης πρότασης, στην βάση της διεθνούς εμπειρίας και πρακτικής, για την προσαρμογή, ανάπτυξη και εφαρμογή Ελληνικού*

συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση το πρότυπο και την φιλοσοφία των DRGs.

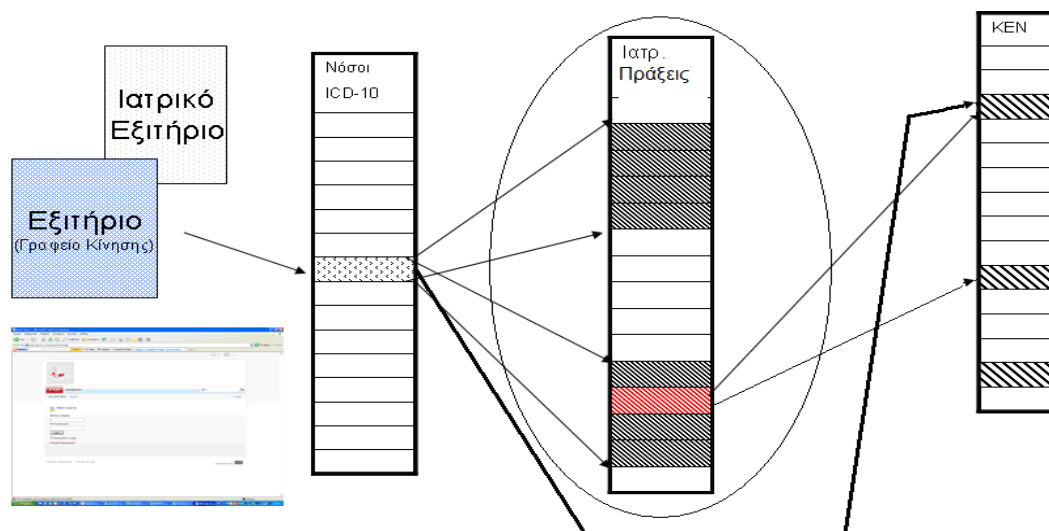
4) Η αντιστοίχιση των GR-DRGs και των κοσμήσεων το υ α.) με την πρόφατη μετάφραση του ICD-10 και β.) τις κατηγορίες της Υπουργικής Απόφασης του 1998, που αποτελεί τη υπάρχουσα βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων.» [17]

Το ΚεΣΥ με την απόφαση 12 της 230<sup>ης</sup> ολομ./16-052011 «ομόφωνα αποφάσισε να εφαρμοσθεί νέος τρόπος τιμολόγησης νοσηλευόμενων ασθενών στο ΕΣΥ, προτείνοντας την ανακοστολόγηση Πίνακα 700 ΚΕΝ ο οποίος επισυνάπτεται αποτελώντας αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας απόφασης, σε 14 νοσοκομεία.»

(Αρ. Πρωτ. ΑΥ6α/Δ.Υ./31-05-2011)

Με την ερμηνευτική εγκύκλιο του ΥΥΚΑ τον Σεπτέμβριο του 2011, εδόθησαν σαφείς οδηγίες και χρονοδιάγραμμα υλοποίησης διαφόρων ενεργειών για την εφαρμογή των ΚΕΝ από τα νοσοκομεία, προκειμένου τα νοσοκομεία να υποβάλουν στα ταμεία με το νέο σύστημα αποζημίωσης από 01-01-12.

#### Παράδειγμα Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ



Πηγή: ΥΥΚΑ (2011) [39]

Η εφαρμογή των ΚΕΝ άρχισε πιλοτικά να εφαρμόζεται σε 20 νοσοκομεία, τον Σεπτέμβριο του 2011 και από 01-10-2011 υποχρεωτικά σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία, και επιπλέον αναπροσαρμόστηκε η αποζημίωση του ημερήσιου νοσηλίου του ΦΕΚ99/98(ΦΕΚ 1702/01-08-11, Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649, Υ4α/οικ.105604/27-09-11)

Κάθε ημέρα επί πλέον παραμονής της ΜΔΝ το νοσοκομείο χρεώνει τη δαπάνη και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα με τιμές παρατηρητήριο υ της ΕΠΥ, τα φάρμακα με τις αντίστοιχες νοσοκομειακές τιμές και τις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις εκτός ημερήσιου νοσηλίου σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα νοσοκομεία τιμολογούν με βάση το (τα) ΚΕΝ και οι επί πλέον ημέρες χρεώνονται επί πλέον. Τα πρόσθετα ιατροτεχνολογικά υλικά εκτός διάρκειας ΚΕΝ θα χρεώνονται επίσης χωριστά.[40] [41] (ΚΥΑ Υ4α/οικ.85649/27-7-11 ΦΕΚ 1702/Β 1-8-11)

Με το ΦΕΚ 946/12, αναπροσαρμόστηκαν οι τιμές των ΚΕΝ και από 01-03-12 ισχύουν για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το ΩΚΚ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, και για το χρονικό διάστημα από 01-03 έως 30-06-12 τιμολογούνται τα ΚΕΝ από τα νοσοκομεία με έκπτωση 30%. Εξαιρούνται των ΚΕΝ που αφορούν νοσηλείες με υλικά εμβολισμού, διακαθετηριακές βαλβίδες, η επί πλέον της μιας καρδιακής βαλβίδας, χρεώνεται και αποζημιώνεται επιπλέον, επίσης εξαιρούνται και αρκετά φάρμακα υψηλού κόστους. Σε κάθε εξιτήριο χρεώνεται το ΚΕΝ της βασικής νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης με το 50% του κόστους του.[42]

#### **2.4.1 ΕΝΤΟΠΙΣΘΕΙΣΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝ**

Από την μελέτη των ΚΕΝ που αναφέρονται στο ΦΕΚ 946/12 και εφαρμόζονται σήμερα στο Ελληνικό σύστημα υγείας εντοπίσαμε από την προσωπική χρήση αλλά και από διάφορα ερωτήματα-απορίες των γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων και διοικητικού προσωπικού τόσο των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και του ιδιωτικού τομέα, περιοχές προβληματικές, που προκαλούν προβλήματα στην εφαρμογή τους όπως:

1. ΚΕΝ που περιέχουν λανθασμένες ιατρικές διαγνώσεις του ICD-10 και λανθασμένες ιατρικές πράξεις: (ΦΕΚ 946/12)

<b>ΚΕΝ</b>	<b>ΜΔΝ</b>	<b>ΚΟΣΤΟΣ</b>	<b>ICD-10</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ</b>
<b>Μ04Μ-Αρθροπλαστική γόνατος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές.</b>	9	4.400€	Εκφυλιστική αρθρίτιδα του ισχίου	Ολική αρθροπλαστική γόνατος

<b>M04X-Αρθροπλαστική γόνατος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές.</b>	6	4.000€	Άλλη δυσπλαστική εκφυλιστική αρθρίτιδα του ισχίου	Ολική αρθροπλαστική γόνατος
<b>X20A-Φυσική ιατρική αποκατάσταση ημερήσια νοσηλεία</b>	1	700€	1. Οσφυαλγία 2. Μυαλγία 3. Μυϊκή σύσπαση	-----

2. ΚΕΝ χωρίς καμία ιατρική διάγνωση και ιατρική πράξη, τα ονομαζόμενα «ορφανά»: (ΦΕΚ/946/12)

<b>ΚΕΝ</b>	<b>ΜΔΝ</b>	<b>ΚΟΣΤΟΣ</b>	<b>ICD-10</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ</b>
<b>G01X-Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν σχετίζονται με κάποια κύρια διάγνωση χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές</b>	3	1.190€	-----	-----
<b>X21X-Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία</b>	1	200€	-----	-----
<b>X21M-Σημεία και συμπτώματα</b>	5	887€	-----	-----
<b>W10A-Μη εφικτό να ταξινομηθούν</b>	6	1.800€	-----	-----

<b>W11A-Μη αποδεκτή κύρια διάγνωση</b>	3	900€		

3. Εφαρμογή των ΚΕΝ σε όλα ανεξαιρέτως τα νοσοκομεία ανεξάρτητα από την πληροφοριακή υποδομή του νοσοκομείου και την κατάλληλη εκπαίδευση συγκεκριμένου διοικητικού και ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα την μεγάλη καθυστέρηση της υποβολής των λογαριασμών και ενδεχομένως με λάθη κωδικοποίησης και ταξινόμησης
4. Την ενιαία κοστολόγηση των ΚΕΝ και για το δημόσιο και για τον ιδιωτικό τομέα, δεδομένου ότι στα δημόσια νοσοκομεία το σημαντικότερο μέρος του λειτουργικού τους κόστους χρηματοδοτείται μέσω κρατικών επιχορηγήσεων.
5. Δεν έχουν συμπεριληφθεί πολλές και κοστοβόρες ιατρικές πράξεις
6. Στο οργανωτικό τομέα δεν συστήθηκε ένας οργανισμός-επιτροπή, συνεχούς παρακολούθησης των προβλημάτων προκειμένου σε τακτά χρονικά διαστήματα να παρεμβαίνει με διορθωτικές κινήσεις η ακόμη και να εισαγάγει νέα ΚΕΝ
7. Δεν υπάρχει ηλεκτρονικό σύστημα υποβολής των νοσηλίων
8. Στην όλη τη διαδικασία των ΚΕΝ δεν υπήρχε εκπρόσωπος των ΦΚΑ
9. Η νοσηλεία με ΚΕΝ επιτρέπεται σε όλες τις υγειονομικές δομές ανεξάρτητα εάν έχουν τη δυνατότητα διενέργειας κοστοβόρων διαγνωστικών πράξεων, γεγονός που τους έδινε την δυνατότητα να τις εκτελέσουν αλλού κυρίως στον ιδιωτικό τομέα επιβαρύνοντας τα ασφαλιστικά ταμεία.
10. Συμπεριλήφθησαν στα ΚΕΝ ιατρικές πράξεις που αφορούν την ΠΦΥ:(ΦΕΚ946/12)

<b>ΚΕΝ</b>	<b>ΜΑΝ</b>	<b>ΚΟΣΤΟΣ</b>	<b>ICD-10</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ</b>
<b>N37A-Κεφαλαλγία</b>	2	200	1.Ημικρανία 2.Άλλα σύνδρομα κεφαλαλγίας	-----
<b>N40A-Άλλες κακώσεις κεφαλής</b>	1	200	Άλλοι καθορισμένοι	-----



			τραυματισμοί	
<b>Ω20Α-Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων</b>	1	350	Κάταγμα δοντιού	Απλή εξαγωγή δοντιού

ΚΕΝ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΦΕΚ	ΦΕΚ	ΦΕΚ
		1702/01-08-11	940/01-02-12	946/27-03-12
<b>N37A</b>	Κεφαλαλγία	335	304	200
<b>N40A</b>	Άλλες κακώσεις κεφαλής	272	248	200
<b>O23A</b>	Άλλες διαταραχές οφθαλμού	420	382	280
<b>Ω20Α</b>	Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων	557	506	350
<b>Ω31Α</b>	Αστάθεια διαταραχές ισορροπίας	444	403	403
<b>A12A</b>	Βρογχοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία	350	240	240
<b>Π26Α</b>	Σύνθετη ενδοσκόπηση πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	330	294	180
<b>Π28Α</b>	Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	290	147	150

**11.** Συμπεριλήφθησαν στα ΚΕΝ ιατρικές πράξεις που αφορούν την ΠΦΥ, και έχουν κοστολογηθεί ξεχωριστά με άλλες τιμές πρόσφατα: (ΦΕΚ946/12, ΦΕΚ 3100/11)

ΚΕΝ	ΜΔΝ	ΚΟΣΤΟΣ	ICD-10	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΦΕΚ 3100/10-12-11
-----	-----	--------	--------	------------------	----------------------

<b>A12A-Βρογχοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία</b>	<b>1</b>	<b>240€</b>	<b>Βήχας Δύσπνοια</b>	<b>Βρογχοσκόπηση</b>	<b>8€(ΠΑ 157/91)</b>
<b>Π26Α-Σύνθετη ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία</b>	<b>1</b>	<b>180 €</b>	<b>Διάφορες Διαγνώσεις</b>	<b>Ενδοσκόπηση</b>	<b>61-77€</b>
<b>Π28Α-Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία</b>	<b>1</b>	<b>150€</b>	<b>Διάφορες Διαγνώσεις</b>	<b>Ενδοσκόπηση</b>	<b>30-105€</b>
<b>Υ22Α-Εξωσωματική λιθοτριψία με κρουστικό κύμα για λίθους στην ουροποιητική οδό</b>	<b>1</b>	<b>482€</b>	<b>Διάφορες Διαγνώσεις</b>	<b>Λιθοτριψία</b>	<b>160-200€</b>

12. Δεν υπάρχουν οδηγίες για τις διαδοχικές-διακομιδές στη νοσηλεία με την ίδια ιατρική διάγνωση
13. Απροθυμία-αδυναμία από το κατάλληλο προσωπικό (διοικητικό-ιατρικό) στην εκπαίδευση της ταξινόμησης των περιστατικών νοσηλείας.
14. Ονοματολογία στα περισσότερα ΚΕΝ δυσνόητη για το ιατρικό προσωπικό
15. Αδυναμία ελέγχου από το ΣΥ για την επαναληψιμότητα των εισαγωγών για την ίδια ιατρική πράξη στην ίδια δομή η ακόμη και σε άλλη
16. Δεν υπάρχουν οδηγίες για τις νοσηλείες που αφορούν ασθενείς με πολλές ιατρικές διαγνώσεις (π.χ. πολυτραυματίες).

17. ΚΕΝ ημερήσιας νοσηλείας με υπερβολικό κόστος διότι το φάρμακο αποζημιώνεται ξεχωριστά, π.χ. Χημειοθεραπεία

18. ΚΕΝ με αιτία εισόδου η οποία δεν αναφέρεται σε ιατρικές διαγνώσεις,

38		Α.Μ. Ταμείου: 7		Κωδ. Περ/κού: 2							
Όνομα Πατρός: ΝΙ	Αρ. Εγγράφου:	Ιδιότητα: ΕΜΜΕΣΟΣ	Θέση: Γ								
Διεύθυνση:		ΑΜΚΑ: 14	Α/Α: 77								
Αρ. Εισιτηρίου:	Ημ/νία Εισιτηρίου:										
<b>Διάγνωση:</b> V19.5 -- V19.5 Επιβάτης που τραυματίζεται σε σύγκρουση με άλλα και διάφορα μηχανοκίνητα οχήματα σε τροχαίο ατύχημα											
<b>Ιατρικές Πράξεις:</b>											
Ημ/νία Εισ.	Ημ/νία Εξ. Θέση	Ημ.	Τιμή Μον.(€)	Συμ. Ταμ.(€)	Εφ. Ιατ. Πρ.(€)	ΚΕΝ(€)	Φάρμ.(€)	Υλικά(€)	Βημ.(€)	Φίλτ.(€)	Βελ.(€)
9/1/2012	10/1/2012				0,00	0,00	288,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>ΚΕΝ</b>											
Φ60X	Τραύματα χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές							2 ημ.	288,00(€)		
<b>Σύνολο Νοσηλείας(€):</b>										<b>288,00</b>	

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Το μικρό χρονικό περιθώριο μέσα στο οποίο η επιτροπή του ΥΥΚΑ λειτούργησε, υιοθετώντας και μεταφράζοντας, ένα ανεγνωρισμένο σύστημα των DRGs, δεν ήταν αρκετό για να εφαρμοσθεί ικανοποιητικά. Οι λειτουργικές αδυναμίες των ΚΕΝ, ήταν από την αρχή γνωστές στους περισσότερους που ασχολούνται με τα οικονομικά της υγείας, όμως το βάρος της οικονομικής κρίσης και οι πιέσεις των δανειστών, φαίνεται ότι δεν άφησαν κανένα περιθώριο για δεύτερες σκέψεις. Η προχειρότητα και τα λάθη είναι εμφανή όσο αφορά τη κατάταξη της ταξινόμησης των ιατρικών διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων.

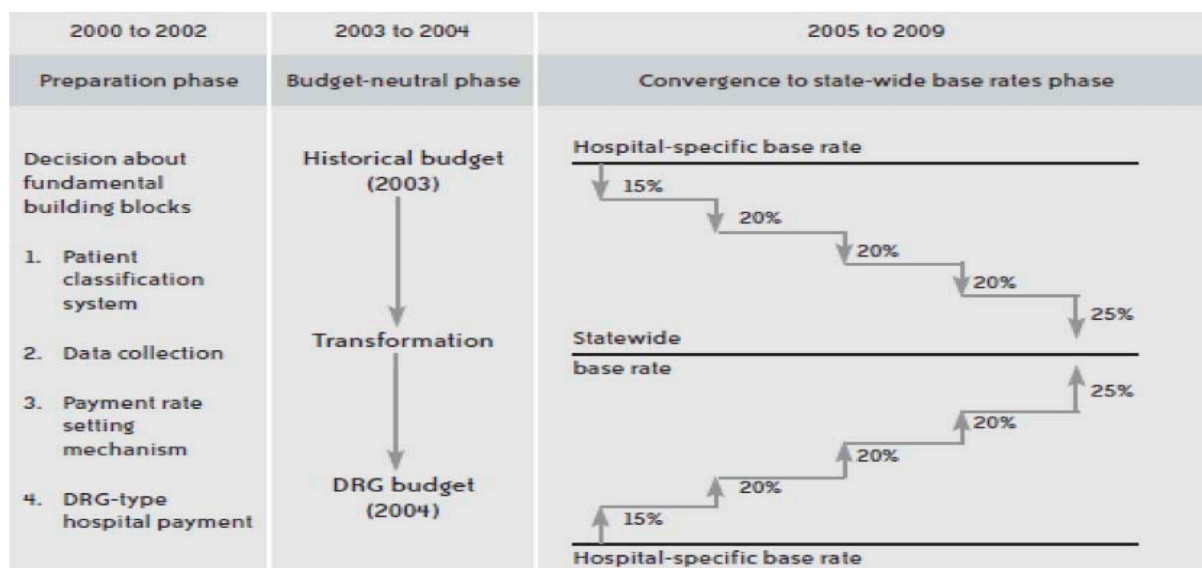
Το σύστημα των DRGs είναι ένα σύστημα δυναμικό, το οποίο χρειάζεται τουλάχιστον τα πρώτα χρόνια εφαρμογής, ελαστική μεταβατική χρονική περίοδο, προκειμένου όλοι οι πάροχοι να επιλύσουν όλες τις απορίες τους και η κεντρική ομάδα να παρεμβαίνει διορθώνοντας τα προβλήματα.

Η απουσία ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος και οργανισμού καθημερινής διαχείρισης των διαφόρων προβλημάτων, σε συνδυασμό με την ένταξη των ΚΕΝ σε νομοθετικό πλαίσιο του ΦΕΚ, καθιστούν ακόμη και σήμερα τις διάφορες διορθωτικές κινήσεις, αδύνατες.

## 2.4.2 Αποτίμηση λειτουργίας των ΚΕΝ μετά από ένα χρόνο στο Ελληνικό Σ.Υ.

Το πρώτο χρονικό διάστημα εφαρμογής του συστήματος προοπτικής αποζημίωσης με τις Ομοειδής Διαγνωστικές Πράξεις DRGs, σε όλα τα ανεπτυγμένα συστήματα Υγείας που εφαρμόστηκε υπήρξαν προβλήματα, όσο αφορά τη συλλογή των δεδομένων, την ταξινόμηση των ιατρικών πράξεων, την σύνδεση ενός αλγόριθμου διαφορετικού από κράτος σε κράτος, σύμφωνα με την ιδιαιτερότητα της υγειονομικής υποδομής κάθε χώρας, αλλά και την εκπαίδευση και συνεργασία του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού για τη σωστή καταχώρηση των κρίσιμων ιατρικών πληροφοριών. Ακόμη και σήμερα κριτική γίνεται και από τα μέλη της επιτροπής του ΥΥΚΑ που έκαναν το πόρισμα-εισήγηση, για αναστολή των ΚΕΝ στον Ιδιωτικό τομέα προκειμένου να αξιολογηθούν τα ΚΕΝ, να ολοκληρωθούν τα πληροφοριακά συστήματα, και να ακολουθηθεί η Διεθνής πρακτική.[43]

Αποτέλεσμα των παραπάνω δυσκολιών ήταν, πριν την ολοκληρωτική εφαρμογή στα ανεπτυγμένα ΣΥ, η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού λογισμικού συστήματος διασύνδεσης όλων των υγειονομικών δομών, η προαιρετική και πιλοτική εφαρμογή στις υγειονομικές δομές, η εκπαίδευση του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού για την σωστή καταχώρηση των ιατρικών πράξεων και ανάπτυξη ενός οργανισμού και ομάδας συνεχούς επίβλεψης, διόρθωσης και ένταξης νέων DRGs. Γράφημα 5 [44]



**Γράφημα 5:** Γράφημα συνολικής χρονικής εφαρμογής των ΚΕΝ

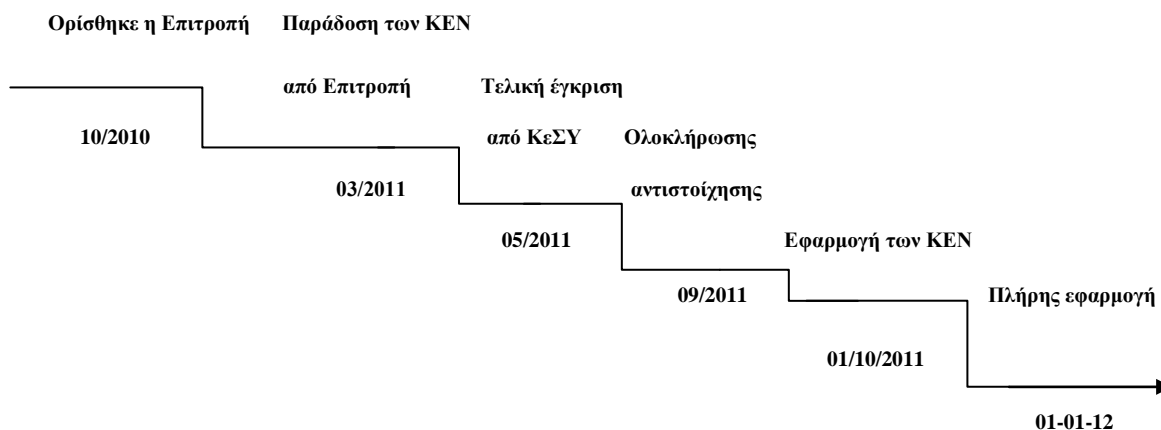
Πηγή: Quentin W., et al, 2010 [44]

Το Γερμανικό σύστημα των DRGs αρχισε να εφαρμόζεται το 2000 και μέχρι σήμερα συνεχίζει να βρίσκεται σε εξέλιξη, με συνεχή ανανέωση των DRGs, μία φορά το χρόνο, σε όλες τις κατηγορίες των παθήσεων με εξαίρεση τις ψυχιατρικές που ακόμη δεν έχουν ενταχθεί.

Είναι γνωστό ότι το Ελληνικό σύστημα Υγείας είναι από τα πλέον κοστοβόρα Ευρωπαϊκά συστήματα, με βασικό πυλώνα τη Νοσοκομειακή περίθαλψη, που απορροφά πάνω από το 50% των λιγοστών διαθέσιμων πόρων για την Υγεία.

Οι βασικοί άξονες της μεταρρύθμισης του Ελληνικού ΣΥ είναι, η ενοποίηση του κλάδου υγείας όλων των επιδοτούμενων ταμείων, με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, στην αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, στην συγχώνευση των νοσοκομείων και στην καθιέρωση της προοπτικής αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης με τα DRGs-KEN, προκειμένου να μειώσει της δημόσιες δαπάνες του ΣΥ, μέσα σε 14 μήνες, ελάχιστο χρονικό διάστημα για εφαρμογή των DRGs σε σύστημα υγείας. (Αριθμ. Απόφασης 12 της 230<sup>15</sup> Ολομ./ 16-05-2011) Γράφημα 6.

**Γράφημα 6:** Χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των Κ.Ε.Ν.



Από την μέχρι σήμερα εφαρμογή των ΚΕΝ στο ΣΥ, μπορούμε να παραθέσουμε τις βασικές ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στα DRGs και τα ΚΕΝ με σκοπό την αποτίμηση της εφαρμογής των:

**Ομοιότητες στις διαδικασίες  
εφαρμογής μεταξύ KEN-DRGs**

**Διαφορές στις διαδικασίες  
εφαρμογής μεταξύ KEN-DRGs**

<p>Η κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, έγινε λαμβάνοντας υπόψη την Διεθνή κωδικοποίηση των Νόσων ICD10 και την ταξινόμηση των ιατρικών πράξεων.</p>	<p>Η εφαρμογή των DRGs-KEN στο Ελληνικό σύστημα, έγινε με μία απλή μετάφραση των DRGs της Αυστραλίας, λαμβάνοντας υπόψη δεδομένα μόνο από μεγάλα νοσοκομεία των Αθηνών και για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.</p>
<p>Η αποζημίωση των νοσηλίων γίνεται από την τελική υποβολή του KEN-DRGs</p>	<p>Δεν υπήρξε και δεν υπάρχει ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα διασύνδεσης, καταχώρησης και επεξεργασίας των δεδομένων σε κεντρική βάση, από ένα οργανισμό και ομάδα συνεχούς επεξεργασίας των δεδομένων.</p>
<p>Έχουν στόχο τον εξορθολογισμό και τον έλεγχο των νοσηλίων</p>	<p>Υπήρξε μεγάλη απροθυμία του ιατρικού σώματος και συγχρόνως δεν υπήρξε το κατάλληλα εκπαιδευμένο διοικητικό προσωπικό για να καταχωρεί τα σωστά KEN.</p>
<p>Η πληροφόρηση επί των ιατρικών και οικονομικών δεδομένων είναι καλύτερη</p>	<p>Ο κατάλογος των KEN περιέχει ιατρικές πράξεις που αφορούν την ΠΦΥ, με μεγαλύτερο κόστος.</p>
<p>Ο έλεγχος των δαπανών νοσηλείας είναι πιο εύκολος με λιγότερη γραφειοκρατία</p>	<p>Δεν υπάρχουν KEN κοστοβόρων ιατρικών πράξεων. Στο πρώτο 9μηνο της εφαρμογής των KEN, οι κοστοβόρες διαγνωστικές εξετάσεις, όταν δεν μπορούσαν να γίνουν στο νοσοκομείο ή στη κλινική, μπορούσαν να γίνουν στον ιδιωτικό τομέα, με επιπλέον αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ</p>

<p><b>Δίνουν την δυνατότητα αξιολόγησης ανάμεσα σε όλους του πάροχους</b></p>	<p><b>Δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμη ο τρόπος αποζημίωσης της νοσηλείας όταν γίνεται διακομιδή από το ένα νοσοκομείο στο άλλο.</b></p>
<p><b>Μείωση του λειτουργικού κόστους των υπηρεσιών και ευκολότερη μέτρηση των αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων</b></p>	<p><b>Στα Ελληνικά ΚΕΝ υπάρχει η υπέρβαση ορίου Διάρκειας Νοσηλείας ως στοιχείου που επιτρέπει επί πλέον χρεώσεις σύμφωνα με το ανοικτό νοσήλιο, γεγονός που προκαλεί πληθωριστικές πιέσεις</b></p>

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

Η πρώτη κοστολόγηση των ΚΕΝ ήταν ένα γεγονός μάλλον άτυχο, όπως αποδείχθηκε από την πολύ γρήγορη αναθεώρηση τους με νέα κοστολόγηση. Τα ΚΕΝ είναι Νόμος με αποτέλεσμα να υπάρχει αντικειμενική δυσκολία αλλαγής και διόρθωσης διαφόρων λαθών, τουλάχιστον κατά το πρώτο χρονικό διάστημα εφαρμογής τους. Δεν υπάρχουν δεδομένα ηλεκτρονικά επεξεργάσιμα προκειμένου να αξιολογηθούν όλοι οι πάροχοι. Υπάρχει οικονομική επιβάρυνση του ΕΟΠΥΥ από τα ΚΕΝ της ΠΦΥ και από τις κοστοβόρες ιατρικές πράξεις που αποζημιώνονται με το ανοικτό νοσήλιο και τα υλικά με τιμολόγιο αγοράς. Η απουσία των κατάλληλα εκπαιδευμένων διοικητικών υπαλλήλων έπαιξε και παίζει ακόμη και σήμερα, καθοριστικό ρόλο.

Η καθορισμένη διάρκεια νοσηλείας πέραν της οποίας επιτρέπονται χρεώσεις με το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής, δεν δημιουργεί κίνητρα στη Διοίκηση και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την παραγωγική αξιοποίηση του χρόνου παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο. Ενδεχομένως η παρουσία εκπροσώπων των ΦΚΑ και του ΕΟΠΥΥ σε όλη τη διαδικασία, να είχαν οδηγήσει όλη τη διαδικασία των ΚΕΝ σε άλλη κατεύθυνση.

### **2.5 Οικονομικά δεδομένα νοσηλίων**

Για την καλύτερη κατανόηση των οικονομικών δεδομένων, θα παραθέσουμε κατά την κρίση μας, διάφορους πίνακες και συγκεντρωτικές καταστάσεις νοσηλίων, που θα παρουσιάζεται η

σταδιακή αναθεώρηση της κοστολόγησης των ΚΕΝ σε σύντομο χρονικό διάστημα σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.

Από την Ορθοπαιδική επιλέγουμε να παρουσιάσουμε, την αρθροπλαστική ισχίου που είναι τα τελευταία χρόνια η πιο συνηθισμένη επέμβαση ιδίως της τρίτης ηλικίας σε μεγάλο ποσοστό χρόνιων πασχόντων.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	ΦΕΚ 99/98	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΦΕΚ-DRGs 1702/11	ΕΟΠΥΥ ΚΛΙΝΙΚΕΣ +20%	ΦΕΚ-DRGs 946/12	ΕΟΠΥΥ ΚΛΙΝΙΚΕΣ +20%	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟ DRGs
Ολική αρθ/κη ισχίου με τσιμέντο	3.668€*	4.435€**	6.411€**	7.693€**	3.000€**	3.600€**	2.998€ + ΥΛΙΚΑ (Μ.Ο. 1.200€)
Ολική αρθ/κη ισχίου χωρίς τσιμέντο	4.842€*	5.345€**	6.411€**	7.693€**	3.000€**	3.600€**	2.998€ + ΥΛΙΚΑ (Μ.Ο. 1.500€)

Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τα νοσοκομεία από την 01/01/12 και για ένα μήνα το υπερβολικό αυτό κόστος και στις ιδιωτικές κλινικές επιπλέον 20% βάσει του ΕΚΠΥ.

Στην νοσηλεία που αφορούσε τους ψυχιατρικούς ασθενείς, η αποζημίωση γινόταν σύμφωνα με την πρώτη έκδοση του ΦΕΚ που αφορούσαν τα ΚΕΝ, ομάδα (ΤΚΑ 19), (ΦΕΚ 1702/01-08-2011), η οποία στην τελευταία έκδοση των ΚΕΝ καταργήθηκε και αποζημιώνεται με το ψυχιατρικό νοσήλιο και επί πλέον τα φάρμακα, (Πίνακας 26)



**Πίνακας 26:** Αναλυτική παρουσίαση του Νομοθετικού πλαισίου των ψυχιατρικών ΚΕΝ

ΚΩΔΙΚ. ΚΕΝ (*)	Νέο ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	Νέα ΜΑΝ	Νέο Κόστος ΚΥΑ 1/2/12	κόστος ανά ΚΕΝ ΚΥΑ 1/10/11
TKA 19	Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ)			
Ψ20Α	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών με ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ημερήσια νοσηλεία	1	148 €	148 €
Ψ40Α	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών χωρίς ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ημερήσια νοσηλεία	1	140 €	140 €
Ψ41Α	Σχιζοφρένεια	21	3.066 €	3.066 €
Ψ42Μ	Παράνοια και οξεία ψυχωσική διαταραχή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές ή με νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας	15	3.268 €	3.268 €
Ψ42Χ	Παράνοια και οξεία ψυχωσική διαταραχή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές χωρίς νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας	8	1.331 €	1.331 €
Ψ43Α	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	14	2.568 €	2.568 €
Ψ44Α	Άλλες συναισθηματικές και σωματόμορφες διαταραχές	7	1.152 €	1.152 €
Ψ45Α	Αγχώδεις διαταραχές	4	965 €	965 €
Ψ46Α	Διαταραχές στη λήψη τροφής και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	20	4.171 €	4.171 €
Ψ47Α	Διαταραχές προσωπικότητας και οξείες αντιδράσεις	6	1.214 €	1.214 €
Ψ48Α	Ψυχικές διαταραχές παιδικής ηλικίας	10	3.261 €	3.261 €

κόστος ανά ΚΕΝ ΚΥΑ  
01/03/12

**Ψυχιατρικό νοσήλιο  
και Φάρμακα**

Γεγονός που από 01-10-11 τα νοσοκομεία τιμολογούσαν τα ταμεία και από 01-01-12 και μέχρι την αναστολή τους, ο ΕΟΠΥΥ αποζημίωνε τους ιδιωτικούς παρόχους και επί πλέον με 20%, των ΚΕΝ. π.χ. το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. [45]

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>	<b>09/11</b>	<b>10/11</b>
<b>Ψυχιατρικό Νοσ. Θεσσαλονίκης</b>	<b>(83 Ασθενείς)</b>	<b>(72)</b>
	<b>93.338€</b>	<b>161.873€</b>

Πηγή : ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, έγγραφο (2011) [45]

**Και οι ιδιωτικές κλινικές,**

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	A.M.	ΑΜΚΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΤΜΗΜΑ	ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ Ή ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ	ΗΜ. ΕΞΟΔΟΥ	Κ.Ε.Ν. (ΚΩΔΙΚΟΣ)	ΠΟΣΟ Κ.Ε.Ν.	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΠΕΡΑΝ Μ.Α.Ν.	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
126	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ				Ψυχιατρικό	01/01/2012	Παράμεινα	N24M	0,00 €	31	40,75 €	1.263,25 €	27,51 €					1.290,76 €
127	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ				Ψυχιατρικό	01/01/2012	Παράμεινα	N24M	0,00 €	31	40,75 €	1.263,25 €	38,93 €					1.302,18 €
128	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ				Ψυχιατρικό	01/01/2012	26/01/2012	N24M	0,00 €	25	40,75 €	1.018,75 €	58,97 €					1.077,72 €
129	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ				Ψυχιατρικό	01/01/2012	Παράμεινα	N24M	0,00 €	31	40,75 €	1.263,25 €	41,50 €					1.304,75 €
130	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ				Ψυχιατρικό	01/01/2012	Παράμεινα	N24M	0,00 €	31	40,75 €	1.263,25 €	33,83 €					1.297,08 €
									<b>Γενικά Σύνολα</b>	<b>38.017,20 €</b>	<b>3478</b>	<b>141.728,50 €</b>	<b>4.202,81 €</b>					<b>183.948,31 €</b>

Ο Διευθυντής της Κλινικής Ψυχιατρικής

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	A.M.	ΑΜΚΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΤΜΗΜΑ	ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ Ή ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ	ΗΜ. ΕΞΟΔΟΥ	Κ.Ε.Ν. (ΚΩΔΙΚΟΣ)	ΠΟΣΟ Κ.Ε.Ν.	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΠΕΡΑΝ Μ.Α.Ν.	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
1	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	02/02/2012	Παράμεινα	N24M	2.866,80 €	28	40,75 €	1.141,00 €	14,76 €					4.022,56 €
2	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	31/01/2012	28/02/2012	N20A	439,20 €	26	40,75 €	1.059,50 €	94,17 €					1.592,87 €
3	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	23/01/2012	23/02/2012	N24M	2.866,80 €	18	40,75 €	733,50 €	54,19 €					3.654,49 €
4	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	24/01/2012	Παράμεινα	N24M	2.866,80 €	24	40,75 €	978,00 €	30,91 €					3.875,71 €
5	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	26/01/2012	Παράμεινα	N24M	2.866,80 €	22	40,75 €	896,50 €	18,20 €					3.781,50 €
6	ΚΑΤΣΑΚΙΩΝ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	24/01/2012	Παράμεινα	N24M	2.866,80 €	24	40,75 €	978,00 €	65,28 €					3.910,08 €
7	ΜΟΝΤΑΝΟΥ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	24/01/2012	11/02/2012	X41A	3.679,20 €	0	40,75 €	0,00 €	6,95 €					3.686,15 €
8	ΜΙΛΙΤΣΑ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	04/02/2012	Παράμεινα	X41A	3.679,20 €	26	40,75 €	1.059,50 €	56,25 €					4.794,95 €
9	ΣΑΥΤΙΔΟΥ			ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	27/01/2012	09/02/2012	N24M	2.866,80 €	0	40,75 €	0,00 €	16,51 €					2.883,31 €
									<b>Γενικά Σύνολα</b>	<b>24.998,40 €</b>	<b>168</b>	<b>6.846,00 €</b>	<b>357,22 €</b>					<b>32.201,62 €</b>

Ο Διευθυντής της Κλινικής Ψυχιατρικής

**Κλινική ψυχιατρική που έκανε χρήση των ΚΕΝ τον 01/01/12 Ασθενείς 139, και κόστος 216.149€**

Πηγή: Αρχείο ΕΟΠΥΥ (2012)

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	A.M.	ΑΜΚΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΤΜΗΜΑ	ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ Ή ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ	ΗΜ. ΕΞΟΔΟΥ	Κ.Ε.Ν. (ΚΩΔΙΚΟΣ)	ΠΟΣΟ Κ.Ε.Ν.	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΠΕΡΑΝ Μ.Α.Ν.	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΣ Κ.Ε.Ν.	ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
130	ΚΟΥΣΙΝ ΟΥΛΟΥ ΜΟΥΖΑΦΟΥΡ	3601200044	23073500995	ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	01/01/2012	02/02/2012		1	40,75 €	40,75 €	1,51 €						42,26 €
131	ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	4100105185	11033602555	ΟΓΑ	Ψυχιατρικό	01/01/2012	Παράμεινα		29	40,75 €	1.181,75 €	30,77 €						1.212,52 €
									<b>Γενικά Σύνολα</b>	<b>3221</b>	<b>131.255,75 €</b>	<b>4.208,18 €</b>						<b>135.463,93 €</b>

**Ίδια κλινική με τον ίδιο αριθμό ασθενών χωρίς ΚΕΝ, Ασθενείς 131, και κόστος 135.463€** Πηγή: Αρχείο ΕΟΠΥΥ (2012)

Στις νοσηλείες που αφορούσαν ασφαλισμένους για επεμβάσεις καταρράκτη τα ΚΕΝ στην πρώτη έκδοση ΦΕΚ 1702/2011, ΤΚΑ 02- 016Α είχαν κόστος 592€, και με το ΦΕΚ 946/2012, 466€. Οι κλινικές τον 01-12 αποζημιωνόντουσαν από τον ΕΟΠΥΥ με επιπλέον 20%, Πίνακας 27.

**Πίνακας 27:** Εξέλιξη του κόστους της αποζημίωσης για καταρράκτη στην ίδια ιδιωτική κλινική

ΠΛΗΘΟΣ	01/12	Μ.Ο.	ΠΛΗΘΟΣ	02/12	Μ.Ο.	ΠΛΗΘΟΣ	03/12	Μ.Ο.
259	212.493€	820€	263	133.580€	508€	447	220.770€	493€

Πηγή: Αρχείο ΕΟΠΥΥ (2012)

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με το σχετικό Εγγραφό του καθόριζε ανώτατη αποδιδόμενη τιμή για τα υλικά μέχρι 350€ επιπλέον ΦΠΑ, και συνολικό κόστος νοσηλείας 595€

### 2.5.1 Συνολική ετήσια αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ στις Ιδιωτικές Κλινικές

Ο ΕΟΠΥΥ την 01-01-12 ήταν ο καθολικός διάδοχος όλων των συμβάσεων που είχαν οι ιδιωτικές κλινικές με τους ενταχθέντες ΦΚΑ και για όλα τα τμήματά τους, αρχικά του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ και σταδιακά όλων των εντασσομένων ασφαλιστικών ταμείων, δηλ. του ΤΑΥΤΕΚΩ, ΟΙΚΟ ΝΑΥΤΟΥ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΜ-ΜΜΕ με αποτέλεσμα στο τέλος του 2012 να είναι το «μονοψώνιο» αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Παραθέτουμετα οικονομικά δεδομένα των απαιτήσεων αποζημίωσης των γενικών και ψυχιατρικών ιδιωτικών κλινικών ανα μήνα, προκειμένου να είναι σαφής και ο επηρεασμός της αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ, σε συνάρτηση με τις ανακοστολογήσεις των ΚΕΝ, και τις τροποποιήσεις του ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ.

	01/12*	02/12*	03/12	04/12	05/12	06/12
<b>ΙΔ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	-----	-----	38.529.959	35.205.233	45.424.458	43.317.175
<b>ΙΔ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ</b>	-----	-----	6.703.244	6.944.047	7.606.768	7.051.517

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>63.486.396</b>	<b>58.815.469</b>	<b>45.233.203</b>	<b>42.149.280</b>	<b>53.031.226</b>	<b>50.368.692</b>

\*Δεν υπάρχουν αναλυτικά τα δεδομένα περιλαμβάνονται και κέντρα κλειστής αποκατάστασης

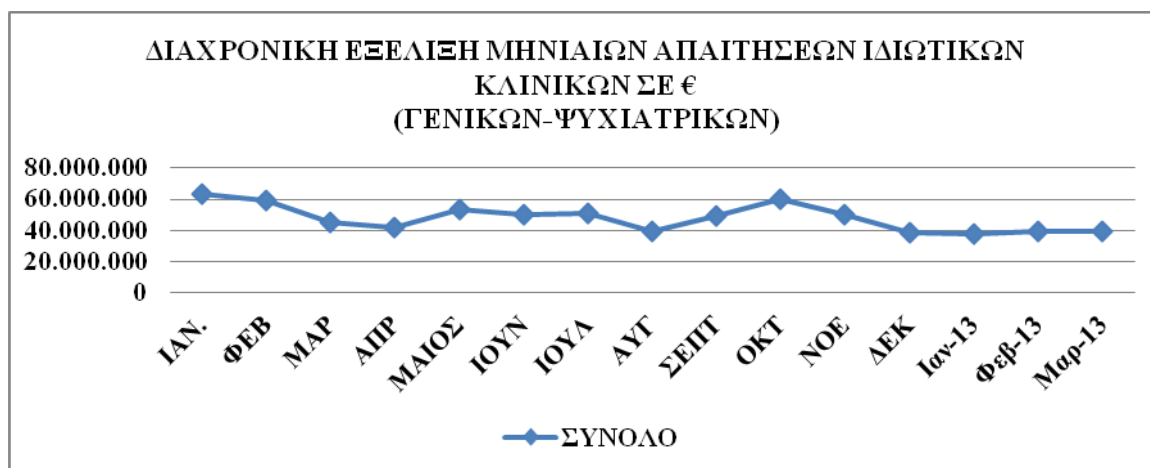
Τον 02/12 ΔΕΝ ίσχυαν τα ΚΕΝ

	07/12	08/12	09/12	10/12	11/12**	12/12**
<b>ΙΑ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	43.402.421	32.464.537	42.191.682	52.861.294	43.276.797	31.837.257
<b>ΙΑ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ</b>	7.379.660	7.238.636	6.987.615	6.794.970	6.691.523	6.857.742
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>50.782.081</b>	<b>39.703.173</b>	<b>49.179.297</b>	<b>59.656.264</b>	<b>49.968.320</b>	<b>38.694.999</b>

\*\*Εφαρμόζεται ο νέος ΕΚΠΥ, με συμμετοχή των ασφαλισμένων από 18/11/12

	01/13	02/13	03/13*
<b>ΙΑ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ</b>	31.066.833	32.896.002	32.538.654
<b>ΙΑ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ</b>	7.014.988	6.813.844	6.844.698
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>38.081.821</b>	<b>39.709.846</b>	<b>39.383.352</b>

Μη δημοσιευμένα δεδομένα του ΕΟΠΥΥ, ενημέρωση 25-05-2013



**Διάγραμμα 16:** Διαχρονική εξέλιξη μηνιαίων απαιτήσεων ιδιωτικών κλινικών

Το συνολικό κόστος των απαιτήσεων του 2012, που αφορούσε τα νοσήλια των ιδιωτικών κλινικών, γενικών ψυχιατρικών και κέντρων αποκατάστασης κλειστής περίθαλψης ήταν 704.512.720 €. Οι νοσηλείες των ασφαλισμένων με ημερομηνία εισαγωγής το 2012 και ημερομηνία εξόδου το 2013 αποζημιώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ και όχι από τους τέσσερις ΦΚΑ που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

Δεν υπάρχει ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα υποβολής των νοσηλίων παρα μόνο ηλεκτρονική υποβολή του εισιτηρίου και του εξιτηρίου. Οι αποζημιώσεις των νοσηλίων στις κλινικές τον Ιανουάριο, έγιναν, σύμφωνα με τα ΚΕΝ και επιπλέον 20%, τον Φεβρουάριο με το ανοικτό ημερήσιο και το συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο «πακέτο», οσες κλινικές είχαν την ανάλογη σύμβαση. Από τον Μάρτιο οι γενικές κλινικές αποζημιώνονταν με τα νέα ΚΕΝ και με επιπλέον 20% για συγκεκριμένα ΚΕΝ σύμφωνα με τη σύμβαση τους. Οι ψυχιατρικές κλινικές με το ημερήσιο ειδικό νοσήλιο των ψυχιατρικών κλινικών ανάλογα και τον τύπο της σύμβασης, δηλ. εάν η φαρμακευτική αγωγή ήταν μέσα στο νοσήλιο ή όχι.

Από τα μέσα του Νοέμβρη που εφαρμόστηκε ο νέος κανονισμός του ΕΟΠΥΥ, με συμμετοχή των ασφαλισμένων, φαίνεται να υπάρχει αποκλιμάκωση των απαιτήσεων των ιδιωτικών παρόχων, λαμβάνοντας υπόψη και την οικονομική κρίση που σήμερα υπάρχει στη χώρα.

Από έναν τυχαίο δειγματοληπτικό έλεγχο σε υποβληθείσες συγκεντρωτικές καταστάσεις που έγινε σε διάφορες κλινικές, βρέθηκαν χρεώσεις σε ασφαλισμένους, με διπλά και τριπλά ΚΕΝ, μεγάλες υπερβάσεις της ΜΔΝ, υπερβολικός αριθμός μονοήμερων ΚΕΝ, χρεώσεις οι οποίες χρήζουν περαιτέρω έλεγχο.

Τα βασικά ευρήματα από την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων ήταν :

**Για το 25% των νοσηλειών, τα στοιχεία κόστους που αφορούν πρόσθετες υπηρεσίες (δεν περιλαμβάνεται στο ΚΕΝ) έχουν χρεωθεί.**

**Το κόστος των εν λόγω υπηρεσιών αντιπροσωπεύει το 22% του συνολικού ποσού που χρεώνεται στον ΕΟΠΥΥ από τα νοσοκομεία-κλινικές**

**13% των περιπτώσεων αντιμετωπίζονται σε μια κλινική την ημέρα και το 45% έχει**

**μόνο μία διανυκτέρευση.**

**Το μέρος του κόστους αυτών των υποθέσεων στο συνολικό κόστος είναι περίπου 20%.**

Πηγή: ΕΟΠΥΥ

Η βασική υπόθεση της απόρριψης, όπως ιατρικά αδικαιολόγητο το 50% των εντοπισθέντων παραπάνω στοιχείων που αφορούν νοσήλια, σε ένα ετήσιο τιμολόγιο συνολικού ποσού των 588 εκατ. € από τους Ιδιώτες παρόχους περίθαλψης για τον ΕΟΠΥΥ είναι περίπου 50 εκατ. €

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Οι συμβάσεις που είχαν οι ιδιωτικές κλινικές εστω με έναν ΦΚΑ που εντάχθηκε στον ΕΟΠΥΥ, επεκτάθηκαν και ίσχυσαν στον ΕΟΠΥΥ από 01-01-12 για όλα τα τμηματά της κλινικής και τις κλίνες, γιατί ο ΕΟΠΥΥ είναι ο καθολικός διάδοχος των ενταχθέντων ΦΚΑ (Ν 3819/11). Οι αποζημιώσεις των ψυχιατρικών παθήσεων με ΚΕΝ και το επιπλέον 20% σε όλα τα ΚΕΝ, τον Ιανουάριο απεδείχθει ότι ήταν λάθος και ζημίωσε οικονομικά τον ΕΟΠΥΥ. Το παράρτημα των συμβάσεων που αφορούσε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις από τον Μάρτιο και μετά, με αποζημίωση 20% επιπλέον των ΚΕΝ, του ΕΟΠΥΥ με τις κλινικές φαίνεται ότι λειτούργησε ως «επιπλέον» χρηματοδότηση των αποζημιώσεων από τον ΕΟΠΥΥ, αυτό φαίνεται από τα νοσήλια του Μαΐου, Ιουνίου, Ιουλίου, λαμβάνοντας υπόψη και την ένταξη του Οίκου του Ναυτου (01/04/12) και του ΤΑΥΤΕΚΩ (01/05/12).

Η παρατηρούμενη μείωση των απαιτήσεων για νοσηλείες μετά την εφαρμογή του νέου ΕΚΠΥ είναι σαφής, λαμβάνοντας υπόψη δύο σημαντικούς παράγοντες που είναι: ο Δεκέμβριος, που είναι μήνας των έορτων και συνήθως οι προγραμματισμένες νοσηλείες δεν γίνονται και η οικονομική κρίση.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2010 δαπάνησε για νοσηλείες ασφαλισμένων του, σε ιδιωτικές κλινικές 405.962.198€, όταν το κόστος των υγειονομικών υλικών ακόμη σχετικά υψηλά, ενώ ο ΕΟΠΥΥ θα αποζημιώσει περίπου 704.512.720€ το 2012, σχεδόν για τα 2/3 ολόκληρου του πληθυσμού.

Ίσως εάν ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει εγκαίρως τα νοσήλια με ενδεδειγμένη ημερήσιο έλεγχο όλων των απαιτήσεων των παρόχων και ασκούσε πολιτική «μονοψώνιου» στην αγορά, θα μπορούσε να μειώσει και άλλο τις συνολικές αποζημιώσεις στις ιδιωτικές κλινικές.

## 2.6 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Η αλλαγή του αναχρονιστικού τρόπου αποζημίωσης των παρόχων της νοσοκομειακής περίθαλψης, έγινε κάτω από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες και κάτω από την πίεση των δανειστών. Γεγονός το οποίο επέβαλλε στην πολιτική ηγεσία των συναρμοδίων υπουργείων, να εφαρμόσουν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης. Η επιτροπή που ανέλαβε το έργο της εκπόνησης μελέτης, υιοθέτησε το αυστραλιανό σύστημα DRGs το οποίο και μετάφρασε και συνέκρινε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις με αντίστοιχες Ελληνικές, που από το 1998 αποζημιώνονταν με το συνολικό κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο. Είναι γνωστό ότι η πολιτική ηγεσία του ΥΥΚΑ δεν έκανε διακρατική συμφωνία για να χρησιμοποιήσει τους σχετικούς αλγόριθμους και τους δείκτες βαρύτητας των κοστολογημένων ιατρικών πράξεων, της Αυστραλίας προκειμένου να τους αξιοποιήσει, με αποτέλεσμα να υπάρχουν λάθη από τον πρώτο κατάλογο των Κ.Ε.Ν.

Στο Δελτίο τύπου του Γ.Γ του ΥΥΚΑ με ημερομηνία 24-10-11, αναφέρει ότι «με βάση το πόρισμα της πρώτης επιτροπής για την διερεύνηση της εφαρμογής των DRGs στο ΕΣΥ, το σύνολο των εκτιμώμενων εσόδων εσωτερικών ασθενών είναι το ίδιο με το προηγούμενο σύστημα, το οποίο βελτιώνει τεχνικά τον έλεγχο και μειώνει τη γραφειοκρατία. Επιπλέον έσοδα προβλέπονται από συμβάσεις με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες»

Από το ενημερωτικό σημείωμα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σε διάφορα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν προέκυπτε το ανάλογο συμπέρασμα, τουλάχιστον κατά την πρώτη περίοδο εφαρμογής των ΚΕΝ, (Πίνακας 28).

**Πίνακας 28:** Συνοπτική παρουσίαση εξέλιξης του κόστους πριν και μετά την εφαρμογή των ΚΕΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (αριθμός ασθενών)	09/11	10/11	11/11
<b>ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ</b>	(311) 92.973€	(381) 215.084€	
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ</b>	(220) 101.000€	(268) 209.724€	
<b>ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>	(715) 230.784€	(708) 450.553€	(772) 509.284€

<b>ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>	(528) 263.558€	(523) 663.765€	
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ* ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>	(83) 93.338€	(72) 161.873€	
<b>ΓΕΝΙΚΟ Ν. Η ΕΛΠΙΣ, ΑΘΗΝΑ</b>	(508) 271.082€	(548) 506.756€	
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΤΑΣ</b>	(318) 194.22€	(262) 306.732€	
<b>ΒΟΛΟΥ**</b>	451.320€	796.688€	
<b>ΑΓΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ**</b>	524.260€	786.120€	
<b>ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ**</b>	224.940€	365.410€	

\*Τα ΚΕΝ που αφορούν τις διανοητικές ασθένειες και δυσλειτουργίες (X)-ΤΚΑ 19, η χρήση αλκοόλ/ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών (I) ΤΚΑ20, και Τραυματισμοί δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (Φ), ΤΚΑ21, στην αρχική κοστολόγηση υπήρχαν ΚΕΝ, ενώ στο τελευταίο αποζημιώνεται το ψυχιατρικό νοσήλιο και επιπλέον τα φάρμακα.

Πηγή : \*ΙΚΑ-ΕΤΑΜ,( 2011), [45] \*\* Φούρα Γ. 2011,[46]

Το 2011 ήταν φανερό ότι στο σύστημα υγείας υπάρχει έντονος εξορθολογισμός των ιατρικών υλικών, όμως με την εφαρμογή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία εσπευσμένα με τις συγκεκριμένες κοστολογήσεις και χωρίς να περιλαμβάνεται η μισθοδοσία του προσωπικού, το κόστος της συνολικής αποζημίωσης από τα ταμεία θα ήταν υψηλό. Οι υπηρεσίες των ταμείων είχαν ενημερώσει έγκαιρα, τόσο τις διοικήσεις των ταμείων αλλά και την διοίκηση του ΕΟΠΥΥ, όσο αφορά την έλλειψη ΚΕΝ που αφορούν κοστοβόρες ιατρικές πράξεις, ΚΕΝ με ασαφείς ιατρικές διαγνώσεις, διαγνώσεις που παραπέμπουν σε περισσότερα του ενός ΚΕΝ, για την ύπαρξη στα περισσότερα ΚΕΝ του ασαφούς όρου, «συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές» η «καταστροφικές παθήσεις», πως θα γίνεται η χρέωση στα ταμεία σε περιπτώσεις διακομιδής του ασθενούς από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, επιπλέον ανέφεραν παραδείγματα νοσηλείων με υπερκοστολόγηση και νοσηλείες με διαγνώσεις ΠΦΥ. Υπογράμμιζαν τον έντονο προβληματισμό τους για την εφαρμογή των ΚΕΝ στις ιδιωτικές κλινικές με προσαύξηση 20% , πριν δοκιμασθούν πλήρως στα νοσοκομεία και διορθωθούν. Η εφαρμογή των ΚΕΝ στον ιδιωτικό τομέα πρέπει να διασφαλίζεται και από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.[46]

Οι 25 ιατρικές επιτροπές που επανεξέτασαν τα ΚΕΝ διαπίστωσαν λάθη στη ΜΔΝ και «ακατανόητη ονοματολογία» και τα μισά ΚΕΝ αλλάζουν σύμφωνα με τον Γενικό Γραμματέα ΥΥΚΑ, αναθεωρώντας τις τιμές που ήταν «κραυγαλέες» όπως για την



βρογχοσκόπηση από 1.910€ θα κοστίζει 250€! Επίσης οι ελεγκτές των ταμείων διαπίστωσαν την πραγματοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων σε νοσηλείες που αφορούν τα ΚΕΝ, να πραγματοποιούνται σε ιδιωτικά και αποζημιώνονται επιπλέον από τα ΚΕΝ από τα ταμεία. [47] Είναι γνωστό ότι αρκετά δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές δεν έχουν τον κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό για την διενέργεια διαγνωστικών πράξεων όπως CT, MRI, κ.α. που απαιτούνται κατά την νοσηλεία των ασθενών με ΚΕΝ, με αποτέλεσμα αυτές να διενεργούνται εκτός υγειονομικής δομής και τα σχετικά τιμολόγια να αποζημιώνονται από το ταμείο σύμφωνα με την εγκύκλιο του Γ.Γ. του ΥΥΚΑ. [48] Γεγονός που το ασφαλιστικό ταμείο αποζημιώνει και το (τα) ΚΕΝ αλλά επιπλέον και τις κοστοβόρες διαγνωστικές πράξεις που κανονικά θα έπρεπε να περιλαμβάνονται στο ΚΕΝ και επιπλέον πιθανόν να υπήρχε και προκλητή ζήτηση. Η παραπάνω στρέβλωση με νέα απόφαση του Γ.Γ. του ΥΥΚΑ τον Σεπτέμβριο του 2012 καταργήθηκε και για την επίλυση των παρόμοιων προβλημάτων, τα νοσοκομεία αλληλοχρεώνονται και αποζημιώνονται οι ιδιωτικοί πάροχοι για τις εξετάσεις από το νοσοκομείο. [49]

Έγινε νέα αναπροσαρμογή των ΚΕΝ και από 01-02-12 ισχύουν με μειωμένο συνολικό κοστολόγιο 10% και πλέον, και για το διάστημα από 01-02-12 έως 29-02-12 η έκπτωση προς τα ασφαλιστικά ταμεία θα είναι 30% για τα νοσοκομεία. [50]

Η απουσία ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος καταχώρησης όλων των δεδομένων που αφορούν κάθε νοσηλεία, όπως ιατρική διάγνωση σύμφωνα με το ICD-10, αναλυτικός κατάλογος του κόστους των φαρμάκων, των ιατρικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, την απαιτούμενη σε ημέρες παραμονή των ασθενών, την βαρύτητα του περιστατικού, τα δημογραφικά δεδομένα, προκειμένου να ταξινομηθούν σε ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες του Ελληνικού συστήματος υγείας, αποτελεί ένα μεγάλο μειονέκτημα τους συστήματος, που εφαρμόζεται μέχρι σήμερα.

Η απουσία οργανισμού και ομάδας συνεχούς παρακολούθησης των προβλημάτων, είναι από τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος των ΚΕΝ, διότι το σύστημα των DRGs-ΚΕΝ είναι ένα σύστημα δυναμικό και χρειάζεται συνεχής αξιολόγηση των δεδομένων, όχι μόνο για τα ήδη ενταγμένα ΚΕΝ αλλά και να εντάσσουν καινούργια τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο. Σήμερα μετά από ένα χρόνο και πλέον εφαρμογής των ΚΕΝ να μην έχουν διορθωθεί προβλήματα που αφορούν την διάγνωση και τις ιατρικές πράξεις, καθώς και δεν έχουν ενταχθεί νέα.

Η αρχική υπερβολική κοστολόγηση σχεδόν όλων των ΚΕΝ τους πρώτους μήνες εφαρμογής, σε συνδυασμό με την επιπλέον ιδιαιτερότητα αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ με 20% λόγω

ΕΚΠΥ, η δυνατότητα χρέωσης 1½ ΚΕΝ σε ασθενείς που είχαν περισσότερες από μια διαγνώσεις, η πραγματοποίηση κοστοβόρων εξετάσεων στον ιδιωτικό τομέα και η αποζημίωση και του ΚΕΝ και των διαγνωστικών εξετάσεων από τον ΕΟΠΥΥ και η ένταξη ΚΕΝ – DRGs που αφορούσαν τον ψυχιατρικό τομέα, καθόρισαν το υπερβολικό μέγεθος αποζημίωσης των νοσηλίων από τον ΕΟΠΥΥ.

Μετά το πρώτο τρίμηνο του 2012, με το τελευταίο ΦΕΚ 946/12 και την τροποποίηση του ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ καθώς και την έκπτωση 30% μέχρι 30/06/2012 από τα Δημόσια Νοσοκομεία προς τον ΕΟΠΥΥ, και η κατάργηση του επιπλέον 20% στα ΚΕΝ στις ιδιωτικές κλινικές, βελτιώθηκε η συνολική αποζημίωση των νοσηλίων, παραμένει όμως η δυνατότητα χρέωσης 1½ ΚΕΝ, καθώς και η αποζημίωση των κοστοβόρων εξετάσεων με ανοικτό ημερήσιο νοσήλιο και τα υλικά με τιμή παρατηρητηρίου ή τιμολόγιο αγοράς.

Ο ΕΟΠΥΥ με το πρόσθετο παράρτημα των συμβάσεων με τις ιδιωτικές κλινικές, αποζημιώνει μέχρι σήμερα συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις με επιπλέον 20%.

Η τροποποίηση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ τον Νοέμβριο του 2012, με την καθιέρωση συμμετοχής για όλους τους ασφαλισμένους για τις νοσηλείες σε Ιδιωτικές Κλινικές, συνέβαλε μαζί με την σημερινή δύσκολη οικονομική συγκυρία, στην σημαντική μείωση του κόστους των νοσηλίων στις Ιδιωτικές Κλινικές.

Όμως τα προβλήματα που αφορούν την έλλειψη Οργανισμού και ομάδας συνεχούς παρακολούθησης - αξιολόγησης και επακοστολόγησης των ιατρικών πράξεων δημιουργούν ακόμη και σήμερα μεγάλα προβλήματα.

Ο καθορισμός ΜΔΝ δημιουργεί πληθωριστικές πιέσεις και δεν παρακινεί όλους τους εμπλεκόμενους, (Διοίκηση Νοσοκομείου, Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) για μείωση της παραμονής των ασφαλισμένων, χαρακτηριστική διαφορά από τα άλλα συστήματα υγείας που εφαρμόζουν το σύστημα των DRGs.

Οι παραπάνω ιδιαιτερότητες, χαρακτηρίζουν τα Ελληνικά ΚΕΝ-DRGs ως ένα «είδος συστήματος των DRGs», το οποίο χρειάζεται άμεση αναθεώρηση και επανασχεδιασμό.

## Κεφάλαιο τρίτο

### 3. Στατιστική ανάλυση επί πραγματικών περιστατικών νοσηλείας που υποβλήθηκαν προς αποζημίωση με την μέθοδο των DRGs-KEN από ιδιωτικά νοσοκομεία προς τον ΕΟΠΥΥ.

#### 3.1. Μεθοδολογία και εισαγωγικές πληροφορίες

Μετά από σχετικό αίτημα, ο ΕΟΠΥΥ έδωσε την δυνατότητα αξιοποίησης των στοιχείων που αφορούσαν στην υποβολή, από πλευράς όλων των ιδιωτικών νοσοκομείων της επικράτειας, των αναλυτικών χρεώσεων για το έτος 2012, που έγιναν βάσει συστήματος των KEN, διά μέσου της στατιστικής επεξεργασίας των ποσοτικών δεδομένων που περιελάμβαναν τα αρχεία των υποβληθεισών χρεώσεων.

Το στατιστικό υλικό που περιελάμβαναν τα αρχεία αυτά εμπεριείχε σημαντικές πληροφορίες για το κύριο αντικείμενο μελέτης αυτής της εργασίας, και αφορούσε στις βασικές παραμέτρους νοσολογικού, δημογραφικού και οικονομικού χαρακτήρα, των διαγνωστικών περιπτώσεων που νοσηλεύτηκαν στα ιδιωτικά νοσοκομεία κατά τη περίοδο αυτή.

Η πρωτογενής μορφή των δεδομένων που περιείχαν τα αρχεία που διατέθηκαν ανά ιδιωτικό νοσοκομείο και ανά μήνα υποβολής των χρεώσεων για KEN ήταν η παρακάτω:

ΑΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
Α.Μ.
ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ
ΕΙΣΟΔΟΥ Η ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗ
ΗΜ. ΕΞΟΔΟΥ
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΙΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ
ΔΑΠΑΝΗ ΥΛΙΚΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΔΑΠΑΝΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Υπολογίζεται ότι το σύνολο των υποβληθεισών χρεώσεων (αριθμός νοσηλευθέντων περιστατικών ) από ιδιωτικά νοσοκομεία για το 2012 ήταν περίπου 100.000, ενώ η αντίστοιχη δαπάνη για τον ΕΟΠΥΥ ξεπερνά τα 700 εκατομμύρια Ευρώ.

Ο στόχος της παρούσας στατιστικής μελέτης ήταν να υπολογίσει πως διαμορφώνονται κατά την περίοδο αυτή ορισμένα κρίσιμα μεγέθη, που θα πρέπει να αποτελέσουν και τους «δείκτες» παρακολούθησης των νοσοκομειακών αποζημιώσεων με ΚΕΝ. Τα μεγέθη αυτά αναφέρονται σε σημαντικά ποιοτικά χαρακτηριστικά για την αξιολόγηση του συστήματος πληρωμών με ΚΕΝ, όπως είναι το μίγμα περιστατικών που νοσηλεύονται (case mix), το συνολικό και μέσο κόστος χρεώσεων ανά περιστατικό, το ποσοστό και το μέγεθος των υπερβάσεων της προβλεπόμενης μέσης διάρκειας νοσηλείας ανά διαγνωστική περίπτωση, το ποσοστό δαπάνης εκτός ΚΕΝ ανά κατηγορία δαπάνης. Επίσης η ανάλυση του ειδικού προφίλ κάθε νοσοκομείου αλλά και κάθε κλινικής ειδικότητας σε σχέση με τις παραπάνω παραμέτρους, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί μπορεί να φωτίσει το βαθμό σύγκλισης που επέφερε η εισαγωγή των DRGs στην κλινική και οικονομική διαχείριση των περιστατικών νοσηλείας από πλευράς παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών και να οριοθετήσει το μέγεθος και την συχνότητα των ειδικών στατιστικών περιπτώσεων (outliers).

Για την στατιστική ανάλυση επιλέχθηκαν τα δεδομένα από όλα τα περιστατικά νοσηλείας 11 ιδιωτικών νοσοκομείων και για τρεις ξεχωριστούς μήνες του έτους 2012 (Ιανουάριος, Απρίλιος, Ιούλιος). Το δείγμα το νοσοκομείων προέκυψε από τυχαία επιλογή των νοσοκομείων αφού αυτά χωρίστηκαν σε κατηγορίες με την εξής αναλογία:

#### A. Γενικά Νοσοκομεία:

Δύο νοσοκομεία υψηλής δυναμικότητας κλινών (άνω των 300 κλινών) με πλήρη ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ένα από την Αθήνα και ένα από την Θεσσαλονίκη: Νοσοκομεία A1 και A2 του δείγματος.

Τρία νοσοκομεία μεσαίας δυναμικότητας (μικρότερης των 100 κλινών) με επαρκή ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό της περιοχής των Αθηνών-Πειραιώς : Νοσοκομεία B1, B2 και B3 του δείγματος

Τρία νοσοκομεία χαμηλής δυναμικότητας και με ελλιπή ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Επιλέχθηκε ένα νοσοκομείο από περιοχή Αθηνών, και δύο επαρχιακά νοσοκομεία: Νοσοκομεία Γ1, Γ2 και Γ3 του δείγματος.

**Β. Ειδικά Νοσοκομεία:**

Ένα Ειδικό Καρδιοχειρουργικό Κέντρο περιοχής Αθηνών υψηλών προδιαγραφών: Νοσοκομείο Κ1 του δείγματος.

Δύο Οφθαλμολογικά νοσοκομεία, ένα από περιοχή Αθηνών και ένα από επαρχία : Νοσοκομεία Ο1 και Ο2 του δείγματος.

Δεν συμπεριελήφθησαν στο δείγμα, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Κέντρα Αποκατάστασης, και Μονάδες Αιμοκάθαρσης που δεν αποζημιώνονται με το σύστημα των ΚΕΝ.

Το πλήθος των στατιστικών παρατηρήσεων (περιστατικών νοσηλείας) ήταν 11.601 όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα που παρουσιάζει την κατανομή τους ανά νοσοκομείο και ανά μήνα. Για την στατιστική επεξεργασία των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. (Πίνακας 29).

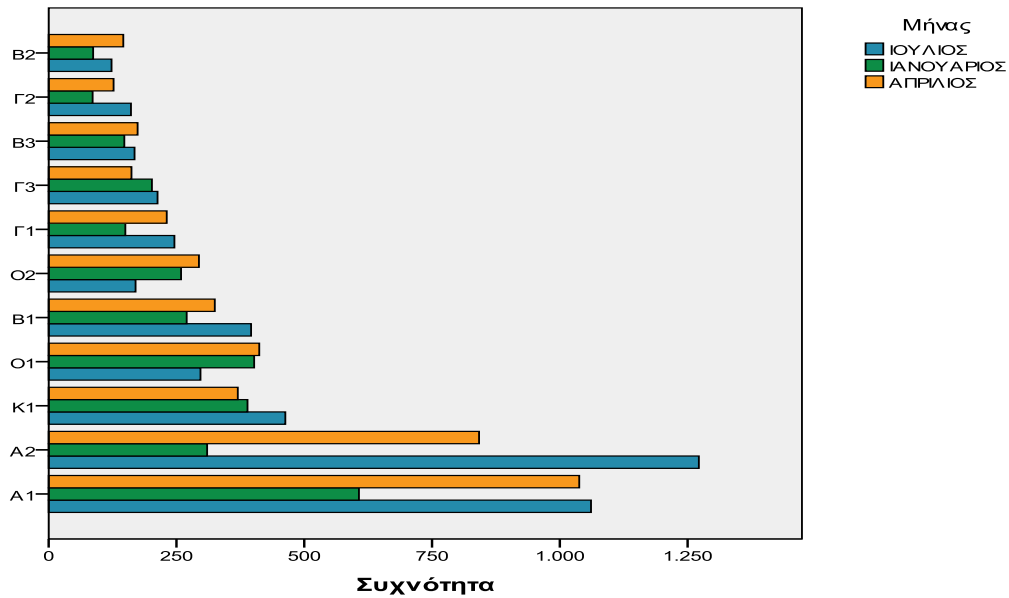
**Πίνακας 29 :** Αριθμός περιστατικών ανά νοσοκομείο και ανά μήνα

		Μήνας			Total	
		ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ		
Νοσοκομείο	A1	607	1038	1061	<b>2706</b>	
	B1	270	325	396	<b>991</b>	
	B2	87	146	123	<b>356</b>	
	B3	148	174	168	<b>490</b>	
	K1	389	370	463	<b>1222</b>	
	Γ1	150	231	246	<b>627</b>	
	Γ2	86	127	161	<b>374</b>	
	O1	402	412	297	<b>1111</b>	
	O2	259	294	170	<b>723</b>	
	Γ3	202	162	213	<b>577</b>	
	A2	310	842	1272	<b>2424</b>	
	Total		2910	4121	4570	<b>11601</b>

Είναι προφανές ότι ο μεγαλύτερος όγκος των περιστατικών προέρχεται από τα υψηλής δυναμικότητας σε κλίνες νοσοκομεία, ενώ σημαντική κίνηση παρουσιάζουν (λαμβάνομένου υπ' όψη του μεγέθους τους) και τα οφθαλμολογικά λόγω της αυξημένης ροής (turn over) που μπορούν να εξασφαλίσουν λόγω της ομοιομορφίας και της χαμηλής σοβαρότητας των περιστατικών που αναλαμβάνουν.

Στη συνέχεια γίνεται παρουσίαση των βασικών στατιστικών αναφορών που προέκυψαν από αυτή την μελέτη και ο σχολιασμός τους, Διάγραμμα 17.

**Διάγραμμα 17:** Όγκος περιστατικών ανά μήνα και ανά νοσοκομείο



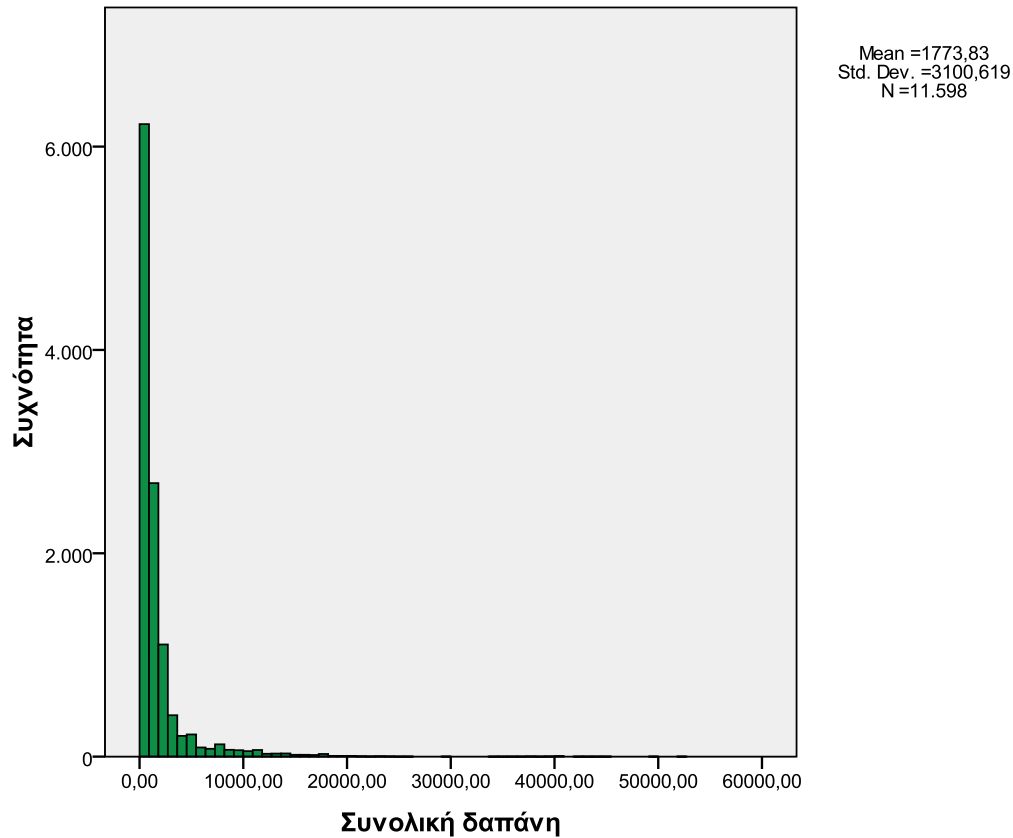
### 3.2. Στατιστική ανάλυση σχετικά με την χρήση και τα οικονομικά χαρακτηριστικά των περιστατικών νοσηλείας κατά την πρώτη περίοδο εφαρμογής των ΚΕΝ ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομειακών παροχών του ΕΟΠΥΥ

#### 3.2.1. Συνολική δαπάνη – Σύνολο νοσοκομείων δείγματος

##### Συνολική δαπάνη

N	Valid	11598
	Missing	3
Mean		1773,8262
Median		826,3900
Mode		419,40
Std. Deviation		3100,61881
Variance		9613836,977
Skewness		5,779
Std. Error of Skewness		,023
Kurtosis		52,773
Std. Error of Kurtosis		,045
Range		52253,95
Minimum		42,62
Maximum		52296,57
Percentiles	25	477,9000
	50	826,3900
	75	1631,2975

Παρατηρούμε ότι η συνολική δαπάνη ανά περιστατικό έχει ασύμμετρη κατανομή. Η μέση δαπάνη είναι 1773 ευρώ περίπου ενώ η διάμεσος πολύ μικρότερη (826 ευρώ), γεγονός που υποστηρίζει θετική ασυμμετρία κατανομής. Η τυπική απόκλιση (3100,61 ευρώ) υποδηλώνει μεγάλη διασπορά τιμών γύρω από το μέσο όρο. Η πιο συχνή δαπάνη ανά περιστατικό είναι στα 419 ευρώ, ενώ η μικρότερη είναι 42,62 ευρώ και η μεγαλύτερη 52.296,57 ευρώ. Είναι φανερό ότι η δαπάνη του μεγαλύτερου όγκου των ασθενών (75%) κυμαίνεται μέχρι τα 1631 ευρώ ενώ η ύπαρξη ακραίων τιμών (ασθενείς με πολύ μεγάλη δαπάνη) δημιουργούν θετική ασυμμετρία (ουρά προς τα δεξιά, όπως φαίνεται στο ιστόγραμμα). Αυτό επιβεβαιώνεται και από το δείκτη ασυμμετρίας που είναι 5,779 (>0 σε σχέση με την κανονική κατανομή). Τέλος, η δαπάνη του 25% των ασθενών είναι μέχρι 477, ευρώ και του 50% αυτών μέχρι 826 ευρώ.



H

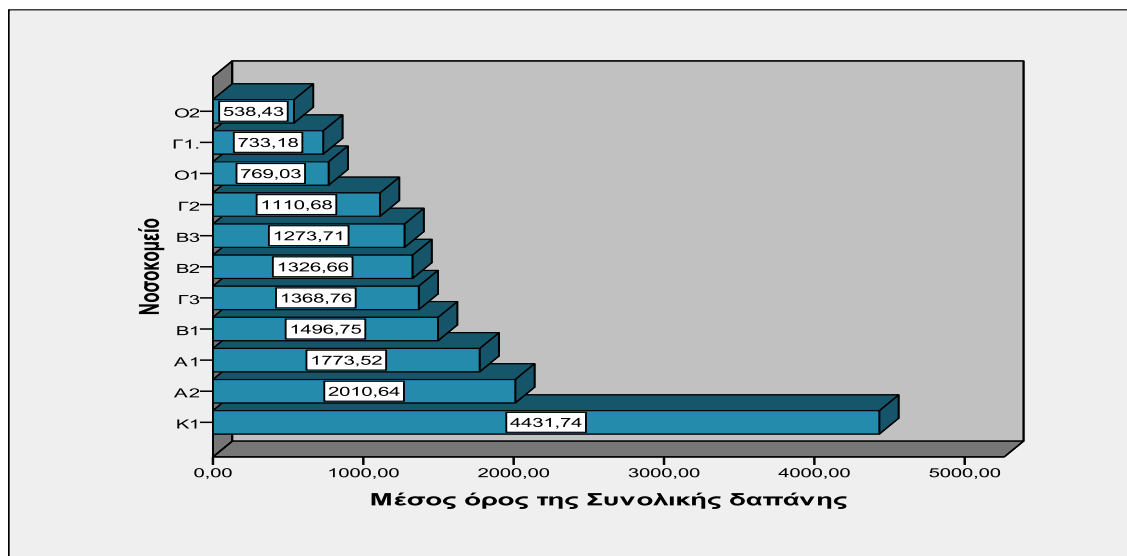
σημαντική θετική απόκλιση είναι φυσιολογική στο βαθμό που έχει συμπεριληφθεί καρδιοχειρουργικό κέντρο που υποδέχεται υψηλού κόστους περιστατικά τα οποία χρεώνονται με τα ακριβότερα ΚΕΝ. Το ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι η τιμή της διαμέσου είναι περίπου στα 826 Ευρώ, γεγονός που δείχνει ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία σαν σύνολο υποδέχθηκαν κατά κύριο λόγο μεσαίας και μικρής βαρύτητας περιστατικά. Η συμμετοχή των οφθαλμολογικών κέντρων στο δείγμα, με χαμηλής κατά κανόνα σοβαρότητας περιστατικά, συντελεί επίσης στην εμφάνιση μιας τέτοιας κατανομής.



### 3.2.2. Συνολική δαπάνη ανά νοσοκομείο

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	2706	0	1773,52	2615,93	135,00	39599,26	945,50
	B1	991	0	1496,75	2105,53	135,00	13670,95	852,00
	B2	356	0	1326,66	1720,22	135,90	23976,00	790,65
	B3	490	2	1273,71	1004,66	135,00	9056,70	1037,16
	K1	1222	0	4431,73	4926,26	249,60	45088,95	2378,40
	Γ1	627	0	733,18	696,79	135,00	9147,00	549,90
	Γ2	374	0	1110,68	843,34	239,67	7432,77	725,07
	O1	1111	0	769,03	495,76	252,00	6111,60	477,90
	O2	723	0	538,43	174,86	252,00	1757,13	419,40
	Γ3	577	1	1368,76	1498,78	135,00	10800,00	852,00
	A2	2424	0	2010,64	4215,71	42,62	52296,57	747,60

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τιμές του παραπάνω πίνακα που εμφανίζει την κατανομή του συνολικού κόστους ανά νοσοκομείο. Η γενική εικόνα είναι ότι το μέσο κόστος κατά λογικό τρόπο αυξάνεται ανάλογα με το επίπεδο ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού του νοσοκομείου ακολουθώντας έτσι την λογική υποδοχής σοβαρών περιστατικών από τα πλέον εξειδικευμένα νοσοκομεία. Το Καρδιοχειρουργικό Κέντρο K1 έχει την μεγαλύτερη μέση τιμή αλλά και την μεγαλύτερη τυπική απόκλιση πράγμα φυσιολογικό γνωρίζοντας τις ακραίες τιμές που σχετίζονται με τα ΚΕΝ καρδιοχειρουργικής ειδικότητας. Οι σχετικά κοντινές τιμές των διαμέσων μεταξύ των καλύτερων κατά κοινή ομολογία νοσοκομείων με αυτές των νοσοκομείων που ανήκουν σε κατώτερες κατηγορίες δημιουργούν την αίσθηση ότι από πλευράς κατανομής του κόστους και συχνότητας των ΚΕΝ, υπάρχει για το μεγαλύτερο μέρος των διαγνωστικών περιπτώσεων, σχετική ομοιομορφία στα γενικά νοσοκομεία που καλύπτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες, Διάγραμμα 18.



Διάγραμμα18: Μέσος όρος της συνολικής δαπάνης ανά νοσοκομείο

### 3.2.3. Συνολική δαπάνη ανά κλινική

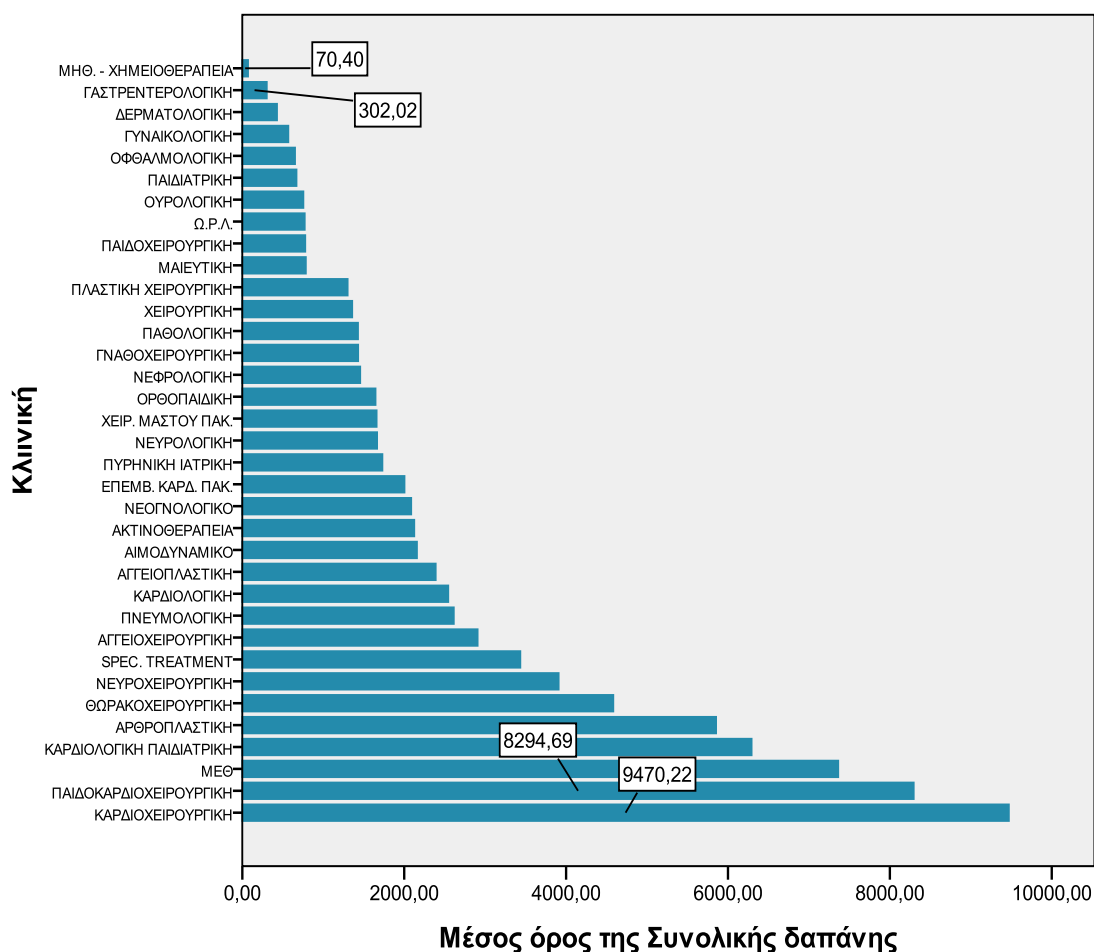
		Συνολική δαπάνη				
		Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Κλινική	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	2544,20	3207,98	180,00	42910,13	1375,20
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	6291,82	7884,82	752,40	45088,95	3561,91
	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	9470,22	6163,19	249,60	52296,57	8618,85
	ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	8294,69	4348,57	625,20	23253,13	7570,90
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	1429,02	1797,14	42,63	19900,05	929,70
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	669,30	887,47	198,50	6573,60	439,55
	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ	1645,66	1925,57	135,00	23976,00	1263,64
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1357,50	1909,46	92,38	35739,58	906,98
	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	777,38	524,18	135,00	2124,90	777,30
	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	754,24	646,96	195,30	6932,40	578,70
	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	651,09	376,65	252,00	6111,60	477,90
	Ω.Ρ.Λ.	770,89	435,72	135,00	2294,40	631,20
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	1664,94	2959,47	360,00	14344,49	540,00
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3907,96	3642,69	135,90	25244,70	2691,00
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	568,34	492,72	180,00	4291,20	361,80
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	784,64	167,65	180,00	1376,56	753,99
	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	428,39	414,91	135,00	721,77	428,39
	ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1730,52	200,56	1646,10	2194,80	1646,10
	ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΙΚΗ	2612,51	3119,74	216,00	9913,20	965,63
	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	1456,52	1530,95	122,39	8169,60	972,20
	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2906,86	5507,53	42,63	40534,77	1229,34
	ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	2389,03	.	2389,03	2389,03	2389,03
	ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	5853,14	2219,81	3415,33	11954,88	4831,83
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	302,02	302,48	135,00	1800,00	162,00
	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	2124,19	1739,94	490,50	5134,00	1405,95
	ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ	2157,31	2265,20	970,20	23000,43	1251,60
	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ	2086,42	1433,26	504,50	5756,97	1479,60

ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4583,27	2902,76	405,90	11284,57	4690,30
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1431,05	435,92	1244,70	2320,80	1255,05
ΜΗΘ. - ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	70,40	95,32	42,62	1043,66	42,63
SPEC. TREATMENT	3434,57	782,93	2546,96	4433,07	3140,44
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1300,96	1473,25	145,87	3454,06	801,96
ΕΠΕΜΒ. ΚΑΡΔ. ΠΑΚ.	2003,46	3535,60	123,98	9168,62	714,31
ΧΕΙΡ. ΜΑΣΤΟΥ ΠΑΚ.	1659,01	.	1659,01	1659,01	1659,01
ΜΕΘ	7362,24	5496,44	3607,10	13670,95	4808,66

Οι τιμές του παραπάνω πίνακα έχουν ενδιαφέρον γιατί φαίνεται ότι, από τις χειρουργικές ειδικότητες αυτές που συνεχίζουν να έχουν το μεγαλύτερο κόστος είναι αυτές οι οποίες είχαν αποτελέσει αντικείμενο σοβαρών παρεμβάσεων πριν την εισαγωγή των ΚΕΝ, αναφορικά με την θεσμοθέτηση πακέτων και επιβολή πλαφόν στις τιμές των υλικών: Καρδιοχειρουργικές, Αρθροπλαστικές, Θωρακοχειρουργικές.

Αναφορικά με τις λοιπές χειρουργικές ειδικότητες οι τιμές των μέσων όρων, διαμέσων και η διακύμανση τους δεν διαφέρει συστηματικά από αυτές των παθολογικών, γεγονός που σε μεσοπρόθεσμη βάση δεν προδιαθέτει για αλλαγές σε επίπεδο υποδομής νοσοκομείων με μετατροπή παθολογικών κλινών σε χειρουργικές. Οι μεγαλύτερες θετικές διαφορές μεταξύ διαμέσων και μέσων τιμών που παρατηρούνται στις παθολογικές ειδικότητες, υποδεικνύουν ότι υπάρχει σημαντικό ποσοστό υψηλού κόστους περιστατικών που έχουν την τάση να «τραβάνε» το μέσο κόστος ψηλότερα. Αυτό είναι και ένα στοιχείο που θα πρέπει να επικεντρώσουν τα ελεγκτικά όργανα του ΕΟΠΥΥ, δηλαδή στο να ελέγχουν κατά πόσο τα νοσοκομεία μπορούν να μεταθέτουν παθολογικά περιστατικά σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες “up-coding” ευκολότερα, δεδομένων των ελαστικότερων ιατρικών κριτηρίων κατάταξης σε σχέση με τα χειρουργικά, πρακτικές που διευκολύνονται από την ανυπαρξία των επίσημων αλγορίθμων κατάταξης “Groupers”, όπως αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Διάγραμμα 19

### Συνολική δαπάνη ανά κλινική



Διάγραμμα 19: Μέσος όρος της συνολικής δαπάνης ανα ιατρική πράξη ανά κλινική

### 3.2.4. Συνολική δαπάνη ανά μήνα

#### Σύνολο νοσοκομείων

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	2910	1	2019,43	2698,87	163,20	25778,42	1222,80
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	4121	1	1515,38	2616,84	70,80	40265,81	688,54
	ΙΟΥΛΙΟΣ	4570	1	1850,50	3673,00	42,62	52296,57	747,90

Ενδιαφέρουσα η παρατήρηση της βραχυχρόνιας συμπεριφοράς του κόστους κατά τις εν λόγω διαφορετικές χρονικές περιόδους, ιδίως μετά τον Μάρτιο όπου επεβλήθη μείωση 20% στις τιμές των ΚΕΝ για τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Με τους υπολογισμούς μας, για το σύνολο των νοσοκομείων του δείγματος κατά τον μήνα Απρίλιο η μείωση των ονομαστικών τιμών των

KEN επέφερε μείωση του μέσου κόστους όπως φαίνεται από την μείωση της μέσης τιμής σε σχέση με τον Ιανουάριο, κατά 25% και της διαμέσου κατά 44%. Όμως φαίνεται ότι τον Ιούλιο η μείωση του κόστους σε σχέση με τον Ιανουάριο περιορίζεται σε ότι αφορά την μέση τιμή, η οποία υπολείπεται κατά 8% αυτής του Ιανουαρίου, γεγονός που υποδεικνύει, αν δεχθούμε ότι δεν δικαιολογείται σημαντική αλλαγή του case-mix σε περίοδο δύο μηνών, ότι τα νοσοκομεία προχώρησαν κεκαλυμμένα σε τιμολογήσεις πιο ακριβών KEN για να ελαχιστοποιήσουν τις απώλειες από την μείωση των τιμών. Η σημαντική αύξηση δε του αριθμού των περιστατικών σ' αυτή την χρονική περίοδο υποδηλώνει όχι μόνο την εξοικείωση των ασφαλισμένων με τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα που επέφερε η εφαρμογή των KEN, αλλά ενδεχομένως και καταχρηστικές εισαγωγές χωρίς ιατρική αναγκαιότητα για αύξηση των εσόδων από νοσηλείες.

Η αναλυτική παρουσίαση των στοιχείων που γίνεται παρακάτω φανερώνει ότι οι προσπάθειες «τεχνητής» αύξησης του μέσου κόστους νοσηλείας που περιγράφηκε στην προηγούμενη παράγραφο, πιθανόν να ήταν κυρίως προϊόν της συμπεριφοράς των μικρότερων νοσοκομείων, δεδομένου ότι στα νοσοκομεία A1 και A2 το ποσοστό μείωσης του μέσου κόστους ανά περιστατικό παραμένει και τον Ιούλιο σε υψηλά επίπεδα, -18% για το A1 και -35% για το A2.

#### Νοσοκομείο A1

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	607	0	2146,95	2527,00	238,80	16230,80	1251,60
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	1038	0	1578,05	2537,17	135,00	39599,26	914,82
	ΙΟΥΛΙΟΣ	1061	0	1751,11	2719,70	135,00	25244,70	911,61

#### Νοσοκομείο B1

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	270	0	2073,85	2541,52	181,20	11889,28	1046,40
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	325	0	1371,51	1730,22	135,00	11400,00	865,80
	ΙΟΥΛΙΟΣ	396	0	1206,07	1982,80	135,00	13670,95	563,40

#### Νοσοκομείο B2

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	87	0	1791,27	2801,12	163,20	23976,00	891,60
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	146	0	1103,44	1084,55	144,90	6356,70	727,43
	ΙΟΥΛΙΟΣ	123	0	1262,99	1209,98	135,90	5400,00	840,60

### Νοσοκομείο Β3

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	148	0	1196,31	801,26	238,80	4263,60	891,60
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	174	1	1264,09	1133,02	135,00	9056,70	996,30
	ΙΟΥΛΙΟΣ	168	1	1352,26	1025,11	135,00	6509,10	1095,30

### Νοσοκομείο Κ1

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	389	0	3879,77	4299,43	373,20	21878,40	2415,60
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	370	0	4195,68	4350,05	249,60	23253,13	2319,74
	ΙΟΥΛΙΟΣ	463	0	5084,12	5724,61	373,20	45088,95	2648,40

### Νοσοκομείο Γ1

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	150	0	778,31	811,58	199,00	9147,00	592,00
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	231	0	727,40	668,78	135,00	5282,05	419,40
	ΙΟΥΛΙΟΣ	246	0	711,08	646,79	135,00	5283,26	419,40

### Νοσοκομείο Γ2

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	86	0	877,12	469,90	564,27	2724,83	725,07
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	127	0	1012,54	614,28	239,67	2323,40	795,87
	ΙΟΥΛΙΟΣ	161	0	1312,86	1079,58	329,67	7432,77	996,57

### Νοσοκομείο Ο1

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	402	0	1191,99	605,92	504,00	6111,60	1231,20
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	412	0	524,13	117,40	405,00	1317,60	477,90
	ΙΟΥΛΙΟΣ	297	0	536,27	156,08	252,00	1647,90	477,90

### Νοσοκομείο Ο2

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	259	0	726,05	86,11	487,20	1420,80	710,40
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	294	0	439,62	119,72	252,00	1757,13	419,40
	ΙΟΥΛΙΟΣ	170	0	423,47	101,13	252,00	1395,33	419,40

### Νοσοκομείο Γ3

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	202	1	1844,91	1928,78	238,80	9913,20	1041,60
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	162	0	980,55	868,22	135,00	6112,80	732,15
	ΙΟΥΛΙΟΣ	213	0	1214,69	1287,11	225,00	10800,00	980,10

### Νοσοκομείο Α2

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Μήνας	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	310	0	3029,09	3500,84	205,19	25778,42	1633,72
	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	842	0	1694,51	3308,69	70,80	40265,81	706,41
	ΙΟΥΛΙΟΣ	1272	0	1971,70	4830,77	42,62	52296,57	574,25

### 3.2.5. Έλεγχος συνολικής δαπάνης ανά κλινική σε 7 γενικά νοσοκομεία ( με μέσο όρο συνολικής δαπάνης μεταξύ 1000 και 2011 ευρώ)

#### Παθολογική κλινική

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	222	0	1463,56	2177,56	162,00	18642,03	788,51
	B1	146	0	<b>941,91</b>	1190,79	180,00	12046,24	629,23
	B2	204	0	956,31	714,95	144,90	5319,29	745,20
	B3	157	0	1302,86	1003,63	225,00	5391,90	1050,30
	Γ2	173	0	<b>1726,64</b>	874,79	239,67	7432,77	1695,87
	Γ3	305	0	1581,73	1615,47	162,00	10800,00	1109,70
	Α2	518	0	1586,59	2413,01	42,63	19900,05	839,90

#### Χειρουργική κλινική

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	398	0	<b>1704,61</b>	2041,38	135,00	18014,86	1174,78
	B1	169	0	1106,33	891,98	135,00	7111,91	1041,46
	B2	16	0	1141,59	1315,68	294,30	5175,90	537,75
	B3	114	2	1103,03	979,71	135,00	6509,10	837,00
	Γ2	16	0	<b>671,18</b>	285,39	329,67	1090,90	578,07
	Γ3	85	0	1113,92	844,09	135,00	4389,21	806,40

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	398	0	<b>1704,61</b>	2041,38	135,00	18014,86	1174,78
	B1	169	0	1106,33	891,98	135,00	7111,91	1041,46
	B2	16	0	1141,59	1315,68	294,30	5175,90	537,75
	B3	114	2	1103,03	979,71	135,00	6509,10	837,00
	Γ2	16	0	<b>671,18</b>	285,39	329,67	1090,90	578,07
	Γ3	85	0	1113,92	844,09	135,00	4389,21	806,40
	A2	673	0	1363,75	2278,61	92,38	35739,58	815,97

### Καρδιολογική κλινική

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	58	0	<b>1878,47</b>	2932,03	282,28	14746,84	938,25
	B1	95	0	1805,02	2562,22	279,00	13057,30	871,20
	B2	12	0	<b>927,09</b>	663,43	324,90	2464,80	771,30
	B3	23	0	1167,42	514,55	373,20	2295,00	1155,54
	Γ2	0	0	.	.	.	.	.
	Γ3	87	0	945,81	1571,71	180,00	9913,20	373,20
	A2	0	0	.	.	.	.	.

### Ορθοπαιδική κλινική

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	200	0	1729,14	1889,12	135,90	18950,19	1355,65
	B1	187	0	1825,76	2249,34	135,00	13632,58	1350,00
	B2	88	0	<b>2250,44</b>	2796,04	135,90	23976,00	1350,00
	B3	98	0	1423,16	1317,47	225,00	9056,70	1042,78
	Γ2	10	0	<b>1114,71</b>	348,54	650,97	1658,67	1144,82
	Γ3	56	1	1351,20	1433,43	225,00	7336,80	852,00
	A2	1	0	3994,36	.	3994,36	3994,36	3994,36

### Ω.Ρ.Λ

		Συνολική δαπάνη						
		Count	Missing	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Νοσοκομείο	A1	139	0	725,40	380,60	142,66	2230,80	602,07
	B1	46	0	730,59	406,56	135,00	2294,40	605,70
	B3	26	0	<b>1085,36</b>	616,68	135,00	2172,45	838,60

Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης για τα Γενικά Νοσοκομεία του δείγματος όπου το μέσο κόστος των περιστατικών κυμαίνεται μεταξύ 1000 και 2000 Ευρώ, και για επιλεγμένες ιατρικές ειδικότητες. Η ανάγνωση των δεδομένων δείχνει μια διαφορετική κατάσταση στη κατάταξη των νοσοκομείων σε ότι αφορά



τις τιμές των διαφορετικών μεταβλητών είτε πρόκειται για μέσες τιμές είτε για την διακύμανση και κατά συνέπεια προκύπτει ότι σε ό,τι αφορά τη διαμόρφωση του κόστους για τον ΕΟΠΥΥ, οι ειδικότητες των κλινικών παίζουν σοβαρό ρόλο και δεν υπάρχει μια ομοιόμορφη κατάσταση που να αντιστοιχεί στο προφίλ των νοσοκομείων.

### **3.2.6. Τα πιο συχνά ΚΕΝ ανά νοσοκομείο (κατάταξη)**

Το ενδιαφέρον των πινάκων που ακολουθούν είναι μεγάλο γιατί ουσιαστικά φαίνεται το είδος των περιστατικών που κατά κύριο λόγο προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Τα ΚΕΝ που παρουσιάζουν οι πίνακες καλύπτουν το 40% των εισαγωγών ανά νοσοκομείο και αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι ότι ακόμα και στα μεγάλα γενικά νοσοκομεία (δύναμη κλινών πάνω από 300) το συσσωρευτικό 40% των εισαγωγών καλύπτεται το πολύ από 15-20 ΚΕΝ, που μεταφράζεται σε αντίστοιχο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών περιπτώσεων. Πολύ μικρότερος είναι ο αντίστοιχος αριθμός των ΚΕΝ που καλύπτουν το ίδιο ποσοστό στα ειδικά νοσοκομεία.

Βεβαίως, τίθεται το ερώτημα μήπως η μη εξοικείωση του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού των νοσοκομείων με την κωδικοποίηση και την ταξινόμηση των διαγνώσεων και κυρίως των ιατρικών πράξεων, το οδηγεί στην μη χρησιμοποίηση όλων των κωδικών ΚΕΝ, και επομένως η δεδομένη κατανομή να μην ανταποκρίνεται κατά τον σωστό τρόπο στη πραγματική ιατρική φύση των περιστατικών νοσηλείας. Επίσης θα πρέπει να διερευνηθεί από τον ΕΟΠΥΥ το κατά πόσον η επιλογή των ΚΕΝ μπορεί να επηρεάζεται και από το αντίστοιχο ποσό αποζημίωσης κατά περίπτωση. Σε κάθε περίπτωση ο σχετικά μικρός αριθμός των ΚΕΝ που καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών, διευκολύνει τον έλεγχο από τα αρμόδια όργανα του ΕΟΠΥΥ, σε επίπεδο διερεύνησης της σωστής ταξινόμησης των περιστατικών και διαχείρισης τους με βάση το σύστημα των ΚΕΝ, από πλευράς νοσοκομείων. Έτσι θα μπορέσει να εντοπίσει καταχρηστικές και αντιοικονομικές συμπεριφορές από πλευράς νοσοκομείων που σχετίζονται με κατάταξη των περιστατικών σε υψηλότερου κόστους κατηγορίες (up-coding), ή και την καταχρηστική χρέωση περισσότερου του ενός ΚΕΝ.

Μια εικόνα για το τελευταίο αυτό στοιχείο (χρέωση περισσότερων ΚΕΝ για το ίδιο περιστατικό), μας δίνουν επίσης οι παρακάτω πίνακες, στοιχείο που θα σχολιάσουμε στη συνέχεια.

### Νοσοκομείο Α1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<b>K16X</b>	<b>146</b>	<b>5,4</b>	5,4	5,4
	<b>Λ01X</b>	<b>98</b>	<b>3,6</b>	3,6	9,0
	<b>K15X</b>	<b>95</b>	<b>3,5</b>	3,5	12,5
	<b>K32A</b>	<b>84</b>	<b>3,1</b>	3,1	15,6
	<b>Γ10A</b>	<b>68</b>	<b>2,5</b>	2,5	18,1
	<b>Γ08A</b>	<b>64</b>	<b>2,4</b>	2,4	20,5
	<b>Λ02X</b>	63	2,3	2,3	22,8
	<b>N03X</b>	61	2,3	2,3	25,1
	<b>M22A</b>	60	2,2	2,2	27,3
	<b>Δ07A</b>	56	2,1	2,1	29,4
	<b>Ω11A</b>	56	2,1	2,1	31,4
	<b>H08X</b>	50	1,8	1,8	33,3
	<b>Υ07X</b>	48	1,8	1,8	35,1
	<b>Λ05A</b>	45	1,7	1,7	36,7
	<b>Ω10A</b>	45	1,7	1,7	38,4
<b>Λ20A</b>	38	1,4	1,4	39,8	

### Νοσοκομείο Α1 (202 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)

#### Τα πιο συχνά 2<sup>α</sup> ΚΕΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	K32A	58	2,1	28,7	28,7
	K20A	14	,5	6,9	35,6
	Γ10A	10	,4	5,0	40,6

### Νοσοκομείο Β1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<b>M22A</b>	<b>56</b>	<b>5,7</b>	5,7	5,7
	<b>O16A</b>	<b>39</b>	<b>3,9</b>	3,9	9,6
	<b>Π26A</b>	<b>28</b>	<b>2,8</b>	2,8	12,4
	<b>Π10X</b>	<b>26</b>	<b>2,6</b>	2,6	15,0
	<b>Δ27X</b>	<b>25</b>	<b>2,5</b>	2,5	17,6
	<b>H08X</b>	<b>24</b>	<b>2,4</b>	2,4	20,0
	M24A	23	2,3	2,3	22,3
	Π28A	22	2,2	2,2	24,5
	Π41X	21	2,1	2,1	26,6
	M09X	18	1,8	1,8	28,5
	Υ07X	16	1,6	1,6	30,1
	K32X	15	1,5	1,5	31,6
	A22X	14	1,4	1,4	33,0
	K44A	14	1,4	1,4	34,4
	Π46A	14	1,4	1,4	35,8
	Ω10A	14	1,4	1,4	37,2
	N05A	13	1,3	1,3	38,5
	Π11A	13	1,3	1,3	39,9
	P24X	13	1,3	1,3	41,2

**Νοσοκομείο Β1 (57 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ω10Α	6	,6	10,5	10,5
	A22X	5	,5	8,8	19,3
	Ο16Α	3	,3	5,3	24,6
	Θ22X	2	,2	3,5	28,1
	K32X	2	,2	3,5	31,6
	N03X	2	,2	3,5	35,1
	N27X	2	,2	3,5	38,6
	N29X	2	,2	3,5	42,1

**Νοσοκομείο Β2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο15Β	20	5,6	5,6	5,6
	A31X	18	5,1	5,1	10,7
	A22Μα	14	3,9	3,9	14,6
	M22Α	11	3,1	3,1	17,7
	Π40X	10	2,8	2,8	20,5
	Σ22X	10	2,8	2,8	23,3
	Δ22X	9	2,5	2,5	25,8
	M08X	9	2,5	2,5	28,4
	Υ20X	9	2,5	2,5	30,9
	A22Μβ	8	2,2	2,2	33,1
	M03X	7	2,0	2,0	35,1
	K43X	6	1,7	1,7	36,8
	M24Α	6	1,7	1,7	38,5
	A31M	5	1,4	1,4	39,9
	Δ22M	5	1,4	1,4	41,3

**Νοσοκομείο Β2 (16 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A31X	3	,8	18,8	18,8
	A22Μα	2	,6	12,5	31,3
	A22Μβ	2	,6	12,5	43,8

**Νοσοκομείο Β3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Θ24M	37	7,6	7,6	7,6
Π28X	20	4,1	4,1	11,6
N05A	19	3,9	3,9	15,5
M22A	16	3,3	3,3	18,8
Δ09A	13	2,7	2,7	21,4
Π44X	12	2,4	2,4	23,9
Ω10Α	11	2,2	2,2	26,1
Δ27M	10	2,0	2,0	28,2
Δ27X	9	1,8	1,8	30,0
Π10X	9	1,8	1,8	31,8
K38M	8	1,6	1,6	33,5
Π11A	8	1,6	1,6	35,1
Π46A	7	1,4	1,4	36,5
K42M	6	1,2	1,2	37,8

K42X	6	1,2	1,2	39,0
M24A	6	1,2	1,2	40,2

### Νοσοκομείο Β3 (128 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ω10Α	8	1,6	6,3	6,3
	A25M	5	1,0	3,9	10,2
	M02X	5	1,0	3,9	14,1
	Ω12Α	5	1,0	3,9	18,0
	Ω31Α	5	1,0	3,9	21,9
	Π46Α	4	,8	3,1	25,0
	K37X	3	,6	2,3	27,3
	K44Α	3	,6	2,3	29,7
	K46X	3	,6	2,3	32,0
	Π28X	3	,6	2,3	34,4
	Π44X	3	,6	2,3	36,7
	Υ23M	3	,6	2,3	39,1
	M18Α	2	,4	1,6	40,6

### Νοσοκομείο Κ1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K32X	227	18,6	18,6	18,6
K15X	99	8,1	8,1	26,7
K32M	84	6,9	6,9	33,6
K45Mβ	62	5,1	5,1	38,6
K06X	59	4,8	4,8	43,5

### Νοσοκομείο Κ1 (107 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K06X	19	1,6	17,8	17,8
K06M	15	1,2	14,0	31,8
K07Mβ	8	,7	7,5	39,3
K47Α	8	,7	7,5	46,7

### Νοσοκομείο Γ1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O16Α	295	47,0	47,0	47,0
	O15Α	84	13,4	13,4	60,4
	M22Α	20	3,2	3,2	63,6
	Δ27X	18	2,9	2,9	66,5
	M68Α	13	2,1	2,1	68,6
	O61X	13	2,1	2,1	70,7

**Νοσοκομείο Γ1 (15 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Π28X	5	,8	33,3	33,3
	M16A	2	,3	13,3	46,7
	Π41M	2	,3	13,3	60,0
	Δ08X	1	,2	6,7	66,7
	Δ20X	1	,2	6,7	73,3
	M13X	1	,2	6,7	80,0
	M18A	1	,2	6,7	86,7
	Π04X	1	,2	6,7	93,3
	Π44M	1	,2	6,7	100,0
Total	15	2,4	100,0		
Missing	999	612	97,6		
Total		627	100,0		

**Νοσοκομείο Γ2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Υ22A	103	27,5	27,5	27,5
Ο16A	63	16,8	16,8	44,4
Ν23A	27	7,2	7,2	51,6

**Νοσοκομείο Γ2 (112 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κ37X	40	10,7	35,7	35,7
Ξ21X	8	2,1	7,1	42,9
Κ37M	5	1,3	4,5	47,3
Κ36X	4	1,1	3,6	50,9

**Νοσοκομείο Ο1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο15B	599	53,9	53,9	53,9
	Ο15A	193	17,4	17,4	71,3
	Ο16A	155	14,0	14,0	85,2

**Νοσοκομείο Ο1 (142 περιστατικά με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο15B	61	5,5	43,0	43,0
	Ο03A	25	2,3	17,6	60,6
	Ο16A	14	1,3	9,9	70,4
	Ο14A	12	1,1	8,5	78,9
	Ο15A	12	1,1	8,5	87,3

## Νοσοκομείο Ο2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O16A	633	87,6	87,6	87,6
	O11A	28	3,9	3,9	91,4
	O03A	16	2,2	2,2	93,6
	O23A	14	1,9	1,9	95,6

## Νοσοκομείο Ο2 (1 περιστατικό με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O16A	1	,1	100,0	100,0

## Νοσοκομείο Γ3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	K37X	36	6,2	6,2	6,2
	K44A	31	5,4	5,4	11,6
	N30Mα	31	5,4	5,4	17,0
	M68Mγ	22	3,8	3,8	20,8
	A22Mβ	20	3,5	3,5	24,3
	A25M	19	3,3	3,3	27,6
	M68X	17	2,9	2,9	30,5
	K39X	15	2,6	2,6	33,1
	A25X	14	2,4	2,4	35,5
	Θ20M	13	2,3	2,3	37,8
	A22X	11	1,9	1,9	39,7
	K42M	11	1,9	1,9	41,6

## Νοσοκομείο Γ3 (103 περιστατικό με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K37X	8	1,4	7,8	7,8
A25M	7	1,2	6,8	14,6
K37M	6	1,0	5,8	20,4
Π28A	6	1,0	5,8	26,2
Υ23X	6	1,0	5,8	32,0
Θ20X	5	,9	4,9	36,9
K42X	4	,7	3,9	40,8

**Νοσοκομείο Α2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σ23Α	489	20,2	20,2	20,2
Θ06Χ	49	2,0	2,0	22,2
Κ06Μ	43	1,8	1,8	24,0
Υ07Χ	43	1,8	1,8	25,7
Υ22Α	34	1,4	1,4	27,1
Κ06Χ	32	1,3	1,3	28,5
Δ07Α	31	1,3	1,3	29,7
Ω10Α	30	1,2	1,2	31,0
Ξ21Χ	29	1,2	1,2	32,2
Ο16Α	29	1,2	1,2	33,4
Η08Χ	28	1,2	1,2	34,5
Ν03Χ	28	1,2	1,2	35,7
Π10Χ	26	1,1	1,1	36,8
Σ22Χ	24	1,0	1,0	37,7
Α22Μβ	23	,9	,9	38,7
Κ12Χ	23	,9	,9	39,6
Μ03Χ	23	,9	,9	40,6

**Νοσοκομείο Α2 (280 περιστατικό με 2<sup>ο</sup> ΚΕΝ)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Α22Μβ	6	,2	2,1	2,1
Α22Χ	6	,2	2,1	4,3
Κ46Χ	6	,2	2,1	6,4
Σ23Α	6	,2	2,1	8,6
Υ23Χ	6	,2	2,1	10,7
Δ07Α	5	,2	1,8	12,5
Κ19Α	5	,2	1,8	14,3
Κ20Α	5	,2	1,8	16,1
Ξ21Χ	5	,2	1,8	17,9
Υ20Χ	5	,2	1,8	19,6
Ω10Α	5	,2	1,8	21,4
Κ46Μ	4	,2	1,4	22,9
Υ07Χ	4	,2	1,4	24,3
Α02Μβ	3	,1	1,1	25,4
Α22Μα	3	,1	1,1	26,4
Κ04Χ	3	,1	1,1	27,5
Κ06Μ	3	,1	1,1	28,6
Κ12Χ	3	,1	1,1	29,6
Κ32Χ	3	,1	1,1	30,7
Κ42Μ	3	,1	1,1	31,8
Κ52Χ	3	,1	1,1	32,9
Μ20Α	3	,1	1,1	33,9
Π10Χ	3	,1	1,1	35,0
Π28Μ	3	,1	1,1	36,1
Π47Χ	3	,1	1,1	37,1
Π50Μ	3	,1	1,1	38,2
Π50Χ	3	,1	1,1	39,3
Υ24Α	3	,1	1,1	40,4

Η χρέωση δεύτερου ΚΕΝ από τα διαφορετικά νοσοκομεία είναι σημαντικό στοιχείο και ανιχνεύει περιπτώσεις καταχρηστικών χρεώσεων που καταστρατηγούν την ορθή χρήση των DRGs. Η παρατήρηση των παραπάνω σχετικών πινάκων πιστοποιεί μια ποικιλία διαγνωστικών περιπτώσεων όπου έχουν χρεωθεί περισσότερα του ενός ΚΕΝ επομένως πρόκειται για περιστατικά που η διαγνωστική και θεραπευτική τους προσέγγιση εμπεριέχει περισσότερες της μιας ιατρικές παρεμβάσεις που αναφέρονται σε διαφορετικά ΚΕΝ.

Το αξιοσημείωτο είναι ότι τα ποσοστά χρεώσεων παραπάνω από ένα ΚΕΝ δεν έχουν την ίδια αναλογία ακόμα και στις ίδιες ειδικότητας νοσοκομεία π.χ. στα Οφθαλμολογικά, όπου στο πρώτο νοσοκομείο το ποσοστό των περιπτώσεων με περισσότερα του ενός ΚΕΝ στο σύνολο των περιστατικών είναι 12,78%, ενώ στο δεύτερο μόλις 0,14%. Καθ' όμοιο τρόπο και στα Γενικά Νοσοκομεία τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 29,95% το ανώτερο και 4,49% το μικρότερο ποσοστό. Πιο κοντά είναι οι περιπτώσεις των δύο μεγάλων νοσοκομείων με ευρύτερο μίγμα περιστατικών, το Α1 έχει ποσοστό 7,46% και το Α2 ποσοστό 10,02%. Στο ειδικό Καρδιοχειρουργικό Κέντρο το ποσοστό είναι 8,76%. Η διαφοροποίηση αυτών των ποσοστών ανά νοσοκομείο είναι αντικείμενο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος από μέρους ΕΟΠΥΥ δεδομένου ότι μπορεί να εντοπίσει τις πραγματικές αιτίες που ωθούν νοσοκομεία να καταχωρούν περισσότερα του ενός ΚΕΝ ακόμα και σε περιπτώσεις που η ιατρική «ανάγνωση» του περιστατικού θα μπορούσε να γίνει μέσω ενός και μοναδικού ΚΕΝ.

### 3.2.7. Επιπλέον πραγματοποιηθείσες μέρες νοσηλείας πέραν αυτών που προέβλεπαν τα ΚΕΝ.

Μέρες νοσηλείας πέραν Μ.Α.Ν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	295	39,1	39,1	39,1
	2	123	16,3	16,3	55,4
	3	58	7,7	7,7	63,0
	4	43	5,7	5,7	68,7
	5	30	4,0	4,0	72,7
	6	22	2,9	2,9	75,6
	7	19	2,5	2,5	78,1
	8	14	1,9	1,9	80,0
	9	13	1,7	1,7	81,7
	10	24	3,2	3,2	84,9
	11	9	1,2	1,2	86,1
	12	8	1,1	1,1	87,2
	13	7	,9	,9	88,1
	14	6	,8	,8	88,9
	15	10	1,3	1,3	90,2



16	4	,5	,5	90,7
17	6	,8	,8	91,5
18	5	,7	,7	92,2
19	4	,5	,5	92,7
20	4	,5	,5	93,2
21	7	,9	,9	94,2
22	4	,5	,5	94,7
23	4	,5	,5	95,2
24	11	1,5	1,5	96,7
25	13	1,7	1,7	98,4
26	6	,8	,8	99,2
27	3	,4	,4	99,6
36	1	,1	,1	99,7
37	1	,1	,1	99,9
61	1	,1	,1	100,0
Total	755	100,0	100,0	

Οι περιπτώσεις που η διάρκεια νοσηλείας υπερβαίνει την επίσημα προβλεπόμενη από τα ΚΕΝ, είναι 755 δηλαδή 6,5%. Το 63% των περιπτώσεων αφορά υπέρβαση μέχρι τρεις ημέρες, ποσοστό συνολικά όχι υπερβολικό λαμβανομένης υπόψη της οργανωτικής ανετοιμότητας του Ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος να υποστηρίξει αποτελεσματικά την εφαρμογή των DRGs.

Ενδιαφέρον έχει η κατανομή των ημερών νοσηλείας ανά νοσοκομείο, όπου φυσιολογικά τα μεγαλύτερα νοσοκομεία από πλευράς κλινών έχουν και το μεγαλύτερο πλήθος αυτής της κατηγορίας των περιστατικών, όμως αν υπολογίσουμε τα ποσοστά των περιπτώσεων με μεγαλύτερη της προβλεπόμενης διάρκειας νοσηλείας, σε σχέση με το σύνολο των εισαγωγών κάθε νοσοκομείου, φαίνονται μεγάλες αποκλίσεις από τον μέσο όρο του δείγματος των ομοιόμορφων γενικών νοσοκομείων που παρουσιάζουμε (10,05%). Ακόμα και για τα δύο μεγάλα νοσοκομεία με παρόμοιο εξοπλισμό τα ποσοστά διαφέρουν αρκετά, 6,95% για το Α1 και 11,10% για το Α2, ενώ οι ακραίες τιμές είναι 33,16% για το Γ2 και 2,04% για το Β2.

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι και σε ότι αφορά την διάρκεια νοσηλείας, η εφαρμογή συστήματος DRGs δεν επέφερε αυτόματα εναρμόνιση των ιατρικών πρακτικών σε σχέση με το θέμα αυτό και προφανώς εφόσον τεχνικά το σύστημα των ΚΕΝ δίνει αυτή την δυνατότητα, μέρος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αυξάνει το κόστος νοσηλείας μέσω επιμήκυνσης έστω και για λίγες μέρες της διάρκειας παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο.

**Μέρες νοσηλείας πέραν Μ.Δ.Ν. ανά νοσοκομείο**

		Νοσοκομείο							Total	
		A1	B1	B2	B3	Γ1	Γ2	Γ3		A2
Μέρες νοσηλείας πέραν Μ.Δ.Ν.	1	114	34	12	8	0	13	7	107	295
	2	34	12	13	0	2	5	5	52	123
	3	12	6	6	1	0	7	1	25	58
	4	8	4	3	1	2	2	2	21	43
	5	2	3	1	0	0	7	6	11	30
	6	5	4	0	0	1	4	0	8	22
	7	1	1	0	0	2	1	2	12	19
	8	1	1	1	0	2	3	1	5	14
	9	2	0	0	0	0	2	0	9	13
	10	1	0	1	0	0	8	9	5	24
	11	2	0	0	0	1	3	1	2	9
	12	0	1	0	0	2	4	0	1	8
	13	2	1	2	0	0	2	0	0	7
	14	0	1	0	0	0	3	0	2	6
	15	1	2	1	0	0	6	0	0	10
	16	1	1	0	0	1	1	0	0	4
	17	0	0	0	0	1	4	0	1	6
	18	0	0	0	0	0	4	0	1	5
	19	0	0	0	0	0	3	0	1	4
	20	0	1	0	0	0	3	0	0	4
	21	0	0	0	0	1	5	0	1	7
	22	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	23	0	1	0	0	1	2	0	0	4
	24	1	0	0	0	0	9	0	1	11
	25	1	0	0	0	0	11	0	1	13
	26	0	0	0	0	0	6	0	0	6
	27	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	36	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	37	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	61	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Total		188	73	40	10	17	124	34	269

Τέλος ο παρακάτω πίνακας που παρουσιάζει την εξέλιξη του φαινομένου της συχνότητας των περιστατικών με υπέρβαση διάρκειας νοσηλείας, δείχνει ότι αυτό παραμένει στα ίδια επίπεδα (9%-10%) κατά την εξεταζόμενη χρονική περίοδο, επομένως συνεχίζεται η αρχική συμπεριφορά από μέρους των νοσοκομείων στο βαθμό που δεν έγινε καμία παρέμβαση από πλευράς ΕΟΠΥΥ για τον έλεγχο της παραμονής των ασφαλισμένων του στο νοσοκομείο.

**Μέρες νοσηλείας πέραν Μ.Δ.Ν. ανά μήνα**

		Μήνας			Total
		ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	
Μέρες νοσηλείας πέραν Μ.Δ.Ν.	1	69	119	107	295
	2	28	47	48	123
	3	9	19	30	58
	4	10	12	21	43
	5	11	9	10	30
	6	3	10	9	22
	7	2	6	11	19
	8	3	6	5	14
	9	1	4	8	13
	10	11	3	10	24
	11	2	4	3	9
	12	0	5	3	8
	13	1	3	3	7
	14	0	1	5	6
	15	1	6	3	10
	16	0	2	2	4
	17	0	4	2	6
	18	1	1	3	5
	19	0	3	1	4
	20	0	1	3	4
	21	0	4	3	7
	22	0	3	1	4
	23	1	2	1	4
	24	0	4	7	11
	25	0	8	5	13
	26	0	5	1	6
	27	0	3	0	3
	36	0	0	1	1
	37	0	0	1	1
	61	0	0	1	1
<b>Total</b>		<b>153</b>	<b>294</b>	<b>308</b>	<b>755</b>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέσω της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε επιχειρήθηκε να διερευνηθούν με επιστημονικό τρόπο τα χαρακτηριστικά εκείνα της χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τα οποία, κατά την πρώτη περίοδο εφαρμογής των ΚΕΝ, δίνουν το στίγμα για το κατά πόσον η πραγματικότητα που διαμορφώνεται σε επίπεδο αποζημιώσεων των νοσοκομείων με βάση το νέο σύστημα προοπτικής αποζημίωσης, προδιαγράφει επίτευξη των στόχων που είναι συνυφασμένοι με την εισαγωγή ενός τέτοιου συστήματος σαν του κυρίαρχου τρόπου χρηματοδότησης της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, δηλαδή, κατά πόσο επιτυγχάνεται ο περιορισμός των φαινομένων καταχρηστικής χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και ο εν γένει περιορισμός των δαπανών.

Επιλέχθηκε η στατιστική παρατήρηση να έχει μόνο ως αντικείμενο τα περιστατικά νοσηλείας σε ιδιωτικά νοσοκομεία, κατά κύριο λόγο επειδή γι' αυτά μόνο διαθέτετε στοιχεία ο ΕΟΠΥΥ (τα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν ακόμα υποβάλει αντίστοιχες χρεώσεις στον Οργανισμό, ούτε υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία σχετικά με την χρησιμοποίηση των ΚΕΝ από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, σε κάποια άλλη κεντρική βάση δεδομένων), και επίσης διότι είναι στα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα όπου είχαν εντοπισθεί συμπεριφορές υπερχρέωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως έδειξαν οι προηγούμενες μελέτες που παρουσιάσαμε στο Β' κεφάλαιο της εργασίας αυτής.

Επιπρόσθετα έγινε η επιλογή να μην ενταχθούν στη μελέτη τα δεδομένα από νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από Ψυχιατρικές Μονάδες, Κέντρα Αποκατάστασης και Μονάδες Αιμοκάθαρσης, δεδομένου ότι αυτού του είδους οι υπηρεσίες κατά το μεγαλύτερο μέρος τους δεν εντάσσονται στη λογική χρηματοδότησης των DRGs.

Το δείγμα των νοσοκομείων, η γεωγραφική κατανομή τους και η κατανομή των κλινικών ειδικοτήτων, καθώς και των δεδομένων νοσηλείας που επιλέχθηκαν, μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα και μπορούμε να θεωρήσουμε ότι τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης αντιπροσωπεύουν χαρακτηριστικά και τάσεις σχετικά με την πραγματική χρησιμοποίηση των DRGs συνολικά από τον ιδιωτικό τομέα.

Σαν κύρια ευρήματα ξεχωρίσαμε αυτά που αφορούν το μίγμα περιστατικών (case mix), την κατανομή της συνολικής δαπάνης, την ανάλυση κόστους ανά νοσοκομείο και ανά κλινική

ειδικότητα, την εξέλιξη αυτού χρονικά, καθώς και ότι παρατηρείται σε σχέση με την συμμετοχή των συχνών ΚΕΝ στο συνολικό κόστος και τέλος ότι αφορά πιθανές υπερχρεώσεις που μπορούν να προκύπτουν, είτε από την καταχρηστική χρέωση επί πλέον ΚΕΝ για το ίδιο περιστατικό, είτε από την παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο πέραν του προβλεπόμενου από το ΚΕΝ ορίου διάρκειας νοσηλείας.

Σαν γενικά συμπεράσματα αναφέρουμε κατ' αρχήν την διαφορετική εικόνα που δίνουν τα διαφορετικά νοσοκομεία ως προς το κόστος των περιστατικών που καλείται να καλύψει ο ΕΟΠΥΥ. Και ενώ ο παράγοντας σοβαρότητας των νοσοκομειακών περιπτώσεων και ιατρικής εξειδίκευσης του νοσοκομείου εμφανίζεται να επηρεάζει κατά κύριο λόγο το συνολικό κόστος ανά ίδρυμα, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία με την καλύτερη υποδομή να επιφέρουν το μεγαλύτερο κόστος στον Οργανισμό, η παρατήρηση της δομής των διαγνωστικών κατηγοριών με τις μεγαλύτερες συχνότητες αφήνει μεγάλη πιθανότητα «διαχείρισης» των ΚΕΝ από κάποια νοσοκομεία κατά τρόπο επιλεκτικό για μεγιστοποίηση των εσόδων τους. Αυτό προκύπτει από την στατιστική παρατήρηση δεδομένων κόστους των ΚΕΝ για διαδοχικές χρονικές περιόδους και διαφορετικές ειδικότητες. Οι παρατηρήσεις αυτές εντοπίζουν και αξιοσημείωτες αποκλίσεις στο «προφίλ» των διαφορετικών νοσοκομείων που ενισχύει την άποψη για ύπαρξη πρακτικών καταστρατήγησης του συστήματος των ΚΕΝ από μέρους κάποιων από αυτά. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από την ανάλυση των περιπτώσεων με χρέωση πλέον του ενός ΚΕΝ για το ίδιο περιστατικό, και από την ανάλυση των περιπτώσεων της υπέρβασης του ορίου της διάρκειας νοσηλείας που επιτρέπει επιπρόσθετες χρεώσεις για νοσοκομειακές υπηρεσίες πέραν του ποσού που αντιστοιχεί στο ΚΕΝ.

Η συζήτηση που θα πρέπει τώρα να γίνει, σε επίπεδο ΕΟΠΥΥ και γενικότερα σε επίπεδο υπευθύνων πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, όπως δείχνουν και τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, οφείλει κατά την άποψη μας, να εξετάσει δύο ουσιαστικά πεδία παρέμβασης στο χώρο της υγείας πάντα σε σχέση με τα ΚΕΝ.

Πρώτα θα πρέπει να επανεξετασθούν, οι υποδεικνυόμενες ως θεσμικές και τεχνικές αδυναμίες με προφανείς αρνητικές συνέπειες στην αποτελεσματικότητα του συστήματος των ΚΕΝ στην Ελλάδα και να γίνουν διορθωτικές κινήσεις. Εδώ συμπεριλαμβάνονται θέματα ενίσχυσης της υποδομής (πληροφοριακά συστήματα, τεχνικές κοστολόγησης ανά περιστατικό, εισαγωγή αλγορίθμων κατάταξης σε διαγνωστικές ομάδες, εκπαίδευσης του προσωπικού κλπ), παρεμβάσεων σε επίπεδο δομής των ΚΕΝ και συστήματος τιμολόγησης (επανασχεδιασμός καταλόγου των ΚΕΝ, επανακαθορισμός των τιμών, τροποποίηση κανόνων χρέωσης κλπ),

καθώς και θέματα διαμόρφωσης μηχανισμών ελέγχου και στρατηγικού σχεδιασμού (συστήματα επιχειρηματικής ευφυΐας με άξονα τα ΚΕΝ, επιστημονική προσέγγιση για τον προσδιορισμό και χειρισμό των outliers, ανάλυση ιατρικών πρακτικών και εκπόνηση κατευθυντήριων γραμμών κλπ).

Το δεύτερο εξ ίσου σημαντικό πεδίο παρέμβασης πολιτικών υγείας θα πρέπει να είναι αυτό της διαχείρισης της ζήτησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και της ιατρικής διαχείρισης των περιστατικών. Εδώ εντάσσεται η χρησιμοποίηση της ιατρικής πληροφορίας που συνδέεται με την χρήση των ΚΕΝ, επίσης η ανάλυση και επεξεργασία των δημογραφικών και οικονομικών δεδομένων που προκύπτουν, ώστε να βρεθεί το κατάλληλο πλαίσιο συνεργασίας με τους παρόχους υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης που θα περιορίσει τα φαινόμενα καταχρηστικής διαχείρισης του συστήματος των ΚΕΝ είτε με την μορφή της κατάταξης των περιστατικών σε «ανώτερη» διαγνωστική κατηγορία (up coding ), είτε με την εισαγωγή και χρέωση περιστατικών που ιατρικά δεν χρήζουν νοσηλείας.

Η πρώτη στατιστική προσέγγιση της χρήσης και του κόστους των ΚΕΝ στα ιδιωτικά νοσοκομεία στα πλαίσια αυτής της εργασίας, εντάσσεται ακριβώς στη προσπάθεια εντοπισμού και αντιμετώπισης τέτοιων φαινομένων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- [1] Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και η Ελληνική εμπειρία, Αθήνα, Ιατρικό Βήμα, 1989,5,18-22,
- [2] Υφαντόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και Πολιτική, Αθήνα, Εκδόσεις Δάρδανος, 2006
- [3] Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας, Παπαζήση, Αθήνα, 1998
- [4] Shwartz M., and Lenard M. Improving Economic Incentives in Hospital Prospective Payment Systems through Equilibrium Pricing, *Management Science* 1994, 40(6): 774–87
- [5] Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Αθήνα, 1991
- [6] Government of Western Australia Department of Health, Clinical case mix handbook Australia (National Centre for Classification in Health 2003), 2011-2012, διαθέσιμο στο : <http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf> (20-05-13)
- [7] Scheller- Kreinsen D., Geissler A., Busse R., The ABC of DRGs, Euro Observer 2009, Vol. 11N 4
- [8] Bray N., Carter C., Dobson A. Watt J. M. and Shortell S. An Examination of Winners and Losers under Medicare’s Prospective Payment System, *Health Care Management Review* 1994. 19(1): 44–55.
- [9] Πολύζος Ν. Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (DRGs), ΤΥΠΙΕΤ, Αθήνα, 1999
- [10] Fleming The Early Effects of the Prospective Payment System on Inpatient Utilization and the Quality of Care, *Inquiry* (spring) 1987, 24: 7–16.
- [11] Kahman I. & Mc Carthy B., 12<sup>ος</sup> 2007: Bench mark studies of DRG system used in EU
- [12] Rock R. Assuring Quality of Care under DRG-Based Prospective Payment, *Medical Decision Making*, 1985, 5(1): 31–34
- [13] Gundlig R. OIG Audit of HCFA Prompts Steps to Reduce Payment Errors, *Health-Care Financial Management*, 2000, 54(5): 90–1

- [14] Οικονόμου Χ. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του ΕΣΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα, Μάρτιος, 2012,
- [15] Λιαρόπουλος Λ., Σίσκου Ο., Γιαννόπουλος Ν., Βαφειάδης Ι., Τσαβαλιάς Κ., κ.α. Μελέτη εφαρμογής Εθνικών λογαριασμών υγείας ΟΟΣΑ 2010-2011 και πρόταση σχεδίου Νομοθετικής ρύθμισης και εφαρμογής, Αθήνα , 2013
- [16] OECD, Health Data 2012, How Does Greece Compare, διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf> (01-06-13)
- [17] ΥΥΚΑ, Πόρισμα – Πρόταση, Επιτροπής ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα, 2011, διαθέσιμο στο: <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/articles/ken-eswteriko/710-yproyrgikes-apofaseis-egkyklioi-g-gaseis-egkyklioi-g-g> (05-05-13)
- [18] Σκιαδάς Χ., Λουλάκη Μ., Βασιλάτου Μ., Μάμαλης Μ., Τσιμπάνος Π., Καρακαξίδου Β., Μελέτη αναλογιστικών παροχών ασθένειας σε είδος των ταμείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΓΑ, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, 2011, Αθήνα
- [19] Βαφειάδης Ι., Προβλήματα του Ελληνικού συστήματος Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, (ΔΜΥ60), Αθήνα, 2011
- [20] ΦΕΚ 3819/2011
- [21] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Ετήσιοι Δημοσιευμένοι Απολογισμοί Ετών 2004,2005,2006,2007
- [22] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ετήσιοι Μη δημοσιευμένοι Απολογισμοί 2008,2009,2010,2011
- [23] Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, Υλικά Αγγειοπλαστικών επεμβάσεων, έγγραφο με Αριθ. Πρωτ. 68-27-04-2007 Αθήνα
- [24] Βαφειάδης Ι., Παπακυριάκου Σ., Χριστοδουλάκη Α., Ζιώγου Α., Γιαννόπουλος Χ., Ο Δευτεροβάθμιος ιατρικός έλεγχος στα ασφαλιστικά ταμεία είναι αναγκαία πραγματικότητα, 12ο Πανελλήνιο συνέδριο management υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, 2010
- [25] Έγγραφο της Ε.Ε.Χ.Ο.Τ με αριθμ. Πρωτ. 22/11-3-2009
- [26] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Απόσπασμα Πρακτικού Διοικητικού Συμβουλίου 25/14-07-2011
- [27] ΦΕΚ 1184/11-09-01, τ. Β



- [28] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Παρατηρήσεις από καταγραφές των αγγειοπλαστικών επεμβάσεων το 2005, Αρχείο 1<sup>ο</sup> νος. ΙΚΑ, έγγραφο αριθ. Πρωτ. 4552.12-04-05
- [29] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΝΜΥΑ, ΚΟΕ έγγραφο αριθμ. Πρωτ. 605884/8-07-2009
- [30] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Γενικό έγγραφο με αριθ. Πρωτ. Γ32/645/7-05-07
- [31] ] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Γενικό έγγραφο με αριθ. Πρωτ. Γ32/53/22-01-10
- [32] Βαφειάδης Ι., Παπακυριάκου Σ., Τούτουζας Κ., Αγγέλη Κ., Στεφανάδης Χ., Καταγραφή ενδοαυλικών διαδερμικών στεφανιαίων αγγειοπλαστικών (PTCA) και δευτεροβάθμιος έλεγχος ασφαλιστικού φορέα, Ελληνική καρδιολογική επιθεώρηση, Αθήνα, 2011, 52(4),σ. 206-212
- [33] Βαφειάδης Ι. Η εφαρμογή των ΚΕΝ και η θέση της κοινωνικής ασφάλισης, 6<sup>ο</sup> Επιστημονικό Συνέδριο του Επιστημονικού Κέντρου Management των Νοσοκομείων, Αθήνα, 2012
- [34] Βαφειάδης Ι., Παπακυριάκου Σ., Χριστοδουλάκη Α., Ζιώγου Α., Γιαννόπουλος Χ., Μείωση δαπανών υγείας ενός ασφαλιστικού οργανισμού στο δημόσιο και ιδιωτικό, 12ο Πανελλήνιο συνέδριο management υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, 2010
- [35] Βαφειάδης Ι. Κοινωνικοί φορείς υπηρεσιών υγείας και τεχνολογία υγείας, Παρελθόν και μέλλον, 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας & 27η Εκπαιδευτική Συνάντηση Ειδικευομένων Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, 2012
- [36] Delloye C., Cnockaert N., Cornu O., Bone Substitutes in 2003: an overview, Acta Orthopaedica Belgica, 2003, Vol. 69 - 1 διαθέσιμο στο : <http://www.actaorthopaedica.be/acta/download/2003-1/01-delloye-cornu-.pdf>, (20-04-13)
- [37] Βαφειάδης Ι. Προβληματισμοί από τον δευτεροβάθμιο έλεγχο νοσηλίων της Αθήνας, Παρουσίαση στην ανεξάρτητη Ομάδα Επιστημόνων του ΥΥΚΑ Αθήνα, 2011
- [38] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΝΜΥΑ ΚΟΕ έγγραφο με αριθ. Πρωτ. 601133/12-02-2008
- [38] Ελευθεροτυπία, Πασχάλης Θ. Πως έφαγαν τα 10 εκατ. στο ΚΑΤ από τα οστικά μοσχεύματα, Έκθεση ελέγχου ασφαλιστικών ταμείων, Αθήνα, 2012, διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=347532>
- [39] ΥΥΚΑ, Ερμηνευτική εγκύκλιο Γ.Γ. ΥΥΚΑ με Αρ. Πρωτ. οικ. 94622/01-09-2011
- [40] ΚΥΑ Υ4α/οικ.85649/27-7-11 ΦΕΚ 1702/Β 1-8-11

- [41] ΥΥΚΑ, Ερμηνευτική εγκύκλιο Γ.Γ. ΥΥΚΑ Αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ.100147/08/09/2011
- [42] ΦΕΚ 946/27-03-12, Αριθμ. Υ4α/οικ.18051
- [43] Μανιαδάκης Ν. ΚΕΝ Αλήθειες και Μύθοι, Ph.B Αθήνα, Φεβρουάριος 2012 σ.44-51
- [44] Quentin W., Geissler A., Scheller- Kreinsen D., Busse R., DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system, Euro Observer Autumn 2010, διαθέσιμο στο: <http://eurodrp.projects.tuberlin.de/publications/DRGtype%20hospital%20payment%20in%20Germany.pdf> (28-03-12)
- [45] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ενημερωτικό έγγραφο με αριθ. Πρωτ. Γ32/1361/14-12-2011
- [46] Καθημερινή, Φούρα Γ. Ακριβά τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια, Με το νέο σύστημα, η νοσηλεία των ασθενών στα νοσοκομεία θα κοστίζει περισσότερο στα Ταμεία, 25/09/11, διαθέσιμο στο: [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w\\_articles\\_ell\\_2\\_25/09/2011\\_457271](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_25/09/2011_457271) (20-03-13)
- [46] ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Έγγραφο της Δ/σης Υγειονομικών Υπηρεσιών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με αριθμ. Πρωτ. Γ99/922-01-11-2011
- [47] Καθημερινή, Φούρα Γ. Αλλαγή τιμών των κλειστών νοσηλίων, 24-12-11
- [48] ΥΥΚΑ, Έγγραφο του ΓΓ-ΥΥΚΑ με αριθ. Πρωτ. Αρ. πρωτ.: Υ4α/οικ. 28884, 21/03/2012
- [49] ΥΥΚΑ, Έγγραφο του ΓΓ-ΥΥΚΑ με αριθ. Πρωτ. Υ4α/80878/19-09-2012
- [50] ΦΕΚ 940/27-03-12 Αριθμ. Υ4α/οικ.13740

