



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων
(KEN/Diagnosis Related Groups-DRGs) στον τομέα της
Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα

Δρ. Αργύριος Κ. Τζαμάλης

Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN/Diagnosis Related Groups-DRGs) στον τομέα της Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα

Δρ. Αργύριος Κ. Τζαμάλης

Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος, 2014

Περιεχόμενα

Ελληνική Περίληψη	7
Αγγλική Περίληψη-Summary	9
Ευχαριστίες	11
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Συστήματα υγείας και υπερκοστολόγηση	13
1.2 Νοσοκομειακή κοστολόγηση	16
1.3 ΚΕΝ : Ορισμοί-στόχος	19
2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ-ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
2.1 Ο πρόγονος των ΚΕΝ, τα DRGs	23
2.2 Εισαγωγή των DRGs-ΚΕΝ στο ελληνικό σύστημα υγείας Νομοθετικό πλαίσιο	26
3 ΤΑ ΚΕΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	
3.1 Αντιστοίχιση ΚΕΝ-Διαγνώσεων	37
3.2 Το κόστος των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ-Αναπροσαρμογές	58
3.3 Η μέση διάρκεια νοσηλείας των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ	64
3.4 Τιμολόγιο ημερήσιας νοσηλείας των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ	67
4 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΙΜΩΝ ΚΕΝ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
4.1 Εισαγωγικά-Σκοπός έρευνας	69
4.2 Μεθοδολογία έρευνας	73
4.3 Αποτελέσματα έρευνας	76

5.	ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΕΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ DRGS ΑΛΛΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	
5.1	Εισαγωγή	83
5.2	Συστήματα DRGs άλλων κρατών στον τομέα της Οφθαλμολογίας	85
5.2.1	Γερμανία	87
5.2.2	Ελβετία	90
5.2.3	Η.Π.Α.	92
5.2.4	Αυστραλία	94
5.3	Διεθνής Βιβλιογραφία για τα συστήματα DRGs στον τομέα της Οφθαλμολογίας	97
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
6.1	Συμπεράσματα-Συζήτηση	105
6.2	Προτάσεις Βελτίωσης	111
	Βιβλιογραφικές αναφορές	117

Περίληψη

Εισαγωγή: Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασιζόταν μέχρι πρόσφατα σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό και υπερκοστολογημένο μοντέλο, η ανεπάρκεια του οποίου καθώς και η έλλειψη σωστής διαχείρισης οδήγησε τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία σε δυσθεώρητα οικονομικά ελλείμματα με αυξητική διαρκώς τάση. Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) αποτελούν ένα καινοτόμο για τα ελληνικά χρονικά σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η εφαρμογή βασίζεται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των “Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων” (Diagnosis Related Groups - DRGs).

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η τεκμηριωμένη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εισαγωγής του συστήματος των KEN στον τομέα της Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα. Παράλληλα, επιχειρείται η συγκριτική αξιολόγηση του εν λόγω συστήματος με αντίστοιχες παρεμβάσεις σε διεθνές επίπεδο.

Μεθοδολογία: Η μεταπτυχιακή διατριβή διαρθρώνεται γύρω από την παρουσίαση του νομοθετικού πλαισίου της εισαγωγής και εφαρμογής των KEN στο ελληνικό υγειονομικό περιβάλλον, τη συστηματική αντιστοίχιση των οφθαλμολογικών KEN με τις λοιπές κωδικοποιημένες πληροφορίες καταχώρησης και διαχείρισης, τη συγκριτική αξιολόγηση αντίστοιχων δεδομένων και χαρακτηριστικών παρόμοιων μοντέλων νοσοκομειακής αποζημίωσης άλλων χωρών από ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και την ανάλυση παραδείγματος ενός δημόσιου νοσοκομείου. Σε μία αναδρομική μελέτη διενεργείται η ανάλυση στατιστικών στοιχείων που αφορούν το κόστος και συναφείς νοσολογικές και δημογραφικές πληροφορίες από τη βάση δεδομένων του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» και κατατίθενται προτάσεις βελτίωσης του ισχύοντος συστήματος.

Αποτελέσματα: Εντοπίζονται διαφορές σε ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά των ελληνικών KEN σε σύγκριση με τα διεθνώς εφαρμοσμένα DRGs στον τομέα της Οφθαλμολογίας. Οι

προτεινόμενες τιμές για τα οφθαλμολογικά ΚΕΝ ως επί το πλείστον ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες και έξοδα των νοσοκομείων για τα αναλώσιμα υλικά ενώ υπάρχει σημαντική απόκλιση στη μέση διάρκεια νοσηλείας ορισμένων περιστατικών. Η αντιστοίχιση των οφθαλμολογικών διαγνώσεων με τους κωδικούς ΚΕΝ εμφανίζει μικρές παραλείψεις και χρήζει διορθωτικών αλλαγών.

Συμπεράσματα: Η πρόσφατη εισαγωγή των ΚΕΝ αποτελεί μια σημαντική απόπειρα μεταρρύθμισης στο σύστημα αποζημίωσης νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα στις οφθαλμολογικές κλινικές, η ιδιαίτερη φύση των οποίων λόγω του συγκεκριμένου αντικειμένου ειδίκευσης οδηγεί σε δυσκολία διαχείρισης και υπερκοστολόγηση. Παρατηρούνται αποκλίσεις από τα πραγματικά δεδομένα και αδυναμίες του συστήματος λόγω της άμεσης εφαρμογής του. Καθίσταται, συνεπώς, επιτακτική η ανάγκη τροποποιήσεων με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομειακά ιδρύματα.

Summary

Background: Funding process of the Greek Health System has been until recently a complex, anachronistic and over-costing model, whose deficiency and lack of proper management led Greek public hospitals and insurance funds to exceptional financial deficits with ever increasing trend. The Closed Consolidated Medical Bills (KEN) is an innovative, for the Greek standards, system of pricing medical services provided by hospital to inpatients during their hospital stay. The implementation is based on the internationally established system of Diagnosis Related Groups - DRGs.

Aim: The purpose of this paper is to evaluate the effects of the new system in the field of Ophthalmology in Greece. Additionally, it attempts to benchmark the system with respective interventions at an international level.

Methods: The thesis is structured around presentation of the legislative framework of the introduction and implementation of the new system in the Greek healthcare environment, systematic pairing of ophthalmic coding with other coded information regarding registration and management, evaluating data and respective characteristics of similar hospital payment models of other countries by means of an international literature review and analysis of a Greek public hospital example. In a retrospective study, a statistical data analysis is performed related to the cost and associated demographic data from the database of "Papageorgiou" General Hospital in Thessaloniki, and proposals are formulated to improve the current system.

Results: A significant difference is noted in the quantitative and qualitative characteristics of the Greek system compared with internationally applied DRG systems in the field of Ophthalmology. The proposed funding for ophthalmic inpatient cases mostly meets real needs and costs of hospitals for supplies, while an important deviation in average length of stay in certain cases is being shown. The assignment of ophthalmic diagnoses with costing codes indicates minor omissions and requires corrective changes.

Conclusions: The recent introduction of Greek DRGs is a significant attempt to reform the hospital payment system and particularly in ophthalmology departments, the specific nature of which due to their subject specialization leads to difficulty in managing and over-costing. Deviations from the real needs and system failures due to the direct application of the new system are being shown. There is, therefore, an urgent need for amendments aimed at increasing efficiency and improving health services provided by Greek hospitals .

Ευχαριστίες

Στους γονείς μου, Κώστα και Κατερίνα, που δεν έπαψαν, μέσα από την αδιάκοπη και ανιδιοτελή τους υποστήριξη, να μου διδάσκουν ότι η παιδεία είναι για τα παιδιά σωφροσύνη, για τους φτωχούς πλούτος και για τους πλούσιους στολίδι...

Στους δασκάλους της ζωής μου, μα κυρίως στον Καθηγητή και Μέντορα μου Σταύρο Α. Δημητράκο, που κατόρθωσε με το απαράμιλλο «κιμπαριλίκι» του να μου μεταδώσει ότι η οικονομία είναι αρετή στη φτώχεια, φρόνηση στη μετριότητα και ελάττωμα στον πλούτο...

Στη μητέρα μου, Κατερίνα, χωρίς τη βοήθεια και την αγάπη της οποίας τούτο το εγχείρημα δε θα ήταν δυνατό να ολοκληρωθεί, μεταλαμπαδεύοντας μου την πίστη της ότι ο πραγματικός πλούτος είναι η παιδεία καθώς όσο ακριβά και αν κοστίζει η εκπαίδευση, η άγνοια κοστίζει πολύ περισσότερο...

Εισαγωγή

1.1 Συστήματα υγείας και υπερκοστολόγηση

Η υγεία αποτελεί ύψιστο κοινωνικό αγαθό συνιστώντας έναν από τους κυριότερους πυλώνες της σύγχρονης κοινωνίας. Η υγεία είναι αγαθό με τριπλό χαρακτήρα - κοινωνικό, καταναλωτικό και επενδυτικό [1]. Αποσκοπεί στην ικανοποίηση άμεσων και τρεχουσών αναγκών, ταυτόχρονα όμως συμβάλει θετικά, ως επένδυση, μέσο- και μακροπρόθεσμα, στην παραγωγική διαδικασία και την οικονομική ανάπτυξη με τη συντήρηση και αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Με το πέρασμα του χρόνου, τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν, άλλοτε με μοχλό τις επιλογές του κράτους και άλλοτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών διεργασιών ή επιστημονικών – τεχνολογικών επιτευγμάτων. Μέσω των διαφόρων πολιτικών μεταρρυθμίσεων, η εκάστοτε πολιτειακή ηγεσία επιχειρεί να εξασφαλίσει την αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομειακού συστήματος τόσο από πλευράς κατανομής των πόρων όσο και από πλευράς αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Ιδεατά, το σύστημα υγείας της κάθε χώρας στοχεύει στη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού αυτής, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού [2]. Τα συστήματα υγείας, όμως, εμφανίζουν μια σημαντική

οικονομική ιδιαιτερότητα έναντι των άλλων κοινωνικών και οικονομικών συστημάτων, εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της οργάνωσής τους, αλλά και εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας καθώς και η κοστολόγηση αυτών εμφανίζει γνωστές ιδιαιτερότητες και δε δύναται να εξισωθεί με τις λοιπές ανταγωνιστικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Οι βασικότερες διαφορές έγκεινται στη μειονεκτική θέση του ασθενή-καταναλωτή, στο φαινόμενο της «προκλητής» ζήτησης, αλλά και στην μεγάλη σημασία του συντελεστή «εργασία». Ο ασθενής-καταναλωτής δε γνωρίζει το είδος των υπηρεσιών που πρέπει να χρησιμοποιήσει και χρειάζεται τη βοήθεια του ιατρού-παραγωγού που θα τον πληροφορήσει και θα τον καθοδηγήσει στην κατάλληλη θεραπεία.

Συνεπώς, στον τομέα της υγείας οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να δρουν ως κυρίαρχοι και ορθολογικοί καταναλωτές. Η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ασθενών και ιατρών δύναται να οδηγήσει στο φαινόμενο της «προκλητής» ζήτησης. Βασικός ρυθμιστής των δαπανών υγείας είναι ο ίδιος ο ιατρός, αφού αυτός διαμορφώνει την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και καθορίζει τον όγκο της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Άμεσο αποτέλεσμα αυτού είναι, στις πλείστες των περιπτώσεων, η επιλογή θεραπείας υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο ίδιος ο ασθενής εάν ήταν κυρίαρχος γνώστης του θέματος. Επιπρόσθετα, στον τομέα υγείας ο κυριότερος στόχος είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών καθώς και η ισότιμη εξυπηρέτησή τους ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική θέση στην οποία ανήκουν.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδήγησαν στην παρέμβαση του κράτους, που με διάφορα μέτρα προσπαθεί να μειώσει τα προβλήματα υπερκοστολόγησης που υπάρχουν και να δημιουργήσει ένα αποτελεσματικό και κοινωνικά αποδεκτό σύστημα υγείας. Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασιζόταν μέχρι πρόσφατα σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό και υπερκοστολογημένο μοντέλο που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και να

υποστηρίζει αποτελεσματικά τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Η ανεπάρκεια του συστήματος αυτού καθώς και η έλλειψη σωστής διαχείρισης οδήγησε τα δημόσια κυρίως ελληνικά νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία σε δυσθεώρητα οικονομικά ελλείμματα με αυξητική διαρκώς τάση.

1.2 Νοσοκομειακή κοστολόγηση

Νοσοκομειακό κόστος είναι το σύνολο των δαπανών, που έχουν σχέση με την παραγωγή και την προσφορά υπηρεσιών υγείας και παρέχονται στον ιδιαίτερο χώρο του νοσοκομείου και του πληθυσμού ευθύνης του. Επιπρόσθετα, ως κόστος ορίζεται και η νομισματική αξία των πόρων οι οποίοι καταναλώνονται στην παραγωγή ή διανομή προϊόντος ή υπηρεσίας. Οι πόροι αυτοί στο νοσοκομειακό κλάδο περιλαμβάνουν α) το ανθρώπινο δυναμικό, β) τα αναλώσιμα, γ) το βασικό εξοπλισμό, δ) το κεφαλαιουχικό κόστος και ε) το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών.

Κάθε νοσοκομείο λειτουργεί ως μία παραγωγική μονάδα αξιώνοντας εισροές για την παραγωγή των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι ήδη αναφερθέντες πόροι αποτελούν αυτές τις εισροές. Στην περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου θεωρείται εισροή η νοσηλεία των ασθενών και εκροή η θεραπεία τους. Το μεταβλητό νοσοκομειακό κόστος αλλάζει με τη μεταβολή των προσφερόμενων υπηρεσιών ή με τη μεταβολή του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποιου είδους θεραπεία. Στην τελευταία αυτή κατηγορία ανήκουν τα αναλώσιμα εργαλεία καθώς και τα φάρμακα. Από την άλλη πλευρά, σε κάθε παραγωγική μονάδα υπάρχει και το σταθερό κόστος, το οποίο παραμένει ίδιο ανεξαρτήτως παραγωγής ή μη. Έτσι και το σταθερό νοσοκομειακό κόστος παραμένει σταθερό ανεξάρτητα από τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, αφού θεωρητικά μια κλινική θα πληρώσει το ίδιο «ενοίκιο» είτε φιλοξενεί είτε όχι ασθενείς.

Τα είδη του κόστους που χρησιμοποιούνται στη νοσοκομειακή παραγωγή είναι τρία:

- i. το έμμεσο,
- ii. το άμεσο

iii. το λειτουργικό

Το έμμεσο κόστος περιλαμβάνει το κόστος των παραγωγικών συντελεστών που χρησιμοποιούνται για τον ίδιο τον ασθενή στα άλλα κέντρα κόστους του νοσοκομείου δηλαδή τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Το άμεσο κόστος των νοσοκομείων περιλαμβάνει τους μισθούς των ιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού, τα φάρμακα και ότι υλικά χρειάζεται το κάθε τμήμα. Στο άμεσο κόστος περιλαμβάνεται και η μεταφορά των ασθενών στο νοσοκομείο. Τέλος, το λειτουργικό κόστος περιλαμβάνει το φώς, το νερό, το τηλέφωνο, τα κόστη διαχείρισης, τα χρηματοοικονομικά και διοικητικά κόστη, την ασφάλεια και την καθαριότητα του κτιρίου, το κόστος απόκτησης και συντήρησης μηχανημάτων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος των νοσοκομείων είναι οι εξής:

- **Το μέγεθος του νοσοκομείου:** τα έξοδα ενός νοσοκομείου όπως και στις άλλες παραγωγικές μονάδες εξαρτώνται άμεσα από το μέγεθος και την έκταση που καλύπτει, τον εξοπλισμό και τις κλίνες που διαθέτει.
- **Η νομική μορφή του νοσοκομείου:** κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα. Κερδοσκοπικό χαρακτήρα έχουν κυρίως οι ιδιωτικές κλινικές, βασικός στόχος των οποίων είναι η απόκτηση κέρδους προσφέροντας υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι κυρίως τα δημόσια νοσοκομεία καθώς εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών και όχι στην απόκτηση οικονομικού κέρδους.
- **Ο αριθμός των ασθενών και οι ημέρες νοσηλείας** αυτών στις διάφορες μονάδες του νοσοκομείου.

- **Ο αριθμός των κλινών** δηλαδή πόσες κλίνες διαθέτει το νοσοκομείο καθώς όσο περισσότερες κλίνες διαθέτει τόσο μεγαλύτερο είναι το κόστος.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων είναι η ετήσια τακτική επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, η επιχορήγηση από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων αλλά και τα έσοδα από νοσήλια και άλλες εξετάσεις των ασφαλισμένων και των ιδιωτών και οι ίδιοι πόροι των νοσοκομείων. Η κρατική επιχορήγηση καλύπτει σχεδόν το σύνολο των δαπανών μισθοδοσίας και τις επενδύσεις, ενώ τα νοσήλια απορροφώνται για τις υπόλοιπες λειτουργικές δαπάνες.

Μέχρι πρότινος εφαρμοζόταν αναχρονιστικές μέθοδοι κοστολόγησης που χαρακτηρίζονταν από εμφανή έλλειψη κριτηρίων αντιστοιχίας παραγόμενου έργου και χρηματοδότησης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Αυτή η πολιτική είχε ως αποτέλεσμα να αυξάνονται τα ελλείμματα, ενώ κάθε προσπάθεια ελέγχου του κόστους αποδείχθηκε ατελέσφορη.

Με γνώμονα, λοιπόν, τη βελτίωση των δημοσιοοικονομικών μεγεθών, επιχειρείται την τελευταία τετραετία από την πολιτική ηγεσία, η εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημίωσης των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων. Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) συνιστούν μια απόπειρα συγκρότησης της ελληνικής εκδοχής των Diagnosis Related Groups (DRGs), δηλαδή την εισαγωγή συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία

1.3 ΚΕΝ: Ορισμοί-στόχος

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια αποτελούν ένα καινοτόμο για τα ελληνικά χρονικά σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών που εφαρμόζει το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Η εφαρμογή βασίζεται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των **“Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων” (Diagnosis Related Groups - DRGs)**.

Τα DRGs, Diagnosis-Related Groups, αφορούν ένα σύστημα κατάταξης των ασθενών, το οποίο συσχετίζει τον τύπο των ασθενών που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο, με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από αυτό. Παρά το γεγονός ότι κάθε ασθενής θεωρείται μοναδικός, ομάδες ασθενών έχουν κοινές δημογραφικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες οι οποίες και καθορίζουν την έκταση των απαιτούμενων πόρων για τη θεραπεία τους. Τα DRGs λοιπόν, αποτελούνται από διακριτές κατηγορίες - groups όπου σε κάθε μία από αυτές οι ασθενείς που τις αποτελούν είναι κλινικά παρόμοιοι και για αυτό αναμένεται να καταναλώσουν και την ίδια ποσότητα πόρων.

Σε κάθε διαγνωστική κατηγορία δεν υπάρχει και ένα συγκεκριμένο κόστος για κάθε ασθενή. Αυτό αλλάζει ανάλογα με την ποσότητα και τον τύπο του πόρου που θα χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του ασθενή. Επίσης, η διάρκεια νοσηλείας επηρεάζει το κόστος νοσηλείας, το οποίο μοιράζεται ανά ημέρα νοσηλείας αναλογικά σε όλους τους ασθενείς. Η διαδικασία των διαγνωστικών κατηγοριών ακολουθείται για την άντληση πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την εξαγωγή του προϋπολογισμού του κάθε τμήματος του νοσοκομείου. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τον προσδιορισμό στόχων επόμενης περιόδου. Επιπροσθέτως, τα DRGs είναι απαραίτητα για τη σύγκριση του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε διαφορετικά νοσοκομεία γιατί έτσι γίνονται αντιληπτές οι διαφορές τους. Η

κωδικοποίηση των διαγνώσεων στηρίζεται στη διεθνή ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD9, ICD10, 9-CM). Στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας έχει καθιερώσει την κωδικοποίηση ICD10.

Το σύστημα DRG είναι ένα σύστημα κοστολόγησης που χρησιμοποιούν πολλές χώρες, ανάμεσα σε αυτές οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Γερμανία και ως σκοπό έχει τη μείωση του κόστους των μονάδων υγείας. Με το σύστημα αυτό, ο νόμος υποχρεώνει όλα τα νοσοκομεία να χρησιμοποιούν προκαθορισμένες τιμές σε όλα τους τα τιμολόγια. Οι τιμές αυτές είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα αν έχουν ασφάλιση ή όχι, ή αν έχουν έρθει από το εξωτερικό για κάποια επέμβαση. Σύμφωνα με τα διεθνή συστήματα πάνω στα οποία βασίστηκαν τα ΚΕΝ, χωρίστηκαν οι νοσοκομειακές δραστηριότητες σε ορισμένες κατηγορίες. Σε κάθε κατηγορία ανήκει ένας τομέας της υγείας π.χ. οφθαλμολογικές παθήσεις, και μέσα σε κάθε κατηγορία υπάρχει μια υποκατηγορία που εξαρτάται από την διάγνωση, τις ιατρικές πράξεις που έγιναν κατά τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, άλλες διαγνώσεις που έγιναν στη συνέχεια και πιθανές επιπλοκές.

Σκοπός της νέας διαδικασίας είναι η ακριβέστερη τιμολόγηση της νοσηλείας κάθε ασθενή και ο αναθεωρημένος τρόπος υπολογισμού της αποζημίωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, εισάγοντας ένα σύγχρονο - αναλυτικό τιμοκατάλογο νοσηλίων με καθορισμένο κόστος και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για κάθε διαγνωστική ομάδα. Το εξιτήριο παρέχεται πλέον με βάση συγκεκριμένη κωδικοποίηση της διάγνωσης από το θεράποντα ιατρό. Απλούστερα, τα ΚΕΝ αφορούν προκαθορισμένα πακέτα, βάσει των οποίων τα Ασφαλιστικά Ταμεία και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα καλούνται να πληρώσουν τα δημόσια νοσοκομεία, ανάλογα με την κάθε πάθηση των ενδονοσοκομειακών ασθενών.

Έχουν ήδη κοστολογηθεί 700 τέτοια πακέτα από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), με συγκεκριμένους κωδικούς, τα οποία περιέχουν τη διάρκεια και το κόστος της νοσηλείας, ανάλογα με τη θεραπεία σε κάθε περίπτωση. Στα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια υπάρχουν προβλέψεις και για περιπτώσεις επιπλοκών, που ίσως αναγκάσουν έναν ασθενή να παρατείνει τη

νοσηλεία του ή να υποβληθεί εκ νέου σε εξετάσεις ή να προχωρήσει σε κάποια επεμβατική μέθοδο ή εγχείρηση. Το Υπουργείο Υγείας φιλοδοξεί με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια να εξοικονομήσει χιλιάδες ευρώ για τα ασφαλιστικά ταμεία και να περιορίσει τη σπατάλη, από την πλευρά κυρίως των γιατρών μειώνοντας με τον τρόπο αυτό την υπερκοστολόγηση και την «προκλητή» ζήτηση.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Ιστορική αναδρομή - Νομοθετικό πλαίσιο

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο πρόγονος των ΚΕΝ – Τα Diagnosis Related Groups (DRGs)

Τα Diagnosis Related Groups (DRGs) αποτέλεσαν την πρώτη προσπάθεια διεθνώς για μείωση της υπερκοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και συστηματοποίησης της αμοιβής των νοσοκομειακών μονάδων. Η απαρχή του συστήματος των DRGs καθώς και η πρώτη εφαρμογή αυτών έλαβε χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) το 1983. Την ίδια χρονολογία, το Κογκρέσο τροποποίησε το νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης για να συμπεριλάβει ένα νέο σύστημα προοπτικής πληρωμής των νοσοκομείων (Prospective Payment System), βασιζόμενο στην κατάταξη των ασθενών σύμφωνα με τα DRGs.

Το θέμα της υπερκοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών ή αλλιώς «πρόβλημα του νοσοκομείου», όπως παρουσιάστηκε από τον Δρ Codman - χειρουργό στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης- στις αρχές του 20ου αιώνα, συνεχίζει να αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση σήμερα, σχεδόν 100 χρόνια αργότερα.[3] Το έργο το οποίο ξεκίνησε από τον Codman αναπτύχθηκε περαιτέρω στη συνέχεια από τον καθηγητή Robert Fetter και τους συνεργάτες του στο

Πανεπιστήμιο του Yale στα τέλη της δεκαετίας του 1960, όταν κλήθηκαν να βοηθήσουν το τοπικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο με την ανάπτυξη ενός προγράμματος χρησιμοποίησης πόρων και διασφάλισης της ποιότητας. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι το έναυσμα για τη δημιουργία των DRGs ήταν η αναγκαιότητα εγγραφής στο πρόγραμμα Medicare, το οποίο είχε ιδρυθεί το 1965, και ήταν το ίδιο πρόγραμμα Medicare το 1983 το πρώτο που εφάρμοσε τα DRGs, το σύστημα δηλαδή που προέκυψε από μία μακρά διαδικασία.[4]

Η πρώτη έκδοση του συστήματος των DRGs αναπτύχθηκε το 1973 και αποτελείτο από 54 κύριες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs) και 333 κωδικούς DRGs. Η δεύτερη έκδοση αναπτύχθηκε για την Ομοσπονδιακή Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης και εμπεριείχε 83 MDCs και 383 DRGs, ενώ η τρίτη έκδοση 1978 αναπτύχθηκε ειδικά για ένα πρόγραμμα της πολιτείας του New Jersey. Η τελική πρωτότυπη έκδοση του συστήματος DRGs αποτελεί έργο της Ομάδας Συστημάτων Διαχείρισης Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Yale των ΗΠΑ (Health Systems Management Group) σε συνεργασία με το Οικονομικό Τμήμα Φροντίδας Υγείας (Health Care Financing Administration, HCFA). Η βασική ιδέα των Fetter και Thompson, ήταν η ταξινόμηση του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά.[5] Αυτό που προσδοκούσαν ως κύριο πλεονέκτημα του νέου συστήματος ήταν να παρέχουν τη δυνατότητα ορισμένης ανάλυσης, όπως η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτή.[6-7] Το σύστημα προοπτικής αποζημίωσης όπως ονομάστηκε, βασίστηκε στην τελική πρωτότυπη έκδοση του συστήματος HCFA-DRGs που εμπεριείχε 23 MDCs και 470 κωδικούς DRGs. Η αρχική εφαρμογή του συστήματος πραγματοποιήθηκε το 1983 για το πρόγραμμα Medicare.[8]

Η Αυστραλία ήταν μία από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα των Ηνωμένων Πολιτειών και υιοθέτησε από το 1988 πιλοτικά συγκεκριμένες κατηγορίες DRGs σε μία προοπτική πολιτική στο δικό της σύστημα υγείας.[9]

Στην Ευρώπη, η Πορτογαλία ήταν η πρώτη χώρα που εφάρμοσε ένα σύστημα νοσοκομειακής αποζημίωσης βασισμένο στα DRGs, το 1988. Ακολούθησε η Νορβηγία με την εισαγωγή ενός συστήματος πληρωμής με βάση τα DRGs σε επιλεγμένα νοσοκομεία κατά την περίοδο 1991-1993[10] και η Ιρλανδία το 1993. Σε σύντομο χρονικό διάστημα το σύστημα των DRGs εξαπλώθηκε στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης, όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Φινλανδία, η Εσθονία και άλλες υιοθέτησαν το σύστημα αυτό παραλλάσσοντας το ήδη υπάρχον αμερικάνικο ή αυστραλιανό μοντέλο και προσαρμόζοντας το στα δικά τους συστήματα υγείας. Αντίθετα η Αγγλία και η Αυστρία προτίμησαν να δημιουργήσουν εξ' αρχής νέο δικό τους σύστημα ομοειδών διαγνωστικών ομάδων.[11]

2.2 Εισαγωγή των DRGs-KEN στο ελληνικό σύστημα υγείας

Νομοθετικό πλαίσιο

Το σύστημα υγείας της κάθε χώρας αποτελεί μία ιδιαίτερη συνιστώσα της κοινωνίας και διαμορφώνεται αντίστοιχα με τα λοιπά κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά που διέπουν τη συγκεκριμένη κοινωνία των πολιτών. Συνεπώς η χρηματοδότηση και η οργάνωση κάθε υγειονομικού συστήματος εμφανίζει ιδιαίτερους χαρακτήρες. Στην Ελλάδα, έως και τα τέλη του 2011, το υγειονομικό σύστημα -καθότι μεικτό λαμβάνοντας στοιχεία τόσο από το σύστημα Beveridge όσο και από το σύστημα Bismarck- καθόριζε την αποζημίωση των δημόσιων νοσοκομείων χρησιμοποιώντας ένα αναχρονιστικό αλγόριθμο, στον οποίο συμμετείχαν τρεις πυλώνες.

Αυτοί ήταν:

- η εκάστοτε **κρατική επιχορήγηση**, μέρος του ετήσιου κρατικού προϋπολογισμού
- η συμβολή των διαφόρων **ασφαλιστικών ταμείων** για την κάλυψη κυρίως των νοσηλίων και μέρους των άμεσων και έμμεσων εξόδων και
- η συμμετοχή **ιδιωτικής** φύσης σε μικρό ποσοστό

Τμήμα των άμεσων εξόδων των δημόσιων νοσοκομείων, ήτοι οι μισθοί των εργαζομένων στους φορείς αυτούς, καλύπτονται έως και σήμερα από τον κρατικό προϋπολογισμό και δε συνυπολογίζονται στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Σε ότι αφορά όμως το ύψος του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου, μέχρι πρότινος, δεν λαμβάνονταν υπόψη το πραγματικό κόστος

νοσηλείας και παράγοντες όπως η κατηγορία της ασθένειας, το είδος και η ποσότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων να διογκώνονται σταθερά και να καλύπτονται από επιπλέον κρατικές επιχορηγήσεις. Η αναχρονιστική τακτική της αποζημίωσης μέσω του ημερήσιου νοσηλίου, που ίσχυε για αρκετά έτη στο ελληνικό σύστημα υγείας, ευνοούσε τη διόγκωση του κόστους και δημιουργούσε κίνητρα για ανεξέλεγκτες δαπάνες, τεχνητή αύξηση των ημερών νοσηλείας, ελαττώνοντας τόσο τους δείκτες παραγωγικότητας όσο και την ποιότητα των εκάστοτε παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα δεδομένα του ελληνικού χώρου στον τομέα της οικονομίας διαφοροποιήθηκαν άρδην από το 2009, οπότε και έγινε η απαρχή μίας πολύ μεγάλης οικονομικής και δημοσιονομικής κρίσης με σαφές κοινωνικό αντίκτυπο. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα χρηματοδότησαν την Ελλάδα με άμεσα πακέτα δανείων με την υποχρέωση να ληφθούν μέτρα λιτότητας για τον έλεγχο του ελλείμματος και επέβαλλε συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των δαπανών της γενικής κυβέρνησης. Μία από τις κύριες απαιτήσεις των δανειστών αποτέλεσε και η εφαρμογή πιο ορθολογικής οικονομικής πολιτικής στον τομέα της περίθαλψης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να γίνει η επίσπευση ριζικών αλλαγών αφ' ενός σε διοικητικό επίπεδο με την αναδιάταξη των 131 δημόσιων νοσοκομείων σε 82 βασικά και 49 διασυνδεδεμένα και αφετέρου με την εφαρμογή των DRGs, η τροποποίηση των οποίων άρχισε στις αρχές του 2011 και ολοκληρώθηκε ένα έτος μετά.[12]

Η εισαγωγή των DRGs στο ελληνικό σύστημα υγείας με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) για την αποζημίωση των δημόσιων και εν συνεχεία και των ιδιωτικών νοσοκομείων ακολούθησε ορισμένα βήματα. Αρχικά στα τέλη του 2010 συστάθηκε ένα συμβούλιο αποτελούμενο από 25 Διευθυντές Ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Το συμβούλιο αυτό είχε ως σκοπό την αντιστοίχιση των διαγνώσεων από το διεθνές σύστημα ταξινόμησης των ασθενειών ICD10 (International Classification of Diseases, 10th revision) σε 25 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και 700 κωδικούς KEN.

Οι 700 κωδικοί ΚΕΝ που χρησιμοποιήθηκαν προέκυψαν έπειτα από μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και διερεύνηση από την ειδική Επιτροπή που ορίστηκε με την Υπουργική Απόφαση 129424 /19-10-2010 . Η συγκεκριμένη Επιτροπή αξιολογώντας μελέτες από την εφαρμογή των DRGs σε διάφορα συστήματα υγείας, όπως των Η.Π.Α., της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Αυστραλίας, κατέληξε στην επιλογή του Αυστραλιανού συστήματος (AR – DRGs) ως το απλούστερο και επικρατέστερο για το μετασχηματισμό και εφαρμογή του στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αυτή η προτίμηση οφείλεται κυρίως στη δομή του Αυστραλιανού συστήματος, το οποίο είναι σχετικά απλό και κατανοητό σε σύγκριση με άλλα εναλλακτικά συστήματα ταξινόμησης και με λίγες αναλογικά διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ παράλληλα αντανακλά αποτελεσματικά τη διαχείριση και τη βαρύτητα των νοσηλευόμενων περιστατικών και τις κλινικές και οικονομικές συνιστώσες της περίθαλψης.

Επιπρόσθετα, η Επιτροπή προχώρησε στην αρχική κοστολόγηση ορισμένων μόνο επιλεγμένων διαγνωστικών αλλά και επεμβατικών κατηγοριών με βάση τα ελληνικά δεδομένα και συγκρίνοντάς τους δείκτες βαρύτητας που δημιούργησε η ίδια με τους αντίστοιχους της Αυστραλίας. Στα περισσότερα συστήματα κρατών, κάθε κωδικός DRG συνοδεύεται από ένα συντελεστή, ο οποίος καταγράφει την ειδική βαρύτητα από πλευράς κατανάλωσης πόρων και τα συνεπακόλουθα κόστους του συγκεκριμένου DRG σε σχέση με το μέσο ή μοναδιαίο DRG της κάθε χώρας. Στην συνέχεια εφόσον υπολογιστεί το κόστος και καθοριστεί το ποσό αποζημίωσης του μέσου DRG, μπορεί κανείς εύκολα να εκτιμήσει και επίσης να αναπροσαρμόσει διαχρονικά τις τιμές όλων των DRGs, εφόσον πολλαπλασιάσει τους δείκτες τους με την τιμή του μέσου DRG. Από πλευράς της Οφθαλμολογίας χρησιμοποιήθηκε η επεμβατική κατηγορία της μεταμόσχευσης κερατοειδούς. Συγκεκριμένα, η κοστολόγηση της επιτροπής για τη μεταμόσχευση κερατοειδούς ήταν 4000€ με συντελεστή βαρύτητας 3,33, ο οποίος ήταν κατά 1,79 ανώτερος του αντίστοιχου αυστραλιανού δείκτη. Η κοστολόγηση των πράξεων βασίστηκε σε λεπτομερή καταγραφή των αναλωσίμων και λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων. Αναφορικά με τις μεταμοσχεύσεις

αξιοποιήθηκαν στοιχεία και αναλύσεις από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, που βασίστηκε στο μέσο κόστος των μεταμοσχεύσεων στην Ισπανία, στη Γαλλία και στη Γερμανία.

Εν συνεχεία, η επιτροπή με την αρωγή ειδικών προέβη στη μετάφραση του καταλόγου των AR-DRGs συντάσσοντας λίστα Ελληνικών Ομοειδών Διαγνωστικών Κατηγοριών (GR – DRGs) με σκοπό τη διερεύνηση δυνατότητας προσαρμογής και ανάπτυξης του AR – DRGs στον ελληνικό χώρο.[13] Το Μάιο του 2011 η εισηγητική πρόταση της εν λόγω Επιτροπής έγινε αποδεκτή από την ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και δημοσιεύθηκε Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-11 (Πίνακας 1), σχετικά με την εφαρμογή νέου τρόπου τιμολόγησης των νοσηλευόμενων ασθενών στο ΕΣΥ. Στη συγκεκριμένη αρχική κοινή υπουργική απόφαση ορίστηκαν επακριβώς τα εξής :

«Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, όπως περιγράφεται ανωτέρω περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, που περιγράφονται στην κ.υ.α.Υ4α/οικ. 1320/10–2–1998 (Β'99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), σύμφωνα με την κ.υ.α. Υ4α/οικ. 1320/10–2–1998 (Β'99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και με βάση την κατωτέρω αναπροσαρμογή του ημερήσιου ενοποιημένου κλειστού νοσηλίου.».

Στη συνέχεια, έγινε η σύσταση Ομάδας Εργασίας ΚΕΝ για την παρακολούθηση εφαρμογής των ΚΕΝ. Εν τέλει, διαμορφώθηκε ένας αναθεωρημένος κατάλογος ονοματολογίας και Κωδικοποιήσεων ΚΕΝ, όπου σε σχέση με τον προηγούμενο (Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011) έγινε

διόρθωση ορθογραφικών και γραμματικών λαθών, αλλαγή της ορολογίας, εννοιολογικές αποσαφηνίσεις και διόρθωση στην κωδικοποίηση.

Σε σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (01 / 09 / 2011, Αρ. Πρωτ.: οικ. 94622) ορίστηκε ότι έως το τέλος Σεπτεμβρίου 2011 θα πρέπει όλες οι νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ να είναι λειτουργικά έτοιμες για την υποβολή τιμολογίων προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία των παρασχεθέντων νοσοκομειακών υπηρεσιών τους χρησιμοποιώντας τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGs). Στις 27/9/2011 ολοκληρώθηκε η αντιστοίχιση KEN – ICD10 (διαγνώσεων) με την σημαντική συμβολή 25 ομάδων συντονιστών διευθυντών ιατρών του ΕΣΥ όλων των ειδικοτήτων. Στον Πίνακα 1 παρέχονται σχηματικά τα σημαντικότερα νομοθετικά βήματα της εφαρμογής των KEN στο ελληνικό σύστημα υγείας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ/ΦΕΚ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΤΟΧΟΣ
10/02/1998	Υ4Α/οικ.1320 (ΦΕΚ 99/Β)	Ορισμός Νοσηλίου Νοσοκομείων	Ορισμός : α. Ημερήσιου Ενοποιημένου Νοσηλίου, β. Συνολικού Ενοποιημένου Νοσηλίου
19/10/2010	129424	Διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία	Συγκρότηση Επιτροπής, ορισμός μελών της από το ΥΥΚΑ, το ΚΕΣΥ και το ΕΣΔΥ
31/05/2011	Απόφαση της ολομέλειας ΚΕΣΥ της 230 ^{ης}	Γνωμοδότηση για τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια του Εθνικού Συστήματος Υγείας 2011	Εφαρμογή νέου τρόπου τιμολόγησης νοσηλευομένων ασθενών στο Ε.Σ.Υ., ανακοστολόγηση Πίνακα 700 KEN και ορισμός πιλοτικών νοσοκομείων

02/06/2011	ΔΥ16/οικ.61655	Συγκρότηση Ομάδας Εργασίας ΚΕΝ	Συγκρότηση από το ΥΥΚΑ Ομάδας Εργασίας παρακολούθησης εφαρμογής των ΚΕΝ του ΕΣΥ από 1/7/11 έως 31/12/11
27/07/2011	Υ4α/οικ.85649 (ΦΕΚ 1702/Β/2011)	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ	Ανάρτηση πίνακα για την εφαρμογή νέας τιμολόγησης (με βάση τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια-ΚΕΝ) και του Ημερήσιου Νοσηλίου
23/08/2011	Εγκύκλιος Οικ.94622	Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης Ενεργειών για την εφαρμογή ΚΕΝ-DRGs το 2011	Απαίτηση λειτουργικής ετοιμότητας όλων των νοσοκομείων του ΕΣΥ έως το τέλος Σεπτεμβρίου 2011 για την απόδοσης στα ασφαλιστικά ταμεία των τιμολογίων νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τα ΚΕΝ-DRGs
27/09/2011	Υ4α/οικ.105604 (ΦΕΚ 2150/Β/2011)	Συμπλήρωση της ΚΥΑ Υ4α/οικ.85649 και του Πίνακα «Τιμολόγιο Ημερήσιου Νοσηλίου»	Τα ΚΕΝ καλούνται εφ' εξής Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια και θα αναπροσαρμόζονται με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας από 1/2/2012
27/03/2012	Υ4α/οικ.13740 (ΦΕΚ 940/Β/2012)	ΚΕΝ και Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε.Σ.Υ.	Αναπροσαρμογή των ΚΕΝ με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας για το Ε.Σ.Υ. από 01/02/2012. Συνολική υποκοστολόγηση της τάξης του 10%
27/03/2012	Υ4α/οικ.1805 (ΦΕΚ 946/Β/2012)	Τροποποίηση της Υ4α/οικ.85649	Νέα αναπροσαρμογή τιμών και ΜΔΝ των ΚΕΝ με ισχύ από 01/03/2012

Πίνακας 1. Κύριοι σταθμοί εφαρμογής νομοθετικού πλαισίου των ΚΕΝ

Για την επίτευξη της άμεσης εφαρμογής των ΚΕΝ καθορίστηκε σχετικό χρονοδιάγραμμα υλοποίησης καθώς και νοσοκομεία πιλοτικής εφαρμογής σε κάθε υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ).

Ως πιλοτικά Νοσοκομεία επιλέχθηκαν τα εξής:

- **1^η ΥΠΕ**

Γ.Ν. Αθηνών «ΚΑΤ», Γ.Ν. «Η Αγία Σοφία», Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς,

Γ.Ν. Κων/λαιο «Η Αγία Όλγα»

- **2^η ΥΠΕ**

Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Σύρου,

Κρατικό Θεραπευτήριο – Κ.Υ. Λέρου, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»,

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

- **3^η ΥΠΕ**

Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Γ.Ν. «Νάουσας», Γ.Ν. Κατερίνης

- **4^η ΥΠΕ**

Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Γ.Ν. Καβάλας

- **5^η ΥΠΕ**

Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Γ.Ν. Λαμίας

- **6^η ΥΠΕ**

Γ.Ν. Καλαμάτας, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

- **7^η ΥΠΕ**

Γ.Ν. Ρεθύμνου

Έως τα τέλη του 2011 ολοκληρώθηκαν κάθε είδους προσαρμογές σχετικά με την ονοματολογία, το κόστος ΚΕΝ και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, από ομάδες εργασίας που συγκροτήθηκαν για τον σκοπό αυτό. Τον Δεκέμβριο του 2011 με στόχο την αναλυτικότερη κοστολόγηση, όλα τα ΚΕΝ ή παρέμειναν σταθερά ή υποκοστολογήθηκαν με συνολική μείωση άνω των 10% μεσοσταθμικά (ετήσια βάση) (Υ4α/οικ.13740/2012). Προκειμένου να καθοριστεί το ακριβές κόστος που αντιστοιχεί σε κάθε κωδικό ΚΕΝ χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία των Αυστραλιανών DRGs (6^η έκδοση) πολλαπλασιάζοντας το σχετικό βάρος όπως προκύπτει από τον κατάλογο των AR – DRGs, επί τη σταθερά βάσης, η οποία έχει εκτιμηθεί για διαφορετικά έτη και επίπεδα παροχής νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, δίχως βεβαίως να υπολογίζεται το κόστος που αφορά τη μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας και το οποίο αντλείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και όχι από τον προϋπολογισμό του εκάστοτε νοσοκομειακού ιδρύματος.

[14]

Στη πορεία εφαρμογής των ενοποιημένων νοσηλίων προέκυψε η αναγκαιότητα αναλυτικής κοστολόγησης ανά ΚΕΝ καθώς και υπολογισμού ενός μεσοσταθμικού δείκτη (Grouper), ώστε να συμβάλλει στην ταξινομική διαδικασία των νοσοκομειακών πράξεων. Με τον τρόπο αυτό κατέστη δυνατή η αξιολόγηση και καταγραφή ενδεδειγμένων αναλώσιμων ιατροτεχνολογικών προϊόντων για καθεμιά από τις 25 κατηγορίες των ΜDC και για κάθε κατηγορία των 700 ΚΕΝ. Επιπρόσθετα έγινε εκτίμηση, κατά το δυνατό, του κόστους χρησιμοποιώντας τις αναλυτικές βάσεις δεδομένων του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας για τις τρέχουσες τιμές καθώς και το ESY.net του ΥΥΚΑ υπολογίζοντας τη δαπάνη που συνεπάγεται και δημιουργώντας φύλλα κοστολόγησης ανά ΚΕΝ.

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική αυτού του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, για κάθε DRG ορίζεται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ). Με την εισαγωγή των ΚΕΝ στο ελληνικό σύστημα υγείας καθορίστηκε ως ήταν αναμενόμενο και η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) σε ημέρες που αντιστοιχούσε σε κάθε κωδικό ΚΕΝ. Η ΜΔΝ των ΚΕΝ αναθεωρήθηκε συγκριτικά με αυτήν της Υ4α/οικ.85649 / 27-7- 2011 (Πίνακας 1) και προτάθηκε από την αρμόδια Επιτροπή η ανάπτυξη μόνιμου μηχανισμού διαχρονικής παρακολούθησης της εφαρμογής των ΚΕΝ, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην αναθεώρηση της ΜΔΝ δεν ήταν η ενδεδειγμένη, δηλαδή μία διαδικασία ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας συναίνεσης (expert consensus panel groups). Αντιθέτως λήφθηκαν υπ' όψιν απλώς οι προτάσεις ειδικών εμπειρογνομόνων λόγω της χρονικής στενότητας εφαρμογής του νέου συστήματος [14].

Εν κατακλείδι, από την αρχή του 2012 όλα τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, το Γ.Ν Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» και το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο εντάχθηκαν στο νέο σύστημα αποζημίωσης που σκοπό είχε να προάγει την παραγωγικότητά τους αυξάνοντας το επίπεδο παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες και μειώνοντας ταυτόχρονα το φαινόμενο της υπερκοστολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών. Σε μία πολύ συντομότερη διαδικασία και πιλοτική

εφαρμογή, από ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες που χρησιμοποιούν συστήματα βασισμένα στα DRGs, όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα που υπάγονται στο ΕΣΥ τροποποίησαν αναλόγως τα πληροφοριακά τους συστήματα τιμολόγησης ώστε να καταστεί δυνατή η νέα μορφή νοσοκομειακής αποζημίωσης. Οι τιμές των ΚΕΝ τροποποιήθηκαν με υπουργική απόφαση το Φεβρουάριο του 2012 και ένα μήνα αργότερα διενεργήθηκαν εκ νέου μικρές τροποποιήσεις στις τιμές των ΚΕΝ και της ΜΔΝ. Στις 27 Μαρτίου 2012 δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως η τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» με την τελική αναπροσαρμογή που ισχύει έως σήμερα και η οποία καθορίζει νέες – μειωμένες στους περισσότερους κωδικούς ΚΕΝ- τιμές αποζημίωσης για τις αντίστοιχες παρεχόμενες υπηρεσίες. Σύμφωνα μάλιστα με την ανωτέρω κοινή υπουργική απόφαση τα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια» καλούνται εφ' εξής «Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια».

Κεφάλαιο Τρίτο

Τα ΚΕΝ στο χώρο της ελληνικής Οφθαλμολογίας

3.1 Αντιστοίχιση ΚΕΝ-Διαγνώσεων

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) συνιστούν μια απόπειρα συγκρότησης της ελληνικής εκδοχής των DRGs (GR-DRGs), δηλαδή την *εισαγωγή συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία.*

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική αυτού του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, σε κάθε DRG, δηλαδή σε κάθε ομοειδή διαγνωστική κατηγορία, αντιστοιχίζονται οι κωδικοί νόσων και οι κωδικοί των ιατρικών πράξεων, με βάση τη λογική και φιλοσοφία της ταξινόμησης των κατηγοριών ΚΕΝ του κάθε συστήματος. Η αντιστοίχιση αυτή αποτελεί τον σκελετό του συστήματος των DRGs, αφού μόνον μέσα από μια τέτοια αντιστοίχιση μπορεί να στηθεί ο αλγόριθμος επιλογής του κατάλληλου ΚΕΝ.

Γίνεται κατανοητό από τα ανωτέρω ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs προϋποθέτει την ύπαρξη κωδικοποιήσεων, τόσο των νόσων και διαγνώσεων όσο και των ιατρικών παρεμβάσεων και πράξεων. Κάθε χώρα διαθέτει τη δική της ταξινόμηση νόσων και ιατρικών πράξεων, οι δε αριθμοί των εγγράφων (κωδικών) είναι χιλιάδες, και μόνον μέσα από κατάλληλες εφαρμογές πληροφορικής μπορούν να τύχουν αποτελεσματικής διαχείρισης. Για παράδειγμα οι ιατρικές πράξεις ICD-10-PCS των MSDRGs των ΗΠΑ ανέρχονται σε 72.000. Ο αλγόριθμος αυτός

αποτελείται από μια σειρά κόμβων δενδρικών αποφάσεων και αλληλουχιών που επιτρέπουν τη σωστή επιλογή KEN και, εν τέλει, κατάλληλη χρέωση για το περιστατικό νοσηλείας.

Τα λογισμικά διαχείρισης των αντιστοιχίσεων των DRGs με τους κωδικούς νόσων και τους κωδικούς ιατρικών πράξεων ονομάζονται groupers. Εν συντομία, κοινά χαρακτηριστικά αυτών είναι ότι εισάγοντας στην ηλεκτρονική εφαρμογή την αναγκαία σχετική πληροφορία του περιστατικού νοσηλείας [π.χ. φύλο, ηλικία, είδος εξιτηρίου (θάνατος, στο σπίτι, σε κέντρο αποκατάστασης, κλπ), τον/τους κωδικό/ούς διάγνωσης, τους κωδικούς ιατρικών πράξεων, κλπ], η εφαρμογή εξάγει το KEN το οποίο πρέπει να χρεωθεί, το συντελεστή βαρύτητας αυτού, και το κόστος (ποσό αποζημίωσης του νοσοκομείου). Οι groupers αποτελούν ιδιαίτερα πολύπλοκο λογισμικό λόγω του ότι ενσωματώνουν όλη τη λήψη απόφασης για τη χρέωση του κατάλληλου KEN. Τα ποικίλα συστήματα DRGs που έχουν οι διάφορες χώρες έχουν το καθένα τον δικό του grouper, ο οποίος ενσωματώνει την εμπειρία από τα περιστατικά κάθε χώρας (π.χ. εμπειρία από τα 18.000.000 περιστατικά νοσηλείας κατ' έτος στη Γερμανία), και συνεπώς έχει υψηλό βαθμό τεκμηρίωσης.

Ακριβώς λόγω του τεράστιου όγκου αλλά και της εξειδικευμένης δουλειάς που απαιτείται για να αντιστοιχηθούν ορθώς όλοι αυτοί οι χιλιάδες κωδικοί, η συνήθης πρακτική είναι, όταν μια χώρα θέλει να εισάγει τα DRGs στο υγειονομικό της σύστημα, να απευθύνεται σε άλλη χώρα με εμπειρία και έτοιμο σύστημα αντιστοιχίσεων και groupers. Λαμβάνοντας, έτσι, έτοιμο αυτό το υλικό των αντιστοιχίσεων, ακολουθεί το έργο της προσαρμογής του συστήματος στις ιδιαιτερότητες της χώρας (αυτή την προσέγγιση ακολούθησε η Κύπρος η οποία από το 2009, σε συμφωνία με τη Γερμανία, άρχισε το έργο της προσαρμογής των γερμανικών DRGs σε Κυπριακά DRGs).

Στην Ελλάδα, επισήμως διατίθεται η ελληνική μετάφραση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων και Διαγνώσεων ICD-10, έργο την επιστημονική ευθύνη του οποίου είχε η ΕΣΔΥ.[15] Η ICD-10 περιλαμβάνει περί τους 11.500 κωδικούς νόσων. Επίσης, για τις ιατρικές πράξεις και παρεμβάσεις, διατίθεται η Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων η οποία περιλαμβάνει 11.100

κωδικούς. Γίνεται αντιληπτό, ότι η αντιστοίχιση 11.500 κωδικών ICD-10 και 11.100 κωδικών ιατρικών πράξεων με τα 746 ΚΕΝ αποτελεί ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο και εργώδες εγχείρημα. Για την επιτυχία του εγχειρήματος απαιτείται προηγούμενη εμπειρία και γνώση των ταξινομήσεων των νόσων και των ιατρικών πράξεων και καλή κατανόηση της λογικής της ταξινόμησης των ΚΕΝ. Εδώ βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι στο ελληνικό υγειονομικό τομέα δεν υπάρχει προηγούμενη κουλτούρα, εμπειρία και εξοικείωση με τις ταξινομήσεις.

Στον τομέα της Οφθαλμολογίας οι νόσοι του οφθαλμού και των εξαρτημάτων αυτού ταξινομούνται σε 307 κωδικούς σύμφωνα με την ελληνική μετάφραση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων και Διαγνώσεων ICD-10. Οι 307 αυτοί κωδικοί έπρεπε πριν την εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων να αντιστοιχηθούν στις αντίστοιχες 20 ομάδες ΚΕΝ που συμπεριλαμβάνονται στην κατηγορία ΤΚΑ02 των παθήσεων και διαταραχών των οφθαλμών.

Από τη στιγμή που επελέγησαν τα Αυστραλιανά AR-DRGs, η ενδεδειγμένη προσέγγιση θα ήταν η συνεννόηση του ΥΥΚΑ με τον αντίστοιχο φορέα της Αυστραλίας που διαχειρίζεται τα AR-DRGs τα οποία καλύπτονται από αυστηρό copyright ώστε να εξασφαλιστεί η πρόσβαση και κατανόηση της λογικής της ταξινόμησης των αυστραλιανών AR-DRGs και των αντιστοιχίσεων νόσων και ιατρικών πράξεων. Αυτό θα αποτελούσε το υλικό εργασίας (working documents) για την ελληνική προσαρμογή (ελληνική ICD-10, ελληνικές πράξεις).

Επειδή αυτό ήταν ανέφικτο στο σύντομο χρονικό πλαίσιο εφαρμογής του νέου συστήματος κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες δημοσιονομικής κρίσης στον Ελλαδικό χώρο ακολουθήθηκε διαφορετική μεθοδολογία. Για το σκοπό αυτό έγινε επιλογή 25 ομάδων ειδικών ιατρών από νοσοκομεία του ΕΣΥ και Πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας και σύμφωνα με την ειδικότητά τους, τους ανατέθηκε το καθήκον της αντιστοίχισης των κωδικών ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων

με τα ΚΕΝ της κύριας διαγνωστικής κατηγορίας (MDC) της ειδικότητάς τους. Από πλευράς Οφθαλμολογίας η ομάδα που ανέλαβε αυτό το έργο αποτελούνταν από τους εξής:

- **Κουρής Κων/νος**, Συντονιστής Δ/ντής Οφθαλμολογικής Κλινικής «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
- **Μακρής Γεώργιος**, Επιμελητής Β Οφθαλμολογικής Κλινικής «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
- **Τσερβάκης Ιωάννης**, Επιμελητής Β Οφθαλμολογικής Κλινικής «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Μετά την παράδοση του υλικού ακολούθησε η επεξεργασία του από την ΕΣΔΥ. Τέλος, για όσα ΚΕΝ δεν κατατέθηκε αντιστοίχιση, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και άλλων διεθνών συστημάτων DRGs ώστε να καλυφθεί έτσι το κενό αυτό. Κάθε κωδικός διάγνωσης μπορεί να αντιστοιχιστεί με ένα ή περισσότερα ΚΕΝ. Προφανώς σε κάθε ΚΕΝ περιλαμβάνεται μία ολόκληρη ομάδα διαγνώσεων. Στους παρακάτω πίνακες δίδεται σχηματικά η αντιστοίχιση των οφθαλμολογικών ΚΕΝ με τους αντίστοιχους κωδικούς διαγνώσεων όπως προέκυψε μετά την εισήγηση της ειδικής Ομάδας και τη διόρθωση εκ μέρους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Τα αποτελέσματα της αντιστοίχισης παρέχονται ξεχωριστά για τις διαταραχές των βλεφάρων (Πίνακας 2), τις διαταραχές του δακρυϊκού αδένου και του οφθαλμικού κόγχου (Πίνακας 3), του επιπεφυκότα και του σκληρού (Πίνακας 4), του κερατοειδούς (Πίνακας 5), της ίριδας και του ακτινωτού σώματος (Πίνακας 6), του κρυσταλλοειδούς φακού (Πίνακας 7), του χοριοειδούς (Πίνακας 8), του αμφιβληστροειδούς (Πίνακας 9), του γλαυκώματος και του υαλοειδούς (Πίνακας 10), την ενδοφθαλμίτιδα και λοιπές εκφυλίσεις του βολβού (Πίνακας 11), τις διαταραχές του οπτικού νεύρου και της οπτικής οδού (Πίνακας 12), τις διαταραχές της οφθαλμοκινητικότητας (Πίνακας 13) και τις διαταραχές της χρωματικής αντίληψης, της διάθλασης, των οπτικών πεδίων και λοιπές οπτικές διαταραχές (Πίνακας 14).

ICD10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H00.0	Κριθή και άλλες εν τω βάθει φλεγμονές των βλεφάρων	O11A
H00.1	Χαλάζιο	O11A
H01	Άλλη φλεγμονή των βλεφάρων	O23A
H01.0	Βλεφαρίτιδα	O23A
H01.1	Μη λοιμώδεις δερματοπάθειες των βλεφάρων	O23A
H01.8	Άλλη καθορισμένη φλεγμονή των βλεφάρων	O23A
H01.9	Φλεγμονή των βλεφάρων, μη καθορισμένη	O23A
H02.0	Εντρόπιο και τριχίαση των βλεφάρων	O11A
H02.1	Εκτρόπιο των βλεφάρων	O11A
H02.2	Λαγόφθαλμος	O11A
H02.3	Βλεφαροχάλαση	O11A
H02.4	Πτώση του βλεφάρου	O11A
H02.5	Άλλες διαταραχές που επηρεάζουν τη λειτουργία των βλεφάρων	O11A O23A
H02.6	Ξανθέλασμα των βλεφάρων	O11A
H02.7	Άλλες εκφυλιστικές διαταραχές των βλεφάρων και της περιοφθαλμικής περιοχής	O23A
H02.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές των βλεφάρων	O11A O23A
H02.9	Διαταραχή των βλεφάρων, μη καθορισμένη	O23A
H03.0	Παρασιτική μόλυνση των βλεφάρων σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H03.1	Συμμετοχή των βλεφάρων σε άλλη λοιμώδη νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H03.8	Συμμετοχή των βλεφάρων σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A

Πίνακας 2. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές Βλεφάρων.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H04.0	Δακρυσαδενίτιδα	O13A O23A
H04.1	Άλλες διαταραχές του δακρυϊκού αδένα	O13A O23A
H04.2	Επιφορά	O05A O13A O23A
H04.3	Οξεία και μη καθορισμένη φλεγμονή των δακρυϊκών οδών	O23A
H04.4	Χρόνια φλεγμονή των δακρυϊκών οδών	O05A O13A
H04.5	Στένωση και ανεπάρκεια των δακρυϊκών οδών	O05A O13A
H04.6	Άλλες μεταβολές των δακρυϊκών οδών	O23A
H04.8	Άλλες διαταραχές του δακρυϊκού συστήματος	O23A
H04.9	Διαταραχή του δακρυϊκού συστήματος, μη καθορισμένη	O23A
H05.0	Οξεία φλεγμονή του οφθαλμικού κόγχου	O02A O20M O20X
H05.1	Χρόνιες φλεγμονώδεις διαταραχές του οφθαλμικού κόγχου	O02A O23A
H05.2	Καταστάσεις εξοφθάλμου	O02A O23A
H05.3	Δυσμορφία του οφθαλμικού κόγχου	O02A O23A
H05.4	Ενόφθαλμος	O23A
H05.5	Παραμένον (παλαιό) ξένο σώμα μετά από διαμπερές τραύμα του οφθαλμικού κόγχου	O02A O23A
H05.8	Άλλες διαταραχές του οφθαλμικού κόγχου	O02A O23A
H05.9	Διαταραχή του οφθαλμικού κόγχου, μη καθορισμένη	O23A
H06.0	Διαταραχές του δακρυϊκού συστήματος σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H06.1	Παρασιτική μόλυνση του οφθαλμικού κόγχου σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O02A O20M O20X
H06.2	Δυσθυρεοειδικός εξόφθαλμος (E05.-+)	O23A
H06.3	Άλλες διαταραχές του οφθαλμικού κόγχου σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A

Πίνακας 3. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές δακρυϊκής συσκευής και οφθαλμικού κόγχου.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H10.0	Βλεννοπυώδης επιπεφυκίτιδα	O23A
H10.1	Οξεία ατοπική επιπεφυκίτιδα	O23A
H10.2	Άλλη οξεία επιπεφυκίτιδα	O23A
H10.3	Οξεία επιπεφυκίτιδα, μη καθορισμένη.	O23A
H10.4	Χρόνια επιπεφυκίτιδα	O23A
H10.5	Βλεφαροεπιπεφυκίτιδα	O23A
H10.8	Άλλη επιπεφυκίτιδα	O23A
H10.9	Επιπεφυκίτιδα, μη καθορισμένη.	O23A
H11.0	Πτερύγιο	O12A
H11.1	Εκφυλίσεις και εναποθέσεις στον επιπεφυκότα	O23A
H11.2	Ουλές του επιπεφυκότα	O04A O12A
H11.3	Αιμορραγία του επιπεφυκότα	O23A
H11.4	Άλλες αγγειακές διαταραχές και κύστεις του επιπεφυκότα	O21M O23A O61X
H11.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του επιπεφυκότα	O12A O23A
H11.9	Διαταραχή του επιπεφυκότα, μη καθορισμένη	O23A
H13	Διαταραχές του επιπεφυκότα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H13.0	Φιλιαρική μόλυνση του επιπεφυκότα (B74.-+)	O23A
H13.1	Επιπεφυκίτιδα σε λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H13.2	Επιπεφυκίτιδα σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H13.3	Οφθαλμικό πεμφιγοειδές (L12.-+)	O04A O12A O23A
H13.8	Άλλες διαταραχές του επιπεφυκότα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H15	Διαταραχές του σκληρού	O23A
H15.0	Σκληρίτιδα	O23A
H15.1	Επισκληρίτιδα	O23A
H15.8	Άλλες διαταραχές του σκληρού	O04A O12A O23A
H15.9	Διαταραχή του σκληρού, μη καθορισμένη	O23A

Πίνακας 4. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές επιπεφυκότα και σκληρού.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H16.0	Έλκος του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H16.1	Άλλη επιφανειακή κερατίτιδα χωρίς επιπεφυκίτιδα	O04A O12A O17A O23A
H16.2	Κερατοεπιπεφυκίτιδα	O04A O12A O17A O23A
H16.3	Διάμεση και βαθειά κερατίτιδα	O04A O12A O17A O23A
H16.4	Νεοαγγείωση του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H16.8	Άλλη κερατίτιδα	O23A
H16.9	Κερατίτιδα, μη καθορισμένη.	O23A
H17.0	Συμφυτικό λεύκωμα	O04A O12A O17A O23A
H17.1	Άλλη κεντρική θόλωση του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H17.8	Άλλες ουλές και θολώσεις του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H17.9	Ουλή και θόλωση του κερατοειδούς, μη καθορισμένη.	O04A O12A O17A O23A
H18.0	Κερατοειδικές χρωστικές και εναποθέσεις	O04A O12A O17A O23A
H18.1	Φυσαλλιδώδης κερατοπάθεια	O04A O12A O17A O23A
H18.2	Άλλο οίδημα του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.3	Μεταβολές στις μεμβράνες του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.4	Εκφύλιση του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.5	Κληρονομικές δυστροφίες του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.6	Κερατόκωνος	O04A O12A O17A O23A
H18.7	Άλλες δυσμορφίες του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του κερατοειδούς	O04A O12A O17A O23A
H18.9	Διαταραχή του κερατοειδούς μη καθορισμένη.	O23A
H19.0	Σκληρίτιδα και επισκληρίτιδα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H19.1	Κερατίτιδα και κερατοεπιπεφυκίτιδα από ερπητοϊό (B00.5+)	O04A O12A O17A O23A
H19.2	Σκληρίτιδα και κερατοεπιπεφυκίτιδα σε άλλα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O04A O12A O17A O23A
H19.3	Κερατίτιδα και κερατοεπιπεφυκίτιδα σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O04A O12A O17A O23A
H19.8	Άλλες διαταραχές του σκληρού και του κερατοειδούς σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O04A O12A O17A O23A

Πίνακας 5. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές κερατοειδούς.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H20.0	Οξεία και υποξεία ιριδοκυκλίτιδα	O23A
H20.1	Χρόνια ιριδοκυκλίτιδα	O23A
H20.2	Ιριδοκυκλίτιδα που οφείλεται στο φακό	O23A
H20.8	Άλλη ιριδοκυκλίτιδα	O23A
H20.9	Ιριδοκυκλίτιδα, μη καθορισμένη.	O23A
H21.0	Ύφαιμα	O22A
H21.1	Άλλες αγγειακές διαταραχές της ίριδας και του ακτινωτού σώματος	O21M O61X
H21.2	Εκφύλιση της ίριδας και του ακτινωτού σώματος	O23A
H21.3	Κύστεις της ίριδας, του ακτινωτού σώματος και του προσθίου θαλάμου	O14A O23A
H21.4	Μεμβράνες της κόρης του οφθαλμού	O14A O23A
H21.5	Άλλες συμφύσεις και ρήξεις της ίριδας και του ακτινωτού σώματος	O01A O14A O23A
H21.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές της ίριδας και του ακτινωτού σώματος	O23A
H21.9	Διαταραχή της ίριδας και του ακτινωτού σώματος, μη καθορισμένη	O23A
H22.0	Ιριδοκυκλίτιδα σε λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H22.1	Ιριδοκυκλίτιδα σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H22.8	Άλλες διαταραχές της ίριδας και του ακτινωτού σώματος σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A

Πίνακας 6. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές ίριδας και ακτινωτού σώματος.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H25.0	Γεροντικός αρχόμενος καταρράκτης	O16A
H25.1	Γεροντικός πυρηνικός καταρράκτης	O15A O16A
H25.2	Γεροντικός καταρράκτης, τύπου Morgagni	O15A O16A
H25.8	Άλλος γεροντικός καταρράκτης	O15A
H25.9	Γεροντικός καταρράκτης, μη καθορισμένος	O16A
H26.0	Βρεφικός, νεανικός και προγεροντικός καταρράκτης	O15A O16A
H26.1	Τραυματικός καταρράκτης	O01A O15A O16A
H26.2	Επιπλεγμένος καταρράκτης	O15A O16A
H26.3	Καταρράκτης φαρμακευτικής αιτιολογίας	O15A O16A
H26.4	Καταστάσεις μετά την εξαίρεση του φακού [μετα-καταρράκτης]	O14A O23A
H26.8	Άλλος καθορισμένος καταρράκτης	O15A O16A
H26.9	Καταρράκτης, μη καθορισμένος	O15A O16A
H27.0	Αφακία	O14A O15A O16A
H27.1	Μετατόπιση του φακού	O15A O16A
H27.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του φακού	O15A O16A
H27.9	Διαταραχή του φακού, μη καθορισμένη	O15A O16A
H28.0	Διαβητικός καταρράκτης (E10-E14+ με κοινό τέταρτο ψηφίο το .3)	O15A O16A
H28.1	Καταρράκτης σε άλλα ενδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα	O15A O16A
H28.2	Καταρράκτης σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O15A O16A
H28.8	Άλλες διαταραχές του φακού σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O15A O16A

Πίνακας 7. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές κρυσταλλοειδούς φακού.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H30.0	Εστιακή χοριοαμφιβληστροειδίτιδα	O03A O20M O20X
H30.1	Διάχυτη χοριοαμφιβληστροειδίτιδα	O03A O20M O20X
H30.2	Οπίσθια κυκλίτιδα	O23A
H30.8	Άλλες χοριοαμφιβληστροειδίτιδες	O23A
H30.9	Χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, μη καθορισμένη	O03A O20M O20X O23A
H31.0	Χοριοαμφιβληστροειδικές ουλές	O23A
H31.1	Εκφύλιση του χοριοειδούς	O23A
H31.2	Κληρονομική δυστροφία του χοριοειδούς	O23A
H31.3	Χοριοειδική αιμορραγία και ρήξη	O01A O03A O14A O22A
H31.4	Αποκόλληση του χοριοειδούς	O01A O03A O14A O23A
H31.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του χοριοειδούς	O23A
H31.9	Διαταραχή του χοριοειδούς, μη καθορισμένη	O23A
H32.0	Φλεγμονές του χοριοειδούς και του αμφιβληστροειδούς σε λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O03A O20M O20X
H32.8	Άλλες διαταραχές του χοριοειδούς και του αμφιβληστροειδούς σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A

Πίνακας 8. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές χοριοειδούς.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H33.0	Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς με ρωγμή του αμφιβληστροειδούς	O01A O03A
H33.1	Άμφιβληστροειδοσχιση και κύστεις του αμφιβληστροειδούς	O03A O23A
H33.2	Ορώδης αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς	O23A
H33.3	Ρωγμές του αμφιβληστροειδούς χωρίς αποκόλληση	O14A O22A O23A
H33.4	Ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς	O03A
H33.5	Άλλες περιπτώσεις αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς	O01A O03A
H34.0	Παροδική αρτηριακή απόφραξη του αμφιβληστροειδούς	O21M O23A O61X
H34.1	Απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς	O21M O61X
H34.2	Άλλες αποφράξεις των αρτηριών του αμφιβληστροειδούς	O21M O61X
H34.8	Άλλες αγγειακές αποφράξεις του αμφιβληστροειδούς	O21M O61X
H34.9	Αγγειακή απόφραξη του αμφιβληστροειδούς, μη καθορισμένη.	O21M O61X
H35.0	Υποστρωματικού τύπου αμφιβληστροειδοπάθεια και μεταβολές των αγγείων του αμφιβληστροειδούς	O21M O23A O61X
H35.1	Αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας	O03A O14A O23A
H35.2	Άλλη παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια	O03A O23A
H35.3	Εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και του οπισθίου πόλου	O03A O14A O21M O23A O61X
H35.4	Περιφερική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς	O23A
H35.5	Κληρονομικές δυστροφίες του αμφιβληστροειδούς	O14A O23A
H35.6	Αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς	O01A O03A O14A O21M O22A O61X
H35.7	Διαχωρισμός των στιβάδων του αμφιβληστροειδούς	O14A O23A
H35.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του αμφιβληστροειδούς	O23A
H35.9	Διαταραχή του αμφιβληστροειδούς, μη καθορισμένη	O23A
H36.0	Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (E10-E14+ με κοινό τέταρτο ψηφίο το .3)	O14A O03A O21M O61X
H36.8	Άλλες διαταραχές του αμφιβληστροειδούς σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O03A O14A O21M O23A O61X

Πίνακας 9. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές αμφιβληστροειδούς.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H40.0	Ύποπτο γλαύκωμα	O23A
H40.1	Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας	O14A O15A O15B O23A
H40.2	Πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας	O15A O15B O23A
H40.3	Γλαύκωμα δευτεροπαθές από τραυματισμό του οφθαλμού	O15A O15B O22A O23A
H40.4	Γλαύκωμα δευτεροπαθές από φλεγμονή του οφθαλμού	O15A O15B O23A
H40.5	Γλαύκωμα δευτεροπαθές από άλλες διαταραχές του οφθαλμού	O15A O15B O23A
H40.6	Γλαύκωμα δευτεροπαθές από φάρμακα	O15A O15B O23A
H40.8	Άλλες μορφές γλαυκώματος	O15A O15B O23A
H40.9	Γλαύκωμα, μη καθορισμένο	O15A O15B O23A
H42	Γλαύκωμα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O15A O15B O23A
H42.0	Γλαύκωμα σε ενδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα	O15A O15B O23A
H42.8	Γλαύκωμα σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O15A O15B O23A
H43.0	Πρόπτωση του υαλοειδούς σώματος	O01A O03A O14A O22A
H43.1	Αιμορραγία του υαλοειδούς	O01A O03A O21M O22A O61X
H43.2	Εναποθέσεις κρυσταλλοειδούς στο υαλοειδές σώμα	O03A
H43.3	Άλλες θολώσεις του υαλοειδούς	O03A
H43.8	Άλλες διαταραχές του υαλοειδούς	O23A
H43.9	Διαταραχή του υαλοειδούς σώματος, μη καθορισμένη	O23A

Πίνακας 10. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές γλαυκώματος και υαλοειδούς.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H44.0	Πυώδης ενδοφθαλμίτιδα	O02A O03A O20M O20X
H44.1	Άλλες μορφές ενδοφθαλμίτιδας	O02A O03A O20M O20X O23A
H44.2	Εκφυλιστική μυωπία	O23A
H44.3	Άλλες εκφυλιστικές διαταραχές του βολβού του οφθαλμού	O23A
H44.4	Υποτονία του οφθαλμού	O01A O14A O23A
H44.5	Νοσήματα εκφύλισης του βολβού του οφθαλμού	O02A O14A O23A
H44.6	Παραμένον (παλαιό) ενδοφθάλμιο ξένο σώμα, μαγνητικό	O02A O03A O14A O23A
H44.7	Παραμένον (παλαιό) ενδοφθάλμιο ξένο σώμα, μη μαγνητικό	O02A O03A O14A O23A
H44.8	Άλλες διαταραχές του βολβού του οφθαλμού	O01A O02A O03A O14A O21M O22A O23A O61X
H44.9	Διαταραχή του βολβού του οφθαλμού, μη καθορισμένη	O23A
H45.0	Αιμορραγία του υαλοειδούς σώματος σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O03A O23A
H45.1	Ενδοφθαλμίτιδα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O02A O03A O20M O20X
H45.8	Άλλες διαταραχές του υαλώδους σώματος και του βολβού του οφθαλμού σε παθήσεις που ταξινομούνται αλλού	O23A

Πίνακας 11. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Ενδοφθαλμίτιδα και λοιπές εκφυλίσεις του βολβού.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H46	Οπτική νευρίτιδα	O21M O61X
H47	Άλλες διαταραχές του οπτικού [2 ^{ου}] νεύρου και των οπτικών οδών	O21M O61X
H47.0	Διαταραχές του οπτικού νεύρου, που δεν ταξινομούνται αλλού	O14A O21M O61X
H47.1	Οίδημα οπτικής θηλής, μη καθορισμένο	O21M O61X
H47.2	Οπτική ατροφία	O21M O23A O61X
H47.3	Άλλες διαταραχές της οπτικής θηλής	O23A
H47.4	Διαταραχές του οπτικού χιάσματος	O21M O61X
H47.5	Διαταραχές των άλλων των οπτικών οδών	O21M O61X
H47.6	Διαταραχές του οπτικού φλοιού	O21M O61X
H47.7	Διαταραχή των οπτικών οδών, μη καθορισμένη	O21M O23A O61X
H48.0	Οπτική ατροφία σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O21M O23A O61X
H48.1	Οπισθοβολβική νευρίτιδα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O21M O23A O61X
H48.8	Άλλες διαταραχές του οπτικού νεύρου και των οπτικών οδών σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O21M O61X

Πίνακας 12. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές οπτικού νεύρου και οπτικής οδού.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H49.0	Παράλυση της τρίτης εγκεφαλικής συζυγίας [κοινού κινητικού νεύρου]	O10A O21M O61X
H49.1	Παράλυση της τέταρτης εγκεφαλικής συζυγίας [τροχιλιακού νεύρου]	O10A O21M O61X
H49.2	Παράλυση της έκτης εγκεφαλικής συζυγίας [απαγωγού νεύρου]	O10A O21M O61X
H49.3	Ολική (εξωτερική) οφθαλμοπληγία	O11A O21M O61X
H49.4	Προοδευτική εξωτερική οφθαλμοπληγία	O11A O21M O61X
H49.8	Άλλος παραλυτικός στραβισμός	O10A O21M O61X
H49.9	Παραλυτικός στραβισμός μη καθορισμένος	O10A O21M O61X
H50.0	Συγκλίνων συνεκτικός στραβισμός	O10A O21M O61X
H50.1	Αποκλίνων συνεκτικός στραβισμός	O10A O21M O61X
H50.2	Κάθετος στραβισμός	O10A O21M O61X
H50.3	Διαλείπουσα ετεροτροπία	O10A O21M O61X
H50.4	Άλλη και μη καθορισμένη ετεροτροπία	O10A O21M O61X
H50.5	Ετεροφορία	O10A O21M O61X
H50.6	Μηχανικός στραβισμός	O10A
H50.8	Άλλες καθορισμένες μορφές στραβισμού	O10A
H50.9	Στραβισμός, μη καθορισμένος	O10A O21M O61X
H51	Άλλες διαταραχές της διοφθάλμου κινητικότητας	O10A O21M O61X
H51.0	Συζυγής παράλυση του βλέμματος	O21M O61X
H51.1	Ανεπάρκεια σύγκλισης και υπερβολική σύγκλιση	O10A O21M O61X
H51.2	Ενδοπυρηνική οφθαλμοπληγία	O21M O61X
H51.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές της διοφθάλμου κινητικότητας	O21M O23A O61X
H51.9	Διαταραχή της διοφθάλμου κινητικότητας, μη καθορισμένη	O21M O23A O61X

Πίνακας 13. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές κινητικότητας οφθαλμών-στραβισμός.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H52	Διαταραχές της διάθλασης και της προσαρμογής	O14A O23A
H52.0	Υπερμετρωπία	O14A O23A
H52.1	Μυωπία	O14A O23A
H52.2	Αστιγματισμός	O14A O23A
H52.3	Ανισομετρωπία και ανισοεικονία	O14A O23A
H52.4	Πρεσβυωπία	O14A O23A
H52.5	Διαταραχές της προσαρμογής	O21M O23A O61X
H52.6	Άλλες διαθλαστικές διαταραχές	O23A
H52.7	Διαθλαστική διαταραχή, μη καθορισμένη	O23A
H53.0	Αμβλυωπία εξ ανοψίας	O23A
H53.1	Υποκειμενικές οπτικές διαταραχές	O23A
H53.2	Διπλωπία	O10A O21M O22A O23A O61X
H53.3	Άλλες διαταραχές της διόφθαλμης όρασης	O21M O23A O61X
H53.4	Ελλείμματα των οπτικών πεδίων	O21M O23A O61X
H53.5	Δυσχρωματοψίες	O23A
H53.6	Νυκταλωπία	O23A
H53.8	Άλλες οπτικές διαταραχές	O23A
H53.9	Οπτική διαταραχή, μη καθορισμένη	O23A
H54.0	Τύφλωση και των δύο οφθαλμών	O23A
H54.1	Τύφλωση του ενός οφθαλμού και ελάττωση της όρασης του άλλου οφθαλμού	O23A
H54.2	Ελάττωση της όρασης και των δύο οφθαλμών	O23A
H54.3	Απροσδιόριστη απώλεια όρασης και των δύο οφθαλμών	O23A
H54.4	Τύφλωση του ενός οφθαλμού	O23A
H54.5	Ελαττωμένη όραση του ενός οφθαλμού	O23A
H54.6	Απροσδιόριστη απώλεια όρασης του ενός οφθαλμού	O23A
H54.7	Μη καθορισμένη απώλεια όρασης	O23A

Πίνακας 14. Αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN.

Διαταραχές διάθλασης, οπτικών πεδίων, χρωματικής αντίληψης και λοιπές οπτικές διαταραχές.

Όσον αφορά στην πληρότητα των αντιστοιχίσεων, συνολικά, το 81% των ΚΕΝ διαθέτουν αντιστοίχιση με κωδικούς ICD-10. Στον κατάλογο της ελληνικής μετάφρασης του συστήματος ICD-10, υπάρχουν δηλαδή ορισμένες διαγνώσεις στις οποίες δεν έχει δοθεί αντιστοίχιση με κωδικούς ΚΕΝ. Οι οφθαλμολογικές διαγνώσεις αυτές που παραμένουν αναντίστοιχες είναι οι εξής :

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ
H55	Νυσταγμός και άλλες ανώμαλες κινήσεις των οφθαλμών
H57	Άλλες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του
H57.0	Ανωμαλίες της λειτουργίας της κόρης
H57.1	Οφθαλμικό άλγος
H57.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του
H57.9	Διαταραχή του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, μη καθορισμένη
H58	Άλλες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού
H58.0	Ανωμαλίες της λειτουργίας της κόρης σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού
H58.1	Οπτικές διαταραχές σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού
H58.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού
H59	Μετεγχειρητικές διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, που δεν ταξινομούνται αλλού
H59.0	Κερατοπάθεια (bullous aphakic) μετά από επέμβαση καταρράκτη
H59.8	Άλλες μετεγχειρητικές διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του
H59.9	Μετεγχειρητική διαταραχή του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, μη καθορισμένη

Ο συγγραφέας μετά από ενδελεχή μελέτη των συγκεκριμένων διαγνώσεων και βασιζόμενος σε ίδια εμπειρία καθώς και στην τεκμηριωμένη άποψη των τακτικών καθηγητών Οφθαλμολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και συντονιστών Διευθυντών αντιστοίχως των Α' και Β' Οφθαλμολογικών Πανεπιστημιακών Κλινικών Α.Π.Θ., κκ. Παναγιώτη Οικονομίδα και

Σταύρου Δημητράκου, προτείνουν την ακόλουθη αντιστοίχιση για τις ως άνω αναφερόμενες διαγνώσεις στον Πίνακα 15.

ICD-10	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	KEN
H55	Νυσταγμός και άλλες ανώμαλες κινήσεις των οφθαλμών	O10A O23A O21M O61X
H57	Άλλες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του	O23A
H57.0	Ανωμαλίες της λειτουργίας της κόρης	O23A O21M O61X
H57.1	Οφθαλμικό άλγος	O23A O21M O61X
H57.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του	O23A, O14A
H57.9	Διαταραχή του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, μη καθορισμένη	O23A
H58	Άλλες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H58.0	Ανωμαλίες της λειτουργίας της κόρης σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A O21M O61X
H58.1	Οπτικές διαταραχές σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H58.8	Άλλες καθορισμένες διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού	O23A
H59	Μετεγχειρητικές διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, που δεν ταξινομούνται αλλού	O23A
H59.0	Κερατοπάθεια (bullous aphakic) μετά από επέμβαση καταρράκτη	O12A O14A O17A O23A
H59.8	Άλλες μετεγχειρητικές διαταραχές του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του	O17A O23A
H59.9	Μετεγχειρητική διαταραχή του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, μη καθορισμένη	O23A

Πίνακας 15. Προτεινόμενη αντιστοίχιση διαγνώσεων ICD10 (Ελληνική μετάφραση) με κωδικούς KEN. Διάφορες αναντίστοιχες διαγνώσεις

Από την επεξεργασία του υλικού των αντιστοιχίσεων προέκυψαν τα εξής [14]:

- i. Υπήρχαν σε πολλές περιπτώσεις πολλαπλές εισαγωγές του ίδιου κωδικού ICD-10 στο ίδιο KEN: έγιναν οι απαραίτητες διαγραφές ώστε ο κάθε κωδικός ICD-10 να εμφανίζεται (αντιστοιχίζεται) μια φορά.
- ii. Υπήρχαν λανθασμένοι κωδικοί που διορθώθηκαν
- iii. Οι ομάδες των γιατρών διαθέτουν υψηλή επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία, όμως ήταν εμφανές ότι η έλλειψη κουλτούρας κωδικοποιήσεων στο ελληνικό σύστημα υγείας δυσχέραινε το έργο τους. Η προσπάθειά τους ήταν εργώδης.
- iv. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαφαίνεται ότι η έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας κάποιων KEN δεν επέτρεψε την πλήρη αντιστοίχιση τους με κωδικούς ICD-10. Αυτό είναι απόλυτα κατανοητό, αφού κατανόηση της λογικής της ταξινόμησης των κατηγοριών των KEN μπορεί να υπάρξει μόνον αν μετά από συμφωνία των Αυστραλών με το ΥΥΚΑ διατεθεί το σχετικό επεξηγηματικό υλικό.
- v. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση άλλων συστημάτων δεν μπορεί να καλύψει τις ελλείψεις σε αντιστοιχίσεις. Αυτό, γιατί η λογική της ταξινόμησης των DRGs διαφέρει στα άλλα συστήματα σε σχέση με το Αυστραλιανό σύστημα. Συνεπώς, μόνον αν λυθεί το θέμα του copyright και διατεθεί το σχετικό υλικό, θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη η αντιστοίχιση.
- vi. Από τη μελέτη του υλικού των αντιστοιχίσεων, και έχοντας ως βάση σύγκρισης τα άλλα συστήματα DRGs όπως αυτά μελετήθηκαν βιβλιογραφικά, είναι εμφανές ότι παρόλη την υψηλή επιστημονική κατάρτιση των ομάδων που εργάστηκαν στις αντιστοιχίσεις, αυτές δεν φτάνουν την πληρότητα και τεκμηρίωση που διαθέτουν τα άλλα συστήματα που βασίζονται σε εμπειρία ετών και ανάλυση εκατομμυρίων περιστατικών νοσηλείας.

- vii. Τέλος, οι αντιστοιχίσεις που παραδίδονται, μπορούν να οργανωθούν σε γραμμική μόνον συσχέτιση, και δεν μπορούν να περιλάβουν τη δενδρική μορφή αποφάσεων για τη σωστή επιλογή του κατάλληλου ΚΕΝ. Κάτι τέτοιο μπορεί μόνον έτοιμο να παρασχεθεί στην Ελλάδα μετά από συμφωνία με την Αυστραλία.

3.2 Το κόστος των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ - Αναπροσαρμογές

Από την 1^η Οκτωβρίου 2011 εφαρμόστηκε στην Ελλάδα το σύστημα των ΚΕΝ - Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων για την αποζημίωση των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Στην προσπάθεια εφαρμογής των ΚΕΝ δημιουργήθηκε μετά από αναπροσαρμογή των αυστραλιανών DRGs, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, μία λίστα ομοειδών διαγνωστικών ομάδων, η οποία αποτελούνταν από 25 βασικές κατηγορίες και 700 επιμέρους κωδικούς ΚΕΝ. Μία από τις βασικές αυτές κατηγορίες αναφέρεται στον τομέα της Οφθαλμολογίας και φέρει ως τίτλο της ομάδας «**Παθήσεις και Διαταραχές των Οφθαλμών**», με κωδικό τον ΤΚΑ02.

Η πρώτη λίστα ΚΕΝ δημιουργήθηκε από μία ειδική επιτροπή εμπειρογνομόνων και αποτελούσε μία διαδικασία βασισμένη σε στοιχεία δημόσιων νοσοκομείων, όπως το ΚΑΤ Αθηνών και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης. Δημιουργήθηκαν δείκτες βαρύτητας περιστατικών, οι οποίοι αντιστοιχήθηκαν στις διάφορες διαγνωστικές ομάδες και στο κόστος αυτών, όπως αυτό προβλεπόταν στο αυστραλιανό σύστημα DRGs, τον πρόγονο των ελληνικών ΚΕΝ. Η λίστα δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 2011 στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (23395, Τεύχος 2^ο, αρ. φύλλου 1702) ως μέρος της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης ΚΥΑ που υπογραφόταν από του υπουργούς υγείας κκ. Ανδρέα Λοβέρδο, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης κκ. Γεώργιο Κουτρουμάνη και τον αναπληρωτή υπουργό Οικονομικών κκ. Φίλιππο Σαχινίδη.

Σχετικά με τις οφθαλμικές νόσους η λίστα των ΚΕΝ προέβλεπε μία ειδική κατηγορία με κωδικό ΤΚΑ02 και τίτλο «**Παθήσεις και Διαταραχές των Οφθαλμών**». Η συγκεκριμένη κατηγορία αποτελούνταν από 20 κωδικούς ΚΕΝ στους οποίους έπρεπε να αντιστοιχηθεί το σύνολο των διαγνώσεων και επεμβάσεων για τους κληήρεις ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων που αντιμετώπιζαν κάποιο οφθαλμολογικής φύσεως πρόβλημα. Η αρχική αυτή λίστα οφθαλμολογικών ΚΕΝ απεικονίζεται στον Πίνακα 16.

<u>KEN</u>	<u>Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (O)</u>	<u>Κόστος</u>
O01A	Επεμβάσεις για διαπιτραίνον τραύμα οφθαλμού	1.395 €
O02A	Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	1.611 €
O03A	Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	837 €
O04A	Μείζονες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	1.356 €
O05A	Ασκορινοστομία	896 €
O10A	Επεμβάσεις Στραβισμού	650 €
O11A	Επεμβάσεις βλεφάρων	639 €
O12A	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	583 €
O13A	Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	336 €
O14A	Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	406 €
O15A	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	1.026 €
O15B	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία	687 €
O16A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	592 €
O17A	Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδούς	2.423 €
O20M	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	1.860 €
O20X	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	1.035 €
O21M	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	934 €
O22A	Ύφαιμα και συντηρητική (μη χειρουργική) διαχείριση τραύματος οφθαλμού	327 €
O23A	Άλλες διαταραχές οφθαλμού	420 €
O61X	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	482 €

Πίνακας 16. Οι κωδικοί KEN (πρώτη στήλη) των Οφθαλμολογικών παθήσεων και διαταραχών με την αντίστοιχη επεξήγηση (δεύτερη στήλη) και το κόστος καθενός (τρίτη στήλη) όπως αυτοί προέκυψαν από την ΚΥΑ Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κατά την έναρξη της εφαρμογής των KEN.

Εν συνεχεία, και κατά την 3μηνη πιλοτική εφαρμογή του νέου συστήματος της νοσοκομειακής αποζημίωσης σε επιλεγμένα ανά την Επικράτεια δημόσια νοσοκομεία από τις αρχές Οκτωβρίου 2011, προέκυψαν ορισμένα ζητήματα σύμφωνα με την ορθότητα του αναγραφόμενου κόστους του καταλόγου των ΚΕΝ. Για το λόγο αυτό το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έσπευσε, όπως ανακοινώθηκε με ενημερωτικό σημείωμα στις 19/10/2011 στη σύσταση ειδικής Ομάδας Εργασίας για την περαιτέρω λεπτομερή κοστολόγηση των ΚΕΝ. Η συγκεκριμένη Ομάδα αποτελούνταν από τους εξής :

1. Ι. Υφαντόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας
2. Ν. Μανιαδάκης, Καθηγητής ΕΣΔΥ
3. Γ. Κ. Σαριβουγιούκας, Υποδιοικητής ΙΚΑ
4. Κ. Ρόμπας, Προϊστάμενος Δ/νσης Οικονομικών ΥΥΚΑ
5. Π. Βασιλάκης, Αντιπρόεδρος ΕΟΦ
6. Δ. Μπαρτζώκας, Διοικητής ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
7. Μ. Βουδούρη, μέλος Δ.Σ. ΕΠΥ
8. Κ. Καρράς, Αν. Διοικητής ΓΝ «ΚΑΤ»
9. Ρ. Λουκίσα, Ορκωτή Λογίστρια ΣΟΛ
10. Όλγα Μπαλαούρα, Διοικήτρια ΓΝΝΙ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
11. Π. Λαζάρου, Υπεύθυνη Ποιότητας του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟ»

Το έργο της ως άνω αναφερόμενης Ομάδας Εργασίας συμπεριελάμβανε την εξωλογιστική κοστολόγηση των ΚΕΝ και μεθόδους για την εσωλογιστική κοστολόγηση και συγκρότηση των ΚΕΝ. Ως αποτέλεσμα, το κόστος των ΚΕΝ καθώς και σε μερικές περιπτώσεις η προβλεπόμενη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) αναπροσαρμόστηκε 2 φορές στις αρχές του 2012. Οι περισσότεροι κωδικοί ΚΕΝ είχαν μείωση στο πρότυπο κόστος, γεγονός από το οποίο δε εξαιρέθηκαν και οι 20 κωδικοί ΚΕΝ των οφθαλμολογικών παθήσεων. Αναλυτικά η διαχρονική πορεία μέχρι την τελευταία ισχύουσα κοστολόγηση των οφθαλμολογικών ΚΕΝ αναγράφεται στον Πίνακα17.

Κωδικός	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (Ο)	1/10/11	1/2/12	1/3/12
O01A	Επεμβάσεις για διαπιτραίνον τραύμα οφθαλμού	1.395 €	1.269 €	1.269 €
O02A	Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	1.611 €	1.464 €	1.464 €
O03A	Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	837 €	731 €	731 €
O04A	Μείζονες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	1.356 €	1.238 €	1.238 €
O05A	Ασκορινοστομία	896 €	788 €	700 €
O10A	Επεμβάσεις Στραβισμού	650 €	591 €	450 €
O11A	Επεμβάσεις βλεφάρων	639 €	581 €	450 €
O12A	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	583 €	530 €	530 €
O13A	Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	336 €	305 €	305 €
O14A	Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	406 €	369 €	369 €
O15A	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	1.026 €	933 €	933 €
O15B	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία	687 €	531 €	531 €
O16A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	592 €	466 €	466 €
O17A	Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδούς	2.423 €	2.203 €	2.203 €
O20M	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	1.860 €	1.691 €	1.691 €
O20X	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	1.035 €	941 €	941 €
O21M	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	934 €	849 €	849 €
O22A	Ύφαιμα και συντηρητική (μη χειρουργική) διαχείριση τραύματος οφθαλμού	327 €	297 €	297 €
O23A	Άλλες διαταραχές οφθαλμού	420 €	382 €	280 €
O61X	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	482 €	439 €	439 €

Πίνακας 17. Οι κωδικοί ΚΕΝ (πρώτη στήλη) των Οφθαλμολογικών παθήσεων και διαταραχών με την αντίστοιχη επεξήγηση (δεύτερη στήλη) και τη χρονική διακύμανση του πρότυπου κόστους καθενός στις 1/10/2011 (τρίτη στήλη), 01/02/2012 (τέταρτη στήλη) και 01/03/2012 (πέμπτη στήλη)

Όπως παρατηρεί κανείς στον Πίνακα 17, κατά την πρώτη αναπροσαρμογή παρατηρήθηκε μείωση των τιμών του πρότυπου κόστους σε όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες. Η μείωση αυτή κυμάνθηκε από 8,7% για τις «μείζονες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα» έως 22,71% για τις «επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία». Κατά τη δεύτερη αναπροσαρμογή των ΚΕΝ, μόνο 4 από τις διαγνωστικές κατηγορίες μεταβλήθηκαν σε ότι αφορά το πρότυπο κόστος. Αυτές ήταν οι «ασκορινοστομία», οι «επεμβάσεις βλεφάρων», οι «επεμβάσεις στραβισμού» και οι «άλλες διαταραχές οφθαλμού» που υπέστησαν περαιτέρω μείωση 11,17%, 23,86%, 22,55% και 26,7% αντιστοίχως παρά το γεγονός ότι οι τιμές της μέσης διάρκειας νοσηλείας παρέμειναν σταθερές καθ' όλη τη διαδικασία εφαρμογής των ΚΕΝ σε όλες τις οφθαλμολογικές διαγνωστικές υποκατηγορίες. Στον Πίνακα 18 αναγράφονται αναλυτικά τα ποσοστά μείωσης των οφθαλμολογικών ΚΕΝ κατά την πρώτη και δεύτερη αναπροσαρμογή των τιμών τους

Κωδικός	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (Ο)	1 ^η αν/γή	2 ^η αν/γή	Ολική αν/γή
O01A	Επεμβάσεις για διαπιτραίνον τραύμα οφθαλμού	9,03	0,00	9,03
O02A	Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	9,12	0,00	9,12
O03A	Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	12,66	0,00	12,66
O04A	Μείζονες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	8,70	0,00	8,70
O05A	Ασκορινοστομία	12,05	11,17	21,87
O10A	Επεμβάσεις Στραβισμού	9,08	23,86	30,77
O11A	Επεμβάσεις βλεφάρων	9,08	22,55	29,58
O12A	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	9,09	0,00	9,09
O13A	Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	9,23	0,00	9,23
O14A	Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	9,11	0,00	9,11
O15A	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	9,06	0,00	9,06

O15B	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία	22,71	0,00	22,71
O16A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	21,28	0,00	21,28
O17A	Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδούς	9,08	0,00	9,08
O20M	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	9,09	0,00	9,09
O20X	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	9,08	0,00	9,08
O21M	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	9,10	0,00	9,10
O22A	Ύφαιμα και συντηρητική (μη χειρουργική) διαχείριση τραύματος οφθαλμού	9,17	0,00	9,17
O23A	Άλλες διαταραχές οφθαλμού	9,05	26,70	33,33
O61X	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	8,92	0,00	8,92

Πίνακας 18. Εκατοστιαία μείωση πρότυπου κόστους οφθαλμολογικών ΚΕΝ κατά την πρώτη αναπροσαρμογή (τρίτη στήλη), τη δεύτερη αναπροσαρμογή (τέταρτη στήλη) και σε σύνολο (πέμπτη στήλη)

3.3 Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αποτελούν όπως περιγράφηκε μία προσπάθεια συγκρότησης της ελληνικής εκδοχής των DRGs (GR-DRGs), δηλαδή την *εισαγωγή συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης* των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Στις περισσότερες χώρες όπου έχει εφαρμοστεί παρόμοιο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, για κάθε DRG ορίζεται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ), το σύνολο δηλαδή των προβλεπόμενων ημερών νοσηλείας που καλύπτονται από το κόστος του εκάστοτε ΚΕΝ. Σύμφωνα λοιπόν με τα διεθνή πρότυπα ορίστηκε στον κατάλογο των ελληνικών ΚΕΝ η ΜΔΝ για καθένα από αυτά (ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011).

Αξιο λόγου είναι το γεγονός ότι η λογική στην οποία βασίζονται τα DRGs είναι η λογική του μέσου όρου. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η ΜΔΝ αποτελεί πραγματικά αυτό που υποδηλώνει ο ορισμός της. Διαφορετικά, λοιπόν, περιστατικά και διαγνώσεις που εντάσσονται στον ίδιο κωδικό ΚΕΝ για αποζημίωση του νοσοκομειακού ιδρύματος από τον ασφαλιστικό φορέα είναι δυνατό να έχουν διαφορετική απαίτηση για ημέρες νοσηλείας το καθένα, ακόμη και διαφορετική από τη ΜΔΝ που ορίζεται για το συγκεκριμένο ΚΕΝ, αλλά ο μέσος όρος όλων αυτών θα πρέπει να μην αποκλίνει σημαντικά προς την οριζόμενη για το ΚΕΝ ΜΔΝ. Κράτη στα οποία έχει εδραιωθεί το σύστημα αποζημίωσης με τη μέθοδο των DRGs, έχουν αναπτύξει τον άκρως απαραίτητο και κατάλληλο μόνιμο μηχανισμό παρακολούθησης όλων των νοσοκομειακών περιστατικών, και αναθεώρησης των DRGs τόσο όσον αφορά στο κόστος όσο και στη ΜΔΝ. Με τον τρόπο αυτό και το συγκεκριμένο εσωτερικό αυτοέλεγχο, η ΜΔΝ είναι στις περισσότερες των περιπτώσεων απόλυτα τεκμηριωμένη.

Στην Ελλάδα, κατά το πλαίσιο της εφαρμογής των ΚΕΝ ανατέθηκε σε κάθε υπεύθυνο των κύριων ομάδων ΚΕΝ (MDCs) να αξιολογήσουν τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) κάθε ΚΕΝ και να προτείνουν τυχόν απαιτούμενες τροποποιήσεις. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώθηκε ο

κατάλογος της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε ΚΕΝ που περιλαμβάνεται στην ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011. Στον τομέα της Οφθαλμολογίας η ΜΔΝ κυμαίνεται από μία έως 10 ημέρες ενώ στον Πίνακα 19 αναγράφονται αναλυτικά όλες οι τιμές για κάθε ΚΕΝ ξεχωριστά.

Κωδικός	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (Ο)	ΜΔΝ
001A	Επεμβάσεις για διαπιτραίνον τραύμα οφθαλμού	3
002A	Εξόρυξη οφθαλμού και επεμβάσεις οφθαλμικού κόγχου	3
003A	Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	1
004A	Μείζονες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	3
005A	Ασκορινοστομία	1
010A	Επεμβάσεις Στραβισμού	1
011A	Επεμβάσεις βλεφάρων	1
012A	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	1
013A	Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	1
014A	Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού	2
015A	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	2
015B	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία	1
016A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	1
017A	Μεταμοσχεύσεις Κερατοειδούς	10
020M	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	8
020X	Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	4
021M	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού με συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	5
022A	Ύφαιμα και συντηρητική (μη χειρουργική) διαχείριση	2

	τραύματος οφθαλμού	
O23A	Άλλες διαταραχές οφθαλμού	2
O61X	Νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές του οφθαλμού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	2

Πίνακας 19. Οφθαλμολογικά ΚΕΝ και αντίστοιχη προβλεπόμενη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Κατά τις αναπροσαρμογές του κόστους των ΚΕΝ που περιγράφηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο προτάθηκε και αναθεώρηση της ΜΔΝ σε μικρό αριθμό κωδικών ΚΕΝ. Κατά τη διαδικασία αναθεώρησης προέκυψαν μάλιστα τα κατώτερα συμπεράσματα:

- i. Οι ομάδες των γιατρών έτειναν να εστιάζουν στις υψηλότερες πιθανές ΜΔΝ των περιστατικών τους, εκφράζοντας ανησυχία
- ii. Αριθμός ομάδων των γιατρών παραδέχθηκαν στρεβλώσεις και μη αποδοτική λειτουργία και οργάνωση του ΕΣΥ, όπου περιστατικά που θα μπορούσαν να διεκπεραιωθούν ταχύτερα τείνουν να καθυστερούν και έτσι να αυξάνουν τη ΜΔΝ.

Παρά τα συμπεράσματα αυτά στον τομέα της Οφθαλμολογίας δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στην αρχική πρόταση των ημερών ΜΔΝ που αναγράφεται στον Πίνακα 19.

Έπειτα από πρόταση της ειδικής επιτροπής του ΕΣΔΥ, σχεδιάζεται να εφαρμοστεί μόνιμος μηχανισμός μηχανογραφικής παρακολούθησης και ανάλυσης των νοσοκομειακών περιστατικών ώστε η ΜΔΝ των ΚΕΝ να αποτελεί ένα απόλυτα τεκμηριωμένο στοιχείο. [14] Κάτι τέτοιο όπως και η προτεινόμενη πιλοτική παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ, συμπεριλαμβανομένης της υλοποίησης expert consensus panel groups, αλλά και η παρακολούθηση της ΜΔΝ των ΚΕΝ μέσω του ESYnet αναμένεται να συμβάλλουν σημαντικά στην έλλειψη ελέγχου που υπάρχει καθώς και στον απόλυτα ακριβή και τεκμηριωμένο καθορισμό του κόστους και της ΜΔΝ των ΚΕΝ.

3.4 Τιμολόγιο Ημερήσιου Νοσηλίου των Οφθαλμολογικών ΚΕΝ

Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, όπως περιγράφεται σε προηγούμενα κεφάλαια και ορίστηκε από το ΕΣΥ και το ΥΥΚΑ, περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, που περιγράφονται στην κ.υ.α. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β'99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Σε περίπτωση που κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), σύμφωνα με την κ.υ.α. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β'99), όπως έχει τροποποιηθεί δις και ισχύει και με βάση την οικ.104494/26/9/2011 «Ορθή επανάληψη Τιμολογίου Ημερησίου Νοσηλίου στα ΚΕΝ» αναπροσαρμογή του ημερήσιου ενοποιημένου κλειστού νοσηλίου.

Η Οφθαλμολογία, εν προκειμένω, κατατάσσεται στις χειρουργικές ειδικότητες και ως τέτοια το τιμολόγιο του Ημερήσιου Νοσηλίου ορίζεται ως φαίνεται στον Πίνακα 20, εξαρτώμενο από τη Θέση του ασθενούς στο Νοσοκομείο (τετράκλινο/ δίκλινο/ μονόκλινο δωμάτιο, παροχές κλπ).

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΘΕΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ
	Γ	75 €
	Ββ	90 €
	Βα	110 €
	Α	130 €
	Πολυτελείας	200 €
ΜΟΝΟΗΜΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ		90 €

Πίνακας 20. Τιμολόγιο Ημερήσιου Νοσηλίου ΚΕΝ για τις Οφθαλμολογικές Κλινικές των δημόσιων Νοσοκομείων και του Γ. Ν. Θ. «Παπαγεωργίου»

Κεφάλαιο Τέταρτο

Ανταπόκριση τιμών ΚΕΝ σε πραγματικές συνθήκες: Συγκριτική μελέτη σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο

4.1 Εισαγωγικά-Στόχος έρευνας

Από τον Οκτώβριο 2011 εφαρμόστηκε στην Ελλάδα ένα νέο σύστημα αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων. Το σύστημα αυτό βασίστηκε στα διεθνώς καθιερωμένα DRGs, και καθώς αναμενόταν ήδη αρχίζουν να φαίνονται ορισμένα από τα αποτελέσματα της εφαρμογής του νέου συστήματος. Ο νέος τρόπος πληρωμής των ιατρο-νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζει αρκετά πλεονεκτήματα αλλά και ορισμένους περιορισμούς-μειονεκτήματα.

Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων έχει επηρεάσει θετικά τα δημόσια νοσοκομεία δίνοντας σαφή κίνητρα για περιορισμό των δαπανών. Με την εισαγωγή των συστημάτων DRGs πραγματοποιείται ορθότερη αξιολόγηση του νοσοκομειακού κόστους ανά κατηγορία περιπτώσεως και γίνεται πιο αξιόπιστη ανάλυση των πόρων που καταναλώνονται. Λόγω του ολοκληρωμένου ελέγχου του κόστους των χρησιμοποιούμενων πόρων, βελτιώνεται η οικονομική διαχείριση και γίνεται ταυτόχρονα συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας.[15] Ελαττώνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας, δίχως να υφίσταται αναγκαία υποβάθμιση η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα ΚΕΝ έχουν ως στόχο να βελτιώνουν το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και να κατευθύνουν προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Στην ουσία η εφαρμογή του νέου συστήματος προωθεί την διοικητική και οργανωτική

λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργώντας ταυτόχρονα θέσεις υπευθυνότητας.[16,17] Το σύστημα των DRGs επάγει τη διαφάνεια ως προς τις ιατρικές πράξεις καθώς το ιατρικό προσωπικό καλείται να «λογοδοτήσει» για τις αποφάσεις του.

Το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα ήταν πολύ σύντομο και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ήδη βρίσκονται σε ισχύ πολύ μικρό. Παρά ταύτα θα ήταν δυνατό να εντοπισθούν ορισμένα ζητήματα που προέκυψαν ήδη από την εφαρμογή τους. Η αρμόδια ομάδα ελέγχου της εφαρμογής του συστήματος εντόπισε φαινόμενα αύξησης του αριθμού των KEN λόγω της δυνατότητας των ιατρών να χρεώνουν και δευτερεύουσα διάγνωση σε έναν ασθενή, πρακτική που αθροίζει τις ημέρες νοσηλείας του αρχικού και του δευτερεύοντος KEN καθώς επίσης και τα κόστη που αντιπροσωπεύουν. Ο συνυπολογισμός ακριβών διαδικασιών σε μικρό αριθμό KEN προκαλεί και πάλι διόγκωση του κόστους για τα ασφαλιστικά ταμεία διότι δεν είναι απαραίτητες όλες οι ακριβές ιατρικές πράξεις για όλους τους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, ορισμένες διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και θεραπεία μίας πάθησης σε κάποιες περιπτώσεις δεν περιλαμβάνονται στον υπολογισμό του KEN. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση του κόστους νοσηλείας της συγκεκριμένης πάθησης για το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις ελάχιστες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που μέχρι πρότινος δεν εφάρμοζε το σύστημα αποζημίωσης DRGs . Αυτό εισήχθη προ ζετίας από το ΥΥΚΑ έχοντας ως στόχο τη μείωση των δαπανών και τη βελτίωση της διαφάνειας και ποιότητας της περίθαλψης. Είναι βέβαια πολύ νωρίς να αξιολογηθεί η εφαρμογή του συστήματος στην Ελλάδα τόσο για την ποιότητα και αξιοπιστία των δεδομένων όσο και για επίτευξη του στόχου της αύξησης της απόδοσης.

Η προσδοκία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι να μπορέσουν οι μονάδες υγείας να οδηγηθούν προς την κατεύθυνση της εξαγωγής του κόστους ανά κατηγορία ασθένειας για να μπορέσει αυτό να είναι συγκρίσιμο στοιχείο μεταξύ τους. Είναι ένας στόχος ο οποίος έχει τεθεί αλλά ακόμα δεν έχει βρει εφαρμογή στα δημόσια νοσοκομεία. Αντίθετα, οι

ιδιωτικές μονάδες υγείας έχοντας ως κύριο σκοπό το κέρδος αλλά και διατηρώντας έμπειρο προσωπικό στις οικονομικές υπηρεσίες έχουν κατορθώσει να κάνουν σημαντικότερα βήματα. Άλλωστε ο προσδιορισμός του κόστους της κάθε κατηγορίας ασθένειας είναι το σημαντικότερο εργαλείο για την τιμολόγησή τους.

Στον τομέα της ελληνικής Οφθαλμολογίας την κυριότερη πηγή αλόγιστης υπερκοστολόγησης αποτελούσε επί σειρά ετών ο τομέας των οφθαλμολογικών χειρουργείων, προεξάρχοντας του χειρουργείου καταρράκτη λόγω της μεγάλης συχνότητας του, που οφείλεται στον αυξημένο επιπολασμό της πάθησης. Παρά την απουσία οργανωμένου συστήματος καταγραφής περιστατικών, υπολογίζεται ότι περισσότερες από 60.000 χειρουργικές επεμβάσεις καταρράκτη λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα κάθε έτος με διαρκώς αυξανόμενη τάση λόγω της ανόδου του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού καθώς και των ολοένα αυξανόμενων απαιτήσεων όρασης που επιβάλλει ο σύγχρονος τρόπος ζωής.[18] Καθίσταται, λοιπόν, σαφής η ανάγκη ελέγχου του κόστους της χειρουργικής επέμβασης καταρράκτη, η οποία είναι σχεδόν απόλυτα προτυποποιημένη.

Εκτός όμως από τα χειρουργεία καταρράκτη, είχε παρατηρηθεί στο παρελθόν «σπατάλη» εκ μέρους των δημόσιων νοσοκομείων και στις διάφορες άλλες οφθαλμολογικές επεμβάσεις, όπως οι υαλοειδεκτομές, τα χειρουργεία γλαυκώματος, στραβισμού, βλεφάρων και άλλα. Η φύση της ειδικότητας της Οφθαλμολογίας είναι τέτοια που περιορίζει το αντικείμενο ενασχόλησης τόσο, ώστε να είναι σχεδόν απόλυτα σαφείς κωδικοί ΚΕΝ που χρησιμοποιούνται για τη χρέωση κάθε οφθαλμολογικού περιστατικού, ιδιαίτερος εκείνων που χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης. Στο Κεφάλαιο 3 αναφέρθηκαν μάλιστα όλες οι πιθανές αντιστοιχίσεις διαγνώσεων με κωδικούς ΚΕΝ.

Με την εισαγωγή των κλειστών Ενοποιημένων νοσηλίων παρατηρήθηκε, κατά γενική ομολογία, ελάττωση της γενικευμένης υπερκοστολόγησης και μείωση των τιμών των αναλώσιμων υλικών για κάθε χειρουργείο. Η εφαρμοσμένη, βέβαια, τα τελευταία έτη πολιτική λιτότητας στην Ελλάδα, επέβαλλε την διπλή αναπροσαρμογή-μείωση του κόστους των περισσότερων ΚΕΝ. Αυτό

είχε ως αποτέλεσμα να καθίσταται αμφίβολο εάν οι ισχύουσες τιμές αποζημίωσης για τις διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και εάν το κόστος που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί φορείς προς τα δημόσια νοσοκομεία είναι σε θέση να καλύψει τα έξοδα των τελευταίων.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση του βαθμού ανταπόκρισης των αναπροσαρμοσμένων τιμών των κλειστών ελληνικών νοσηλίων στο πραγματικό κόστος των χειρουργικών οφθαλμολογικών περιστατικών ενός ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Επιχειρείται η συλλογή στατιστικών στοιχείων που αφορούν το κόστος και την κατηγοριοποίηση των χειρουργικών οφθαλμολογικών περιστατικών και η σύγκρισή τους με το σύστημα αποζημίωσης των ΚΕΝ.

4.2 Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της έρευνας και της εκτίμησης του βαθμού ανταπόκρισης του κόστους των κλειστών ελληνικών νοσηλίων στα πραγματικά έξοδα των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων στον τομέα της χειρουργικής Οφθαλμολογίας χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που προέκυψαν από τη βάση δεδομένων του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου». Το εν λόγω νοσηλευτικό ίδρυμα θεωρήθηκε το καταλληλότερο για την άντληση πρωτογενούς υλικού για τη συγκεκριμένη έρευνα και επιλέχθηκε για τους εξής λόγους:

- i. Ανεπτυγμένο και ενημερωμένο πληροφοριακό σύστημα τιμολόγησης
- ii. Εύκολη πρόσβαση σε στατιστικά δεδομένα χρεώσεων αναλώσιμων υλικών χειρουργείου
- iii. Μεγαλύτερη σχετική εμπειρία εφαρμογής του συστήματος αποζημίωσης με βάση τα ΚΕΝ (ένα από τα νοσοκομεία όπου εφαρμόστηκε πιλοτικά το νέο σύστημα)
- iv. Πλήρως επανδρωμένη και τεχνολογικά εξοπλισμένη πανεπιστημιακή οφθαλμολογική κλινική με αξιοσημείωτο αριθμό χειρουργικών περιστατικών ανά έτος

Αρχικά, σύμφωνα με το πρωτόκολλο της έρευνας, έγινε αίτηση χορήγησης και χρησιμοποίησης για το συγκεκριμένο σκοπό στατιστικών οικονομικών στοιχείων από τη βάση δεδομένων του συστήματος τιμολόγησης στη Διεύθυνση Ποιότητας Ελέγχου του Νοσοκομείου. Ύστερα από τη θετική γνωμοδότηση, λήφθηκε γραπτή άδεια από τον επιστημονικό συντονιστή της Β' Οφθαλμολογικής Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Καθηγητή Οφθαλμολογίας Σταύρο Α. Δημητράκο, για τη χρησιμοποίηση στοιχείων από τους ιατρικούς

φακέλους των ασθενών που υποβλήθηκαν σε οφθαλμικές χειρουργικές επεμβάσεις στους χώρους της ως άνω αναφερόμενης κλινικής, διατηρώντας καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας την ανωνυμία των ασθενών και τους κανόνες περί ιατρικού απορρήτου του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Κατά τη διενέργεια κάθε οφθαλμικού χειρουργείου στο Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», ειδικά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια κινήσεως είναι υπεύθυνη για το σκανάρισμα με ειδικό μηχανισμό και την ηλεκτρονική καταγραφή όλων των υλικών που χρησιμοποιούνται σε αυτό, εξάγοντας την αντίστοιχη τιμολόγηση μετά το πέρας έκαστου χειρουργείου, η οποία αποστέλλεται στη γραμματεία της κλινικής και εν συνεχεία στο γραφείο νοσηλίων. Για την επίτευξη του στόχου της συγκεκριμένης έρευνας αντλήθηκαν όλοι οι κατάλογοι τιμολόγησης των οφθαλμοχειρουργικών περιστατικών που χειρουργήθηκαν από 01/03/2012 έως 01/03/2014. Η συγκεκριμένη περίοδος των 2 ετών χρησιμοποιήθηκε σκόπιμα καθότι από 01/03/2012 ισχύουν οι νέες αναπροσαρμοσμένες μειωμένες τιμές των ΚΕΝ, οι οποίες παρέμειναν όμοιες μέχρι το τέλος της περιόδου των 2 ετών.

Αποκλείστηκαν όλα τα περιστατικά προ της 01/03/2012 για την αποφυγή λαθών και στατιστικής μεροληψίας (bias) κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων λόγω των διαφορετικών τιμών ΚΕΝ που αναπροσαρμόστηκαν δις έως τη συγκεκριμένη ημερομηνία. Επιπρόσθετα, δελήφθηκαν υπ' όψιν όλα τα περιστατικά με ελλιπή στοιχεία κοστολόγησης καθώς και περιστατικά με συνολικό αριθμό επεμβάσεων μικρότερο του 10 κατά τη διετία που ερευνήθηκε.

Από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών έγινε αναδρομική καταγραφή και επιβεβαίωση όλων των διαγνώσεων με αυτές του ηλεκτρονικού συστήματος και ελέγχτηκε το ορθό της αντιστοίχισης ICD-10 με κωδικούς ΚΕΝ. Καταγράφηκε, ακόμη, η πραγματική διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ανά διάγνωση οφθαλμοχειρουργικού περιστατικού και έγινε σύγκριση αυτής με την προβλεπόμενη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) που προκαθορίζεται από το νέο σύστημα αποζημίωσης ανάλογα με το ΚΕΝ. Τέλος, εντοπίστηκαν τα περιστατικά με χειρουργικές επιπλοκές, καταγράφηκε το ποσοστό αυτών και έγινε η συσχέτιση τους με την αύξηση του κόστους των περιστατικών.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Medcalc (version 9.3.0.0, Medcalc, Mariakerke, Belgium) και το πρόγραμμα SPSS (v. 17.0 for Windows, SPSS INC, Chicago, IL, USA). Όλες οι τιμές αποδίδονται ως μέσοι όροι \pm τυπική απόκλιση. Χρησιμοποιήθηκαν τόσο παραμετρικές όσο και μη παραμετρικές δοκιμασίες ανάλογα με την κανονικότητα της κατανομής του δείγματος. Όλα τα στατιστικά στοιχεία ήταν δύο όψεων και θεωρήθηκαν σημαντικά αν το p-value ήταν μικρότερο από 0.05

4.3 Αποτελέσματα Έρευνας

Συνολικά κατά τη διετία 01/03/2012-01/03/2014 πραγματοποιήθηκαν 3817 οφθαλμοχειρουργικές επεμβάσεις στη Β' Οφθαλμολογική Κλινική Α.Π.Θ του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου». Από τις επεμβάσεις αυτές 1493 εξαιρέθηκαν από την παρούσα μελέτη καθώς διενεργήθηκαν σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, διαφορετικό από το κανονικό χειρουργικό της κλινικής και αφορούσαν ως επί το πλείστον σε ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις αντιαγγειογενετικών παραγόντων. Τα περιστατικά αυτά αποκλείστηκαν από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση καθώς δεν ακολουθήθηκε η διαδικασία ηλεκτρονικής καταγραφής των αναλώσιμων υλικών όπως σε όλα τα υπόλοιπα. Από τα εναπομείναντα 2324 χειρουργικά περιστατικά, εξαιρέθηκαν 97 από τη στατιστική ανάλυση καθώς παρατηρήθηκε έλλειψη πλήρους καταγραφής των οικονομικών και των ιατρικών στοιχείων τους.

Ως συνέπεια, στην τελική στατιστική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 2227 οφθαλμοχειρουργικά περιστατικά διαφόρων διαγνώσεων. Σε όλα τα περιστατικά είχε οριστεί η διάγνωση με βάση την ελληνική μετάφραση του Διεθνούς Συστήματος Ταξινόμησης Παθήσεων ICD-10 καθώς και ο αντίστοιχος κωδικός KEN για τη χρέωση του περιστατικού και την αποζημίωση του νοσοκομείου από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς. Μετά από ενδελεχή ανασκόπηση τόσο των ηλεκτρονικών όσο και των εγγράφων ιατρικών αρχείων των ασθενών δεν προέκυψε καμία λανθασμένη εγγραφή διάγνωσης στο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου. Από τον λεπτομερή έλεγχο ορθότητας αντιστοίχισης προέκυψε ότι η αντιστοίχιση διαγνώσεων με KEN ήταν σε απόλυτη συμφωνία με βάση την αντιστοίχιση που προτείνεται από τους αρμόδιους φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η οποία περιγράφεται διεξοδικά στο κεφάλαιο 3.1 της παρούσας εργασίας.

Από την αναλυτική καταγραφή των περιστατικών προέκυψε ότι τα 2227 περιστατικά αφορούσαν οφθαλμολογικά χειρουργεία 15 διαφορετικών κατηγοριών διαγνώσεων οι οποίες αναφέρονται με τα ποσοτικά χαρακτηριστικά τους στον Πίνακα 21 κατά σειρά συχνότητας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (n)	ΚΕΝ
Φακοθρυψία-Αφαίρεση καταρράκτη	1632	O16A
Υαλοειδεκτομή	227	O03A
Χειρουργική διόρθωση εντροπίου/εκτροπίου	64	O11A
Αφαίρεση μορφώματος βλεφάρου	52	O11A
Τραμπεκουλεκτομή	37	O15A
Εξόρυξη/Εξεντέρωση βολβού	34	O02A
Ασκορινοστομία	31	O05A
Χειρουργική διόρθωση στραβισμού	29	O10A
Χειρουργείο διάνοιξης δακρυϊκής οδού	24	O13A
Αφαίρεση πτερυγίου	23	O12A
Βλεφαροπλαστική	18	O11A
Χειρουργική διόρθωση βλεφαρόπτωσης	17	O11A
Πλύση προσθίου Θαλάμου	13	O14A, O22A
Συρραφή τραύματος	11	O01A, O12A, O14A
Λοιπές επεμβάσεις με n<10	15	O11A, O12A, O14A, O15A

Πίνακας 21. Διαγνωστικές κατηγορίες και αντίστοιχος αριθμός περιστατικών στο σύνολο των οφθαλμοχειρουργικών περιστατικών.

Όπως διαφαίνεται στον Πίνακα 21 με εξαίρεση τις τρεις τελευταίες κατηγορίες οι 12 υπόλοιπες αντιστοιχήθηκαν σε ένα και μοναδικό κωδικό χρέωσης ΚΕΝ. Για την περαιτέρω διευκόλυνση της επεξεργασίας των στοιχείων και για την αποφυγή λαθών, οι τρεις τελευταίες κατηγορίες εξαιρέθηκαν στο σημείο αυτό από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση. Η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη ήταν μακράν η συχνότερη σε ποσοστό στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0.05$, δοκιμασία χ^2). Όλα τα περιστατικά των 12 πρώτων διαγνωστικών κατηγοριών του Πίνακα 21, ομαδοποιήθηκαν στη συνέχεια με βάση τα αντίστοιχα ΚΕΝ. Με τον τρόπο αυτό προκύπτουν οι συχνότητες των χειρουργείων ανά ΚΕΝ που αναγράφονται στον Πίνακα 22.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (%)	ΚΕΝ
Επεμβάσεις κρυσταλλοειδούς φακού	1632 (73.2%)	O16A
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	227 (10.2%)	O03A
Επεμβάσεις βλεφάρων	151 (6.8%)	O11A
Επεμβάσεις γλαυκώματος	37 (1.7%)	O15A
Εξόρυξη οφθαλμού	34 (1.5%)	O02A
Ασκορινοστομία	31 (1.4%)	O05A
Επεμβάσεις στραβισμού	29 (1.3%)	O10A
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	24 (1.1%)	O13A
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	23 (1%)	O12A

Πίνακας 22. Διαγνωστικές κατηγορίες και αντίστοιχος αριθμός περιστατικών στο σύνολο των οφθαλμοχειρουργικών περιστατικών καθώς και η ποσοστιαία % αναλογία επί των 2227 περιστατικών σε παρένθεση.

Γίνεται αντιληπτό από τις ποσοστιαίες αναλογίες του παραπάνω πίνακα το γεγονός ότι δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα από τις περισσότερες κατηγορίες ΚΕΝ λόγω του μικρού δείγματος αυτών και ότι τη μερίδα του λέοντος των οφθαλμοχειρουργικών περιστατικών καταλαμβάνουν 3 κατηγορίες ΚΕΝ. Αυτές είναι οι επεμβάσεις φακού (Ο16Α), οι επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς (Ο03Α) και οι επεμβάσεις βλεφάρων (Ο11Α).

Από την ανάλυση των τιμολογίων για τη χρέωση των αναλώσιμων υλικών του χειρουργείου προέκυψε ότι για τα χειρουργεία καταρράκτη (Ο16Α) οι χρεώσεις κυμάνθηκαν από 247,57 € έως 903,19 € με μέσο όρο $376,7 \pm 69,6$ €. Για όλες τις κατηγορίες ΚΕΝ οι μέσοι όροι με τις αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις αποδίδονται στον Πίνακα 23.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ	ΚΕΝ
Επεμβάσεις κρυσταλλοειδούς φακού	$376,7 \pm 69,6$ €	Ο16Α
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	$682,5 \pm 152,7$ €	Ο03Α
Επεμβάσεις βλεφάρων	$302,7 \pm 58,7$ €	Ο11Α
Επεμβάσεις γλαυκώματος	$686,7 \pm 179,6$ €	Ο15Α
Εξόρυξη οφθαλμού	$528,2 \pm 59,2$ €	Ο02Α
Ασκορινοστομία	$574,1 \pm 37,4$ €	Ο05Α
Επεμβάσεις στραβισμού	$326,1 \pm 47,2$ €	Ο10Α
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	$271,7 \pm 51,3$ €	Ο13Α
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	$415,8 \pm 58,2$ €	Ο12Α

Πίνακας 23. Χρέωση αναλώσιμων υλικών σε ευρώ για τα οφθαλμοχειρουργικά ΚΕΝ

Η μεγάλες αποκλίσεις τιμών που παρατηρούνται στις χρεώσεις των αναλώσιμων υλικών σε ότι αφορά το χειρουργείο του καταρράκτη οφείλονται κυρίως στις περιπτώσεις των επιπλεγμένων χειρουργείων, κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν περισσότερα υλικά στη χειρουργική αίθουσα ($p < 0.05$). Πιο αναλυτικά, οι περιπτώσεις των διεγχειρητικών επιπλοκών κατά τα χειρουργεία καταρράκτη ήταν σε απόλυτο αριθμό 56 από τα 1632 περιστατικά, ήτοι ποσοστό 3,4% επί του συνόλου. Στις περιπτώσεις αυτές ο μέσος όρος του κόστους ανήλθε σε $673,28 \pm 58,7$ € σε αντίθεση με το μέσο όρο κόστους των ανεπίπλεκτων περιστατικών, ο οποίος ήταν $346,78 \pm 21,3$ €, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0.001$, δοκιμασία Mann-Whitney).

Προκειμένου να ελεγχθεί εάν η τιμή που αποδίδεται για κάθε ΚΕΝ από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα θα πρέπει να συνυπολογιστεί και το κόστος της διαμονής του ασθενούς στην κλινική. Αρχικά έγινε έλεγχος της συμφωνίας των πραγματικών ημερών νοσηλείας με την προβλεπόμενη ΜΔΝ από το σύστημα των ενοποιημένων νοσηλίων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνοψίζονται για κάθε κατηγορία ΚΕΝ στον Πίνακα 24.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΚΕΝ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ	
		ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ	ΜΔΝ
Επεμβάσεις φακού	O16A	1,07±0,1	1
Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	O03A	1,83±0,3	1
Επεμβάσεις βλεφάρων	O11A	1,03±0,1	1
Επεμβάσεις γλαυκώματος	O15A	1,97±0,2	2
Εξόρυξη οφθαλμού	O02A	2,14±0,2	3
Ασκορινοστομία	O05A	1,87±0,2	1
Επεμβάσεις στραβισμού	O10A	1,62±0,3	1
Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	O13A	1,01±0,05	1
Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	O12A	1,01±0,05	1

Πίνακας 24. Πραγματική νοσηλεία σε ημέρες και σύγκριση με προβλεπόμενη ΜΔΝ για τα οφθαλμοχειρουργικά ΚΕΝ

Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται πλην της χειρουργικής πράξης και των αναλώσιμων υλικών του χειρουργείου και το κόστος νοσηλείας του ασθενούς στην κλινική. Σύμφωνα με τον ισχύοντα κατάλογο τιμολογίου για το ημερήσιο νοσήλιο, που περιγράφεται στο κεφάλαιο 3.4 η τιμή του

ημερήσιου νοσηλίου για νοσηλεία σε οφθαλμολογική κλινική (Γ' θέση) ανέρχεται σε 75 €. Η τιμή αυτή πολλαπλασιαζόμενη με τη ΜΔΝ προστέθηκε στο κόστος αναλώσιμων κάθε κατηγορίας. Με τον τρόπο αυτό προκύπτει ο Πίνακας 25, στον οποίο γίνεται σύγκριση του πραγματικού κόστους κάθε κατηγορίας με την αντίστοιχη τιμή του ΚΕΝ, την οποία αποδίδει ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενούς στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

ΚΕΝ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (%)	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ
O16A	Επεμβάσεις κρυσταλλοειδούς φακού	376,7 + 75 € = 451,7 €	466 €
O03A	Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς	682,5 + 75 € = 757,5 €	731 €
O11A	Επεμβάσεις βλεφάρων	302,7 + 75 € = 377,7 €	450 €
O15A	Επεμβάσεις γλαυκώματος	686,7 + 75(x2) € = 836,7 €	933 €
O02A	Εξόρυξη οφθαλμού	528,2 + 75(x3) € = 743,2 €	1464 €
O05A	Ασκορινοστομία	574,1 + 75 € = 649,1 €	700 €
O10A	Επεμβάσεις στραβισμού	326,1 + 75 € = 401,1 €	450 €
O13A	Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής	271,7 + 75 € = 346,7 €	305 €
O12A	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	415,8 + 75 € = 490,8 €	530 €

Πίνακας 25. Πραγματικό κόστος νοσηλείας σε ευρώ (χρέωση αναλώσιμων υλικών + κόστος παραμονής) και σύγκριση με προβλεπόμενο κόστος για τα οφθαλμοχειρουργικά ΚΕΝ

Κεφάλαιο Πέμπτο

Σύγκριση ΚΕΝ με συστήματα DRGs άλλων κρατών στον τομέα της Οφθαλμολογίας

5.1 Εισαγωγή

Το νέο σύστημα αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων το οποίο βασίζεται στα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και που από το 2012 εφαρμόζεται και στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν αποτελεί ρηξικέλευθη λύση στη μείωση και τον εξορθολογισμό της κοστολόγησης στις νοσοκομειακές μονάδες. Όπως περιγράφηκε εκτενώς στο κεφάλαιο 2, το σύστημα των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs, Diagnosis Related Groups) έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στο παρελθόν τόσο στις ΗΠΑ από όπου ξεκίνησε το 1983, όσο και στην Αυστραλία και τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, με διαφορές οι οποίες έγκεινται κυρίως στις αποκλίσεις που εμφανίζουν τα υγειονομικά συστήματα μεταξύ των διαφόρων κρατών.

Στον τομέα της Οφθαλμολογίας, λίγα είναι τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, ιδιαίτερα στον ευρωπαϊκό χώρο, όπου τα περισσότερα στοιχεία και έρευνες προέρχονται από το γερμανικό σύστημα υγείας και ασχολούνται με την εφαρμογή του συστήματος των DRGs στην ειδικότητα της Οφθαλμολογίας. Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρούνται δύο στόχοι. Αρχικά αναφέρονται στοιχεία διαφοροποίησης του ελληνικού συστήματος των ΚΕΝ από αντίστοιχα συστήματα άλλων χωρών εστιάζοντας στις παθήσεις των οφθαλμών. Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου, γίνεται εκτενής αναφορά στο σύνολο των δημοσιευμένων, σε peer-reviewed περιοδικά, μελετών επί του συγκεκριμένου θέματος, όπως αυτά προέκυψαν από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και

αναζήτηση των σχετικών όρων στις ηλεκτρονικές τράπεζες δεδομένων Pubmed, Scopus, Web of Science και Google Scholar.

5.2 Συστήματα DRGs άλλων κρατών στον τομέα της Οφθαλμολογίας

Το σύστημα των DRGs έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες, αποτελώντας τη βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων και τη μέτρηση της παραγωγικότητάς τους. [19] Ορισμένες χώρες κάνουν χρήση των DRGs προκειμένου να αξιολογήσουν τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη όπως συμβαίνει στα σκανδιναβικά κράτη, ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές και αμερικανικές χώρες χρησιμοποιείται ως η βάση για τη νοσοκομειακή αποζημίωση. Η αιτία για το φαινόμενο αυτό έγκειται εν μέρει στις διαφορετικές διαδικασίες και στο χρόνο εφαρμογής τους μεταξύ των διαφόρων κρατών καθώς και στην ποικιλομορφία στον σχεδιασμό τους που κατά κύριο λόγο βασίζεται στις ανάγκες του κάθε εθνικού κατά περίπτωση συστήματος υγείας. [20-24]

Οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG) εισήχθησαν στην Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη για την αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία και για να δοθούν κίνητρα για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη χρήση των πόρων που επενδύονται στην νοσοκομειακή περίθαλψη. Σε πολλές χώρες, τα συστήματα αυτά είχαν επίσης ως στόχο να συμβάλουν στη βελτίωση ή τουλάχιστον την προστασία της ποιότητας της περίθαλψης. Ο Πίνακας 26 περιγράφει το χρόνο καθώς και το σκοπό εισαγωγής των DRGs ανάλογα με τη χώρα.[11] Αξιοσημείωτο είναι ότι κράτη που υιοθέτησαν από νωρίς τα DRGs κατά κύριο λόγο το έπραξαν για αύξηση της διαφάνειας όπως η Πορτογαλία και η Γαλλία ενώ χώρες που εισήγαγαν τις DRGs αργότερα, όπως η Ολλανδία και η Πολωνία, πρόθεσή τους ήταν η πληρωμή με βάση τις DRGs. Το Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσε αρχικά επί δεκαετία τα DRGs αποκλειστικά με σκοπό την

ταξινόμηση των ασθενειών, την αύξηση της διαφάνειας και στη συνέχεια ως μέθοδο αποζημίωσης των νοσοκομείων.[11, 25]

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΑΡΧΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΣΤΟΧΟΣ 2010
ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ			
ΑΥΣΤΡΙΑ	1997	Χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό	Χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό
ΑΓΓΛΙΑ	1992	Ταξινόμηση ασθενειών	Αποζημίωση
ΕΣΘΟΝΙΑ	2003	Αποζημίωση	Αποζημίωση
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	1995	Αξιολόγηση παραγωγικότητας	Συγκριτική αξιολόγηση Τιμολόγηση
ΓΑΛΛΙΑ	1991	Περιγραφή παραγωγικότητας	Αποζημίωση
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2003	Αποζημίωση	Αποζημίωση
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1992	Χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό	Χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό
ΔΑΝΙΑ	2005	Αποζημίωση	Αποζημίωση
ΠΟΛΩΝΙΑ	2008	Αποζημίωση	Αποζημίωση
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1984	Προϋπολογισμός εξόδων νοσοκομείου	Χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό
ΙΣΠΑΝΙΑ	1996	Αποζημίωση	Αποζημίωση- Συγκριτική αξιολόγηση
ΣΟΥΗΔΙΑ	1995	Αποζημίωση	Συγκριτική αξιολόγηση

Πίνακας 26. Χρόνος και σκοπός εφαρμογής των DRGs σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες

Τα συστήματα DRGs σε κάθε χώρα έχουν υποστεί, ως αναμένεται, πολλές τροποποιήσεις και αλλαγές κατά τη διάρκεια της εφαρμογής τους, γεγονός το οποίο οφείλεται τόσο στην αλλαγή των οικονομικών δεδομένων σε βάθος χρόνου καθώς και στις μεταβολές που επήλθαν στους τρόπους και στις μεθόδους αντιμετώπισης των διαφόρων διαταραχών εν γένει και εν προκειμένω οφθαλμολογικών παθήσεων. Επιχειρείται παρακάτω η αναφορά του συστήματος DRGs δύο ευρωπαϊκών χωρών, Γερμανίας και Ελβετίας καθώς και των ΗΠΑ και της Αυστραλίας με ιδιαίτερο πάντα ενδιαφέρον στις οφθαλμολογικές διαταραχές.

5.2.1 Γερμανία

Στη Γερμανία, όπου εφαρμόζεται μία μορφή του συστήματος υγείας Bismarck, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προέρχεται από δύο κύριες πηγές, κρατικός προϋπολογισμός και κεφάλαια ιδιωτικής δαπάνης. [20] Το σύστημα αποζημίωσης με βάση τα DRGs που ισχύει για περισσότερο ήδη από μία δεκαετία φέρει την ονομασία G-DRG. Όπως και στην ελληνική περίπτωση έγινε χρήση του Αυστραλιανού συστήματος των DRGs, ως βάση για την ανάπτυξη του γερμανικού συστήματος. Για το συγκεκριμένο σκοπό διενεργήθηκαν οι ανάλογες μετατροπές σε γερμανικούς κωδικούς ταξινόμησης διαδικασιών (OPS) και σε κωδικούς διαγνώσεων (ICD-10-GM, German Modification). Μετά από ένα χρόνο πιλοτικής εφαρμογής το 2002 ετοιμάστηκε η πρώτη έκδοση με 664 DRGs. Σύμφωνα με τους γερμανικούς κανόνες κωδικοποίησης όλοι οι ασθενείς εκχωρούνται σε έναν αλγόριθμο ομαδοποίησης χρησιμοποιώντας το εξιτήριο των ασθενών από το νοσοκομείο.

Το G-DRGs σύστημα αποζημίωσης έχει στόχο να καλύψει την ιατρική αγωγή, την νοσηλευτική φροντίδα, την φαρμακευτική περίθαλψη, ορισμένες συσκευές που χρησιμοποιούνται

για θεραπεία και ακόμη την διατροφή και διαμονή. Για περιπτώσεις μακράς νοσηλείας υπολογίζονται μερικές προσαυξήσεις για κάθε ημέρα που διαρκεί πάνω από το κανονικό, ενώ όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο νωρίτερα από την καθορισμένη μέρα τότε ελαττώνεται και η DRG πληρωμή. Σήμερα μετά τις τελευταίες αναπροσαρμογές αριθμεί περισσότερους από 1200 κωδικούς για διάφορες κατηγορίες παθήσεων.

Η κατηγορία MDC02 αναφέρεται στις παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών, όπως ακριβώς και στο ελληνικό σύστημα των ΚΕΝ. Το γερμανικό, άλλωστε, και το ελληνικό σύστημα νοσοκομειακής αποζημίωσης φέρουν πολλές ομοιότητες καθώς έχουν το ίδιο «πρόγονο», τα αυστραλιανά δηλαδή DRGs. Διακρίνονται όμως και διαφορές από το ελληνικό σύστημα, όπως επί παραδείγματι στον αριθμό των κωδικών. Τα G-DRGs προβλέπουν 33 κωδικούς χρεώσεων έναντι των 20 ελληνικών. Η διαφορά έγκειται κυρίως στις υποκατηγορίες που τίθενται στο γερμανικό σύστημα ανάλογα με παραμέτρους όπως η ηλικία και η αιτία των χειρουργικών επεμβάσεων. Έτσι, για παράδειγμα ο κωδικός ΚΕΝ Ο10Α που αναφέρεται σε επεμβάσεις στραβισμού στο ελληνικό σύστημα διαιρείται σε τρεις διαφορετικούς κωδικούς στα G-DRGs ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς (μεγαλύτερη ή μικρότερη των 6 ετών) και με τη συνύπαρξη ή μη υψηλού κόστους επέμβασης. Επίσης, ο κωδικός Ο03Α που αναφέρεται σε επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς στα ελληνικά ΚΕΝ, καλύπτεται από 4 διαφορετικές διαγνώσεις στο γερμανικό σύστημα ανάλογα με την ταυτόχρονη χειρουργική εξαίρεση του καταρράκτη, την ύπαρξη κακοήθους νεοπλασίας στον οφθαλμό ή την αφαίρεση του βολβού.

Η κοστολόγηση των κωδικών στο σύστημα G-DRG γίνεται μέσω συντελεστών βαρύτητας, που ονομάζονται επίσης και δείκτες αποτίμησης. Αυτό θέτει το μέσο κόστος αποζημίωσης για κάθε DRG σε σχετική αξία με κάθε άλλο. Αν, για παράδειγμα, ο δείκτης αποτίμησης ενός κωδικού G-DRG είναι 0.60, το κόστος θεραπείας στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι 40% κάτω από το μέσο όρο όλων των G-DRGs. Με ένα αρκετά πιο πολύπλοκο αλγόριθμο από ότι στο ελληνικό σύστημα υπολογίζεται το κόστος κάθε κλινήρους νοσηλείας, το οποίο μπορεί μάλιστα να διαφέρει μεταξύ

των κρατιδίων της χώρας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των χρεώσεων ενώ υπάρχουν κατώτερα και ανώτερα όρια νοσηλείας.

Σε απόλυτους αριθμούς το κόστος των παρεχόμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο ελληνικό, γεγονός που οφείλεται βεβαίως σε πολλούς και ποικίλους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Ενδεικτικά με στοιχεία που προκύπτουν από τα γερμανικά νοσοκομεία κατά το έτος 2012 και δημοσιεύτηκαν σε πρόσφατη μελέτη, το μέσο κόστος για τις επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς ανέρχεται σε 2275,92 € και για επεμβάσεις καταρράκτη σε 1326,33 €, ενώ στο ελληνικό σύστημα οι ανάλογοι κωδικοί O03A και O16A κοστολογούνται με 731 € και 466 € αντιστοίχως.[27] Σε αυτό βέβαια πρέπει να συνυπολογισθεί ότι η μέθοδος κοστολόγησης στη Γερμανία είναι αυτή του «πλήρους κόστους», περιλαμβάνει δηλαδή όλα τα έξοδα συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών υπηρεσιών καθώς η μισθοδοσία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού καλύπτεται συνήθως από το ίδιο το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα η μέση διάρκεια νοσηλείας (Mittlere Verweildauer) υπολογίζεται σε 4,5 και 2,5 ημέρες για τις προαναφερθείσες κατηγορίες σημαντικά μεγαλύτερες δηλαδή των αντίστοιχων στοιχείων που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο για τα ελληνικά δεδομένα.

Το Γερμανικό Ιατρικό Συμβούλιο εξετάζει τις διαδικασίες ένταξης, στοχεύοντας στην αποφυγή λαθών, ενώ ως δικλείδα ασφαλείας του συστήματος έχει προβλεφθεί η επιστροφή των αποζημιώσεων σε περιπτώσεις upcoding και σε περίπτωση όπου κρίνεται εσκεμμένη υπερκοστολόγηση προβλέπονται αντίστοιχες χρηματικές ποινές.

5.2.2 Ελβετία

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας είναι αρκετά διαφορετικό από το ελληνικό σύστημα υγείας και η ασφάλιση υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικής και όχι δημόσιας φύσεως. Μέσα σε αυτό το διαφορετικό πλαίσιο και οι ελβετικές αρχές θεώρησαν απαραίτητη την εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων και των κλινικών για τους κληήρεις ασθενείς. Έτσι σήμερα η κοστολόγηση των υπηρεσιών των προαναφερθέντων ιδρυμάτων γίνεται με βάση τα ελβετικά DRGs τα οποία καλούνται SwissDRG. Το ελβετικό σύστημα DRG προήλθε από τροποποίηση του αντίστοιχου γερμανικού G-DRG προκειμένου να είναι σε θέση να εφαρμοστεί σε όλα τα καντόνια-περιφέρειες του ελβετικού κράτους. Μετά από μία μακρόχρονη διαδικασία δοκιμών, πιλοτικής εφαρμογής και τη νομοθεσία που ψηφίστηκε τον Ιούλιο 2009 από την ελβετική βουλή, τα SwissDRG εισήχθησαν σε πανελβετικό επίπεδο ως αποκλειστικός τρόπος κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον Ιανουάριο του 2012.[28-29]

Όπως στο ελληνικό και στο γερμανικό σύστημα αποζημίωσης, έτσι και στην περίπτωση της Ελβετίας, το κόστος για κάθε κωδικό DRG καθορίζεται από συντελεστές βαρύτητας που προέρχονται από την παρακολούθηση των χρεώσεων ενός ολόκληρου δικτύου νοσοκομείων και οι οποίοι μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία του συστήματος ανανεώνονται σε ετήσια βάση. Υπάρχουν ακόμη ανώτερα και κατώτερα όρια της διάρκειας παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Οι περιπτώσεις εντός των ορίων (inliers) χρεώνονται κανονικά βάσει καταλόγου ενώ αυτές εκτός του ανώτερου ή κατώτερου ορίου (outliers) ακολουθούν ξεχωριστό αλγόριθμο κοστολόγησης.

Στον τομέα της Οφθαλμολογίας, οι παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών αποτελούν την δεύτερη κύρια διαγνωστική κατηγορία (Major Diagnostic Category, MDC02) και αριθμούν 29 κωδικούς. Η κωδικοποίηση προσομοιάζει με αυτή του γερμανικού συστήματος καθότι προέρχεται από αυτό. Η διαφορά από το ελληνικό σύστημα KEN είναι η ύπαρξη και στο ελβετικό σύστημα

διάκρισης ορισμένων κωδικών παθήσεων ανάλογα με την αιτία χειρουργείου ή την ηλικία του ασθενούς. Επί παραδείγματι, οι επεμβάσεις στραβισμού (κωδικός KEN O10A) διαχωρίζονται σε δύο διαφορετικούς κωδικούς στο ελβετικό σύστημα αναλόγως αν ο ασθενής είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10 ετών, οπότε και η χρέωση είναι υψηλότερη.

Η κοστολόγηση των οφθαλμολογικών SwissDRG αποκαλύπτει έντονη απόκλιση σε απόλυτες τιμές από το ελληνικό σύστημα KEN. Σε αυτό σίγουρα συμβάλλουν οι διαφορετικές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στην Ελβετία και το γεγονός ότι τα ελβετικά DRGs καλύπτουν το σύνολο του κόστους νοσηλείας, πρέπει δηλαδή να καλύπτουν τόσο τα άμεσα όσο και τα λειτουργικά και έμμεσα έξοδα των νοσοκομειακών μονάδων. Ενδεικτικά αναφέρουμε από στοιχεία 50 ενδεικτικών ελβετικών νοσοκομείων το 2010 [30] ότι το μέσο κόστος επέμβασης καταρράκτη ήταν 4548 ελβετικά φράγκα ($\approx 3725\text{€}$) και το μέσο κόστος εξόρυξης βολβού/επέμβασης στον οφθαλμικό κόγχο ανήλθε σε 7544 ελβετικά φράγκα ($\approx 6180\text{€}$) τη στιγμή που οι ανάλογοι κωδικοί των KEN O16A και O02A κοστολογούνται 466€ και 701€ αντίστοιχα.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται στο σύστημα των SwissDRG από 2,1 ημέρες, σε επεμβάσεις εξωπεριφακικής αφαίρεσης καταρράκτη, έως 10,5 ημέρες σε μεταμόσχευση κερατοειδούς με σύγχρονη αφαίρεση καταρράκτη. Το κατώτερο όριο είναι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις (πλην των μεταμοσχεύσεων κερατοειδούς) η μία ημέρα νοσηλείας ενώ το ανώτερο όριο μπορεί να φτάνει κατά περίπτωση μέχρι και τις 22 ημέρες νοσηλείας. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής εξέρχεται του νοσοκομείου με λιγότερες ημέρες νοσηλείας από το κατώτερο όριο και χρειαστεί επανεισαγωγή τότε το νοσοκομείο καλείται να πληρώσει το ίδιο τα έξοδα νοσηλείας και δε λαμβάνει επιπλέον αποζημίωση.

5.2.3 Η.Π.Α.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α) ήταν η χώρα στην οποία αναπτύχθηκαν και πρωτοεφαρμόστηκαν τα DRGs ως σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων, όπως περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 2. Έκτοτε το σύστημα κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους κλινήρεις ασθενείς έχει υποστεί πολλές αλλαγές με κριτήρια οικονομικά αλλά και κοινωνικά-πολιτικά.

Ξεκινώντας το 2007, το κέντρο υπηρεσιών υγείας των ΗΠΑ(Centre for Medicare and Medicaid Service, CMS), που είναι υπεύθυνο για την αποζημίωση των νοσοκομείων, αναθεώρησε το σύστημα DRG με την ανάπτυξη των "DRGs προσαρμοσμένης βαρύτητας" (severity-adjusted DRGs). Ειδικότερα, από τον Οκτώβριο του 2007, το CMS άρχισε να αντικαθιστά τα παλαιά DRGs με τα "DRGs Medicare-severity» ή «MS-DRGs" μέσω μίας τριετούς περιόδου σταδιακής εφαρμογής κατά την οποία αναμειγνύονται οι μέθοδοι πληρωμής σύμφωνα με το παλιό σύστημα DRG αλλά και το σύστημα MS-DRG. [31]

Παρότι υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ των δύο συστημάτων στην ύπαρξη ή απουσία επιπλοκών ή συν-νοσηρότητας, το σύστημα MS-DRG προσθέτει μια τρίτη κατηγορία - «Μείζονες επιπλοκές ή / και συν-νοσηρότητα». Τα περιστατικά ασθενών κατατάσσονται σε MS-DRGs για την πληρωμή με βάση:

- i. την κύρια διάγνωση,
- ii. επιπλέον διαγνώσεις (έως οκτώ)
- iii. διαδικασίες που εκτελούνται κατά τη διάρκεια της διαμονής (έως έξι)

Σε ένα μικρό αριθμό MS-DRGs, η ταξινόμηση βασίζεται επιπρόσθετα σε παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η κατάσταση εξόδου του ασθενούς. Οι πληροφορίες για τη διάγνωση και το εξιτήριο του ασθενούς παρέχονται από το νοσοκομείο, χρησιμοποιώντας τους κωδικούς από το IC-9-CM (της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων, 9η έκδοση, Κλινική Τροποποίηση) ενώ βρίσκεται ήδη υπό κατασκευή η μετατροπή στην 10^η και πλέον πρόσφατη έκδοση που αναμένεται να ολοκληρωθεί μέχρι τον Οκτώβριο του 2014.[32]

Στον ιδιαίτερο τομέα της Οφθαλμολογίας οι κωδικοί DRGs που χρησιμοποιούνται είναι μόλις 10, οι μισοί εκ των οποίων αναφέρονται σε χειρουργικές παθήσεις και συγκεκριμένα

- i. Επεμβάσεις κόγχου με επιπλοκές
- ii. Επεμβάσεις κόγχου χωρίς επιπλοκές
- iii. Εξωβολβικές επεμβάσεις πέρα των επεμβάσεων κόγχου
- iv. Ενδοβολβικές επεμβάσεις με επιπλοκές
- v. Ενδοβολβικές επεμβάσεις χωρίς επιπλοκές

Οι υπόλοιποι 5 κωδικοί MS-DRG αναφέρονται σε μη χειρουργικά περιστατικά όπως μείζονες φλεγμονές, νευρολογικές και άλλες διαταραχές των οφθαλμών.

Εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της ποικιλομορφίας του αμερικανικού συστήματος υγείας στο οποίο υπεισέρχεται σε μεγάλο βαθμό η ιδιωτική πρωτοβουλία δεν είναι δυνατό να εξαχθούν άμεσα συγκρίσιμα μεγέθη για το κόστος του κάθε κωδικού. Ενδεικτικά μόνο αναφέρεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού μίας αλυσίδας κλινικών [33] ότι το κόστος της ανεπίπλεκτης επέμβασης για την αφαίρεση καταρράκτη με το σύστημα MS-DRG υπολογίστηκε στα 1660 δολάρια (≈ 1218 €).

Σε ότι αφορά τη διάρκεια νοσηλείας στο σύστημα MS-DRG, χρησιμοποιούνται 2 όροι, ο «Γεωμετρικός Μέσος Χρόνος Νοσηλείας» ή GMLOS και η «Αριθμητική Μέση Διάρκεια

Νοσηλείας» ή ALOS. Η ALOS είναι γενικά ένας απλός αριθμητικός μέσος ή αυτό που οι περισσότεροι άνθρωποι αναφέρουν ως το μέσο όρο. Ο GMLOS είναι λίγο πιο περίπλοκος. Γεωμετρικός μέσος όρος είναι ένας στατιστικός/μαθηματικός όρος που εφαρμόζεται και σε πολλούς άλλους τομείς εκτός της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας όλα τα μήκη της παραμονής και στη συνέχεια λαμβάνοντας την νιοστή ρίζα του αριθμού αυτού (όπου $n = \text{ο αριθμός των ασθενών}$). Το πλεονέκτημα του GMLOS είναι ότι θα ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις των ακραίων τιμών. Εάν ο αριθμός των ασθενών είναι σχετικά χαμηλός, ένας ασθενής με μία πολύ μεγάλη ή μικρή διάρκεια νοσηλείας θα αυξήσει σημαντικά ή θα μειώσει την ALOS, αντίστοιχα, αλλά το αποτέλεσμα για τον GMLOS θα είναι μικρότερο. Προκειμένου το CMS και η Medicare να καθορίσει "κατάλληλη" διάρκεια νοσηλείας βασίζονται σε μια μεγάλη ποσότητα των δεδομένων που περιλαμβάνει ακραίες τιμές και στα δύο άκρα. Ο στόχος είναι να φτάσουμε σε έναν αριθμό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον τύπο πληρωμής DRG. Ο GMLOS είναι η καλύτερη μέθοδος για το σκοπό αυτό.

Στους 10 κωδικούς που αναφέρονται σε οφθαλμολογικές διαταραχές ο GMLOS κυμαίνεται από 1,7 έως 4,1 ημέρες και η αντίστοιχη ALOS από 2,3 έως 5,6 ημέρες για ενδοβολβικές επεμβάσεις χωρίς επιπλοκές και επεμβάσεις κόγχου με μείζονες επιπλοκές αντιστοίχως.[34]

5.2.4 Αυστραλία

Η Αυστραλία είναι μία από τις πρώτες χώρες παγκοσμίως οι οποίες εισήγαγαν τα DRGs ως μέθοδο κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και το αυστραλιανό σύστημα αποτέλεσε τη γενέτειρα των περισσοτέρων συστημάτων των ευρωπαϊκών χωρών, όπως άλλωστε και του ελληνικού συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων. Το σύστημα των DRGs στη Αυστραλία έχει μακρά ιστορία καθώς από την αρχική εφαρμογή του το 1992 (AN-DRGs), έχει

τροποποιηθεί αναλόγως αρκετές φορές ούτως ώστε να σταθμίζει τις νέες αναπτυσσόμενες τεχνικές στο χώρο της ιατρικής και τις αντίστοιχες ανάγκες για περίθαλψη των πολιτών.[35]

Από το 1998, οπότε τα αρχικά AN-DRGs αντικαταστάθηκαν από τα AR-DRGs με την εισαγωγή νέας κωδικοποίησης ασθενειών, το σύστημα ανανεώνεται ανά διετία από τους αρμόδιους φορείς. Σήμερα η έκδοση v7.0 των αυστραλιανών DRGs (AR-DRGs) που έχει ως βάση το διεθνές σύστημα κωδικοποίησης ασθενειών ICD-10 χρησιμοποιείται σε όλη την έκταση της χώρας ως μοναδική μέθοδος αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών για τους κληήρεις ασθενείς. Η τελευταία έκδοση περιλαμβάνει 771 κωδικούς DRG, οι οποίοι κατανέμονται σε βασικές διαγνωστικές κατηγορίες (Major Diagnostic Categories, MDC).[36]

Η MDC 02 αναφέρεται στις παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών και περιλαμβάνει 20 κωδικούς εκ των οποίων οι 12 αναφέρονται σε χειρουργικές επεμβάσεις και οι υπόλοιπες 8 σε συντηρητική αντιμετώπιση. Οι διαφορές με το ελληνικό σύστημα που βασίζεται στην προηγούμενη έκδοση των αυστραλιανών DRGs (v6.0x) είναι οι εξής:

- i. Οι επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη είναι σε ένα και όχι σε δύο κωδικούς ανεξάρτητα εάν γίνονται σε μία ημέρα νοσηλείας
- ii. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς δεν αποτελούν ξεχωριστό κωδικό
- iii. Ο κωδικός για τη συντηρητική αντιμετώπιση του υφαίματος και ο κωδικός για τις λοιπές διαταραχές του οφθαλμού προσφέρονται σε επιλογή με ή χωρίς συνυπάρχουσες επιπλοκές

Σε ότι αφορά την κοστολόγηση του κάθε κωδικού, αυτή γίνεται και στο σύστημα αυτό με βάση συντελεστές βαρύτητας που ποικίλλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα του κάθε κωδικού. Τα αυστραλιανά DRGs έχουν αναπτύξει ένα πολύ ικανοποιητικό σύστημα εσωτερικού ελέγχου και για αυτό παράγονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα αναφορές κόστους (cost reports) όπου

αναγράφονται όλα τα στατιστικά στοιχεία για κάθε κωδικό DRG, από τη μέση διάρκεια νοσηλείας έως το κόστος σε αυστραλιανά δολάρια για κάθε κωδικό αλλά και την κατανομή του κόστους στις διάφορες υπηρεσίες των νοσοκομειακών μονάδων.

Από την πλέον πρόσφατη αναφορά κόστους του αυστραλιανού συστήματος που παρέχεται από το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας [37], η μέση διάρκεια νοσηλείας στις οφθαλμολογικές παθήσεις κυμαίνεται από 1.01 ημέρες στις επεμβάσεις φακού έως 7.78 ημέρες σε μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις με συνυπάρχουσες επιπλοκές, στοιχεία που προσομοιάζουν με την αντίστοιχη προτεινόμενη ΜΔΝ του ελληνικού συστήματος των ΚΕΝ. Το μέσο κόστος μίας επέμβασης καταρράκτη ανέρχεται σε 2365 αυστραλιανά δολάρια ($\approx 1602\text{€}$) ενώ το μέσο κόστος μίας επέμβασης αμφιβληστροειδούς σε 3732 αυστραλιανά δολάρια ($\approx 2528\text{€}$) με μέση διάρκεια νοσηλείας 1.41 ημέρες.

5.3 Διεθνής βιβλιογραφία για τα συστήματα DRGs στον τομέα της Οφθαλμολογίας

Αδιαμφισβήτητα στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα δημοσιευμένων εργασιών και μελετών σχετικά με την εισαγωγή και την εφαρμογή των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων στα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών. Εντούτοις, είναι ελάχιστες οι εργασίες που ασχολούνται με την εφαρμογή του συστήματος αυτού στον ιδιαίτερο και ευαίσθητο τομέα της Οφθαλμολογίας. Η Οφθαλμολογία, λόγω των χαρακτηριστικών της και της ιδιαίτερης φύσης του αντικειμένου της που την αυτοπεριορίζουν στο χώρο των οφθαλμών, αποτελεί γόνιμο πεδίο έρευνας και αξιολόγησης της χρησιμότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος DRG καθότι αναλώνεται –κατά τις πλείστες των περιπτώσεων- σε μία μείζονα διαγνωστική κατηγορία η οποία εμπεριέχει περιορισμένο αριθμό κωδικών κοστολόγησης.

Από τις λιγοστές εκτενείς αναφορές και μελέτες επί της εφαρμογής των DRGs στο χώρο της Οφθαλμολογίας, οι περισσότερες προέρχονται από Ευρωπαϊκές χώρες και δη από τη Γερμανία, όπου το εκτεταμένο και ενημερωμένο πληροφοριακό σύστημα των νοσοκομείων καθώς και η εν γένει διάθεση συνεχούς βελτίωσης των οικονομικών δεδομένων στην υγεία αποτελούν ισχυρό κίνητρο για τη συγκεκριμένη προσπάθεια. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα μερικών εκ των σπουδαιότερων δημοσιευμένων μελετών σε διεθνώς αναγνωρισμένες βάσεις δεδομένων. Παράλληλα, επιχειρείται η σύγκριση με τα ελληνικά δεδομένα, όπου αυτό είναι δυνατό, από στοιχεία της ελληνικής βιβλιογραφίας καθώς και με τη βοήθεια των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας.

Το σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs εφαρμόζεται ήδη στην Ισπανία για περισσότερο από μία δεκαετία. Διάφοροι ερευνητές ανέλυσαν τα αποτελέσματα του

συστήματος αυτού στη χώρα. Στον τομέα της Οφθαλμολογίας, οι Martinez Sanz et al. ανέλυσαν τα οικονομικά δεδομένα όλων των οφθαλμολογικών κλινικών ασθενών κατά τη διάρκεια ενός έτους που νοσηλεύτηκαν στην Οφθαλμολογική κλινική ενός δημόσιου νοσοκομείου.[38] Από τους συνολικά 766 ασθενείς που συμμετείχαν στην στατιστική ανάλυση, το μεγαλύτερο ποσοστό, ήτοι 65% (n=498) αναφερόταν σε επεμβάσεις του κρυσταλλοειδούς φακού, κατηγορία αντίστοιχη με τον κωδικό KEN O16A. Το ποσοστό αυτό είναι συγκρίσιμο με το ποσοστό της παρούσας μελέτης που ανέρχεται σε 73,2% (επί των χειρουργικών περιστατικών) και επαληθεύει την κοινή πεποίθηση πως οι επεμβάσεις του κρυσταλλοειδούς φακού και κυρίως η χειρουργική αφαίρεση καταρράκτη καταλαμβάνουν τη μερίδα του λέοντος των οφθαλμολογικών χειρουργείων. Επιπρόσθετα η ως άνω αναφερθείσα μελέτη κατέδειξε ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας στη συγκεκριμένη οφθαλμολογική κλινική της Ισπανίας ήταν μικρότερη από την τότε προτεινόμενη από τους κρατικούς φορείς και αποτέλεσε έναυσμα για την περαιτέρω μείωση της ΜΔΝ στο ισπανικό σύστημα DRGs. Σε νέα έρευνά τους δύο χρόνια αργότερα η ίδια ομάδα ερευνητών επιχείρησε να αναλύσει το κόστος ανά ασθενή και ανά επέμβαση τόσο για τους κλινήριες όσο και για τους εξωτερικούς ασθενείς της Οφθαλμολογικής άλλα τα οικονομικά αποτελέσματα αποδίδονται σε ισπανικές πεσέτες και αφορούν σε προγενέστερη περίοδο, ώστε να μη χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης.[39]

Στην Ουγγαρία οι Lampe et al. [40] προσπάθησαν να αξιολογήσουν το αποτέλεσμα της εφαρμογής του συστήματος DRG στην οφθαλμολογική περίθαλψη συμπεριλαμβάνοντας την ανάλυση του μεριδίου της αγοράς της Οφθαλμολογίας με στοιχεία που άντλησαν από την οικονομική βάση δεδομένων του Εθνικού Ταμείου Υγειονομικής Ασφάλισης της χώρας. Το μερίδιο αγοράς (market share) της Οφθαλμολογίας εμφάνισε διακυμάνσεις κατά την περίοδο 1995-2003 μεταξύ 2.6 και 3.9%. Η μέση διάρκεια νοσηλείας των οφθαλμολογικών ασθενών στην Ουγγαρία εμφάνισε στατιστικά σημαντική πτώση με την εφαρμογή των DRGs από 8 ημέρες κατά μέσο όρο το 1995 σε 4 ημέρες το 2003, τιμή η οποία τείνει συνεχώς να μειώνεται με την εισαγωγή σύγχρονων τεχνικών και μεθόδων στην οφθαλμοχειρουργική.

Ξεκινώντας στις 01.01.2003 το σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων στη Γερμανία υιοθέτησε τα DRGs. Λάθη στην κωδικοποίηση και ελλιπή δεδομένα μπορούν να προκαλέσουν μειώσεις στο νοσοκομειακό προϋπολογισμό, όπως κάνουν οικονομικά ανομοιογενή DRGs. Το αυστηρό χρονοδιάγραμμα, ορισμένο από τη νομοθεσία απαιτούσε την ολοκλήρωση του καθορισμού κωδικών DRG σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι Neubauer και Kampik σε μία μελέτη τους το 2001 ανέλυσαν το νέο σύστημα μεταφοράς των αυστραλιανών DRGs στο γερμανικό σύστημα υγείας.[41] Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για την ορθή εφαρμογή του νέου συστήματος πληρωμών είναι απαραίτητη η μηχανογραφημένη καταγραφή των διαγνώσεων και όλων των ιατρικών πράξεων κάθε περιστατικού ούτως ώστε να αποφευχθούν λανθασμένες μειώσεις προϋπολογισμού των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Επιπρόσθετα είναι αναγκαίο να προσαρμοστούν οι κωδικοί DRGs κατά τέτοιο τρόπο και από άτομα εξειδικευμένα στις οφθαλμολογικές υπηρεσίες ώστε αφενός να μειωθούν τα λάθη χρεώσεων και αφετέρου να μη χαθεί η ιατρική λογική σε ένα κυκλώνα οικονομικών δεδομένων.

Χρησιμοποιώντας στοιχεία του Γερμανικού Ινστιτούτου για το Σύστημα Αποζημιώσεων των Νοσοκομείων (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) από 332 γερμανικά νοσοκομεία, οι Schargus et al. εξέτασαν την εξέλιξη του συστήματος DRG στον τομέα της Οφθαλμολογίας από το 2004 έως το 2012 και των οικονομικών δεδομένων σε 9 οφθαλμολογικούς κωδικούς των γερμανικών DRGs.[27] Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σειρά συχνότητας με πρώτη την κατηγορία επεμβάσεων κρυσταλλοειδούς φακού - όπως και στις περισσότερες άλλωστε έρευνες συμπεριλαμβανομένης της παρούσας. Στη δεύτερη και τρίτη θέση συχνότητας συναντούμε αντίστοιχα την 24ωρη μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης και τις επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς. Στο σημείο αυτό υπάρχει μία διαφοροποίηση με τα ελληνικά δεδομένα, όπου δεν είναι τόσο διαδεδομένη σε επίπεδο εισαγωγής στο νοσοκομείο η 24ωρη μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης και δεν προβλέπεται, επίσης, ξεχωριστός κωδικός KEN για τη διαδικασία αυτή. Οι κωδικοί DRGs που αντιστοιχούνται στις 9 βασικές κατηγορίες διαγνώσεων εμφάνισαν μικρές αλλαγές στο πέρασμα

των ετών σε 4 μόλις από τις κατηγορίες, κυρίως λόγω του διαχωρισμού ενός κωδικού σε υποομάδες. Εστιάζοντας περισσότερο στις δύο κατηγορίες που ήταν συχνότερες και στη δική μας έρευνα, οι επεμβάσεις φακού εμφάνισαν μικρή διακύμανση κόστους κατά τη διάρκεια των ετών με αυξομειώσεις μεταξύ 1253€ και 1326€ ενώ στις επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς (όπως η υαλοειδεκτομή σε περίπτωση επιαμφιβληστροειδικής μεμβράνης) παρατηρήθηκε σημαντική συνεχής σταδιακή μείωση του κόστους, συνολικά κατά 33,25% από 3409,43€ στα 2275,92€. Οι τιμές αυτές είναι βέβαια πολύ υψηλότερες από τις αντίστοιχες των ελληνικών νοσοκομείων, αλλά λόγω διαφορών στο σύστημα υγείας και τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων άμεσες συγκρίσεις δεν είναι δόκιμες. Οι ερευνητές παρατήρησαν, επίσης, αξιοσημείωτη ελάττωση στη μέση διάρκεια νοσηλείας σε όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες που κυμάνθηκε από 10,7 έως 41,6% σε ποσοστιαίο επίπεδο. Εντούτοις η ΜΔΝ παραμένει υψηλότερη των προτεινόμενων από τα ελληνικά ΚΕΝ με μέσο όρο 2,5 ημέρες στις επεμβάσεις φακού και 4,5 ημέρες στις επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς. Τέλος, επισημαίνουν πως τα πραγματικά στοιχεία κόστους είχαν άμεσο αντίκτυπο στις τιμές των γερμανικών DRGs στην Οφθαλμολογία, οι συντελεστές βαρύτητας των οποίων στις περισσότερες των περιπτώσεων μεταβλήθηκαν αναλόγως του πραγματικού κόστους.

Κατά την τελευταία δεκαετία ενδονοσοκομειακή θεραπεία έχει μειωθεί υπέρ της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στις περισσότερες εξειδικευμένες σε ένα όργανο χειρουργικές ειδικότητες, όπως η Οφθαλμολογία. Οι Finger et al. [41] αναλύοντας στοιχεία από την ομοσπονδιακή στατιστική υπηρεσία για τη διεθνή ταξινόμηση νόσων (ICD) καθώς και στοιχεία από το ΙnEK για το μέσο κόστος ανά DRG σε κάθε γερμανικό DRG κατέληξαν σε ορισμένα ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Από το 2000 έως το 2010, ο αριθμός των περιπτώσεων με μία κύρια οφθαλμολογική διάγνωση μειώθηκε (-19%), γεγονός το οποίο οφειλόταν κυρίως στη μείωση του αριθμού των εσωτερικών ασθενών καταρράκτη (-56%). Όλες οι υπο-ομάδες παρουσίασαν αύξηση περιστατικών, όπως επεμβάσεις για γλαύκωμα (+82%) και αμφιβληστροειδή (+68%), με εξαίρεση τις πρωτογενείς διαγνώσεις στραβισμού (-15%). Η ενδονοσοκομειακή χειρουργική επέμβαση

καταρράκτη ήταν η πιο κοινή χειρουργική επέμβαση το 2004 , αλλά οι αριθμοί μειώθηκαν το 2010 (-9%) . Η πιο συχνά εκτελούμενη ενδονοσοκομειακή διαδικασία ήταν η χειρουργική επέμβαση αμφιβληστροειδούς το 2007 και το 2010 (αύξηση 46%). Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε μεταξύ 2005 και 2010 από 3,9 σε 3,4 ημέρες και το μέσο κόστος ανά περιστατικό αυξήθηκε κατά 3,6% συνολικά και κατά 13,4% για χειρουργικά περιστατικά. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στην Οφθαλμολογία μειώνεται με τάση προς περισσότερο πολύπλοκες υποθέσεις.

Εξετάζοντας την ομοιογένεια των γερμανικών DRGs στον τομέα της Οφθαλμολογίας οι Gass et al. [42] το 2004 ανέλυσαν όλα τα δεδομένα περιόδου 7 μηνών από την Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική του Μονάχου συμπεραίνοντας ότι πολλοί κωδικοί εμφανίζουν ανομοιογένεια δημιουργώντας την αναγκαιότητα ανασυγκρότησης των καταλόγων προς αποφυγή λαθών στην κοστολόγηση. Παρατηρήθηκαν αρκετά μεγάλες αποκλίσεις εντός του ίδιου κωδικού διάγνωσης καθώς και διαφορές με τα στοιχεία του InEK τόσο στο κόστος νοσηλείας όσο και στη μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Επί παραδείγματι στις επεμβάσεις ασκορινοστομίας η ΜΔΝ ήταν 3 αντί 4 ημερών και το κόστος 1692€ αντί 2502€, διαφορές στατιστικά σημαντικές. Αρκετές από τις προτάσεις της συγκεκριμένης έρευνας, όπως ο περαιτέρω διαχωρισμός ορισμένων κωδικών, έτυχαν αποδοχής από τις αρμόδιες γερμανικές αρχές και υιοθετήθηκαν στους νεότερους καταλόγους των G-DRGs.

Οι Kern και Kohnen παρουσιάζουν σε μία εργασία τους αναλυτικά τα νέα δεδομένα στον τομέα της Οφθαλμολογίας μετά την εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης που βασίζεται στα DRGs.[43] Στην εργασία αυτή κάνουν λόγο για γενικότερη μείωση των ημερών νοσηλείας των ασθενών και εξηγούν τις επιπτώσεις των νοσοκομείων στην περίπτωση που δεν τηρούν τα ανώτερα και κατώτερα όριο νοσηλείας που τίθενται από τη σχετική νομοθεσία. Τονίζουν, ακόμη, την ύπαρξη ποικιλότητας μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην τιμή της βασικής αξίας (basisrate) με την οποία πολλαπλασιάζονται οι συντελεστές βαρύτητας για να εξαχθεί το κόστος κάθε κλινικής

νοσηλείας και δίνουν απτά παραδείγματα για τη μεταβολή του κόστους με βάση όχι τις κύριες αλλά τις δευτερεύουσες διαγνώσεις και τους παράγοντες κινδύνου.

Οι Franz et al. εστιάζουν την έρευνά τους στην ετερογένεια και τον υπολογισμό του κόστους των διατιτραίνοντων οφθαλμικών τραυμάτων υπό το νέο καθεστώς των DRGs.[44] Οι ασθενείς με διατιτραίνοντα τραύματα βολβού αποτελούν μία ετερογενή κατηγορία τόσο από ιατρικής όσο και από οικονομικής απόψεως. Τα περιστατικά αυτά χρεώνονται με τον κωδικό C01Z των γερμανικών DRGs που αντιστοιχεί στο O01A των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων που εφαρμόζονται στη χώρα μας και στον οποίο υπάγονται ακόμη τα περιστατικά που χρήζουν κάλυψη του οφθαλμού με αμνιακή μεμβράνη. Σε μία αναδρομική μελέτη 277 ασθενών, που νοσηλεύτηκαν με τις παραπάνω διαγνώσεις την περίοδο 2007-08 στην Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική κλινική του Regensburg στη Γερμανία, παρατηρήθηκε σημαντική ανομοιογένεια των περιστατικών στην κατηγορία αυτή σε ότι αφορά το κόστος, τη διάρκεια νοσηλείας και το ποσοστό των ασθενών με υψηλότερη διάρκεια νοσηλείας από το ανώτατο όριο (outliers). Τονίζεται, δε, ότι η ποιότητα του συστήματος G-DRG μετριέται από την ικανότητά του να λάβει επαρκή χρηματοδότηση για εξαιρετικά πολύπλοκα και ετερογενή περιστατικά. Προτείνονται συγκεκριμένες τροποποιήσεις των δομών G-DRG που θα μπορούσαν να αυξήσουν την καταλληλότητα της κατανομής των υποθέσεων για τους ασθενείς με ανοιχτά τραύματα των ματιών. Συμπεραίνουν λοιπόν οι συγγραφείς ότι, οι περιπτώσεις με μεταμόσχευση αμνιακής μεμβράνης δεν θα πρέπει να αντιστοιχίζονται στον κωδικό G-DRG C01Z (ή αντιστοίχως στον O01A των KEN).

Σε ένα παλαιότερο χρονικά άρθρο ο Calissendorff επιχειρεί να συγκρίνει το συντηρητικό και χειρουργικό κόστος της αντιμετώπισης των γλαυκωματικών ασθενών βασιζόμενος στις τιμές των σουηδικών DRGs για την πολιτεία της Στοκχόλμης.[45] Σε μία αναδρομική μελέτη 470 περιστατικών τραμπεκουλεκτομής εξετάστηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών και τα οικονομικά τους δεδομένα για περίοδο τριών ετών πριν και μετά τη διενέργεια του χειρουργείου. Οι δαπάνες αυξήθηκαν σταθερά κατά τα 3 έτη πριν από τη χειρουργική επέμβαση υπό το πρίσμα των

συχνότερων επισκέψεων και της αυξημένης χρήσης φαρμάκων. Το συνολικό μέσο κόστος στην προεγχειρητική περίοδο ήταν 13.355 σουηδικές κορόνες (\approx 1478€) και το αντίστοιχο κόστος για τη μετεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης, ήταν 23.684 σουηδικές κορόνες (\approx 2622€). Ο αριθμός επισκέψεων μετά την επέμβαση ήταν μόνο ελαφρώς μειωμένος, αλλά υπήρξε μια έντονη μείωση στην φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, το κόστος των φαρμάκων δεν ήταν αντίστοιχα χαμηλότερο.

Με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον οι ερευνητές της υγείας εκτός από την ποιότητα της θεραπείας και τη διαφάνεια στην παροχή φροντίδας εστιάζουν την προσοχή τους επίσης στην αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών. Τόσο η εισαγωγή του συστήματος DRG στα νοσοκομεία όσο και η μεγαλύτερη έμφαση σε χειρουργεία χωρίς κλινική νοσηλεία - ειδικά στον τομέα της Οφθαλμολογίας – έχουν ως συνέπεια να αναμένεται να δοθεί στο μέλλον ιδιαίτερα αυξημένη σημασία στη διασφάλιση της ποιότητας.[46] Σε ένα εκτενές άρθρο περί του ποιοτικού management στον τομέα της Οφθαλμολογίας ο A. Händel θεωρεί ως μέρος της ποιότητας υπηρεσιών του οφθαλμιάτρου τη σωστή κωδικοποίηση η οποία λαμβάνει χώρα μετά το πέρας της αγωγής, συνδέεται όμως άμεσα με την ικανότητα του ιατρού για σωστή διάγνωση και τη λήψη των καταλλήλων θεραπευτικών μέτρων.[47] Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs στην κοστολόγηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών καθώς και η συνεχής περικοπές των δημοσίων οικονομικών πόρων στο γερμανικό σύστημα υγείας γεννά ανησυχία ότι η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών θα μειωθεί. Ο Händel τονίζει ότι για να αποφευχθεί αυτό, η θέσπιση αναλυτικών μέτρων διασφάλισης ποιότητας, καθώς και η εφαρμογή συστημάτων επαγγελματικής διαχείρισης ποιότητας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης απαιτούνται να καθοριστούν από το νομοθέτη.

Κεφάλαιο Έκτο

Συμπεράσματα - Προτάσεις Βελτίωσης του συστήματος

6.1 Συμπεράσματα-Συζήτηση

Το αδιαμφισβήτητο γεγονός της αύξησης των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες στις ανεπτυγμένες χώρες και στην Ελλάδα αποτέλεσε έναυσμα για την υποβολή ρηξικέλευθων προτάσεων και την υιοθέτηση πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο του κόστους στις υπηρεσίες υγείας. Τα τελευταία χρόνια βρίσκουν απήχηση απόψεις σχετικά με την ευαισθητοποίηση του ιατρικού σώματος και της κεντρικής εξουσίας επί θεμάτων που άπτονται του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Οι επικρατέστερες παρεμβάσεις σχετίζονται με τη μετατροπή του τρόπου κοστολόγησης και την αντικατάσταση της κατά πράξη αμοιβής με την εισαγωγή πάγιας αντιμισθίας ή με την υιοθέτηση αμοιβής κατά κεφαλή (capitation) για την εξωνοσοκομειακή και την εσωνοσοκομειακή περίθαλψη [48-50]

Αναλύοντας τη διαδικασία της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί αξιοσημείωτο γεγονός ότι τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων καθιστούν προβληματική τη συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία πληρωμών των φορέων υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου ελλειμμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει κυρίως τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία και τους προμηθευτές με αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ.[51]

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα αχαλίνωτης υπερκοστολόγησης στα δημόσια νοσοκομεία σε σημείο που οι ασφαλιστικοί φορείς να μην μπορούν να ανταποκριθούν,

εφαρμόζεται στην Ελλάδα από τον Οκτώβριο του 2011 μία νέα μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN). Η νέα μέθοδος βασίζεται στο διεθνές σύστημα των Diagnosis Related Groups (DRGs) που εφαρμόζεται με ορισμένες παραλλαγές ήδη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου.[52]

Η εφαρμογή των KEN στον ελληνικό χώρο παρά το γεγονός ότι επήλθε σε σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς ουσιαστική δοκιμαστική περίοδο, λόγω εξωτερικών οικονομικών πιέσεων από την ευρωπαϊκή κοινότητα και διεθνείς χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς, έχει ήδη αρχίσει να δείχνει τα αποτελέσματά του. Αναδύονται σταδιακά αρκετά πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του νέου συστήματος, αλλά επίσης και ορισμένες αδυναμίες αλλά και περιορισμοί που χρήζουν ενδελεχούς ανάλυσης και σχηματισμού προτάσεων βελτίωσης. Ο πλέον δόκιμος τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος θα ήταν η εξέτασή του ξεχωριστά κατά τομείς. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η εφαρμογή του συστήματος των KEN στον τομέα της Ελληνικής Οφθαλμολογίας, αντικείμενο το οποίο κατά το πλείστον των γνώσεων του συγγραφέως δεν καλύπτεται έως σήμερα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει τα αποτελέσματα της αντιστοίχισης των κωδικών οφθαλμολογικών διαγνώσεων του διεθνούς συστήματος κωδικοποίησης ICD-10 με τους 20 κωδικούς KEN που προβλέπονται από τις αρμόδιες αρχές της χώρας για τις παθήσεις και τις διαταραχές των οφθαλμών. Η αντιστοίχιση η οποία προέκυψε από μία ομάδα εμπειρογνομόνων κρίνεται ικανοποιητική καθώς καλύπτει το μεγαλύτερο φάσμα των ασθενειών αποδίδοντας κωδικούς χρέωσης που άπτονται της λογικής των ιατρικών πράξεων που απαιτούνται ανά περιστατικό. Εντοπίζονται όμως ορισμένες αδυναμίες, η κυριότερη από τις οποίες είναι η έλλειψη οποιασδήποτε αντιστοίχισης για τις διαγνώσεις H55-H59 του καταλόγου ICD-10. Για το λόγο αυτό προτείνονται στο κεφάλαιο 3.1 αντιστοιχήσεις των διαγνώσεων αυτών με κωδικούς KEN. Επιπρόσθετα μία έλλειψη του συγκεκριμένου συστήματος αποτελεί το γεγονός ότι ορισμένες οφθαλμολογικές διαγνώσεις δεν εμπεριέχονται στο κεφάλαιο H του καταλόγου ICD-10 και για

αυτό το λόγο δεν έχουν λάβει αντιστοίχιση έως τώρα. Πρόκειται κυρίως για διαγνώσεις οφθαλμικών νεοπλασιών αλλά και τραυμάτων του οφθαλμού που εντάσσονται στα κεφάλαια II και XIX αντιστοίχως του συστήματος ICD-10.[53] Επιπρόσθετα κατά την αντιστοίχιση προτείνονται διάφοροι πιθανοί κωδικοί ΚΕΝ σε πολλές διαγνώσεις. Αυτό σημαίνει πως ο πρακτικά αρμόδιος για να κρίνει την αντιστοίχιση κατά περιστατικό είναι στην πραγματικότητα ο πάροχος των υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό δηλαδή προσωπικό. Προκειμένου λοιπόν να μην υπάρχουν εκ νέου λάθη που οδηγούν σε υπέρ- ή υποκοστολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού στη χρήση του νέου συστήματος και η μετάδοση πνεύματος ευσυνείδητης άσκησης αυτού του έργου μέσα από βαθειά γνώση των πλεονεκτημάτων που προκύπτουν.

Σημαίνοντα ρόλο στη διαμόρφωση του κόστους νοσηλείας μία πάθησης καταλαμβάνει και η πολύπλευρη ποικιλομορφία στην άσκηση της ιατρικής. Έχει παρατηρηθεί, λόγω της απουσίας σαφών ιατρικών πρωτοκόλλων, μία μεγάλη απόκλιση και διαφορετικότητα στου κωδικούς ΚΕΝ που χρησιμοποιούνται για τη χρέωση της ίδιας ασθένειας από διαφορετικούς ιατρούς. Αρκετά μεγάλες διαφορές παρουσιάζονται ακόμη και μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, ανάλογα με τη φύση αυτών. Είναι διαφορετικές οι ανάγκες ενός Πανεπιστημιακού από ένα γενικό νοσοκομείο ή ενός ιδρύματος που είναι επανδρωμένο με μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας σε σχέση με ένα μη εξοπλισμένο. Αυτή η ποικιλομορφία στις χρεώσεις εμφανίζεται και μεταξύ των μεγάλων και μεσαίων ή μικρών και εξειδικευμένων νοσοκομείων.

Η κοστολόγηση των κωδικών ΚΕΝ διενεργήθηκε με βάση το αυστραλιανό σύστημα των DRGs και τη μετατροπή των συντελεστών βαρύτητας των περιστατικών ανάλογα με το ελληνικό σύστημα υγείας και τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στον ελλαδικό χώρο. Στον τομέα της Οφθαλμολογίας, οι τιμές που προτείνονται από το ΥΥΚΑ και έχουν τύχει αναπροσαρμογών κυμαίνονται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από ότι οι αντίστοιχες τιμές άλλων χωρών. [26-37] Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση και χαρακτηρίζεται από τις δικές του οργανωτικές

και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες. Συνεπακόλουθα, τα DRGs που αναπτύσσονται και εφαρμόζονται κατά περίπτωση διαφέρουν σε ότι αφορά τον συνολικό αριθμό τους, το περιεχόμενο, τους αλγορίθμους ταξινόμησης ασθενών, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται, την μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης και άλλα. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι υπάρχουν και πάρα πολλές ομοιότητες ανάμεσα στις χώρες, αναφορικά με την μεθοδολογία και τα στάδια ανάπτυξης και εφαρμογής τους. Θα ήταν όμως αδόκιμο να επιχειρηθεί η άμεση σύγκριση των τιμών αυτών μεταξύ διαφορετικών χωρών, καθώς η ποικιλομορφία στα συστήματα υγείας, οι διαφορετικές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες καθώς και οι διαφορές στο ποσοστό κάλυψης των άμεσων, έμμεσων και λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων αναλόγως του εκάστοτε κρατικού προϋπολογισμού συνιστούν τις χώρες ανομοιογενή σύνολα.

Επιχειρώντας η παρούσα έρευνα να αξιολογήσει το βαθμό κάλυψης των πραγματικών εξόδων του νοσοκομείου από την τιμή του KEN στους οφθαλμολογικούς ασθενείς, εξέτασε αναδρομικά τα στοιχεία από 2227 περιστατικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου». Τα αποτελέσματα (Κεφ.4.3) καταδεικνύουν ότι στις περισσότερες από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες κωδικοποιήσεις KEN η προτεινόμενη τιμή ανταποκρίνεται στο κόστος των αναλώσιμων και της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, εφόσον αυτή υπολογιστεί με βάση το ημερήσιο νοσήλιο για τις επιπλέον ημέρες από τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Το πραγματικό κόστος των αναλώσιμων στη συγκεκριμένη κλινική και για το δηλωθέν χρονικό διάστημα καλύπτεται από τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια, γεγονός που οφείλεται βεβαίως και στην πτώση των τιμών με τις οποίες προσφέρονται αυτά από τις εταιρείες στους διαγωνισμούς καθώς και στην επίπτωση της γενικότερης κρίσης του δημοσιονομικού τομέα.

Το σημείο στο οποίο παρατηρείται έντονη απόκλιση από τα πραγματικά δεδομένα είναι η προτεινόμενη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ). Οι κυριότερη διαφοροποίηση σημειώνεται στους κωδικούς Ο03Α, Ο05Α και Ο10Α, ήτοι επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς, ασκωρινοστομία και

επεμβάσεις στραβισμού αντίστοιχα. Παρότι η ΜΔΝ που προβλέπεται από το νέο σύστημα ορίζεται σε 1 ημέρα για τις παραπάνω τρεις κατηγορίες, ο μέσος όρος της παραμονής των ασθενών ήταν σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερος του 1,5 με μέση τιμή τις 2 ημέρες, τιμές που προσομοιάζουν άλλωστε με αυτές των ανάλογων ευρωπαϊκών και λοιπών διεθνών οφθαλμολογικών κλινικών.[26,28,31,34,36] Προτείνεται λοιπόν η αναπροσαρμογή της ΜΔΝ στους συγκεκριμένους κωδικούς ή η θέσπιση ενός ανώτατου και κατώτατου ορίου κλινικής νοσηλείας με τις αντίστοιχες οικονομικές επιπτώσεις σε περίπτωση περιστατικών εκτός των προκαθορισμένων ορίων.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός στην εφαρμογή του νέου συστήματος ήταν το γεγονός ότι το σύνολο των νοσοκομείων δε διαθέτουν επαρκή πληροφοριακά συστήματα καθιστώντας δύσκολο το έργο των χρηστών. Άλλωστε χαρακτηρίζεται κατά γενική ομολογία εξαιρετικά σύντομο το διάστημα πιλοτικής εφαρμογής και προσαρμογής του συστήματος από το παλαιό στο νέο. Στο διάστημα αυτό, μάλιστα, δεν κατέστη δυνατή η επαρκής εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων στο νέο σύστημα αποζημίωσης, ιατρικών και διοικητικών υπαλλήλων. Η εν λόγω δυσανεμία εξαιτίας της ανεπαρκούς εκπαίδευσης και γνώσης του συστήματος επέφερε αρνητισμό για τη μέθοδο και ανάδειξη του επιπλέον διοικητικού φόρτου εργασίας τους.

Επιπρόσθετα, το διεθνώς παρατηρούμενο φαινόμενο *skimping* έχει κάνει την εμφάνισή του και στον τομέα της Ελληνικής Οφθαλμολογίας. Το συγκεκριμένο φαινόμενο έγκειται ουσιαστικά στην γρήγορη έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο και την αύξηση των επανεισαγωγών.[17] Επισημαίνεται, ακόμη, η σημαντική απόκλιση τιμών του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα που εντάσσεται και στο πλαίσιο των λαθών στην κωδικοποίηση. Απαιτούνται συνεπώς πλήρεις και επακριβείς δυνατότητες πληροφόρησης, όσο αφορά τις βάσεις δεδομένων.[16]

Ουσιώδες μειονέκτημα του συστήματος των ΚΕΝ αποτελεί επίσης η ανάπτυξη, και στην Ελλάδα, του φαινομένου DRGs *creep/up coding*. Στο φαινόμενο αυτό, η περίπτωση μιας ασθένειας εντάσσεται σε υψηλότερη διαγνωστική κατηγορία και αυξάνεται η αποζημίωση. Η εφαρμογή των DRGs δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να προτιμούν περιπτώσεις που ανήκουν σε ακριβότερες

διαγνωστικές κατηγορίες για να αυξάνεται η αποζημίωση των νοσοκομείων. Παρατηρείται κατά τον τρόπο αυτό το φαινόμενο *cream skimming* και εξυπηρετείται μόνο η αφρόκρεμα των ασθενών γιατί συμφέρουν οικονομικά. Ακόμη, παρατηρείται αύξηση της μη κάλυψης των σοβαρών περιστατικών, και γίνεται επιλογή ασθενών με απλές παθήσεις και χωρίς επιπλοκές αλλά με καθορισμένη διάγνωση και θεραπεία με χαμηλό κόστος (φαινόμενο *dumping*).[17] Υπάρχει συγκράτηση του κόστους για τους εσωτερικούς ασθενείς, αλλά ταυτόχρονα γίνεται και στροφή προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.[15] Στον τομέα της Οφθαλμολογίας οι επεμβάσεις φακού – κυρίως για αφαίρεση καταρράκτη- κατέχουν τη μερίδα του λέοντος των κλινικών περιστατικών λόγω αυξημένου επιπολασμού της συγκεκριμένης πάθησης στο γενικό πληθυσμό και αυτό φαίνεται πως μετριάξει έως ένα βαθμό την ανάπτυξη των παραπάνω φαινομένων.

6.2 Προτάσεις βελτίωσης

Η εφαρμογή των ΚΕΝ στην αποζημίωση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα αποτέλεσε μία ρηξικέλευθη τομή στο υπάρχον αναχρονιστικό σύστημα και έχει συμβάλει σημαντικά στη διόρθωση αρκετών αδυναμιών και φαινομένων υπερκοστολόγησης του παρελθόντος. Ειδικότερα στον τομέα της Ελληνικής Οφθαλμολογίας η αντικατάσταση του ημερήσιου νοσηλίου και της αμοιβής κατά πράξη από το νέο σύστημα που έχει τη βάση του στα διεθνώς χρησιμοποιούμενα DRGs δημιούργησε συνθήκες ικανές για πιο ορθολογιστική οικονομική πολιτική των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, διαφανείς διαδικασίες αλλά και ύπαρξη δικλίδων ασφαλείας μέσω εσωτερικού ελέγχου του νέου συστήματος.

Το σύστημα, όμως, των ΚΕΝ, όπως και κάθε ένα από τα συστήματα DRGs ανά την υφήλιο είναι ένα σύστημα δυναμικό, που χρήζει συνεχών αλλαγών και αναπροσαρμογών ώστε να εναρμονίζεται με τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα που μεταβάλλονται με ραγδαίους σε αρκετές περιπτώσεις ρυθμούς στον 21^ο αιώνα. Η Οφθαλμολογία, μάλιστα, αποτελεί μία ιατρική ειδικότητα που στηρίζεται απόλυτα στην ανάπτυξη της τεχνολογίας, κάνοντας χρήση σύγχρονου υλικοτεχνικού εξοπλισμού, τόσο για τη διάγνωση διαφόρων παθήσεων, όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών. Κατανοεί, λοιπόν, εύκολα κανείς ότι το σύστημα των ΚΕΝ δε δύναται να είναι στατικό άλλα οφείλει να αναπροσαρμόζεται και να βελτιώνεται. Η βελτίωση αυτή μπορεί να προέλθει μόνο από την έκφραση γόνιμης και εμπειριστατωμένης κριτικής και τη διατύπωση προτάσεων βελτίωσης, οι οποίες πηγάζουν είτε από τη σύγκριση με άλλα συστήματα DRGs είτε από την κλινική εμπειρία ατόμων που εμπλέκονται ενεργά στο σύστημα.

Σε ότι αφορά την ονοματολογία των ελληνικών ΚΕΝ, η οποία προέκυψε από αναθεώρηση των αυστραλιανών DRGs, περαιτέρω εννοιολογική αποσαφήνιση θα ήταν δυνατή σε ορισμένες κατηγορίες. Κάτι τέτοιο θα ήταν δυνατό μέσω σύναψης συμφωνίας του ΥΥΚΑ με τον αντίστοιχο

φορέα της Αυστραλίας που διαχειρίζεται τα AR-DRGs, ώστε να μπορέσουμε να έχουμε πρόσβαση στα εγχειρίδια, αφού αυτά καλύπτονται από αυστηρό διεθνές copyright. Οι είκοσι κωδικοί KEN οι οποίοι αναφέρονται σε οφθαλμολογικά περιστατικά που χρήζουν κλινικής νοσηλείας θα μπορούσαν να διανθιστούν με υποκατηγορίες σε ορισμένες περιπτώσεις, κατά αναλογία του γερμανικού συστήματος G-DRG ώστε να υπάρχει διάκριση με κριτήριο σημαντικούς παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν καθοριστικά το κόστος της θεραπείας, όπως η ηλικία του ασθενούς ή οι συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές. Η επανακωδικοποίηση με τη χρήση υποκατηγοριών αναμένεται να οδηγήσει σε βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος εφόσον οι νέοι βελτιωμένοι κωδικοί προκύψουν από διαδικασίες ανάλυσης και ανατροφοδότησης.

Στην κατηγορία των οφθαλμολογικών KEN σημαντική παράμετρο αποτελούν οι τιμές της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ). Αυτή αποδεικνύεται πως είναι μικρή για ορισμένες κατηγορίες διαγνώσεων -κυρίως επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς, στραβισμού και ασκορινοστομίες-, γεγονός που αφενός θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των περιστατικών καθώς ο ιατρός «πιέζεται» από το σύστημα να δώσει εξιτήριο στον ασθενή και αφετέρου αυξάνει το κόστος νοσηλείας για τους ασφαλιστικούς φορείς που καλούνται συχνά να πληρώσουν το επιπλέον ημερήσιο νοσήλιο. Φαντάζει, επομένως επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης ενός μόνιμου μηχανισμού διαχρονικής παρακολούθησης της εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα. Οι μηχανισμοί αυτοί αποτελούν κοινή πρακτική σε όλες τις χώρες που έχουν υιοθετήσει το συγκεκριμένο τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και επιβάλλεται το ΥΥΚΑ να προβεί άμεσα στις απαραίτητες ενέργειες για την επίλυση της εν λόγω ανεπάρκειας. Ήδη προβλέπεται από την Ομάδα εργασίας που ορίστηκε για τα KEN ότι στο πλαίσιο επόμενων φάσεων του παρόντος έργου, θα γίνει πιλοτική παρακολούθηση της εφαρμογής των KEN, θα διενεργηθούν expert consensus panel groups, και συνεπώς η όποια αναθεώρηση της ΜΔΝ προκύψει θα τυγχάνει καλύτερης τεκμηρίωσης.[13-14]

Σε ότι αφορά την κοστολόγηση των διαφόρων κωδικών KEN εν γένει αλλά και ειδικότερα των οφθαλμολογικών της κατηγορίας MDC02 η παρούσα έρευνα αναδεικνύει ότι οι προτεινόμενες

τιμές για τα οφθαλμοχειρουργικά ΚΕΝ ως επί το πλείστον ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες και έξοδα των νοσοκομείων για τα αναλώσιμα υλικά. Φυσικά τα αποτελέσματα αυτά αναφέρονται σε ένα μικρό δείγμα ασθενών που προέρχεται μόνο από ένα δημόσιο νοσοκομείο. Είναι συνεπώς απαραίτητη η θέσπιση ενός δικτύου νοσοκομείων που θα παρέχουν αυτόματα τα οικονομικά τους στοιχεία και ενός οργανισμού – εστιακού σημείου που θα τα συλλέγει, θα τα διαχειρίζεται και θα τα αναλύει στατιστικά, προτείνοντας αυξομειώσεις στις τιμές των ΚΕΝ ανάλογα με τα δεδομένα που επικρατούν. Συνυπολογίζοντας τις αδυναμίες που παρουσιάζονται στην ασφάλιση υγείας αλλά και στο σύνολο του νοσοκομειακού τομέα και τα προβλήματα της σύγχρονης ελληνικής οικονομίας, η επίτευξη αυτού του εγχειρήματος απαιτεί συνεχή εξέλιξη και αναλυτική προσέγγιση ώστε η κοστολόγηση να λαμβάνει χώρα με πραγματικές τιμές στην αμφίδρομη ροή υπηρεσιών και χρημάτων απεικονίζοντας με πληρέστερη μορφή την παραγωγική δραστηριότητα του υγειονομικού τομέα. Συνεπώς η προτεινόμενη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας διαμόρφωση ενός υποδείγματος με αξιοπιστία και ακρίβεια, το οποίο να προσδιορίζει επαρκώς το σχετικό βάρος και τη σύνθεση του μίγματος εργασίας και τεχνολογίας ενός εκάστου ΚΕΝ καθώς επίσης και τη λεπτομερή μικροκοστολόγηση κρίνεται ουσιώδης. [14]

Σημαντικός παράγοντας στην εύρυθμη λειτουργία του νέου συστήματος αποτελεί η γνώση και κατανόηση αυτού από όλους τους συμμετέχοντες, ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό. Επομένως, καθίσταται αυτονόητη η ανάγκη εκπαίδευσης όλων των εμπλεκόμενων στο σύστημα των ΚΕΝ καθώς και η δημιουργία κινήτρων για τη σωστή χρήση του συστήματος. Προτείνεται, λοιπόν, η διενέργεια ειδικών εκπαιδευτικών σεμιναρίων για όλες τις παραπάνω κατηγορίες εργαζομένων σε νοσοκομειακά ιδρύματα καθώς και η επιβράβευση –ηθική και οικονομική- των κλινικών που προβαίνουν σε ορθή εφαρμογή του νέου συστήματος. Αυτό, φυσικά, προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συστήματος εσωτερικού ελέγχου, που να κρίνει με αντικειμενικά κριτήρια την ορθότητα των διαγνώσεων και των κωδικοποιήσεων κάθε κλινικής και να προτείνει κυρώσεις σε όσους δε συμμορφώνονται με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Ένα ακόμη στοιχείο διαφοροποίησης των ελληνικών ΚΕΝ από σχεδόν όλα τα διεθνώς εφαρμοζόμενα συστήματα DRG είναι ότι η κοστολόγηση είναι κοινή ανεξάρτητα από το επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης (τριτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή άλλη δομή), το μέγεθος του νοσοκομείου (μικρά, μεσαία, μεγάλα) και την πραγματική δέσμευση πόρων για νοσηλεία και πρωτοβάθμια περίθαλψη. Προτείνεται συνεπώς η αναπροσαρμογή της τιμής των ΚΕΝ ανάλογα με το κόστος που προκύπτει από την εμπειρική έρευνα, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω κριτήρια καθώς και τη μειωμένη αποζημίωση των ΚΕΝ σε περιπτώσεις διακομιδής ασθενών σε άλλο νοσοκομείο. Υπάρχουν βεβαίως αρκετοί περιορισμοί στο εγχείρημα αυτό και ο κυριότερος είναι το γεγονός ότι η διάσπαση των ΚΕΝ αναφορικά με το τμήμα του κόστους τεχνολογίας αναπαράγει την ανισότιμη κατανομή των ανθρωπίνων πόρων και κατά συνέπεια την ανάπτυξη φθινουσών αποδόσεων (μερικά τριτοβάθμια νοσοκομεία) και την υποαπασχόληση των συντελεστών παραγωγής (μερικά δευτεροβάθμια νοσοκομεία και κέντρα υγείας). Επιπρόσθετα, το κόστος της τεχνολογίας κάθε κωδικού ΚΕΝ σε ορισμένα πεδία της θεραπευτικής ιατρικής εξακολουθεί να επιβαρύνει το τελικό κόστος παραγωγής επί του οποίου απαιτούνται σοβαρές παρεμβάσεις.

Στο πλαίσιο της αντιστοίχισης των διαγνώσεων στους διάφορους κωδικούς ΚΕΝ τονίζεται από τις αρμόδιες αρχές ότι το έργο της αντιστοίχισης ήταν πολύπλοκο και είχε πάρα πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας. Δεν είναι όμως δυνατό, παρά την προσπάθεια όλων των ομάδων που ασχολήθηκαν να αγγίξει την πληρότητα και επιστημονική τεκμηρίωση που έχει ένα έτοιμο σύστημα DRGs το οποίο αναθεωρείται διαρκώς επί σειρά ετών. Αυτή η ενσωματωμένη τεκμηρίωση και εμπειρία δεν μπορεί να υποκατασταθεί από καμιά ομάδα μεμονωμένων ειδικών. Η συμφωνία, επομένως του ελληνικού Υπουργείου Υγείας με τον αντίστοιχο φορέα της Αυστραλίας, ώστε να διατεθεί το σχετικό υλικό στις ελληνικές αρχές θα αποτελούσε βάση για την περαίωση σε ποσοστό 100% της εν λόγω αντιστοίχισης η οποία θα ολοκληρωθεί από τα προβλεπόμενα expert consensus panels. Στον τομέα της Οφθαλμολογίας προτείνεται από το γράφοντα η ολοκλήρωση

αντιστοίχισης για τις διαγνώσεις H55-H59 του καταλόγου ICD-10 (Κεφ. 3.1) Επιπρόσθετα προτείνεται η ενσωμάτωση διαγνώσεων οφθαλμικών νεοπλασιών αλλά και τραυμάτων του οφθαλμού που εντάσσονται στα κεφάλαια II και XIX αντιστοίχως του συστήματος ICD-10 στην κατηγορία KEN MDC02 που αναφέρεται στις διαταραχές των οφθαλμών με την ανάλογη αντιστοίχιση σε κωδικούς.

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα του νέου συστήματος είναι αναγκαίο ακόμη να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην τεχνική υποστήριξη του συστήματος εφαρμογής. Στην κατεύθυνση αυτή προτείνεται η εγκατάσταση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας που θα οδηγήσουν σε αύξηση τόσο της ποιότητας όσο και της αξιοπιστίας των μετρήσεων που αναφέρονται στη χρήση και αξιοποίηση των πόρων του νοσοκομειακού τομέα. Ακόμη, η ανάπτυξη μεθόδων ανάλυσης και συγκριτικής αξιολόγησης η οποία σχετίζεται με τη βελτίωση των τεχνικών μέσων υποστήριξης του συστήματος θα μπορούσε να φέρει γόνιμα αποτελέσματα στην προσπάθεια αυτή.

Εν κατακλείδι, η εισαγωγή του νέου συστήματος των KEN στην Ελλάδα και το χώρο της Οφθαλμολογίας, ενός συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία, έχει ως στόχο να αυξήσει τη διαφάνεια στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και να δημιουργήσει κίνητρα για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη κατανομή και χρήση των πόρων εντός των νοσοκομειακών μονάδων. Όλη αυτή η μεταρρύθμιση εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο ορθολογισμού της οικονομικής πολιτικής και περιορισμού της δημόσιας σπατάλης στο χώρο της υγείας. Δε πρέπει να λησμονεί κανείς βέβαια, ότι όλες οι προσπάθειες γίνονται με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχοντας πάντοτε ως επίκεντρο κάθε πολιτικής τον άνθρωπο και τις ανάγκες του. Υπό το πρίσμα αυτό η κατάρτιση ενός συστήματος κοστολόγησης, το οποίο ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, χωρίς να επιβαρύνει υπερβολικά το δημόσιο ταμείο ή να αποτρέπει από την αναγκαία φροντίδα εξαιτίας της αδυναμίας πληρωμής είναι η πρόκληση για τους οικονομολόγους, τους επαγγελματίες της υγείας

και τους πολιτικούς. Η επίτευξη αυτού του στόχου δεν είναι μόνο ζήτημα οργανωτικών μεταρρυθμίσεων και κανόνων οι οποίοι ελέγχονται συνήθως από την εξουσία, αλλά είναι ακόμη ένα θέμα ελευθερίας. Και αυτό γιατί η συγκεκριμένη στόχευση αφορά την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου με όρους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, για ένα αγαθό όμως με τόσο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως η υγεία, με αποτέλεσμα να αναζητούνται διαρκώς «νέες» λύσεις σε «παλαιά» προβλήματα.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) : Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Εξάντας, Αθήνα
2. Σιγάλας Ι., «Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας», στο Δίκαιος και συν. (1999) Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Αθηνά, κεφ. 2, σελ. 57-112
3. Codman, E.A. (1913–1917). The product of a hospital (Philadelphia address) (Box 4, Folder77), in E.A. Codman. Ernest Amory Codman papers, 1849–1981: Finding Aid. Boston, MA: Boston Medical Library and Francis A. Countway Library of Medicine (B MSc60)
4. Fetter, R.B. (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives. Berlin: Springer-Verlag.
5. Thompson JD, Averill RF, Fetter RB. Planning, budgeting and controlling – one look at the future: Case-mix cost accounting. Health Serv Res 1979, 14:111–125
6. Scheller C, Kreinsen D, Geissler A, Busse R. The ABC of DRGs. Euro Observer 2009, 11:1–5
7. Fetter, R.B., ed. (1991). DRGs Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
8. Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. Medical Care, 18(2):1–53.
9. McNair, P., Duckett, S. (2002). Funding Victoria's public hospitals: the casemix policy of 2000–2001. Australian Health Review, 25(1):72–99.
10. Magnussen, J., Solstad, K. (1994). Case-based hospital financing: the case of Norway. Health Policy, 28:23–36.
11. Geissler A, Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R (2011): Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds.) Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Buckingham: Open University Press and WHO Regional Office for Europe, 9-22.

12. Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013), “Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system”. *Health Policy* 109, 14-22.
13. Μανιαδάκης Ν., Μπαρτσώκας Δ., Γούναρης Δ., Καρράς Κ., Βουδούρη Μ., Κουφάκης Α., Λαναράς Α., Καρανίκας Χ., Πετρίκκος Γ., Φούσας Σ., Δερβένης Χ. (2011), Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ , Αθήνα
14. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011), Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα
15. Μπαλασοπούλου, Α. (2010). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου, Διδακτικές Σημειώσεις , Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
16. Γείτονα Μ. (2009). Οικονομικά της υγείας και Πολιτικής υγείας, Διδακτικές σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
17. Ellis R. P. (1998). “Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins ”. *Journal of Health Economics*, (17), 537-55.
18. Lafortune G, Balestat G, Durand A. (2012). Final report on work package II : Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases? OECD Health Division
19. Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 50).
20. Busse R. & Riesberg A. (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems.
21. Busse, R. (2010). “ABC of DRGs-the European Experience” Presentation, available at <https://www.eurodrg.eu/>
22. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011). Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals“. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press , 43-44.
23. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9(3):211–13.

24. Schreyögg J, Tiemann O, Busse R.(2006). Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG- system. Health Care Management Science, (9):269–80.
25. Geissler, A. (2011). “DRGs and cost accounting across Europe-Which is driving which?” Presentation, available at <https://www.mig.tu-berlin.de/>
26. Δικτυακός ιστότοπος γερμανικών DRGs <http://www.g-drg.de/>
27. Schargus M, Gass P, Neubauer A, Kotas M. (2014) Development of the German diagnosis-related groups (G-DRG) for ophthalmology from 2004 to 2012.Ophthalmologe. 111(4):354-64. doi: 10.1007/s00347-013-2886-y.
28. Δικτυακός ιστότοπος ελβετικών DRGs <http://www.swissdrg.org/>
29. Widmer, M.& Weaver, F. (2011). Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
30. Fallkosten nach APDRG/SPG und SwissDRG (basierend auf einer Auswahl von 50 Spitälern) 2010, Bundesamt fuer Statistik BFS, Abteilung Gesundheit und Soziales.
31. Επίσημος διαδικτυακός ιστότοπος CMS <http://cms.hhs.gov/>
32. Centers for Medicare & Medicaid Services. "ICD-10 MS-DRG Conversion Project"
33. Charges for 75 Most Common Types of Hospitalizations in Wisconsin: January 2013 - December 2013. Aspirus Medford Hospital & Clinics, Inc. Data available at <http://www.wipricepoint.org/top75.aspx?id=11076>
34. Table 5: List of final MS-DRGs, Relative Weighting Factors and Geometric and Arithmetic Mean Length of Stay. Επίσημος διαδικτυακός ιστότοπος CMS <http://cms.hhs.gov/>
35. Buckingham W, Burgess P, Solomon S, Pirkis J & Eagar K (1998) Developing a Casemix Classification for Mental Health Services: Summary. Commonwealth Department of Health and Family Services: Canberra
36. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Επίσημος διαδικτυακός ιστότοπος για τα αυστραλιανά DRGs. <http://www.aihw.gov.au/hospitals-data/ar-drg-data-cubes/>
37. Διαδικτυακός ιστότοπος Αυστραλιανού Υπουργείου Υγείας. Data available at http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Round_13-cost-reports

38. Martínez Sanz F, González Del Valle F, Cabanillas Sabio F, Muñoz Torres J (2000) Diagnosis related groups and cost by service: an approach to analytic accounting in ophthalmology. Arch Soc Esp Oftalmol. 75(10):681-8.
39. Martínez Sanz F, González del Valle F, Celis Sánchez J, Cabanillas Sabio F, Muñoz Torres J (2002) Analytic management in ophthalmology: towards a cost per hospital out- and in-patient. Arch Soc Esp Oftalmol. 77(9):485-92.
40. Lampé Z, Boncz I, Sebestyén A, Berta A (2007) Experiences with the Introduction of Diagnosis Related Groups (DRG) in the Hungarian Ophthalmology. Klin Monbl Augenheilkd. 224(7):575-9.
41. Finger RP, Köberlein-Neu J, Gass P, Holz FG, Bertram B (2013) Trends in inpatient treatment in ophthalmology in Germany. Ophthalmologe. 110(3):224-9
42. Gass P, Neubauer AS, Kampik A. (2004) Homogeneity of G-DRGs in ophthalmology. Ophthalmologe 101(7):733-40
43. Kern T, Kohlen T. (2011) Healthcare system and aspects of healthcare economics: sector ophthalmology--part 3: inpatient treatment. Ophthalmologe. 108(2):183-9
44. Franz D, Mrosek M, Mrosek S, Helbig H, Framme C (2012) Heterogeneity of costs and performance for penetrating eye injuries and suturing amniotic membranes under DRG conditions: Analysis of case constellations of the G-DRG C01B of the Regensburg University eye clinic. Ophthalmologe 109(1):59-67
45. Calissendorff BM (2001) Costs of medical and surgical treatment of glaucoma. Acta Ophthalmol Scand. 79(3):286-8
46. Vera A (2003) Neue Organisationsstrukturen in deutschen Krankenhäusern nach der DRG-Einführung. Gesundh Ökon Qual Manag 8:25–31
47. Händel A (2004) Quality management in ophthalmology. Putting it into practice in the clinical routine. Ophthalmologe 101(10):973-81
48. Souliotis K.(2000) The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece
49. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K.(2005) The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. Health Policy 74:167-180

50. Souliotis K, Lionis C.(2004) Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. J Med Syst 28:643–652
51. OECD. Health Data 2011. How Does Greece Compare. Available at:
<http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>
52. OECD. Health at a Glance: Europe 2010. Available at:
http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en2649_37407_46460563_1_1_1_37407,00.html
53. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010.