



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΙΑ”

Σπουδαστές: Κουρούτσαλη Ελευθερία

Μανωλαρά Βαρβάρα

Μπιζμπιρούλα Σπυριδούλα

Επιβλέπων: Θεόδωρος Πισιμίσης

Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2012

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων: Θεόδωρος Πισμίσης	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: Ευγενία Μπιτσάνη	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν στην παρακάτω πτυχιακή εργασία με την πολύτιμη στήρηξη τους. Ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Καθηγητή κο Θεόδωρο Πισσιμίση που μας εμπιστεύτηκε το συγκεκριμένο θέμα και μας βοήθησε να το βγάλουμε εις πέρας. Ελπίζουμε και ευχόμαστε αυτή η εργασία να φανεί χρήσιμη.

Ευχαριστούμε πολύ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.:
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	8
1.1. Δομή της κοινωνικής ασφάλισης	8
1.2. Σύστημα υπηρεσιών υγείας	12
1.3. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	15
1.4. Μορφές Οργανισμών Υγείας	20
1.5. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	23
1.5.1 Ιατρικές Υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ	24
1.5.2 Προβλήματα στα πρώτα στάδια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ	24
1.5.3 Ιδιωτικός τομέας	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
2.1. Χρηματοδότηση και δαπάνες υγείας	27
2.2. Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης	28
2.3. Η Μεταρρύθμιση στη νοσοκομειακή περίθαλψη	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	40
3.1. Εισαγωγή	40
3.2. Diagnosis Related Groups – DRGs	42
3.2.1 ICD10	42
3.2.2 Πεδίο Εφαρμογής	44
3.2.3 Χρησιμοποιούμενοι Πίνακες	45
3.2.4 Διαδικασία	46
3.3. Η ονοματολογία των ΚΕΝ	48
3.4. Διάρκεια νοσηλείας ΚΕΝ	52
3.5. Τιμές ελληνικών ΚΕΝ	54
3.6. Επιπτώσεις στην πολιτική υγείας	63
3.7. Ανάπτυξη των ΚΕΝ	63
3.8. ICD-10 και ιατρικές πράξεις των ΚΕΝ	64
3.9. Παρατηρήσεις	67
3.10. Αποτελέσματα	70
3.11. Προτάσεις	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Σελ.:

Πίνακας 3.1: Χαρτογράφηση των Αυστραλιανών AR-DRGs, των ΚΕΝ της Υπουργικής Απόφασης και των αναθεωρημένων ΚΕΝ	50
Πίνακας 3.2: Όροι εξίσωσης και διαθεσιμότητα για τον Ελληνικό χώρο	55
Πίνακα 3.3: Κέντρα κόστους	58
Πίνακα 3.4: Βαρύτητα του μισθολογικού και μη μισθολογικού κόστους για κάθε cost component	59
Πίνακας 3.5: Παράδειγμα ΚΕΝ ICD-10 για Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ)	61

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1: Τύποι νοσοκομείων	22
Διάγραμμα 2.1: Πηγές εσόδων	31

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1: Ο λογότυπος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	23
--	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα: τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια, πραγματοποιείται για το τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Καλαμάτας, τη σχολή διοίκησης οικονομίας και συγκεκριμένα για το τμήμα μονάδων υγείας και πρόνοιας.

Στόχος την εν λόγω εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών της, η μελέτη της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μέχρι σήμερα και τέλος η διερεύνηση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων.

Πιο συγκεκριμένα, αρχικά αναλύεται η δομή της κοινωνικής ασφάλισης, το σύστημα υπηρεσιών υγείας και η ποιότητά της και οι μορφές οργανισμών υγείας.

Έπειτα παρουσιάζεται ο τρόπος της χρηματοδότηση στην υγεία και ειδικότερα της νοσοκομειακής περίθαλψης και αναφέρονται οι δαπάνες της.

Η μεγαλύτερη έκταση της εργασίας αποτελείται από την μελέτη των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων και τα Diagnosis Related Groups - DRGs δηλαδή δίνεται η ονοματολογία, η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και οι ελληνικές τιμές. Τέλος, παρατίθενται κάποιες παρατηρήσεις, αποτελέσματα και δίνονται προτάσεις βελτίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Δομή της κοινωνικής ασφάλισης

Από το 1990 και έπειτα, το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στη χώρα μας έχει υποστεί διάφορες αλλαγές και διαχειριστικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο κυρίως της χρηματοοικονομικής του εξυγίανσης. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις εντάσσονται στις παρακάτω τέσσερις περιόδους που εμφανίζουν σχετικά αυτοτελή γνωρίσματα και ιδιαιτερότητες:

Η πρώτη περίοδος (1990-1992) των τότε κυβερνήσεων της Νέας Δημοκρατίας, που χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση πολιτικών που επιδίωκαν πρωταρχικά την κάλυψη των χρηματοδοτικών ελλειμμάτων του ασφαλιστικού συστήματος, μέσω της αύξησης των πόρων και της μείωσης των ασφαλιστικών παροχών (Τούντας, 2008; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Η περίοδος αυτή, κατά τη διάρκεια της οποίας σημειώθηκαν έντονες αντιδράσεις ιδίως των συνδικαλιστικών ενώσεων για τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης, ολοκληρώθηκε με την ψήφιση του Νόμου 2084 το 1992, που εισήγαγε τη διάκριση ανάμεσα σε δύο κατηγορίες ασφαλισμένων. Οι υπαγόμενοι μέχρι 31.12.1992 σε κάποιο ασφαλιστικό καθεστώς θα εξακολουθούσαν να υπάγονται στις μέχρι τότε ισχύουσες διατάξεις, ενώ αυτοί που ασφαλιζόνταν για πρώτη φορά μετά την 1.1.1993 θα υπάγονταν σε ένα νέο καθεστώς με αυστηρότερες προϋποθέσεις χορήγησης παροχών και υπολογισμού του ύψους τους.

Οι παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εξασφάλισαν σε σημαντική έκταση τη βιωσιμότητα του συστήματος, βάσει συμπερασμάτων που προέκυψαν από μεταγενέστερες μελέτες. Από την άλλη όμως πλευρά οδήγησαν σε μείωση ή και απώλεια ασφαλιστικών παροχών, ενώ εισήγαγαν μια ιδιαίτερα δυσμενή μεταχείριση για όσους ασφαλιζόνταν για πρώτη φορά μετά την 1.1.1993.

Δόθηκε δηλαδή προτεραιότητα στην οικονομική βιωσιμότητα απέναντι στην κοινωνική αποτελεσματικότητα.

Η δεύτερη περίοδος (1993-1999), δηλαδή των κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ, χαρακτηρίζεται από την προώθηση της οργανωτικής αναδιάρθρωσης των φορέων

κοινωνικής ασφάλισης και την έναρξη των διαδικασιών κοινωνικού διαλόγου για τη συνολική μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος (Τούντας, 2008; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Οι σημαντικότερες ρυθμίσεις που προωθήθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής εντοπίζονται στη δημιουργία ενός νέου ασφαλιστικού καθεστώτος για τους αγρότες, στην ενοποίηση των ταμείων κύριας ασφάλισης των ελευθέρων επαγγελματιών και των ταμείων επικουρικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, στην ενίσχυση των ελεγκτικών μηχανισμών του ασφαλιστικού συστήματος και στη θεσμοθέτηση συμπληρωματικών παροχών για τους συνταξιούχους χαμηλού εισοδήματος μέσω της εισαγωγής του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ).

Παράλληλα, εγκαινιάστηκε ο κοινωνικός διάλογος μεταξύ της κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων για τις βασικές αρχές και τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος. Την περίοδο αυτή είχαμε και μια σειρά από εκθέσεις διάφορων επιτροπών στα πλαίσια του κοινωνικού διαλόγου και της κοινωνικής διαβούλευσης. Η συζήτηση για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος ξεκίνησε το Μάιο του 1997 και προωθήθηκε μέσω μιας ανεξάρτητης Επιστημονικής Επιτροπής Κοινωνικού Διαλόγου για την Κοινωνική Ασφάλιση, η οποία συγκροτήθηκε από εκπροσώπους της Κυβέρνησης και εμπειρογνώμονες των κοινωνικών εταίρων (Τούντας, 2008; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Η τρίτη περίοδος (2000-2004) χαρακτηρίζεται από την τυποποίηση των αρχών της μεταρρύθμισης, όπως συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια δύο φάσεων.

Η πρώτη φάση (Μάιος 2000 - Μάιος 2001) επικεντρώθηκε στην εξέταση της οικονομικής βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος.

Οι προτεινόμενοι άξονες της μεταρρύθμισης καταγράφηκαν στο σχέδιο συζήτησης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «*Η προτεινόμενη μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης*», που κατατέθηκε τον Απρίλιο του 2001, επισημαίνοντας τόσο τις διαστάσεις της κρίσης των υφιστάμενων πολιτικών στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης όσο και τις προοπτικές μετασχηματισμού τους.

Σύμφωνα με το σχέδιο, η ισορροπία του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της Ελληνικής οικονομίας, ενισχύοντας παράλληλα τις διαδικασίες κατοχύρωσης της κοινωνικής συνοχής και της καταπολέμησης των κινδύνων της φτώχειας και του αποκλεισμού.

Όμως τελικά το Σχέδιο δεν έγινε αποδεκτό λόγω των σχετικά δυσμενών συνεπειών του για την επάρκεια των ασφαλιστικών παροχών και της σημαντικότητας αντίδρασης των συνδικάτων και των εργαζομένων (Τούντας, 2008; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Η δεύτερη φάση (Οκτώβριος 2001 - Οκτώβριος 2002) προσανατολίστηκε στην κατοχύρωση των κοινωνικών διαστάσεων της μεταρρύθμισης.

Ύστερα από εξαντλητική διαδικασία διαβουλεύσεων με τους κοινωνικούς εταίρους κατά τη διάρκεια του Α' εξαμήνου του 2002, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας επεξεργάστηκαν και κατέθεσαν στις αρχές Ιουνίου 2002 Σχέδιο νόμου για την αναδιοργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο τελικά ψηφίστηκε στα μέσα του Ιουνίου ως Νόμος 3029/2002 και φέρει τον τίτλο «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης». Ο νόμος αυτός περιόρισε σημαντικά το ζήτημα της πολυδιάσπασης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και περιείχε πολλές από τις θέσεις των Συνδικαλιστικών Οργανώσεων.

Η τέταρτη περίοδος (2004 και έπειτα) συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τη Νέα Δημοκρατία, επαναθέτει το ζήτημα της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος ως πρωταρχικό στόχο των μεταρρυθμίσεων με παράλληλη απομάκρυνση από τη λογική του όποιου Κοινωνικού Διαλόγου (Τούντας, 2008; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Η μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε το 2008 με τον Ν. 3655/2008, ο οποίος αναλύεται σε επόμενο κεφάλαιο, εστίασε κυρίως στην ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών ταμείων σε 13 φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης.

Το σύστημα ασφάλισης στην Ελλάδα ακολουθεί το συμβατικό σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης όπου οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας είναι τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, οι ιατροί-ελεύθεροι επαγγελματίες και οι αγοραστές των υπηρεσιών υγείας είναι τα ασφαλιστικά ταμεία, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ή οι ιδιώτες ασθενείς.

Η πολυδιάσπαση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, με τις προφανείς συνέπειες ως προς την ισότητα των ασφαλισμένων, συρρικνώνεται με το πέρασμα των ετών. Το 2004 υπήρχαν 33 φορείς και κλάδοι ασθένειας με διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης και διαφοροποιημένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, από τους οποίους λειτουργούσαν ως Ν.Π.Δ.Δ. και 4 ως Ν.Π.Ι.Δ. (Τούντας, 2008).

Τον Μάρτιο του 2008, πραγματοποιείται συγχώνευση ασφαλιστικών οργανισμών σε 13 ασφαλιστικούς φορείς εκ των οποίων 5 είναι κύριοι φορείς ασφάλισης, 5 επικουρικοί και 3 πρόνοιας.

Τα νέα 13 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι τα εξής:

- ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Ιδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών)
- ΤΠΔΥ (Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων)
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων)
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών)
- ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων)
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού στα Μέσα Ενημέρωσης)
- ΕΤΕΑΜ (Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών)
- ΤΕΑΙΤ (Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Ιδιωτικού Τομέα)
- ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας)
- ΤΕΑΔΥ (Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων)
- ΤΕΑΠΑΣΑ (Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας)
- ΤΑΠΙΤ (Ταμείο Πρόνοιας Ιδιωτικού Τομέα)
- ΕΤΑΤ (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων).

Ο αριθμός των ασφαλισμένων που λαμβάνουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τους 4 πρώτους ασφαλιστικούς οργανισμούς (ΙΚΑ, ΤΠΔΥ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) καλύπτει το 95% του συνολικού ασφαλιστικού πληθυσμού, ενώ μόνο οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ υπερβαίνουν το 50% του ασφαλιστικού πληθυσμού. Οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ εξυπηρετούνται από το δίκτυο μονάδων του ιδρύματος, οι ασφαλισμένοι του ΤΠΔΥ και του ΟΓΑ λαμβάνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, αλλά και από συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά ιατρεία. Οι ασφαλισμένοι των λοιπών ταμείων λαμβάνουν υγειονομική φροντίδα μόνο από συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια (Tragake & Polyzos, 1996; Βοζίκης & Λοπατατζίδης, 2006).

Η διαπραγματευτική ισχύς από την πλευρά των παραγωγών, η ασύμμετρη πληροφόρηση ιατρού-ασθενούς, σε συνδυασμό με την παθητική διεκπεραίωση των πληρωμών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, επηρεάζουν την ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών σε τέτοιο βαθμό ώστε να δημιουργείται διόγκωση του κόστους στο Ε.Σ.Υ. (Ματσαγγάνης, 2001).

Η διόγκωση του κόστους στα εθνικά συστήματα υγείας έχει επιβάλλει σε πολλές χώρες την αναζήτηση τρόπων περιορισμού της ζήτησης μέσω αλλαγών στο σύστημα ασφάλισης του πληθυσμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τροποποιημένου συστήματος ασφάλισης είναι η περίπτωση της Αμερικής με τους Οργανισμούς Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs), που είναι μία μορφή συνδυασμού χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2008). Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί, επίσης, η ύπαρξη συστημάτων Διαχειριζόμενης Φροντίδας Υγείας, όπου οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας αποζημιώνονται εκ των προτέρων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για πακέτα περίθαλψης σύμφωνα με το σύστημα Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnostic Related Groups-DRG's), σε αντίθεση με την εκ των υστέρων αποζημίωση κατά πράξη και κατά περίπτωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (Ματσαγγάνης, 2001).

1.2. Σύστημα υπηρεσιών υγείας

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και μία από τις κρίσιμες συνιστώσες της σύγχρονης κοινωνίας.

Η πολιτεία, μέσα από τις παρεμβάσεις και τις μεταρρυθμίσεις, στοχεύει όχι μόνο στην ισότητα και στην κοινωνική δικαιοσύνη ως προς τη χρήση και κατανομή των πόρων υγείας, την εύκολη πρόσβαση και τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και στην όσο το δυνατόν αποτελεσματική και ορθολογική χρήση των πόρων του συστήματος υγείας.

Ένα σύστημα υγείας αποτελεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο συνδυασμού, αλληλεξάρτησης, συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας και τον σχεδιασμό των προοπτικών στο χώρο της υγείας. Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων,

στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σιγάλας, 1999; Λιαρόπουλος, 1991).

Το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά επεκτείνεται και σε τομείς και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας. Έτσι περιλαμβάνει και άλλες υπηρεσίες που έχουν σχέση με την πρόληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό, το περιβάλλον, τις υπηρεσίες υγιεινής της κατοικίας και της εργασίας κ.α.

Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ανοικτό σύστημα, λόγω των πολλών και έντονων εξωτερικών επιδράσεων. Παράγοντες από το εξωτερικό περιβάλλον, όπως κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, κλίμα, ανεργία, τρόπος ζωής και συμπεριφορά του ατόμου, μόλυνση του περιβάλλοντος, άγχος κ.α. διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και επιδρούν έντονα στη δομή και στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου. Διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης (Υφαντόπουλος, 2003). Η αρχή της αποδοτικότητας αναφέρεται στην οικονομική σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών του συστήματος υγείας, ενώ η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Η αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης εκφράζει την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας, την ισότητα ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, το μέγεθος της πληροφόρησης, την προσπελασιμότητα, τη χρήση και την κατανομή των πόρων και την κατανομή του οικονομικού βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας, 1999; Λιαρόπουλος, 1991).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση :

- το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξή του,
- την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και
- τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Στην εργασία μας ασχολούμαστε με το δεύτερο και τρίτο υποσύστημα που αφορά την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και αποτελείται

από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Το κλασσικό υπόδειγμα παραγωγής υγείας, το διακρίνεται από τα εξής στοιχεία:

- τις εισροές (inputs),
- τη διαδικασία (process),
- τις εκροές (outputs), και
- τα αποτελέσματα (outcomes) (Θεοδώρου & συν., 2001).

Οι εισροές είναι οι ανθρώπινοι και οι οικονομικοί πόροι, ο τεχνολογικός εξοπλισμός και η κτιριακή υποδομή. Με την είσοδο του ασθενή σε κάποια νοσηλευτική μονάδα ξεκινά μια διαδικασία που περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, τον εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τον επανέλεγχο. Οι εισαγωγές ασθενών, η διάρκεια νοσηλείας και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων αποτελούν τις εκροές του συστήματος. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχει. Τα αποτελέσματα αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, με βάση τους οποίους μετράται η βελτίωση και η εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Συναντούμε τρεις μορφές συστημάτων υγείας: το εθνικό σύστημα υγείας -πρότυπο Beveridge, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – πρότυπο Bismark και το φιλελεύθερο σύστημα υγείας – πρότυπο ιδιωτικής ασφάλισης. Το εθνικό σύστημα υγείας ή πρότυπο Beveridge, αντιπροσωπευτικές χώρες του οποίου είναι η Μ. Βρετανία, Ιταλία, Σουηδία, Ισπανία και Πορτογαλία, διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας, δηλαδή το κράτος προσφέρει χωρίς καμιά επιβάρυνση τις υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά: υπάρχει καθολική, πλήρης και ισότιμη περίθαλψη του πληθυσμού, η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας και η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών της παραγωγής (δηλαδή νοσοκομεία, ιατροί κλπ.) ανήκει στο κράτος (Υφαντόπουλος, 2003, Θεοδώρου & συν., 2001).

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή πρότυπο Bismark, με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, τη Γαλλία και το Βέλγιο, έχει τα εξής χαρακτηριστικά: πλήρη περίθαλψη του πληθυσμού με τριμερή χρηματοδότηση από τις εισφορές των

εργοδοτών, των εργαζομένων και του κράτους, ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς οργανισμούς και η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας ή πρότυπο ιδιωτικής ασφάλισης, με κύριο αντιπρόσωπο της ΗΠΑ, βασίζεται στο αξίωμα του *Laissez-faire*. Οι βασικές αρχές της ζήτησης και της προσφοράς προσδιορίζονται ολοκληρωτικά από την ελευθερία της οικονομικής επιλογής των καταναλωτών και των παραγωγών υπηρεσιών υγείας.

Βασικότερα χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι: η ελεύθερη επιλογή του ασθενή-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα, το δικαίωμα του προμηθευτή (ιατρού, νοσοκομείου κτλ.) να καθορίσει τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας του και το ύψος της αμοιβής του, οι συντελεστές παραγωγής ανήκουν στους ιδιώτες, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών καθορίζεται με βάση την προσφορά και την ζήτηση, χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές και κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση (Υφαντόπουλος, 2003, Θεοδώρου & συν., 2001).

Καμιά από τις παραπάνω μορφές συστημάτων υγείας δεν λειτουργεί στην αμιγή μορφή της, αλλά συναντούμε ενδιάμεσες μορφές συστημάτων (μεικτά συστήματα), όπου ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης ποικίλλει. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης επικρατούν τα μεικτά συστήματα, με έμφαση είτε στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είτε στο εθνικό σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μικτό, με χαρακτηριστικά τόσο του εθνικού συστήματος όσο και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

1.3. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούριο αλλά συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, ενώ η αξία και η σημαντικότητά της είναι αναμφισβήτητη. Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί επιστήμονες, όπως περιγράφει και η Χ. Οικονομοπούλου (2002), υποστηρίζουν ότι η έννοια γεννήθηκε στην Ιαπωνία, μετά το Β'

Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν κάλεσαν τον Αμερικάνο στατιστικό Edwards Deming για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών.

Στο χώρο της υγείας, βέβαια, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου εμφανίστηκε πολύ πιο πριν εμφανιστεί στις επιχειρήσεις. Από την εποχή του Ιπποκράτη δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον ασθενή υπηρεσιών (Οικονομοπούλου 2002).

Ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια για την καταγραφή της κατάστασης της υγείας των ασθενών αλλά και τη θεραπεία και τον απολογισμό των πεπραγμένων ξεκίνησε το 19^ο αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της νοσηλευτικής, Florence Nightingale. Η Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις:

- κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των στο νοσοκομείο
- κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο
- κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο και μετά από χειρουργική επέμβαση

Με βάση αυτά τα δεδομένα επιχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Οικονομοπούλου 2002).

Οι ορισμοί, βεβαίως, που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί και πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος «ποιότητα» προκαλεί συχνά σύγχυση, επειδή ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο τόσο από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας όσο και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους.

Από την πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Οι απαιτήσεις του βέβαια προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τον ικανοποιήσει (Δερβιτσιώτης 1999).

Από την πλευρά του παραγωγού/προμηθευτή, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία. Οι προδιαγραφές, επομένως, που επιλέγει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία θα πρέπει κατ' αρχάς να «πλησιάζουν»

όσο περισσότερο γίνεται στις απαιτήσεις του αγοραστή/καταναλωτή, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν προωθηθεί στην αγορά (Σιγάλας, 1999).

Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών (Οικονομοπούλου 2002).
- Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση – Institute of Medicine Committee (Οικονομοπούλου 2002).
- Ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη σύμφωνα με το Juran (1988) (Οικονομοπούλου 2002).
- Η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη σύμφωνα με τον Crosby (1989) (Οικονομοπούλου 2002).
- Η Palmer (1991) λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο (Οικονομοπούλου 2002).

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO), ορίζει την ποιότητα ως εξής: «ποιότητα είναι το σύνολο των

χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους.»

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας και η έγκαιρη παροχή της (Οικονομοπούλου και Ραφτόπουλος 2003).

Κοινό σημείο όλων των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

Η ποιότητας τον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ότι στον χώρο της βιομηχανίας. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων στη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία (Τούντας 2003).

Πολλοί επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία υπήρξε ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan. Πρωταρχική μέριμνά του ήταν ο διαχωρισμός της περιθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Ο Donabedian προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και

κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες (Οικονομοπούλου 2002).

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις έδωσε τον εξής ορισμό για την ποιότητα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας: «ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»

Εκτός από τις τρεις αυτές διαστάσεις, ασχολήθηκε και με άλλες δύο:

- Την ποσότητα της ιατρικής φροντίδας και την ποιότητα. Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει δυο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια των φροντίδων. Η δεύτερη αντίθετα αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις.
- Το οικονομικό κόστος της ποιότητας. Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων, ωστόσο η επένδυση αυτή θα συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους με τον περιορισμό περιττών και αναποτελεσματικών πράξεων.

Η ποιότητα σήμερα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή της υπηρεσίας που αναζητάει ο καταναλωτής ώστε να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του. Η

έννοια πρωτοεμφανίστηκε το 1950. Ουσιαστικά είναι ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του χρήστη. Ο πρώτος που ασχολήθηκε ήταν ο Avedis Donabedian, ο οποίος υποστήριξε ότι το τεχνικό και διαπροσωπικό μέρος αλλά και η ξενοδοχειακή υποδομή επιδρούν καθοριστικά στην ποιότητα. Η ποιότητα χαρακτηρίζεται από ένα υποκειμενικό στοιχείο δεδομένου ότι ο πελάτης είναι αυτός που επιβεβαιώνει ότι αυτό είναι το είδος των αγαθών ή υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες, επιθυμίες ή προσδοκίες του (Ραφτόπουλος και Οικονομοπούλου 2003).

1.4. Μορφές Οργανισμών Υγείας

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι διαφόρων ειδών ανάλογα με την νομική τους υπόσταση ή το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν.

Συγκεκριμένα, ανάλογα με την νομική τους μορφή διακρίνονται σε :

- ιδιωτικές (π.χ. ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια),
- δημόσιες (π.χ. στρατιωτικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας),
- ΝΠΙΔ (π.χ. ιδιωτικές κλινικές, εργαστήρια-διαγνωστικά κέντρα) και
- ΝΠΔΔ, όπως τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας.

Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν διακρίνονται σε :

- μονάδες ανοιχτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες παρέχουν μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως κέντρα υγείας και πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών και
- σε μονάδες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια περίθαλψη, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης. (Σιγάλας, 1999)

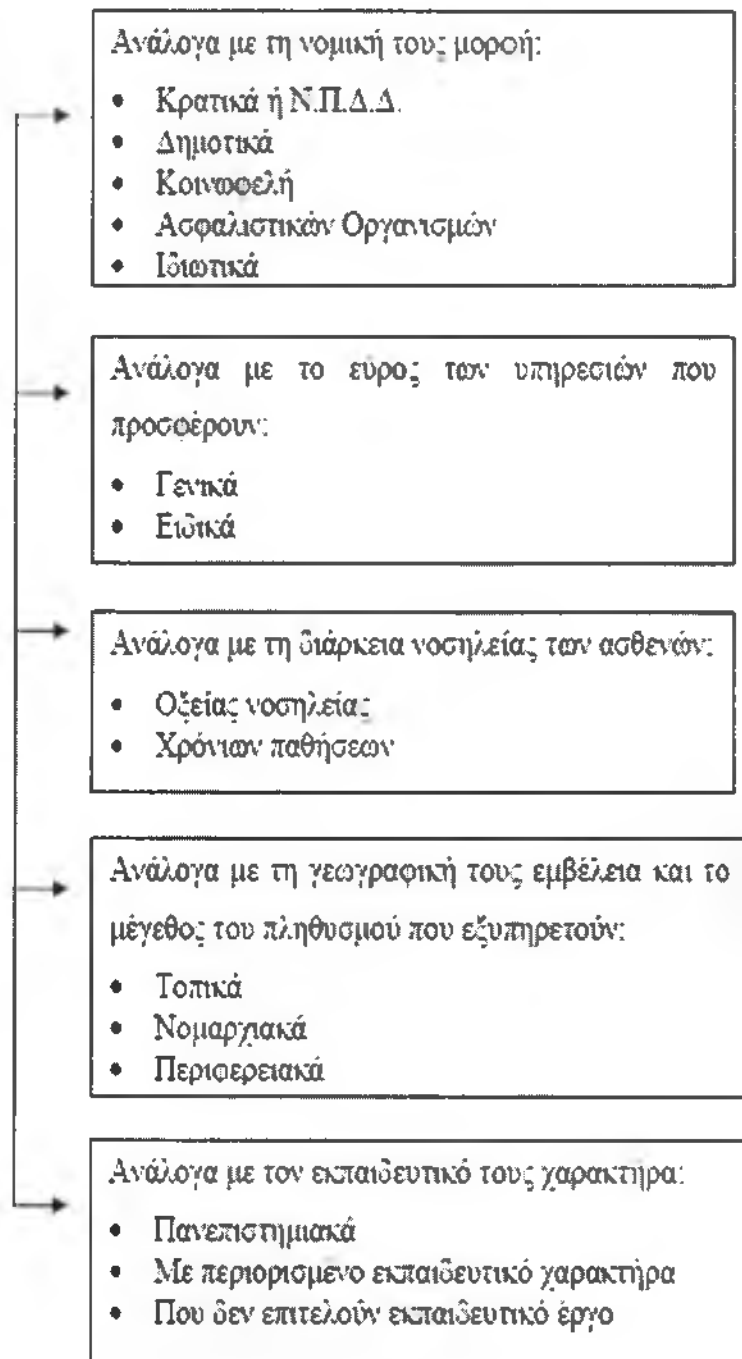
Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και οι οποίες παρέχονται είτε στα ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), είτε αφορούν την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων

Περιστατικών) καθώς επίσης και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής στα πλαίσια εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη, επίσης, προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία και την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλαδή υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα (διάγραμμα 1 τύποι νοσοκομείων). (Σιγάλας, 1999)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ



Διάγραμμα 1.1: Τύποι νοσοκομείων

Πηγή : Σιγάλας, 1999

1.5. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας



Εικόνα 1.1: Ο λογότυπος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι ένα νέο Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου το οποίο συνεστήθη με τον νόμο ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Β ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ 2456/2011, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού είναι η 1η Ιανουαρίου 2012. Αρχικός Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ διορίστηκε από την Κυβέρνηση ο ιατρός παθολόγος κ. Γεράσιμος Βουδούρης.

Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ, από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου (Από 1η Απριλίου 2012).
- ΤΑΥΤΕΚΩ (από 1η Μαΐου 2012)

- ~~ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων – Εμπεριέχει το ΤΣΑΥ + ΤΣΜΕΔΕ + ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ) (Από 1η Ιουνίου 2012).~~

1.5.1 Ιατρικές Υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, αρχίζουν θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και θα παρέχονται στην Ελλάδα από 5 τομείς:

- Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).
- Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ.
- Μη Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί (με χρέωση ασθενούς)

1.5.2 Προβλήματα στα πρώτα στάδια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ θα έπρεπε να λειτουργήσει από τις αρχές Ιουλίου του 2011. Λόγω προχειρότητας σχεδιασμού, πλήρη έλλειψη οργάνωσης, υποδομών και μηχανογράφηση, η έναρξη λειτουργίας αναβλήθηκε για τις αρχές Ιανουαρίου του 2012. Στο μεσοδιάστημα, άρχισε ανελέητος πόλεμος δηλώσεων και προπαγάνδας από τη πλευρά του ΥΥΚΑ και του νεοσύστατου ΕΟΠΥΥ ενάντια των Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών ανά την επικράτεια, με μοναδικό στόχο διαπραγμάτευση χαμηλών τιμών μελλοντικών προσφερόμενων υπηρεσιών.

Μέσω αντικρουόμενων δηλώσεων, διαρροών και "φημών", προς το σύνολο των Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών, ο ΥΥΚΑ και ο ΕΟΠΥΥ προσπαθούν να "περάσουν"

αμοιβές υπηρεσιών στο νέο σχήμα, ασύμβατες με το λειτουργικό κόστος ενός ιδιωτικού Ιατρείου. Κατά συνέπεια, είναι πλέον φανερό πως, η συμμετοχή των Ιδιωτών Ιατρών στο νέο ΕΟΠΥΥ μάλλον θα είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Εκτός από τα προαναφερθέντα, επιχειρείται προσπάθεια από το νεοσύστατο οργανισμό ΕΟΠΥΥ, να "αποσυνδεθεί" από τα (η να διαγράψει με κάθε δυνατό τρόπο) χρέη προηγούμενων ετών των εντασσόμενων φορέων και οργανισμών, ύψος εκατομμυρίων ευρώ. Με απόλυτα παράνομο τρόπο, ήδη μονομερώς πραγματοποιείται "περικοπή" 10% από τα οφειλόμενα- μέχρι το Σεπτέμβριο 2011 10% από το καθαρό οφειλόμενο ποσό, από το Σεπτέμβριο 2011 και μετά- από το μεικτό (προ φόρων) οφειλόμενο ποσό. Σε πλήρη εξέλιξη είναι επίσης και σχέδια για μεγαλύτερο "κούρεμα" των υποχρεώσεων των προηγούμενων ετών, μέχρι και 12%.

Η διαδικασία συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ, από τα μέσα Ιουλίου και μέχρι το τέλος του 2011, συνοδεύεται από πλήρη έλλειψη οργάνωσης και σχέδιο δράσης. Οι επαναλαμβανόμενες βεβιασμένες κινήσεις πανικού και απεριγραπτών παλινδρομήσεων και "διορθώσεων" από την πλευρά του ΥΥΚΑ και ΕΟΠΥΥ, προκάλεσαν ήδη μεγάλες χρηματικές ζημιές και απώλεια εισοδήματος στους φαρμακοποιούς. Από τα πρώτα στάδια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ είναι φανερό επίσης, πως ο βασικός στόχος του νεοσύστατου οργανισμού είναι να χρησιμοποιεί με ανύπαρκτες (για τον εαυτό του) λειτουργικές δαπάνες, ήδη σε λειτουργία ιδιωτικές υποδομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Και εάν αυτό δεν είναι δυνατόν- να τα πτωχεύσει, για να διευκολύνει τη διείσδυση και τις διαπραγματεύσεις με μεγάλα σχήματα, με μοναδικό στόχο- εκπτώσεις τιμών στις προσφερόμενων υπηρεσιών (<http://el.wikipedia.org>).

1.5.3 Ιδιωτικός τομέας

Η σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τις ιδιωτικές κλινικές ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2012. Σύμφωνα με ένα σχέδιο σύμβασης οι κλινικές είναι υποχρεωμένες να δέχονται και έκτακτα περιστατικά που προσέρχονται με ίδια μέσα για νοσηλεία. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η νοσηλεία του ασθενή σε θάλαμο με λιγότερες από 4 κλίνες «θα επιβαρύνεται ο ασφαλισμένος με το 50% της διαφοράς του τιμοκαταλόγου ιδιωτών της κλινικής». Αν η συγκεκριμένη κλινική δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει το περιστατικό,

η μετακίνηση του ασθενούς θα είναι δυνατή μόνο μετά από συνεννόηση με τον ΕΟΠΥΥ. Και για την παράταση της νοσηλείας θα χρειάζεται γνωμάτευση του ΕΟΠΥΥ.

Οι ιδιωτικές κλινικές θα παίρνουν ως προς το ύψος των ΚΕΝ, το ποσό που θα αναλογεί στα κρατικά νοσοκομεία του ΕΣΥ προσαυξημένο κατά 20%. Στα ΚΕΝ δε θα περιλαμβάνονται οι αμοιβές των γιατρών «οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον ασφαλισμένο».

Από την πλευρά της η πολιτική ηγεσία των υπουργείων Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δικαιολογεί το επιπλέον 20%, λέγοντας ότι αφορά τις αμοιβές «του μη ιατρικού προσωπικού».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Χρηματοδότηση και δαπάνες υγείας

Οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Ελλάδα χρηματοδοτούνται μέσω δημόσιων και ιδιωτικών πηγών. Οι δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτούνται από την άμεση φορολογία (φορολογία εισοδήματος φυσικών προσώπων, φορολογία εταιρικών κερδών, φόρος ακίνητης περιουσίας) και την έμμεση φορολογία επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων. Δημόσια πηγή χρηματοδότησης αποτελούν και οι υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους (Σίσκου, 2007).

Στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης κατατάσσονται οι εθελοντικές εργοδοτικές πληρωμές για ιατρική φροντίδα των εργαζομένων και οι άμεσες καταβολές πληρωμών από τους χρήστες υγείας στους προμηθευτές των υπηρεσιών.

Οι πληρωμές των ιδιωτών χρηστών διακρίνονται σε άμεσες, άτυπες και συμπληρωματικές. Οι άμεσες πληρωμές προκύπτουν από υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στον ιδιωτικό τομέα και δεν καλύπτονται από κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Οι άτυπες πληρωμές δεν καταγράφονται και προσφέρονται στο υγειονομικό προσωπικό για την εξασφάλιση ταχύτερης και ποιοτικά καλύτερης ιατρικής φροντίδας.

Τέλος, οι συμπληρωματικές πληρωμές αφορούν συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος υπηρεσιών που καλύπτονται μερικώς από την κοινωνική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας, το εύρος της οποίας φτάνει μόλις το 10% του ελληνικού πληθυσμού το έτος 2000 (Σίσκου, 2007).

Τα παραπάνω καθιστούν το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς οι ιδιωτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν ένα υψηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας (40% επί των συνολικών δαπανών υγείας το 2007) (WHO, 2004).

Οι προσπάθειες υπολογισμού του ύψους των δαπανών υγείας φέρνουν στην επιφάνεια παράγοντες, όπως η αυξανόμενη παραοικονομία, οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων, οι επενδύσεις για την υγεία, οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε λαθρομετανάστες κ.α., ο συνυπολογισμός των οποίων θα δώσει το ακριβές ύψος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα (Σουλιώτης, 2002).

2.2. Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης

Μέχρι την καθιέρωση του ΕΣΥ, βασική πηγή χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης του δημόσιου τομέα ήταν η αποσπασματική πολιτική του νοσηλίου (Θεοδώρου και συν., 2001, Πολύζος, 1999). Την πρώτη σημαντική αλλαγή στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων επέφερε το Π.Δ. 957/79 και το Π.Δ. 234/80, με τα οποία καθιερώθηκε το κλειστό νοσήλιο ανά θέση και κατηγορία νοσοκομείων. Με το Π.Δ. 1071/80 αυξήθηκε το νοσήλιο σε συγκεκριμένες παθήσεις κατά 40%, ενώ με το Π.Δ. 1165/80 δημιουργείται το τιμολόγιο του χειρουργείου ανά θέση και επέμβαση.

Με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, διαμορφώνεται η ίδια πολιτική για όλες τις κατηγορίες των νοσηλίων, του οποίου μικρές αυξήσεις δίνονται με Υπουργικές Αποφάσεις σχεδόν κάθε χρόνο (1985, 1986, 1988, 1989). Με το Π.Δ. 429/83 αναπροσαρμόστηκαν οι γενικές τιμές του 1980 και καθιερώθηκε το «ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο» (1.800 δρχ) για όλες τις θέσεις και τα νοσοκομεία. Η διατήρηση του νοσηλίου σε χαμηλά επίπεδα (2.500 δρχ. το 1989) ήταν βασική αιτία συρρίκνωσης του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα σε όλη τη δεκαετία του '80.

Δημιούργησε όμως σημαντικές διαφορές μεταξύ των κλειστών νοσηλίων και των πραγματικών τιμών του μέσου ημερήσιου κόστους νοσηλείας και είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Το 1992 τα νοσήλια αυξήθηκαν σε δύο δόσεις, κατά 300% τον Ιούλιο του 1992 και κατά 600% τον Φεβρουάριο του 1993. Με την Α3α/Υ4α/Φ.15/1130/29-1-1993 Υπουργική Απόφαση δημιουργήθηκε νέο τιμολόγιο κλειστών νοσηλίων ανά θέση και κατηγορία νοσοκομείων ως εξής:

- Γενικά νοσοκομεία Αττικής – Θεσσαλονίκης και πανεπιστημιακά της επαρχίας: Γ' θέση 15.500 δρχ, Ββ' 18.500 δρχ, Βα' 22.000 δρχ και Α' 26.500 δρχ, Αντικαρκινικά νοσοκομεία Γ' θέση 17.400 δρχ, Ββ' 20.800 δρχ, Βα' 24.800 δρχ και Α' 30.000 δρχ.
- Γενικά νοσοκομεία επαρχίας και λοιπά ειδικά νοσοκομεία: Γ' θέση 13.500 δρχ, Ββ' 16.200 δρχ, Βα' 19.300 δρχ και Α' 23.200 δρχ.
- Ειδικές μονάδες: εντατικής θεραπείας και οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας 32.000 δρχ, χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας 25.000 δρχ και πρόωρων βρεφών δημοσίου 20.000 δρχ (Πολύζος, 1999).

Άλλες πηγές χρηματοδότησης αποτελούν τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες και προσόδους περιουσίας των νοσοκομείων, για τα οποία τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν πολιτικές αξιοποίησής τους από τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Από το 1993, πηγή χρηματοδότησης αποτελεί και η εφάπαξ καταβολή (14,67 ευρώ) από κάθε ασθενή για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, όπως και η πληρωμή 3 ευρώ για κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία.

Στην πράξη, η κρατική επιχορήγηση αφορά το μεγαλύτερο μέρος της κάλυψης της μισθοδοσίας του προσωπικού και μέρος των επενδύσεων και της βελτίωσης των κτιριακών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου.

Στα δημόσια νοσοκομεία η εφαρμογή της μικτής χρηματοδότησης περιλαμβάνει ένα σύνολο πληρωμών από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Το κράτος καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των επενδύσεων, την μισθοδοσία του προσωπικού του ΕΣΥ και τις κατά περιόδους ρυθμίσεις χρεών των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές.

Οι ασφαλιστικοί φορείς μετέχουν καταβάλλοντας το αντίτιμο των υπηρεσιών που χρησιμοποιούν οι ασφαλισμένοι τους με βάση ένα υποτιμημένο γενικά τιμολόγιο.

Όμως, ο τρόπος υπολογισμού του νοσηλίου δεν λαμβάνει υπόψη το πραγματικό κόστος και τους βασικούς συντελεστές που το επηρεάζουν, όπως η κατηγορία της ασθένειας, η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή, η ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που του παρέχονται. Αποτέλεσμα της πολιτικής αυτής είναι η εμφάνιση και η σταθερή διόγκωση των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και η υποχρεωτική κάλυψή τους με κρατικές επιχορηγήσεις (Θεοδώρου και συν. 2001).

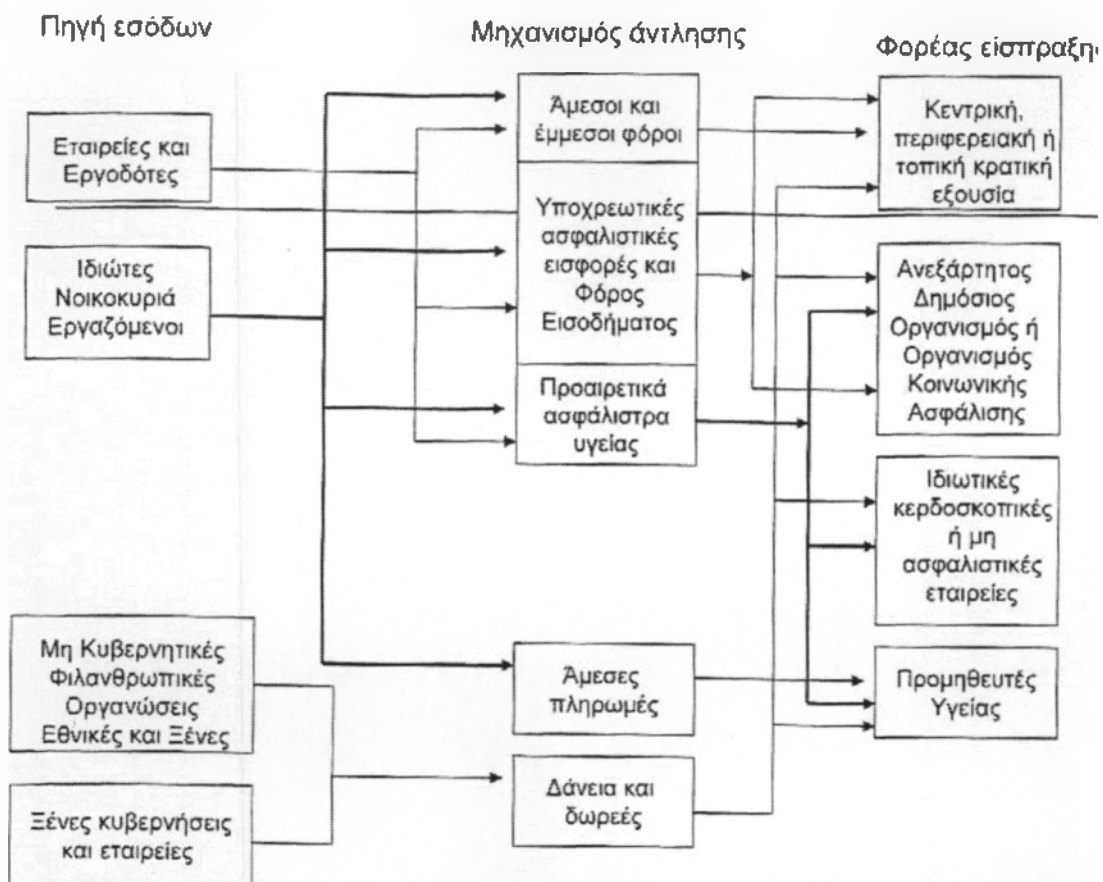
Επίσης μέχρι σήμερα η αποτελεσματικότητα και η οικονομική αποδοτικότητα των πόρων που προέρχονται από την εκμετάλλευση των χώρων, των μη ιατρικών εγκαταστάσεων, των παλαιών κινητών αξιών, των κληροδοτημάτων, των δωρεών, της ακίνητης περιουσίας κλπ. δεν αποτέλεσε άμεση προτεραιότητα των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η άμεση ενεργοποίησή τους προς αυτή την κατεύθυνση (Πολύζος, 1999).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις .

Τρία σημαντικά ερωτήματα είναι : ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας εισπραξης.

Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι οι εξής:

- Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος
- Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη (Κωσταγιόλας, Πλατής και Ζήμερας 2006).



Διάγραμμα 2.1: Πηγές εσόδων

Πηγή: Κωσταγιόλας, Πλατής και Ζήμερας, 2006

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης κατά φθίνουσα σειρά ισοτιμίας είναι οι ακόλουθες:

Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης:

- **Η Φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι)**

Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η

έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών (π.χ αγοροπωλησίες ακινήτων) και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική η οποία καλύπτει τις ανάγκες όλου του προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας, και ειδική ή υποθηκευμένη (hypothecated), η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό, και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού (γνωστοί και ως «φόροι αμαρτίας»-«sin taxes»)

- **Η κοινωνική ασφάλιση**

Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης (Κωσταγιόλας, Πλατής και Ζήμερας 2006).

Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης:

- **Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες.**

Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια (δωρεές από μη κυβερνητικούς οργανισμούς) για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας.

Στην Αφρική για παράδειγμα το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50% (www.icap.gr).

Όμως προκύπτουν κάποιοι προβληματισμοί: αυξάνουν οι δωρεές την καθαρή δαπάνη υγείας ή αν απλώς υποκαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης.

Όταν τα έσοδα της εξωτερικής βοήθειας δεν διοχετεύονται κεντρικά προς τα ταμεία του κράτους, τότε ανακύπτουν προβλήματα, καθώς αναπτύσσονται αποσπασματικά και μη συντονισμένα υγειονομικά προγράμματα διατηρώντας έτσι χαμηλή την απόδοση του συστήματος υγείας (Κωσταγιόλας, Πλατής και Ζήμερας 2006).

Η εξωτερική βοήθεια είναι επιρρεπής στις προτεραιότητες των δωρητών και ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια πηγή χρηματοδότησης με μακροχρόνιο ορίζοντα.

- **Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης.**

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα.

Σε λίγες χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση-καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα.

Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι της, έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού (καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα) και τυγχάνουν αναβαθμισμένης ξενοδοχειακής νοσηλείας στο δημόσιο τομέα.

Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες θεσμοθετημένες συμπληρωμές κατά τη λήψη δημοσίων υπηρεσιών υγείας, αναιρώντας έτσι, την επίδραση του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, στον περιορισμό της άσκοπης χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης 2001).

2.3. Η Μεταρρύθμιση στη νοσοκομειακή περίθαλψη

Στην εικοσιπενταετή διαδρομή του ΕΣΥ, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν το πεδίο στο οποίο εκδηλώθηκαν οι μεγαλύτερες παρεμβάσεις της πολιτείας, οι οποίες επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη των υποδομών, στη στελέχωση με ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και στην αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το στοιχείο που τεκμηριώνει την μεγάλη υποστήριξη της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας είναι η σημαντική αύξηση των δημοσίων επενδύσεων και των δαπανών του τακτικού προϋπολογισμού για το νοσοκομειακό τομέα. Παρόλα αυτά ούτε η αύξηση των δημοσίων επενδύσεων, ούτε η αύξηση των δημοσίων δαπανών αποδείχθηκαν ικανές για να εξασφαλίσουν την ικανοποίηση των πολιτών. Η κριτική επικεντρώνεται σε θέματα που έχουν σχέση είτε με τις συμπεριφορές και τις νοοτροπίες των υπηρετούντων ιατρών και

νοσηλευτών, είτε με ανεπάρκειες στην οργάνωση και στη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων (Ζηλίδης, 2005).

Η αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού συστήματος με τις διατάξεις του νόμου 1397/83, συνδυάστηκε με ένα ουσιαστικό διοικητικό εκσυγχρονισμό, ο οποίος περιλάμβανε την αλλαγή των οργάνων διοίκησης, την ενιαία οργανωτική και διοικητική διάρθρωση των νοσοκομείων, την κατάρτιση νέων οργανισμών, την ίδρυση νέων τμημάτων και υπηρεσιών, την αλλαγή στο καθεστώς των εργασιακών σχέσεων, τη διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας και την πρόβλεψη για μελλοντική οργάνωση περιφερειακών οργάνων διοίκησης.

Το πλέγμα των προβλημάτων άρχισε να εκδηλώνεται και να γίνεται αισθητό στις αρχές της δεκαετίας του '90. Η φύση των αδυναμιών εντοπίζεται στο επίπεδο των οργανωτικο-διοικητικών και διαχειριστικών του λειτουργιών (Abel-Smith και συν., 1994). Οι αδυναμίες αφορούν κυρίως στην απουσία εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού με στόχο και προτεραιότητες, στο ακατάλληλο οργανωτικό πλαίσιο, στην ανεπαρκή οργάνωση του εθνικού και περιφερειακού μηχανισμού διοίκησης, στην αναποτελεσματική διοίκηση σε επίπεδο νοσοκομείου, στην απουσία σύγχρονης «κουλτούρας διοίκησης», στην απουσία πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, στην ανεπαρκή οργάνωση και διαχείριση των πληροφοριών, στον αναχρονιστικό μηχανισμό χρηματοδότησης, στην ανορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων, στο αναχρονιστικό σύστημα οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης, στη χαμηλή αποδοτικότητα πόρων, στην έλλειψη μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας και στην αδυναμία εμπέδωσης συμπεριφορών και νοοτροπίας σεβασμού του πολίτη και των αρχών λειτουργίας του συστήματος.

Δημιουργήθηκε λοιπόν η ανάγκη μιας νέας μεταρρυθμιστικής παρέμβασης τόσο σε επίπεδο θεσμικής συγκρότησης όσο και σε επιχειρησιακό και λειτουργικό επίπεδο. Ο νόμος 2889/2001 καλείται να συμβάλει στη βελτίωση του συστήματος.

Με τον νόμο αυτό τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και μετατράπηκαν σε αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συστημάτων Υγειονομικής Περίθαλψης (Πε.Σ.Υ.Π). Διοικούνται από Διοικητή (manager), ο οποίος έχει τη γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας, ο οποίος συνάπτει «συμβόλαιο αποδοτικότητας» με το αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π., στο οποίο και λογοδοτεί για το έργο του. Στην άσκηση του έργου του υποβοηθείται από το Συμβούλιο Διοίκησης, που είναι το πρώτο συλλογικό όργανο εσωτερικής διοίκησης, αποτελούμενο από τους προϊστάμενους

όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Το όργανο αυτό διαθέτει όλη την εσωτερική πληροφόρηση, έχει άμεση γνώση, εμπειρία, επιτόπια παρουσία και απασχόληση καθόλη τη διάρκεια του ωραρίου, σε αντίθεση με τα παλαιότερα Διοικητικά Συμβούλια. Επομένως δημιουργούνται οι καλύτερες προϋποθέσεις εσωτερικού συντονισμού και συνεργασίας των υπηρεσιών και εξασφαλίζεται η συνέχεια της διοίκησης, ανεξάρτητα από τις αλλαγές που μπορεί να γίνουν στα Διοικητικά Συμβούλια των ΠεΣΥΠ ή στους Διοικητές των νοσοκομείων.

Σε ότι αφορά την εσωτερική διάρθρωση προβλέπεται η ίδρυση και άλλων νέων οργανικών μονάδων και συγκεκριμένα, η δυνατότητα ίδρυσης αυτοτελών τμημάτων Πληροφορικής, Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, τα οποία υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου. Με τον τρόπο αυτό, τα νοσοκομεία καλούνται να ενσωματώσουν σύγχρονες λειτουργίες διοίκησης και να υιοθετήσουν διαδικασίες ποιοτικής αναβάθμισης και λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Επίσης, επιδιώχθηκε η ενίσχυση της διοικητικής διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας σε τομείς και τμήματα, με σκοπό τη διοικητική τους αυτοτέλεια, την κατοχύρωση του ουσιαστικού ρόλου του Διευθυντή και την εξασφάλιση της δυνατότητάς του να λαμβάνει υπεύθυνες αποφάσεις.

Με τον νόμο 2889/01, η αναδιοργάνωση της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων γίνεται αντιληπτή ως μια διαδικασία πολύ ευρύτερη από τον απλό λογιστικό εκσυγχρονισμό. Η σύνταξη του προϋπολογισμού συνδέεται με το όλο στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό του κάθε νοσοκομείου, που θεωρείται ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου περιφερειακού συστήματος υγείας. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η συμβατότητα των στόχων του νοσοκομείου με τους ευρύτερους στόχους των ΠεΣΥΠ και η ομοιομορφία στη σύνταξη των προϋπολογισμών, καθώς και μια διαδικασία άμεσου και επιτόπιου ελέγχου των προϋπολογισμών ως προς τις πραγματικές του διαστάσεις. Υιοθετείται η θεσμική καινοτομία της καθιέρωσης τμηματικών προϋπολογισμών κατά τομέα, κλινική και εργαστήριο. Δεδομένου ότι τα κύρια λειτουργικά κόστη του νοσοκομείου (εκτός της μισθοδοσίας) είναι τα φάρμακα, τα αντιδραστήρια και το υγειονομικό υλικό, η άσκηση του κλινικού έργου από τους ιατρούς αποτελεί τον κύριο παράγοντα που καθορίζει τις δαπάνες και άρα την εκτέλεση του προϋπολογισμού. Η καθιέρωση των τμηματικών προϋπολογισμών αποτελεί ένα μέτρο «υπευθυνοποίησης» όλων όσων καθορίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου, που μπορεί να διαμορφώσει

συνείδηση συλλογικής ευθύνης και κοινής αποστολής, αλλά και λειτουργίες συγκεκριμένης κατανομής ευθυνών και αρμοδιοτήτων.

Ο εκσυγχρονισμός της λογιστικής διαχείρισης των νοσοκομείων αποτέλεσε ένα πεδίο έντονης δραστηριότητας, με σκοπό τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και μηχανογραφημένου διπλογραφικού λογιστικού συστήματος. Πρώτη προϋπόθεση για την επιτυχία του εγχειρήματος ήταν η εκπόνηση του διπλογραφικού λογιστικού σχεδίου και η έκδοση του σχετικού διατάγματος.

Η προσπάθεια ολοκληρώθηκε περί τα τέλη του 2002 και με το Π.Δ. 146/2003 θεσπίστηκε το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα γενικής λογιστικής, αναλυτικής λογιστικής και λογιστικής του δημόσιου λογιστικού ως Κλαδικό Λογιστικό Σχέδιο των Δημόσιων Μονάδων Υγείας (Εφημ. Κυβερν. 2003). Το διάταγμα όριζε την υποχρεωτική εφαρμογή της Γενικής Λογιστικής από 1/1/2004 και της Αναλυτικής Λογιστικής από 1/1/2005.

Με τον νόμο 2889/01 καθιερώνονται οι θεσμοί του Γραφείου Υποδοχής Ασθενών, των αυτοτελών Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων, μέσω του θεσμού των απογευματινών ιατρείων, τα οποία προσβλέπουν στην καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών και στη βελτίωση της εξυπηρέτησης του πολίτη. Γραφεία υποδοχής ασθενών δημιουργήθηκαν στα περισσότερα νοσοκομεία, όπου σκοπός της λειτουργίας τους είναι η βελτίωση της εξυπηρέτησης των ασθενών, η εξασφάλιση της αξιοπρεπούς μεταχείρισης τους και η διαμόρφωση όρων σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή και του προβλήματος που αντιμετωπίζει.

Τα ΤΕΠ λειτουργούσαν χωρίς οργάνωση και με περιστασιακό προσωπικό, με αποτέλεσμα να εξελιχθούν σε μηχανισμό παράκαμψης της λίστας εισαγωγής στο νοσοκομείο. Η θέσπιση της υποχρεωτικής ίδρυσης αυτοτελών ΤΕΠ στοχεύει στην καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών με επείγοντα προβλήματα και στον περιορισμό της επιβάρυνσης του νοσοκομείου από τις «πλασματικά» επείγουσες εισαγωγές.

Η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων βασίστηκε στην προαιρετική παροχή υπηρεσιών κατά τις απογευματινές ώρες από τους ιατρούς των ανώτερων βαθμίδων του ΕΣΥ και τους πανεπιστημιακούς με πρόσθετη αμοιβή. Με το θεσμό αυτό επιτυγχάνεται η ολόημερη λειτουργία του νοσοκομείου χωρίς απαιτήσεις νέου προσωπικού και χωρίς επιβάρυνση του προϋπολογισμού, αυξάνοντας την αποδοτικότητα των επενδύσεων, δημιουργώντας νέα έσοδα και βελτιώνοντας την εξυπηρέτηση των ασθενών. Παράλληλα, δημιουργούνται οικονομικά κίνητρα στο προσωπικό για βελτίωση της ποιότητας των

υπηρεσιών και του βαθμού εξυπηρέτησης του ασθενή, με την προσδοκία προσέλκυσης περισσότερων ασθενών, καθώς και κίνητρα επιστημονικής άμιλλας μεταξύ του προσωπικού. Η εφαρμογή των απογευματινών ιατρειών είναι όμως δέσμη ενός ανορθολογικού και παράλογου τιμολογίου των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων. Η τιμολόγηση των παραδοσιακών εργαστηριακών εξετάσεων είναι πολύ χαμηλή, ενώ των πράξεων που εκτελούνται με σύγχρονη τεχνολογία ιδιαίτερα υψηλή.

Ο νόμος 3329/05, σύμφωνα με τον οποίο τα νοσοκομεία ξαναγίνονται νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό, ώστε να αποκτήσουν ουσιαστικές αρμοδιότητες και να επιτευχθεί πραγματική αποκέντρωση. Τα νοσοκομεία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥ.ΠΕ.) (ΦΕΚ Α81/4.4.2005).

Το σχέδιο «Υγεία για τον Πολίτη» όριζε ένα χρονοδιάγραμμα εξαετίας για την ολοκλήρωσή του, υπό την προϋπόθεση μιας ομαλής και αδιατάρακτης υλοποίησής του. Όταν όμως παρεμβαίνουν περίοδοι χαλάρωσης της κυβερνητικής υποστήριξης, αλλαγές ηγεσιών, αλλαγή κυβέρνησης και αλλαγή της υπό εφαρμογή πολιτικής, είναι αυτονόητο ότι η πρόοδος δεν μπορεί να αξιολογηθεί με την επιθυμητή επιστημονική αυστηρότητα. Τα μέτρα που υλοποιήθηκαν περιλαμβάνουν την εγκαθίδρυση Διοικητών, την συγκρότηση διοικητικών και επιστημονικών οργάνων, την υπογραφή συμβολαίων αποδοτικότητας των Διοικητών με τα ΠεΣΥΠ, την ανάπτυξη νέων τμημάτων και υπηρεσιών, την κατάρτιση επιχειρησιακών σχεδίων από τα περισσότερα νοσοκομεία, τη λειτουργία των απογευματινών ιατρειών και την οργάνωση υπηρεσιών υποδοχής ασθενών στα περισσότερα νοσοκομεία. Η κατάρτιση νέων οργανισμών υλοποιήθηκε μερικώς, ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης των τμημάτων στα επιμέρους νοσοκομεία. Τα αυτοτελή ΤΕΠ δεν πρόλαβαν να οργανωθούν, αλλά σε αρκετά νοσοκομεία υπήρξε αξιοσημείωτη αναδιοργάνωση της λειτουργίας τους.

Αντίθετα δεν υπήρξε καμία πρόοδος σε ότι αφορά την κατάρτιση τμηματικών προϋπολογισμών και την καθιέρωση πολυδιευθυντικού συστήματος στα τμήματα του νοσοκομείου. Σε ότι αφορά τις ποιοτικές παραμέτρους της υλοποίησης των μέτρων, η κριτική μπορεί να επικεντρωθεί στο επίπεδο αναβάθμισης των διοικητικών λειτουργιών των νοσοκομείων, στη χαμηλή λειτουργικότητα του θεσμού των «συμβολαίων αποδοτικότητας», στην μη αξιολόγηση των Διοικητών με τον τρόπο που όριζε η μεταρρύθμιση, στο τρόπο κατάρτισης των επιχειρησιακών σχεδίων, στο βαθμό βελτίωσης των οικονομικών και λογιστικών λειτουργιών, στη καλή οργάνωση των υπηρεσιών

υποδοχής των ασθενών, στην αποφυγή των πλασματικών εισαγωγών στα ΤΕΠ και στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων (Ζηλίδης, 2005).

Από την 1η Οκτωβρίου, το DRG ή το λεγόμενο «κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο-KEN» τέθηκε σε πρότυπη εφαρμογή στη χώρα μας, σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ, σύμφωνα με την Κ.Υ.Α Υ4α/οικ. 105604/27-9-2011, που συμπληρώνει την Κ.Υ.Α Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011, με θέμα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε.Σ.Υ (ΦΕΚ Β 1702 1-8-2011 http://didefth.gr/lows/fek_2011_1702b.pdf).

Το σύστημα πλέον αποτελεί μια διεθνώς εφαρμοζόμενη μεθοδολογία για τη χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Για τη δημιουργία μιας ομάδας DRG λαμβάνεται υπόψη το φύλο, η ηλικία, η κύρια διάγνωση, οι επιπλοκές, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο και άλλες παράμετροι. Το σύστημα έχει τροποποιηθεί στο πέρασμα των χρόνων για να μπορεί να συμβαδίσει με τις αλλαγές στην ιατρική περίθαλψη, και με το εφαρμοζόμενο σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Τέλος, οι πληροφορίες που συλλέγονται από τα DRGs εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς, όπως στη διαχείριση των νοσοκομείων, στην πολιτική για την υγεία, στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, στη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των νοσοκομείων και στη διαχείριση της ποιότητας. Τα DRGs χρησιμοποιούνται πλέον από πολλές χώρες στην ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασιζόταν σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό και υποκοστολογημένο μοντέλο που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και να υποστηρίξει αποτελεσματικά τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας.

Πριν ένα χρόνο ξεκίνησε μια φιλόδοξη προσπάθεια και με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. ορίστηκε Επιτροπή για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ με επικεφαλής τον καθηγητή Ν. Μανιαδάκη. Η πρόταση της Επιτροπής για τα 700 Κ.Ε.Ν. (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), με συντελεστή κόστους μόνο για το ΕΣΥ, διαβιβάστηκε στο ΚΕΣΥ το Μάρτιο και έλαβε σχετική θετική γνωμοδότηση από την ολομέλεια του τον Μάιο του 2011. Στην συνέχεια, εκδόθηκε η σχετική Κοινή Υπουργική Απόφαση Υπ. Οικονομικών, ΥΥΚΑ και Υπ. Εργασίας για την εφαρμογή και τις κατηγορίες των ΚΕΝ και έγινε η σύσταση Ομάδας Εργασίας ΚΕΝ για την παρακολούθηση εφαρμογής των ΚΕΝ.

Στις 27/9/2011 ολοκληρώθηκε η αντιστοίχιση ΚΕΝ – ICD10 (διαγνώσεων) με την σημαντική συμβολή 25 ομάδων συντονιστών διευθυντών ιατρών του ΕΣΥ όλων των

ειδικοτήτων. Από 1/10/2011 ξεκίνησε η τιμολόγηση σύμφωνα με τα 700 ΚΕΝ σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ με ανταπόκριση όλων των πληροφοριακών συστημάτων. Μέχρι τέλος του 2011 θα ολοκληρωθούν οι όποιες παραμετροποιήσεις, προσαρμογές (ονοματολογία, κόστος ΚΕΝ, μέση διάρκεια νοσηλείας) ώστε από 1/1/2012 τα ΚΕΝ-DRGs να αποτελέσουν ένα χρήσιμο και αποδοτικό εργαλείο στην χρηματοδότηση και λειτουργία των νοσοκομείων. Ο υποστηρικτικός μηχανισμός και η ενσωμάτωση λοιπών προτάσεων (που θα γίνουν εντός του 2011) παρέχεται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), μέσω ενταγμένου έργου στο ΕΣΠΑ (Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση»), και την επιστημονική ευθύνη του καθηγητή Γ. Κυριόπουλου.

Παρά τους όποιους προβληματισμούς που παρουσιάστηκαν σε μερίδα του τύπου, οι ασθενείς δεν θα πληρώνουν από την «τσέπη τους» εάν παραμείνουν περισσότερο από την καθορισμένη μέση διάρκεια νοσηλείας, αλλά τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία είναι ασφαλισμένοι. Σημειωτέον ότι με βάση το πόρισμα της πρώτης επιτροπής για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, το σύνολο των εκτιμώμενων εσόδων εσωτερικών ασθενών από τα ΚΕΝ είναι το ίδιο με το προηγούμενο σύστημα.

Με την καθολική εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. θα προκύψουν μεγάλα οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο για τα νοσηλευτικά ιδρύματα όσο και για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς επιταχύνοντας σημαντικά τις σχετικές διαδικασίες. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της παραπάνω εφαρμογής είναι ότι εξασφαλίζει δικαιότερη απόδοση εσόδων στα νοσοκομεία ανάλογα με το έργο που προσφέρουν. Ταυτόχρονα δε παρέχει ισχυρά κίνητρα στις νοσοκομειακές μονάδες για αύξηση της ανταγωνιστικότητας (αυξημένη ετοιμότητα στην αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών) καθώς και ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων του συστήματος (συγκράτηση του κόστους, περιορισμό των ημερών νοσηλείας – απελευθέρωση κλινών για νέους ασθενείς, κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

3.1. Εισαγωγή

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.*

Το προτεινόμενο εγχείρημα βασίζεται στην αυστραλιανή εκδοχή των DRGs τα οποία στη διεθνή βιβλιογραφία *έχουν ευρύτερη αποδοχή και εφαρμόζονται σε δεκάδες χωρών μετά από τις κατάλληλες προσαρμογές.* Εξ' αυτού και με βάση το πόρισμα της Ειδικής Επιτροπής για το θέμα αυτό επιλέχθηκε η ταξινόμηση AR-DRG version 6 η οποία έπρεπε να μεταφραστεί και να προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα με ειδική μεθοδολογία.

Τα Ελληνικά Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αποτελούν μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλειών ασθενών η οποία βασίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα DRGs (Diagnosis Related Groups). Σκοπός της διαδικασίας είναι η ομαδοποίηση όλων των νοσηλειών ασθενών σε κατηγορίες (περίπου 700), έτσι ώστε να απλοποιηθεί η διαδικασία τιμολόγησης, ελέγχου, εκκαθάρισης τιμολογίων και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Με την καθολική εφαρμογή της διαδικασίας αυτής, θα προκύψουν μεγάλα οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών και θα επιταχυνθούν σημαντικά όλες οι σχετικές διαδικασίες. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011)

Τα ΚΕΝ αποτελούν ένα γενικευμένος τιμοκατάλογος νοσηλειών, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Τα στοιχεία αυτά ανταποκρίνονται στους μέσους όρους νοσηλειών, και χρησιμοποιούνται για την ταχεία και εύκολη τιμολόγηση των περιστατικών, ανεξάρτητα του ακριβούς αριθμού χρεώσεων και του ακριβούς κόστους νοσηλείας που πραγματικά υπήρξε.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), έχει πραγματοποιήσει ήδη σημαντική εργασία ανάπτυξης των απαιτούμενων υποδομών

(συγκρότηση των απαιτούμενων ομάδων εργασίας, υιοθέτηση συστήματος DRGs μετά από έρευνα ξένων συστημάτων, μετάφραση και απόδοση στα ελληνικά της απαραίτητης ορολογίας, σύνδεση των DRGs με κωδικούς διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων, κοστολόγηση, εκτίμηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας, ανάπτυξη διαδικασιών, κτλ) ώστε να είμαστε σήμερα έτοιμοι να εισαχθεί και εφαρμοσθεί και στη χώρα μας η παραπάνω μεθοδολογία τιμολόγησης που εφαρμόζεται ήδη σε πολλές χώρες παγκοσμίως. Προς διευκόλυνση όλων των εμπλεκόμενων, έχει συγκεντρωθεί όλη η σχετική τεκμηρίωση, εγκύκλιοι, ΚΥΑ, εκπαιδευτικό υλικό, καθώς και οι απαιτούμενοι πίνακες, εργαλεία λογισμικού, κτλ στην ιστοσελίδα του ΥΥΚΑ στην διεύθυνση: www.yyka.dov.gr, **Υγεία/Κωδικοποιήσεις Διαδικασίες/Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια**: Απευθείας σύνδεσμος προς τη διεύθυνση αυτή υπάρχει και στην πρώτη σελίδα του site του ΥΥΚΑ [Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGs)]. Στη διεύθυνση αυτή θα αναρτάται με την πάροδο του χρόνου οτιδήποτε πρόσθετη τεκμηρίωση απαιτηθεί.

Με βάση τα παραπάνω και την Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ (Αρ.Πρωτ. 94622, 23/08/2011), από **9/9/2011** ξεκινάει η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε μία ομάδα 20 πιλοτικών Νοσοκομείων με σκοπό τη σταδιακή εξοικείωση με τη διαδικασία, την απόκτηση εμπειρίας και την κατά το δυνατόν ομαλή μετάβαση στη νέα τιμολόγηση, ενώ από **1/10/2011** ξεκινάει η πρότυπη εφαρμογή σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. (βλ. και ΚΥΑ Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. /6/2011). **Στα παραπάνω πλαίσια, θα πρέπει άμεσα τα Πληροφοριακά Συστήματα Τιμολόγησης Ασθενών των νοσοκομείων να προσαρμοσθούν κατάλληλα, ώστε να χειρίζονται, παράλληλα με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης, και τον νέο, μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων.**

Άρα, το παραπάνω σκοπό έχει να δώσει τις κατευθυντήριες γραμμές, από τεχνικής άποψης, στα Νοσοκομεία και μέσω αυτών και τις συνεργαζόμενες εταιρίες Πληροφορικής, προκειμένου να προσαρμόσουν έγκαιρα τα Πληροφοριακά Συστήματα Τιμολόγησης του Λογιστηρίου Ασθενών (ή Γραφείου Νοσηλίων), ώστε από τις παραπάνω ημερομηνίες, να υπάρχει η δυνατότητα εξαγωγής των τιμολογίων των ασθενών με το νέο σύστημα των ΚΕΝ, παράλληλα με το παλιό σύστημα Τιμολόγησης με στόχο την άμεση ετοιμότητα για την πλήρη μετάβαση στον νέο τρόπο τιμολόγησης. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

3.2. Diagnosis Related Groups - DRGs

Το σύστημα των DRGs εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1983. Την ίδια χρονολογία, το Κογκρέσο τροποποίησε το νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης για να συμπεριλάβει ένα νέο σύστημα πληρωμής των νοσοκομείων (Prospective Payment System), βασιζόμενο στην κατάταξη των ασθενών σύμφωνα με τα DRGs. Η Αυστραλία ήταν μία από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα των Ηνωμένων Πολιτειών και υιοθέτησε στο δικό της σύστημα υγείας συγκεκριμένες κατηγορίες DRGs. Ακολούθησαν οι Σκανδιναβικές χώρες (Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία κ.α), η Γερμανία, η Ιταλία και πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Τα DRGs ορίζονται από ένα "group", είναι πρόγραμμα βασισμένο σε ICD και περιέχει διαγνώσεις, διαδικασίες, ηλικία, φύλο, τις εκάστοτε περιπλοκές κ.ά. Τα DRGs έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1983 για να καθορίσουν πόσα medicare πληρώνει το νοσοκομείο, δεδομένου ότι οι ασθενείς μέσα σε κάθε κατηγορία είναι παρόμοιοι κλινικά και αναμένεται να χρησιμοποιήσουν το ίδιο επίπεδο πόρων νοσοκομείων. Τα DRGs μπορούν να ομαδοποιηθούν και περαιτέρω σε σημαντικές διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs). Το σύστημα DRGs δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο Yale, χρηματοδοτώντας την διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης (HCFA).

3.2.1 ICD10

Αρχικά είχε σχεδιαστεί για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θνησιμότητας που υπήρχαν συγκεντρωμένα από διάφορες χώρες και εποχές. Στην σημερινή μορφή της έχει γίνει ομαδοποίηση των διαγνώσεων κάτω από οικογένειες.

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που αρχικά έχει σα σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατηρεί στο διαδίκτυο μία έκδοση (στα αγγλικά) της τελευταίας αναθεώρησης η οποία είναι αναζητήσιμη.

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολύ εξειδικευμένους σκοπούς καθώς δεν είναι δυνατή η καταχώρηση πολύ αναλυτικών καταστάσεων όπως "για ποιο λόγο ήρθε στο νοσοκομείο", είναι όμως χρήσιμη στην ομαδοποίηση και ανάλυση διαγνώσεων για επιδημιολογικούς λόγους.

Αναθεωρήσεις

- **ICD-9**

Η διεθνής διάσκεψη για την 9η Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-9) έγινε στη Γενεύη από τις 30 Σεπτεμβρίου μέχρι τις 6 Οκτωβρίου 1975. Λόγω του κόστους της ενημέρωσης των συστημάτων επεξεργασίας αρχικά επρόκειτο να γίνουν μόνο μικρές αλλαγές και φυσικά η ενημέρωση της ταξινόμησης με βάση τις νέες ασθένειες.

- **ICD-10**

Η δέκατη αναθεώρηση της ταξινόμησης ξεκίνησε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992. Το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει μεταφράσει αυτήν την αναθεώρηση.

Η βασική ταξινόμηση γίνεται με τριψήφιους κωδικούς που είναι και υποχρεωτικό επίπεδο κωδικοποίησης για τη διεθνή αναφορά στη βάση δεδομένων της θνησιμότητας της ICD και για γενικές διεθνείς συγκρίσεις. Ακολουθεί μία δεύτερη κατηγοριοποίηση με τετραψήφιο κωδικό η οποία δεν είναι υποχρεωτική αλλά γενικά χρησιμοποιείται και σε μερικές κατηγορίες αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα της ICD.

Το "iCD10 - KEN - Θεραπευτικά πρωτόκολλα" απευθύνεται σε όσους δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας. Περιλαμβάνει πληροφορίες από την πρόσφατη κωδικοποίηση ICD-10, όπως αυτή υλοποιήθηκε και δημοσιεύτηκε από το Υπουργείο Υγείας.

Επίσης στην εφαρμογή υπάρχει η πλήρης καταγραφή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων. Συνεπώς εκτός από την κωδικοποίηση των ασθενειών, υπάρχουν και οι ιατρικές

πράξεις, τις οποίες δικαιολογούν. Υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες για το κόστος των επεμβάσεων, τη μέση διάρκεια νοσηλείας, και τη θεραπευτική κατηγοροποίησή τους.

Για αρκετές ασθένειες δίνεται η δυνατότητα, να κατεβεί το αντίστοιχο θεραπευτικό πρωτόκολλο από την ιστοσελίδα του ΕΟΦ και να περιηγηθούν σε αυτό από τον ενσωματωμένο pdf viewer της εφαρμογής.

Λίστα χαρακτηριστικών iCD10

- Ελληνική κωδικοποίηση ICD-10, όπως αυτή εφαρμόζεται στα ελληνικά νοσοκομεία
- Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (Κόστος επεμβάσεων, Μέση διάρκεια νοσηλείας, Θεραπευτική κατηγοριοποίηση)
- Θεραπευτικά πρωτόκολλα
- Δυνατότητα αποθήκευσης και ανάκλησης "αγαπημένων"
- Υποστήριξη για όλες τις συσκευές της αγοράς (π.χ 3gs)
- Iphone & ipad υποστήριξη
- Landscape mode
- Ελάχιστη δυνατή κατανάλωση μνήμης

3.2.2 Πεδίο Εφαρμογής

Όπως φαίνεται και στην ΚΥΑ Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. /6/2011, όπου εισάγονται τα ΚΕΝ και η χρήση τους, η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ ισχύει μόνο για τις νοσηλείες Εσωτερικών Ασθενών. Η τιμολόγηση των Εξωτερικών Ασθενών θα εξακολουθήσει να πραγματοποιείται με τον υφιστάμενο τρόπο.

Η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ καλύπτει μόνο την νοσηλεία διάρκειας όση η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας που καθορίζεται στο αντίστοιχο ΚΕΝ. Οι τυχόν επιπλέον ημέρες νοσηλείας (παράταση νοσηλείας) θα τιμολογούνται με το τιμολόγιο ημερήσιου νοσηλίου που αναφέρεται στον τελευταίο πίνακα της παραπάνω ΚΥΑ.

Η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ καλύπτει μόνο τη νοσηλεία στη δικαιούμενη θέση του ασθενή. Τυχόν νοσηλεία του ασθενή σε θέση ανώτερη της δικαιούμενης (αναβάθμιση θέσης, σε όσα νοσοκομεία χρησιμοποιείται) θα τιμολογείται, όσον αφορά τη διαφορά

κόστους, με τον υφιστάμενο (παλαιό) τρόπο (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

3.2.3 Χρησιμοποιούμενοι Πίνακες

- Πίνακας ΚΕΝ, όπου φαίνεται ο Κωδικός και η Ονομασία κάθε ΚΕΝ, καθώς και η πρότυπη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) και το πρότυπο κόστος. Με βάση τα δύο αυτά θα πραγματοποιείται η τιμολόγηση. Αν η πραγματική διάρκεια νοσηλείας υπερβαίνει την πρότυπη ΜΔΝ του ΚΕΝ, οι επιπλέον ημέρες θα τιμολογούνται, όπως προαναφέρθηκε, με το τιμολόγιο ημερήσιου νοσηλίου. Τα στοιχεία του πίνακα αυτού, όπως και όλων των υπόλοιπων, ευρίσκονται διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του Υ.Υ.Κ.Α. Σε περίπτωση ανανέωσης ή επικαιροποίησης των στοιχείων του πίνακα, θα εκδίδεται από το Υ.Υ.Κ.Α. σχετική ανακοίνωση. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να προβλεφθεί η δυνατότητα ευχερούς ανανέωσης του πίνακα που θα ενσωματωθεί στις μηχανογραφικές εφαρμογές Τιμολόγησης με τυχόν επικαιροποιημένη έκδοσή του. Τη διαδικασία αυτή, εφόσον απαιτηθεί, θα πρέπει κανονικά να μπορούν να αναλάβουν τα Τμήματα Πληροφορικής των Νοσοκομείων. Συνιστάται η ενσωμάτωση να είναι παραμετρική και όχι hard-coded, ώστε να ληφθεί μέριμνα για την ευχερή επικαιροποίηση των τιμών, αν αυτές αλλάξουν μελλοντικά.
- Πίνακας ICD-10 (International Classification of Diseases, έκδοση 10) όπου φαίνονται, σε ελληνική μετάφραση, οι κωδικοί και περιγραφές των διαγνώσεων κατά ICD-10.
- Πίνακας Ιατρικών Πράξεων, όπου φαίνονται οι κωδικοί και περιγραφές των ιατρικών πράξεων, όπως αυτές έχουν μεταφρασθεί και ομαδοποιηθεί από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και εγκριθεί από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

3.2.4 Διαδικασία

Στο ιατρικό εξιτήριο που θα εκδίδεται από το θεράποντα ιατρό του ασθενή (μηχανογραφημένο ή χειρόγραφο) θα πρέπει να προβλεφθούν ειδικές θέσεις (πεδία) όπου θα αναγράφονται με κωδικό:

- Ο κύριος (υποχρεωτικά) και οι πιθανοί δευτερεύοντες (προαιρετικά) κωδικοί ICD-10 των διαγνώσεων εξόδου της νοσηλείας του ασθενή. Ο κωδικός ICD-10 είναι υποχρεωτικός για την συνέχεια της διαδικασίας του εξιτηρίου.
- Οι κωδικοί Ιατρικών Πράξεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τη νοσηλεία του ασθενή, με βάση την κωδικοποίηση του ΚΕΣΥ. Απαιτούνται μόνο οι κωδικοί των κύριων ιατρικών πράξεων που θα βοηθήσουν ώστε να ευρεθεί το ΚΕΝ της νοσηλείας του ασθενή (δηλ. πρακτικά αυτές οι ιατρικές πράξεις που, συμπληρωματικά με τον κωδικό ICD-10, διαφοροποιούν την συγκεκριμένη νοσηλεία του ασθενή από μία άλλη παρόμοια νοσηλεία της ίδιας διάγνωσης). Κατά την αρχική εφαρμογή της νέας τιμολόγησης, η χρήση της κωδικοποίησης Ιατρικών Πράξεων θα είναι προαιρετική, συνεπώς το εξιτήριο θα μπορεί να προχωρήσει και χωρίς την αναγραφή τους.

Οι ανωτέρω κωδικοί θα συμπληρώνονται από τον θεράποντα ιατρό του ασθενή στο έντυπο εξιτηρίου το οποίο συμπληρώνει και υπογράφει. Εφιστάται η ιδιαίτερη προσοχή ότι τουλάχιστον ο κωδικός ICD-10 είναι υποχρεωτικός και χωρίς αυτόν το εξιτήριο δεν μπορεί να προχωρήσει (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

Ο υπάλληλος του Λογιστηρίου Ασθενών χρησιμοποιώντας ειδική διαδικτυακή εφαρμογή (ευρίσκεται στην ιστοσελίδα του ΥΥΚΑ στην προαναφερθείσα θέση)² θα εισάγει τους παραπάνω κωδικούς και η εφαρμογή θα του προτείνει τον κωδικό ΚΕΝ (ή τους κωδικούς ΚΕΝ) που αντιστοιχεί στη νοσηλεία του ασθενή. Στη σπάνια περίπτωση που προταθούν από την εφαρμογή περισσότεροι από έναν κωδικούς ΚΕΝ, ο υπάλληλος θα πρέπει να επιλέξει τον πλησιέστερο προς τη νοσηλεία του ασθενή κωδικό (έναν ή και περισσότερους αν απαιτείται και δικαιολογείται από τη νοσηλεία του ασθενή), με τη βοήθεια, αν απαιτείται, της Ομάδας Διαχείρισης ΚΕΝ (ΟΔΚΕΝ), βλ. παράγραφο 5.5. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν οι κωδικοί των ιατρικών πράξεων και χρησιμοποιηθεί μόνο ο κωδικός ICD-10, είναι πιθανό να προταθούν περισσότεροι του ενός κωδικούς ΚΕΝ, οπότε και η επιλογή του καταλληλότερου (ή των καταλληλότερων) θα πραγματοποιείται, αν δεν είναι προφανής, με τον τρόπο που προαναφέρθηκε, με τη βοήθεια της ΟΔΚΕΝ.

Στη συνέχεια ο υπάλληλος του Λογιστηρίου Ασθενών εισάγει στο Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης τόσο τον κωδικό (ή τους κωδικούς) ICD10 και τους κωδικούς ιατρικών πράξεων (προκειμένου οι κωδικοί αυτοί μαζί με τις περιγραφές να εμφανίζονται στο τιμολόγιο), όσο και τους ανωτέρω κωδικούς ΚΕΝ που έχει τελικώς επιλέξει, και το σύστημα εμφανίζει αυτόματα την περιγραφή των ΚΕΝ, την ΜΔΝ καθώς και το κόστος του ΚΕΝ με βάση το οποίο πραγματοποιείται η τιμολόγηση. Προς το σκοπό αυτό, θα πρέπει το Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης να ενσωματώνει (τοπικά) τα σχετικά αρχεία ICD10, ΚΕΝ και Ιατρικών Πράξεων. Στην περίπτωση χρήσης περισσότερων του ενός ΚΕΝ, το κόστος προκύπτει αθροιστικά και η ΜΔΝ επίσης αθροιστικά, ξεκινώντας πάντα από την 1η ημέρα νοσηλείας του ασθενή (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

Ο υπάλληλος θα εισάγει επίσης την πραγματική Διάρκεια Νοσηλείας σε ημέρες. Αν αυτή υπερβαίνει την ΜΔΝ του ΚΕΝ (ή το άθροισμα των ΜΔΝ αν χρησιμοποιηθούν περισσότερα του ενός ΚΕΝ), το Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης θα πραγματοποιεί την τιμολόγηση των επί πλέον ημερών νοσηλείας βάση του τιμολογίου ημερήσιου νοσηλίου, όπως προαναφέρθηκε. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει ο τελευταίος πίνακας της **ΚΥΑ Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. /6/2011** που καθορίζει τα ημερήσια αυτά νοσήλια ανά θέση νοσηλείας, να ενσωματωθεί επίσης στο Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης. Καλό θα ήταν η ενσωμάτωση να είναι παραμετρική και όχι hard-coded, ώστε να ληφθεί μέριμνα για την ευχερή επικαιροποίηση των τιμών, αν αυτές αλλάξουν μελλοντικά. Οι χρεώσεις φαρμάκων, υλικών, και εξετάσεων για τις επί πλέον ημέρες νοσηλείας πέραν της ΜΔΝ του ΚΕΝ, θα χρεώνονται σύμφωνα με την ερμηνευτική εγκύκλιο του Υπ.ΥΚΑ (Αρ.Πρωτ: Υ4α/οικ. 100147, 08/9/2011) (βλ. site ΥΥΚΑ).

Η εκτύπωση του τιμολογίου (ή της Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών – ΑΠΥ) θα πραγματοποιείται με μόνη εγγραφή τους κωδικούς και περιγραφές ICD10, Ιατρικών Πράξεων και ΚΕΝ, την πραγματική διάρκεια νοσηλείας και το κόστος του ΚΕΝ (αθροιστικό για περισσότερα του ενός ΚΕΝ), χωρίς άλλα αναλυτικά στοιχεία χρεώσεων. Επί πλέον εγγραφές θα απαιτούνται για τις πιθανές επί πλέον της ΜΔΝ ημέρες νοσηλείας του ασθενή, και τις σχετικές χρεώσεις, τιμολογημένες όπως προαναφέρθηκε.

Στις περισσότερες περιπτώσεις νοσηλείων, η νοσηλεία καλύπτεται από ένα και μοναδικό ΚΕΝ. Σε περίπτωση που έχουμε πολύπλοκες νοσηλείες όπου πραγματοποιήθηκαν περισσότερες της μιας βασικές ιατρικές πράξεις σε περισσότερες της μιας διαγνώσεις, μπορεί να απαιτηθούν 2 ή και περισσότερα ΚΕΝ για την κάλυψη

ολόκληρης της νοσηλείας του ασθενή, όπως προαναφέρθηκε. Στην περίπτωση αυτή, όπως είπαμε, τόσο το συνολικό κόστος όσο και η συνολική ΜΔΝ των χρησιμοποιούμενων ΚΕΝ θα προκύπτει αθροιστικά.

Αναφορικά με τις υποβολές των τιμολογίων στα Ασφαλιστικά Ταμεία, η κατάσταση υποβολής που θα συνοδεύει τις ΑΠΥ ή τα τιμολόγια, θα περιέχει τη λίστα με τα στοιχεία των ασθενών και τους κωδικούς ΚΕΝ με το αντίστοιχο κόστος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

3.3. Η ονοματολογία των ΚΕΝ

Υιοθετήθηκε η επιστημονικώς αποδεκτή μεθοδολογία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής (translation and cultural adaptation) κάθε ξενόγλωσσου «εργαλείου» (π.χ. ερωτηματολογίου, πρωτοκόλλου, κειμένου εργασίας, κ.λ.π.) η οποία αφορά σε:

- πρόσω μετάφραση από δύο μεταφραστές με την ελληνική ως μητρική τους γλώσσα, τη σύγκριση και σύγκλιση των μεταφράσεων (σύνταξη πρώτου προσαρμοσμένου σχεδίου): με δεδομένη την ύπαρξη της επίσημης λίστας των ελληνικών ΚΕΝ (ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011) η οποία βασίστηκε σε μετάφραση από έλληνα ιατρό μεταφραστή, στο πλαίσιο του προηγηθέντος έργου της Ειδικής Επιτροπής, αυτή θεωρήθηκε ως η μία από τις δύο απαιτούμενες πρόσω μεταφράσεις. Ακολούθησε δεύτερη μετάφραση από έλληνα επαγγελματία υγείας με εμπειρία στη μεθοδολογία της μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής. Τέλος έγινε σύγκριση των δύο μεταφράσεων, και επελέγησαν οι όροι και εκφράσεις που συνέκλιναν στην ορθότερη εννοιολογική απόδοση της αγγλικής ορολογίας.
- αντίστροφη μετάφραση από μεταφραστή με την αγγλική ως μητρική γλώσσα, τη σύγκριση και σύγκλιση των μεταφράσεων (σύνταξη δεύτερου προσαρμοσμένου σχεδίου): έγινε αντίστροφη μετάφραση από έμπειρο ιατρό με μητρική γλώσσα την αγγλική, και ακολούθως έγινε σύγκριση των μεταφράσεων και επιλογή της ενδεδειγμένης ελληνικής ορολογίας και εκφράσεων.

- γνωστικός έλεγχος σε δείγμα 5 ατόμων ομάδας στόχου: από δείγμα 5 ελλήνων ιατρών ζητήθηκε να μελετήσουν το δεύτερο προσαρμοσμένο σχέδιο και ακολούθησε συζήτηση γνωστικού ελέγχου στα σημεία στα οποία προέκυψαν ως χρήζοντα διευκρίνισης. Επιπλέον από τις 25 ομάδες ειδικών οι οποίοι είχαν οριστεί ως υπεύθυνοι κάθε ΚΕΝ από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) ζητήθηκε να στείλουν τις προτάσεις τους για αναμόρφωση της ονοματολογίας των ΚΕΝ.

Η ύπαρξη της ελληνικής ταξινόμησης νόσων και διαγνώσεων ICD-10 η οποία θα χρησιμοποιείται από όλο τον τομέα υγείας στην Ελλάδα, αποτέλεσε τη βάση για την κεντρική μεθοδολογική επιλογή, όπου κρίνεται απαραίτητο, να προκρίνεται η ορολογία της ICD-10.

Τέλος, ακολούθησε η διόρθωση της κωδικοποίησης των ΚΕΝ αφού εντοπίστηκαν λάθη σε κωδικούς (ίδιος κωδικός σε διαφορετικά ΚΕΝ, λάθος κωδικός σε σχέση «με» ή «χωρίς» συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, κ.λ.π.)

Με την προαναφερθείσα διαδικασία διαμορφώθηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος ονοματολογίας και κωδικοποίησης των ΚΕΝ. Σε σύγκριση με τον κατάλογο των ΚΕΝ της ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011, προέκυψαν και έγιναν τα εξής:

- Διόρθωση γραμματικών και ορθογραφικών λαθών.
- Αλλαγή της ιατρικής ορολογίας και κατά προτεραιότητα υιοθέτηση της ορολογίας της ICD-10.
- Εννοιολογική αποσαφήνιση (π.χ. υιοθέτηση «άλλος/η/ές» αντί του «λοιπές/ά» με βάση την άποψη των ιατρών κατά τον γνωστικό έλεγχο).
- Διόρθωση της κωδικοποίησης.

Σημειώνεται ότι υπάρχουν ΚΕΝ τα οποία, παρόλη τη μετάφρασή τους, αφήνουν περιθώριο για εννοιολογική ασάφεια. Αυτό ήταν εμφανές τόσο κατά τον γνωστικό έλεγχο όσο και κατά τη συζήτηση με τους υπεύθυνους των ομάδων για κάθε ΜDC.

Το εύρημα αυτό συνδέεται με την απουσία κουλτούρας και εμπειρίας χρήσης των ταξινομήσεων της ιατρικής πληροφορίας στην Ελλάδα. Επίσης, έχει άμεση σχέση με το ότι κάθε σύστημα ταξινόμησης έτσι και το σύστημα των Αυστραλιανών AR-DRGs το οποίο υιοθετήθηκε, έχει τη δική του φιλοσοφία και λογική, η οποία όμως δεν μπορεί να είναι γνωστή αφού το σύστημα των AR-DRGs καλύπτεται από copyright και δεν είναι δυνατόν να γίνουν γνωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αν δεν ζητήσει η Ελλάδα μέσω του ΥΥΚΑ επίσημη άδεια χρήσης των AR-DRGs.

**Πίνακας 3.1: Χαρτογράφηση των Αυστραλιανών AR-DRGs, των ΚΕΝ της
Υπουργικής Απόφασης και των αναθεωρημένων ΚΕΝ**

ΑΥΣΤΡΑΝΙΑΝΑ AR-DRGs			ΚΕΝ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ		ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝ	
MDC19		Mental diseases and disorders	TKA 19	Διανοητικές ασθένειες και δυσλειτουργίες (X)	TKA 19	Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές
U40Z	O	Mental Health Treatment, Sameday, W ECT	X20A	Θεραπεία διανοητικών διαταραχών με ηλεκτροσπασμο θεραπεία, ίδια μερα	Ψ20A	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών με ηλεκτροσπασμοθε ραπεία, ημερήσια νοσηλεία
U60Z	M	Mental Health Treatment, Sameday, W/O ECT	X40A	Θεραπεία διανοητικών διαταραχών χωρίς ηλεκτροσπασμο θεραπεία, ίδια μερα	Ψ40A	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών χωρίς ηλεκτροσπασμοθε ραπεία, ημερήσια νοσηλεία
U61Z	M	Schizophrenia Disorders	X41A	Σχιζοφρένεια	Ψ41A	Σχιζοφρένεια
U62A	M	Paranoia & Acute Psych Disorder W Cat/Sev CC or W Mental Health Legal Status	X42M	Παράνοια και οξεία ψυχωτική διαταραχή με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις –	Ψ42M	Παράνοια και οξεία ψυχωτική διαταραχή με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις –

				επιπλοκές ή με νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας		επιπλοκές ή με νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας
U62B	M	Paranoia & Acute Psych Disorder W/O Cat/Sev CC W/O Mental Health Legal Status	X42X	Παράνοια και οξεία ψυχωτική διαταραχή με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές ή χωρίς νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας	Ψ42X	Παράνοια και οξεία ψυχωτική διαταραχή χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές χωρίς νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας
U63Z	M	Major Affective Disorders	X43A	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	Ψ43A	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές
U64Z	M	Other Affective and Somatoform Disorders	X44A	Άλλες συναισθηματικές διαταραχές και μετατροπής	Ψ44A	Άλλες συναισθηματικές και σωματόμορφες διαταραχές
U65Z	M	Anxiety Disorders	X45A	Αγχώδεις διαταραχές	Ψ45A	Αγχώδεις διαταραχές
U66Z	M	Eating and Obsessive-Compulsive Disorders	X46A	Ψυχαναγκαστικές διαταραχές και διαταραχές διατροφής	Ψ46A	Διαταραχές στη λήψη τροφής και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
U67Z	M	Personality Disorders and Acute Reactions	X47A	Διαταραχή προσωπικότητας και οξείες	Ψ47A	Διαταραχές προσωπικότητας και οξείες

				αντιδράσεις		αντιδράσεις
U68Z	M	Childhood Mental Disorders	X48A	Διανοητικές δυσλειτουργίες παιδικής ηλικίας	Ψ48A	Ψυχικές διαταραχές παιδικής ηλικίας

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

3.4. Διάρκεια νοσηλείας KEN

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική αυτού του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, για κάθε DRGs ορίζεται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ). Κατ' αντιστοιχία, στον κατάλογο των ελληνικών KEN οριζόταν η ΜΔΝ για καθένα από αυτά (ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011).

Σημειώνεται ότι η λογική των DRGs είναι η λογική του μέσου όρου. Συνεπώς, η ΜΔΝ αποτελεί πραγματικά αυτό που υποδηλώνει ο ορισμός της. Δηλαδή, π.χ. τρία περιστατικά που εντάσσονται στο ίδιο KEN για αποζημίωση μπορεί να έχουν διαφορετική ΜΔΝ το καθένα, ακόμη και διαφορετική από τη ΜΔΝ που ορίζεται για το KEN, αλλά ο μέσος όρος να συγκλίνει προς την οριζόμενη για το KEN ΜΔΝ.

Τα συστήματα άλλων χωρών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο αποζημίωσης των DRGs εδώ και χρόνια, 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. Συνεπώς, η εκάστοτε ΜΔΝ βασίζεται σε αξιόπιστα πρωτογενή στοιχεία μεγάλου αριθμού (π.χ. στη Γερμανία καταγράφονται περί τα 18.000.000 περιστατικά νοσοκομειακής νοσηλείας κατ' έτος τα οποία αναλύονται). Έτσι, η ΜΔΝ είναι απόλυτα τεκμηριωμένη.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει σήμερα παρόμοια δυνατότητα μηχανογραφικής παρακολούθησης και ανάλυσης των νοσοκομειακών περιστατικών ώστε η ΜΔΝ των KEN να αποτελεί ένα απόλυτα τεκμηριωμένο στοιχείο. Ο μόνιμος μηχανισμός παρακολούθησης και ανάλυσης των στοιχείων από την εφαρμογή των KEN στην Ελλάδα θα δώσει λύση στο πρόβλημα αυτό.

Σημειώνεται επίσης ότι στο πλαίσιο των επόμενων φάσεων του παρόντος έργου θα υπάρξει η δυνατότητα πιλοτικής παρακολούθησης της εφαρμογής των KEN, συμπεριλαμβανομένης της υλοποίησης expert consensus panel groups, αλλά και

παρακολούθηση της ΜΔΝ των ΚΕΝ μέσω του ESYnet, ώστε αυτή να αναθεωρηθεί με μεγαλύτερη τεκμηρίωση.

Στο πλαίσιο όμως της παρούσης φάσης του έργου, κρίθηκε απαραίτητο να αξιολογηθεί η ΜΔΝ ώστε να υπάρξει δυνατότητα αναθεώρησής της.

Παρ' όλους τους επιστημονικούς περιορισμούς που αναλύονται παρακάτω, στο πλαίσιο των περιορισμών της παρούσης φάσης του Έργου, ζητήθηκε από κάθε υπεύθυνο των ομάδων MDCs να αξιολογήσουν τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) κάθε ΚΕΝ και να προτείνουν τυχόν απαιτούμενες τροποποιήσεις.

Δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες και διευκρινίσεις για τη λογική των DRGs όσον αφορά στη ΜΔΝ.

Με βάση την προαναφερθείσα διαδικασία διαμορφώθηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε ΚΕΝ που περιλαμβάνεται στην ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011. Όπως γίνεται φανερό, σε μικρό αριθμό αυτών προτάθηκε αναθεώρηση της ΜΔΝ.

Κατά τη διαδικασία αυτή προέκυψαν τα εξής:

- Κατά κανόνα, ομάδες των γιατρών έτειναν να εστιάζουν στις υψηλότερες πιθανές ΜΔΝ των περιστατικών τους, εκφράζοντας ανησυχία.
- Αριθμός ομάδων των γιατρών παραδέχθηκαν τις 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.

Σημειώνεται ότι η παρούσα μεθοδολογία χαρακτηρίζεται από περιορισμούς οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην κλινική εμπειρία των ατόμων που αποτελούσαν την ομάδα του εκάστοτε MDC. Δηλαδή, οι προτάσεις αναθεώρησης της ΜΔΝ αποτελούν εμπειρογνωμοσύνη (expert opinion) των συγκεκριμένων ειδικών. Δεν έγινε καμιά διαδικασία ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας συναίνεσης (expert consensus panel groups) (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

3.5. Τιμές ελληνικών ΚΕΝ

Παρά το γεγονός ότι αντίστοιχα συστήματα χρηματοδότησης και αποζημίωσης έχουν εισαχθεί από μακρού στα υγειονομικά συστήματα ανά τον κόσμο, στη χώρα μας, οι σχετικές πρώιμες προσπάθειες παραμένουν ατελέσφορες και το εγχείρημα αυτό αν και θεωρείται μεγίστης σημασίας παραμένει σε εκκρεμότητα. Δεδομένου ότι η εισαγωγή των ΚΕΝ μπορεί να συμβάλει σε *μείζονες αλλαγές στην τεχνολογία παραγωγής των υγειονομικών υπηρεσιών*, στη σχέση της ασφάλισης υγείας με τα νοσοκομεία και γενικά τους προμηθευτές υγείας και, ακόμη, στη βελτίωση της αποδοτικής χρήσης των πόρων και την ιατρική αποτελεσματικότητα συνιστά σημαντική εξέλιξη ότι επιχειρείται σε δυσχερείς συνθήκες.

Τα ΚΕΝ βασίζονται στην αρχή “money follows the patient” (“τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή”) δια της οποίας μπορεί να επιτευχθεί η αποδοτική αλλά και δίκαιη κατανομή των πόρων και η κινητοποίηση μέγιστης προσπάθειας για τη βελτίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών αλλά επίσης και στο κριτήριο “value for money” δια του οποίου διασφαλίζεται η οικονομική αποδοτικότητα και η αξία της επένδυσης στις συγκεκριμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες.

Αξίζει να σημειωθεί με έμφαση ότι *τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης έχουν επίδραση στη λειτουργία του συστήματος υγείας* καθώς επίσης και στις διαδικασίες αξιολόγησης και ως εκ τούτου το εγχείρημα δεν περιορίζεται σε μια περιορισμένη τεχνική προσέγγιση, αλλά έχει ευρύτερης σημασίας διαρθρωτικό χαρακτήρα.

Όπως είναι γνωστό στη χώρα μας δεν υπάρχουν αναλυτικά δεδομένα των νοσολογικών περιπτώσεων στα ελληνικά νοσοκομεία, τα οποία να καταγράφονται με ηλεκτρονικό τρόπο και με βάση τις έγκυρες διεθνείς ταξινομήσεις (ICD-10, ICPC-2, EDMA, GMDN, CPT ή άλλες συναφείς) και ως εκ τούτου *δεν είναι δυνατή η κωδικοποιημένη και ταξινομημένη συγκέντρωση πληροφορίας δια της οποίας προσδιορίζεται η σύνθεση και ο όγκος των ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων* οι οποίοι δεσμεύονται για την εκτέλεση ιατρικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών.

Επιπροσθέτως *δεν υφίσταται επί του παρόντος σύστημα αναλυτικής κοστολόγησης ανά μονάδα κόστους* και κατά συνέπεια δεν είναι δυνατή η ανάπτυξη μηχανισμού τεκμηριωμένης κοστολόγησης και τιμολόγησης. Υπό το πρίσμα αυτό η αναλυτική

προσέγγιση δεν είναι εφικτή ακόμα και στην περίπτωση κατά την οποία είναι διαθέσιμη η περιγραφική προσέγγιση των ιατρικών και άλλων κλινικών διαδικασιών.

Η διαδικασία κοστολόγησης ενός DRG και η αντίστοιχη διερεύνηση της διαθεσιμότητας των απαραίτητων δεδομένων στη χώρα μας παρουσιάζεται στο πλαίσιο που ακολουθεί.

Σχηματικά, η τιμολόγηση των DRGs διεθνώς ακολουθεί μια πρακτική μικροκοστολόγησης στο επίπεδο του ασθενούς, με βάση τη διάγνωση και τους αντίστοιχους καταναλισκόμενους πόρους για τη θεραπεία. Για το σκοπό αυτό επιλέγεται ένα δείγμα νοσοκομείων με αναλυτικό σύστημα καταγραφών, δίνεται ένα περιθώριο προοπτικής καταγραφής των περιπτώσεων και, εν συνεχεία, ακολουθεί στατιστική επεξεργασία και παραγωγή εκτιμητριών για τους πραγματικούς μέσους στον πληθυσμό. Η διαδικασία αυτή κατά την εισαγωγή ενός συστήματος DRG διαρκεί από 2-5 έτη αναλόγως της ωριμότητας του συστήματος. Η σύνθεση του κόστους ενός DRG στην πιο απλή περίπτωση εκτίμησης καταγράφεται στην εξίσωση που ακολουθεί.

Στον πίνακα αναλύονται οι όροι της εξίσωσης, αλλά και η διαθεσιμότητα των δεδομένων για τον Ελληνικό χώρο (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

$$CDRG = C_{OHD} \times LOS + \sum(MP \times C_{MP}) + \sum(D \times C_D) + \sum(E \times C_E)$$

Πίνακας 3.2: Όροι εξίσωσης και διαθεσιμότητα για τον Ελληνικό χώρο

Μεταβλητή	Επεξήγηση	Διαθεσιμότητα στην Ελλάδα
COHD	Κόστος παγίων και διοικητικών υπηρεσιών	Εφικτή
LOS	Μέση διάρκεια νοσηλείας (ανά ΚΕΝ)	Εφικτή
MP	Ιατρική πράξη, κωδικοποιημένη με ένα σύστημα ταξινόμησης (έκαστη πράξη)	Δεν υπάρχει
CMP	Κόστος της εκάστοτε ιατρικής πράξης (προερχόμενο από κοστολογημένη ταξινόμηση)	Δεν υπάρχει

Σ(MP x CMP)	Το άθροισμα των γινομένων των πράξεων επί το μοναδιαίο κόστος κάθε πράξης	Μη εφικτό
D	Φάρμακα που χορηγούνται στον ασθενή, κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης	Αμφισβητούμενο
CD	Κόστος για κάθε φάρμακο (με κάποιο τυποποιημένο τρόπο, όπως το ΚΗΘ, αλλά αντίστοιχο της ταξινόμησης φαρμάκων)	Εφικτό
Σ(D x CD)	Το άθροισμα των γινομένων των χορηγούμενων φαρμάκων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό
E	Αναλώσιμα (κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης και κοστολογημένα)	Δεν υπάρχει
CE	Κόστος για κάθε υλικό	Δεν υπάρχει
Σ(E x CE)	Το άθροισμα των γινομένων των χρησιμοποιούμενων αναλωσίμων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Υπό το πρίσμα των παραπάνω δεδομένων, η ομάδα εργασίας βασίστηκε στις εξής παραδοχές:

- στην επιλογή της αυστραλιανής εκδοχής (AR-DRGs) ονοματολογίας και ταξινόμησης, όπως έχει γίνει αποδεκτή από το ΥΥΚΑ και
- στη διερεύνηση του υπολογισμού των σχετικών βαρών (cost weights)

από χώρες οι οποίες χρησιμοποιούν ανάλογα συστήματα (Αυστραλία, Γερμανία, Ηνωμένες Πολιτείες και ΠΓΔΜ) σε συνδυασμό με ενδελεχή μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας από άλλες χώρες.

Η επιλογή των χωρών έγινε με βάση:

- το κριτήριο ότι εκφράζουν διαφορετικά ιατροασφαλιστικά συστήματα,

- την εμπειρία και την αποδοχή των συστημάτων DRGs καθώς επίσης και τη δυνατότητα τροποποίησης και προσαρμογής του αυστραλιανού υποδείγματος,
- τη μόχλευση των ταξινομήσεων και των σχετικών ειδικών βαρών των συστημάτων DRGs των χωρών αυτών, από την οποία προέκυψε η συσχέτιση μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων των χωρών που εξετάστηκαν, η οποία με μικρές αποκλίσεις εμφανίζει ίδια περιθώρια κατανομής των τιμών DRGs στις εξεταζόμενες χώρες
- τον υπολογισμό του πολλαπλασιαστή βάσης (base rate) σύμφωνα με τα απολογιστικά οικονομικά δεδομένα του 2010, τις εκτιμήσεις του 2011 και τις προβλέψεις του 2012 από τις σχετικές επίσημες πηγές,
- την παραδοχή ότι οι στρατηγικές της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας είναι αντίστοιχες στις χώρες επί των οποίων βασίστηκε το υπόδειγμα,
- στην εκτίμηση του ειδικού βάρους των συντελεστών παραγωγής (εργασία, τεχνολογία) ενός εκάστου KEN σύμφωνα με το Αυστραλιανό υπόδειγμα και την στάθμισή του με εμπειρικά δεδομένα της ΕΣΔΥ και
- στην προσαρμογή των οικονομικών δεδομένων του τομέα της υγείας στην ελληνική οικονομική πραγματικότητα.

Η βασική πηγή για τον υπολογισμό του κόστους ανά KEN είναι ο κατάλογος των σχετικών βαρών των AR-DRGs Version 6.0. Η διαδικασία στηρίζεται στην εκτίμηση του συνολικού κόστους κάθε KEN βάσει του πολλαπλασιασμού του σχετικού βάρους, όπως προκύπτει από τον Αυστραλιανό κατάλογο, επί τη σταθερά βάσης, η οποία έχει εκτιμηθεί για διαφορετικά έτη και για διαφορετικά επίπεδα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Ιδιαιτέρως περίπλοκη ήταν η διαδικασία παραγωγής καταλόγων τιμών των KEN, οι οποίοι θα διαχώριζαν το συνολικό κόστος κάθε KEN στις συνιστώσες του κόστους εργασίας και του συνολικού κόστους μείον του κόστους εργασίας (χάριν συντομίας το κόστος αυτό θα αποκαλείται από εδώ και στο εξής, *κόστος τεχνολογίας*). Η ανάγκη αυτή προκύπτει από την ιδιαιτερότητα του Ελληνικού συστήματος της νοσοκομειακής φροντίδας, όπου οι μισθοί του προσωπικού προέρχονται από διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης, έναντι του υπόλοιπου κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου.

Συνεπώς, πληρωμή του συνολικού κόστους ανά ΚΕΝ από την ασφάλιση (δηλαδή του κόστους συμπεριλαμβανομένων των μισθών) θα είχε ως αποτέλεσμα «διπλές χρεώσεις» για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Παρόλο που κρίνεται απολύτως απαραίτητη η ενσωμάτωση των μισθών στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, για λόγους βελτίωσης της οικονομικής και της διοικητικής αποδοτικότητας των οργανισμών, για το διάστημα που θα μεσολαβήσει έως τη διαρθρωτική αυτή αλλαγή, ήταν αναγκαίο να διαχωριστεί σε κάθε ΚΕΝ το τμήμα του κόστους το οποίο αφορά στη χρήση του συντελεστή *εργασία* και στη χρήση του συντελεστή *τεχνολογία*. Το εγχείρημα αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο, δεδομένου ότι το μίγμα των συντελεστών είναι διαφορετικό σε κάθε πράξη (άλλες νοσηλίες είναι *εντάσεως εργασίας* ενώ αρκετές κατατάσσονται σε λεγόμενες *εντάσεως τεχνολογίας*).

Συνεπώς, ο απλός επιμερισμός της μακροοικονομικής συμβολής στο συνολικό κόστος των νοσοκομείων στη βάση της αναλογίας 45-55 (τεχνολογία-μισθοί) θα παρήγαγε λανθασμένες εκτιμήσεις και πιθανότατα στρεβλώσεις, μέσω των οικονομικών κινήτρων, στο συνολικό φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για την αντιμετώπιση της απαίτησης αυτής, χρησιμοποιήθηκε ως βάση ο επιμερισμός του κόστους ανά DRG στα cost components (επιμερισμός με βάση τα κέντρα κόστους) όπως εκτιμάται στον Αυστραλιανό κατάλογο. Τα κέντρα κόστους καταγράφονται στον Πίνακα που ακολουθεί (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

Πίνακα 3.3: Κέντρα κόστους

Cost Components	Απόδοση στα Ελληνικά
Ward Medical	Μισθοί ιατρών
Ward Nursing	Μισθοί νοσηλευτών
Non clinical salaries	Μισθοί υπαλλήλων του νοσοκομείου, οι οποίοι δεν ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό
Pathology	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο σύνολο των εξετάσεων βιοπαθολογίας
Imaging	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο σύνολο των απεικονιστικών εξετάσεων
Allied	Μισθοί υγειονομικών υπαλλήλων, οι οποίοι όμως δεν

	είναι ιατροί ή νοσηλευτές
Pharmacy	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στη συνολική λειτουργία της χορήγησης φαρμάκων στο νοσοκομείο
Critical Care	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στην εντατική φροντίδα
Operating Rooms	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στα χειρουργεία
Emergency Depts	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών
Supplies	Αναλώσιμα
Special Procedure Suites	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί σε υποδομές για τη διεξαγωγή ειδικών παρεμβάσεων
Pros-theses	Συσκευές υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας
On-Costs	Πρόσθετες αμοιβές προσωπικού
Hotel	Ξενοδοχειακή υποδομή
Depreciations	Αποσβέσεις

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Κάθε κέντρο κόστους χρειάστηκε να επιμεριστεί στη συμβολή του μισθολογικού και μη μισθολογικού κόστους. Για τη διακρίβωση της συμβολής πέραν των προφανών (μισθοί ιατρικού προσωπικού, νοσηλευτών κ.ά.) έγινε σύντομη έρευνα σε δείγμα Ελληνικών νοσοκομείων. Εν τέλει, η βαρύτητα του μισθολογικού και μη μισθολογικού κόστους για κάθε cost component εμφανίζεται στον Πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακα 3.4: Βαρύτητα του μισθολογικού και μη μισθολογικού κόστους για κάθε cost component

Cost Components	% Κόστους Εργασίας	% Κόστους Τεχνολογίας
Ward Medical (WM)	100%	0%
Ward Nursing (WN)	100%	0%
Non clinical salaries (NCS)	100%	0%

Pathology (P)	15%	85%
Imaging (I)	18%	82%
Allied (A)	85%	15%
Pharmacy (Ph)	12%	88%
Critical Care (CC)	40%	60%
Operating Rooms (OR)	35%	65%
Emergency Depts (ED)	30%	70%
Supplies (S)	0%	100%
Special Procedure Suites (SPS)	0%	100%
Prostheses (Pr)	0%	100%
On-Costs (OnC)	100%	0%
Hotel (H)	28%	72%
Depreciations (D)	0%	100%

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Όπως ήδη σημειώθηκε, η απουσία κλινικών δεδομένων από τα ελληνικά νοσοκομεία και η αδυναμία υιοθέτησης οποιασδήποτε αναλυτικής ποσοτικής μεθόδου έχει ως αποτέλεσμα το γεγονός ότι οι διαφοροποιήσεις στην κλινική πρακτική, οι οποίες δυνητικά μπορεί να υπάρχουν στη χώρα μας δεν μπορούν να ενσωματωθούν στη βραχυπρόθεσμη προοπτική και επ' αυτού απαιτείται μια μακρά και σύνθετη διαδικασία. Αυτή η προσέγγιση είναι αναγκαίο να βασίζεται στην πλήρη εισαγωγή των ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων οι οποίες είναι αποδεκτές από τη διεθνή κοινότητα, στην προετοιμασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα ζητήματα αυτά και στην προετοιμασία ενός μηχανισμού συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης των ιατρικών δεδομένων. Στα πλαίσια αυτά, τα επιπλέον ΚΕΝ (5) που έχουν ενταχθεί στην ισχύουσα λίστα και δε διαθέτουν συντελεστή βαρύτητας, καθώς και αυτά τα οποία πρόκειται να ενταθούν σταδιακά στο σύστημα, προϋποθέτουν επίσης διαδικασίες αναλυτικής προσέγγισης.

Ακόμη, μια αναλυτική ποσοτική προσέγγιση προϋποθέτει την ύπαρξη συστηματικών κοστολογικών δεδομένων, τα οποία επίσης επί του παρόντος δεν είναι

διαθέσιμα, δεδομένου ότι δεν υφίστανται κέντρα κόστους στα νοσοκομεία της χώρας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

Πίνακας 3.5: Παράδειγμα ΚΕΝ ICD-10 για Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ)

ΚΩΔΙΚ. ΚΕΝ (*)	Νέο ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	Νέα ΜΔΝ (**)	Νέο Κόστος ΚΥΑ 1/2/12	Υφιστάμενο κόστος ανά ΚΕΝ ΚΥΑ 1/10/11
ΤΚΑ 19	Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ)			
Ψ20Α	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών με ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ημερήσια νοσηλεία	1	148 €	148 €
Ψ40Α	Θεραπεία ψυχικών διαταραχών χωρίς ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ημερήσια νοσηλεία	1	140 €	140 €
Ψ41Α	Σχιζοφρένεια	21	3.066 €	3.066 €
Ψ42Μ	Παράνοια και οξεία ψυχωσική διαταραχή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιλοκές ή με νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας	15	3.268 €	3.268 €
Ψ42Χ	Παράνοια και οξεία ψυχωσική διαταραχή	8	1.331 €	1.331 €

	χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές χωρίς νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας			
Ψ43A	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	14	2.568 €	2.568 €
Ψ44A	Άλλες συναισθηματικές και σωματόμορφες διαταραχές	7	1.152 €	1.152 €
Ψ45A	Αγχώδεις διαταραχές	4	965 €	965 €
Ψ46A	Διαταραχές στη λήψη τροφής και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	20	4.171 €	4.171 €
Ψ47A	Διαταραχές προσωπικότητας και οξείες αντιδράσεις	6	1.214 €	1.214 €
Ψ48A	Ψυχικές διαταραχές παιδικής ηλικίας	10	3.261 €	3.261 €

(*) 1ο γράμμα = ΤΚΑ, 2ος-3ος αριθμός = ΚΕΝ, 4ο γράμμα = Μ (με επιπλοκές), Χ (χωρίς επιπλοκές), Α (άνευ άλλων ενδείξεων).

(**) ΜΔΝ = Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα 5ης ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
<http://www1.dypethessaly.gr/hospitals/DRGs2012/Forms/AllFiles.aspx>

3.6. Επιπτώσεις στην πολιτική υγείας

Η παρούσα πρόταση βασίζεται στην παραδοχή της προσδιορισμένης και προκαθορισμένης τελικής νοσοκομειακής δαπάνης στο δημόσιο τομέα της υγείας και ως εκ τούτου διαμορφώνεται στα πλαίσια ενός “εθνικού προϋπολογισμού νοσοκομειακής περίθαλψης” (hospital global budget). Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτουν ενδιαφέροντα ευρήματα σχετικά με τη σύνθεση των συντελεστών παραγωγής (εργασία και τεχνολογία) στο σύνολο της χώρας αλλά και ανάλογα με το επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης και το μέγεθος του νοσοκομείου, τα οποία παραπέμπουν σε αξιολογήσεις σχετικά με την αποδοτικότητα και αναδύουν ζητήματα φθινουσών αποδόσεων ή αντι-οικονομιών κλίμακας. Επιπροσθέτως, η συγκριτική αξιολόγηση του πολλαπλασιαστή βάσης μεταξύ διαφόρων χωρών ως ένδειξης του κόστους παραγωγής, έχει επίσης εξαιρετικό ενδιαφέρον δεδομένου ότι, ομού με τις διαφοροποιήσεις του πολλαπλασιαστή βάσης στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας, παρέχει ισχυρά επίσης τεκμήρια για το βαθμό της αποδοτικής χρήσης των πόρων και του κόστους παραγωγής. Εξ’ αυτού προκύπτει η δυνατότητα ανίχνευσης των μη αποδοτικών διαστάσεων της νοσοκομειακής περίθαλψης και συνακόλουθα η διερεύνηση της έκτασης και του χαρακτήρα ρυθμιστικών παρεμβάσεων ώστε να είναι εφικτή η επίτευξη της αποδοτικότητας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

3.7. Ανάπτυξη των ΚΕΝ

Δοθέντων των προβλημάτων τα οποία παρουσιάζονται στην ασφάλιση υγείας αλλά και στο σύνολο του νοσοκομειακού τομέα και τα οποία εντείνονται από τα προβλήματα της οικονομίας και των δημοσίων οικονομικών, η προσέγγιση αυτού του εγχειρήματος απαιτεί συνεχή εξέλιξη και αναλυτική προσέγγιση ώστε οι ανταλλαγές να πραγματοποιούνται με πραγματικές τιμές στην αμφίδρομη ροή υπηρεσιών και χρημάτων και να απεικονίσουν με πληρέστερη μορφή την παραγωγική δραστηριότητα του υγειονομικού τομέα.

Προς τούτο η αναλυτική προσέγγιση, η οποία συστήνεται στο κείμενο αυτό, είναι αναγκαία με τις προϋποθέσεις που έχουν σημειωθεί και τον κατάλληλο και επαρκή χρόνο διαμόρφωσης 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.

Προς αυτή την κατεύθυνση ο προσδιορισμός ενός εστιακού σημείου (υπηρεσία στο υπουργείο ή άλλο δημόσιο ίδρυμα) για την παρακολούθηση, την προσαρμογή και εξέλιξη των ΚΕΝ είναι αναγκαία. Ακόμη η προσθήκη, αναπροσαρμογή ενός εκάστου ΚΕΝ καθώς και η ενσωμάτωση νέων ΚΕΝ οφείλει να γίνεται από αυτό το εστιακό σημείο ή άλλο αρμόδιο όργανο, μετά από αναλυτική προσέγγιση του κόστους σε συνδυασμό με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

3.8. ICD-10 και ιατρικές πράξεις των ΚΕΝ

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 εγγραφών (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 ΚΕΝ 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 διάφορα 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 το 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 grouper. 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 2008, έργο την επιστημονική ευθύνη του οποίου είχε η ΕΣΔΥ. 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 KEN 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 KEN. Εδώ βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι στο ελληνικό υγειονομικό τομέα δεν υπάρχει προηγούμενη κουλτούρα, εμπειρία και εξοικείωση με τις ταξινομήσεις.

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).

Στόχος του παρόντος τμήματος εργασίας (work package) στο πλαίσιο του παρόντος Έργου ήταν η αντιστοίχιση των ελληνικών κωδικών ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων με τα KEN.

Όσον αφορά στην πληρότητα των αντιστοιχίσεων, συνολικά, το 81% των KEN διαθέτουν αντιστοίχιση με κωδικούς ICD-10, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό που διαθέτει αντιστοίχιση με κωδικούς ιατρικών πράξεων είναι μικρότερο (63%).

Σημειώνεται, ότι για τα MDC-06 (πεπτικό), MDC-08 (μυοσκελετικό), MDC-13 (γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα), MDC-14 (εγκυμοσύνη, τοκετός και λοχεία), και MDC-15 (νεογνά) η αντιστοίχιση των ιατρικών πράξεων ήδη διατίθεται στην διαδικτυακή εφαρμογή, και όταν γίνει εξαγωγή του υλικού αυτού σε μορφή διαχειρίσιμου ηλεκτρονικού αρχείου, θα συμπληρωθούν τα αντίστοιχα αρχεία excel που κατατίθενται ως παραδοτέο υλικό.

Από την επεξεργασία του υλικού των αντιστοιχίσεων προέκυψαν τα εξής:

- 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.
- Υπήρχαν λανθασμένοι κωδικοί που διορθώθηκαν [ελληνικός αλφαριθμητικός κωδικός ICD-10 αντί για αγγλικός, έλλειψη αστερίσκου (*) ή σταυρού (+), κωδικοί που δεν υπάρχουν στην ταξινόμηση ICD-10 2008].
- Υπάρχει διαφοροποίηση των ομάδων ως προς το υλικό που παραδόθηκε.
- 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.
- Επίσης, 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.

- 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.
- Από τη μελέτη του υλικού των αντιστοιχίσεων, και με 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.
- 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 (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

3.9. Παρατηρήσεις

- Αν και κατά την τιμολόγηση κατά ΚΕΝ, στο Τιμολόγιο θα αναγράφεται μόνο το τελικό κόστος του ή των ΚΕΝ της νοσηλείας του ασθενή, χωρίς περαιτέρω ανάλυση (σύμφωνα με τη φιλοσοφία των «κλειστών» νοσηλίων), το Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης θα πρέπει να διαθέτει τη δυνατότητα τήρησης σε ηλεκτρονικό αρχείο πλήρους αναλυτικής κατάστασης του κόστους κάθε νοσηλείας (αναλυτικές χρεώσεις φαρμάκων, υλικών, εξετάσεων, υπηρεσιών, κτλ που χρησιμοποιήθηκαν), εφόσον αυτό ίσχυε και κατά την παλαιά τιμολόγηση, έτσι ώστε το νοσοκομείο να είναι σε θέση να πραγματοποιεί ελέγχους, να γνωρίζει αναλυτικά τα πλήρη κοστολογικά στοιχεία, αλλά και να χρησιμοποιεί τα ανωτέρω αναλυτικά στοιχεία για την ενημέρωση του κυκλώματος της Αναλυτικής Λογιστικής (όπου αυτό έχει υλοποιηθεί).

- Όπως προαναφέρθηκε, για κάποιο διάστημα (πilotική εφαρμογή 9-30/9/2011), οι δύο τρόποι τιμολόγησης θα λειτουργήσουν παράλληλα. Επομένως θα πρέπει ο χρήστης (υπάλληλος λογιστηρίου ασθενών) να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει με ποια μέθοδο θα εκδοθεί και εκτυπωθεί το πραγματικό τιμολόγιο και με ποια θα πραγματοποιηθεί κανονική τιμολόγηση χωρίς όμως εκτύπωση του πραγματικού τιμολογίου.
- Προφανώς ο τρόπος που θα ενσωματωθεί η νέα διαδικασία Τιμολόγησης στην παλαιά, εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από τον τρόπο με τον οποίο έχει υλοποιηθεί η μηχανογραφική διαδικασία Τιμολόγησης στην κάθε εφαρμογή. Ένας συνήθης τρόπος υλοποίησης είναι με τη χρήση διαφορετικών τιμοκαταλόγων. Στην περίπτωση αυτή η διαδικασία ενσωμάτωσης είναι σχετικά απλή, αφού η τιμολόγηση κατά ΚΕΝ ουσιαστικά σημαίνει την προσθήκη ενός ή περισσότερων επί πλέον τιμοκαταλόγων, ενώ παρέχεται η δυνατότητα χρήσης των παλαιών ή νέων τιμοκαταλόγων ανά περίπτωση, ανάλογα αν πρόκειται για τιμολόγηση κανονικής νοσηλείας, αναβάθμισης, κτλ. Άλλωστε νοσήλια κλειστού τύπου χρησιμοποιούνται ήδη σε αρκετά είδη νοσηλείων (π.χ. καρδιοχειρουργική επέμβαση, κ.ά) επομένως τα περισσότερα Πληροφοριακά Συστήματα Τιμολόγησης θα πρέπει κανονικά να υποστηρίζουν ήδη τέτοιους τρόπους τιμολόγησης. Για την εισαγωγή των ΚΕΝ απλά επεκτείνονται οι τρόποι αυτοί σε όλο το εύρος των νοσηλείων χρησιμοποιώντας τα περίπου 700 ΚΕΝ.
- Αν το Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης αποτελεί μέρος ευρύτερου ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος που ενημερώνει και το λογιστικό κύκλωμα (Γενική και Αναλυτική Λογιστική) ίσως απαιτηθεί προσαρμογή των χρησιμοποιούμενων «γεφυρών» προς τα άλλα πληροφοριακά συστήματα. Για παράδειγμα, θα μπορούσε κατά την ενημέρωση του λογιστικού κυκλώματος να λαμβάνονται υπόψη οι κωδικοί ΚΕΝ (ίσως με πιθανή ενσωμάτωσή τους στο χρησιμοποιούμενο Λογιστικό Σχέδιο ώστε να φαίνεται η πηγή των εσόδων). Άλλο παράδειγμα αποτελεί ο τρόπος που θα μεταφέρονται και κατανέμονται σε Κέντρα Κόστους στην Αναλυτική Λογιστική οι «συνολικές» τιμολογήσεις των ΚΕΝ. Αυτό θα μπορούσε να γίνει π.χ. με αυτόματη αναλογική προσαρμογή των επί αναλυτικών χρεώσεων, ώστε το άθροισμά τους να δίνει το κόστος του ΚΕΝ. Τέτοιου είδους θέματα θα πρέπει να αποτελέσουν επίσης σημείο συζήτησης των νοσοκομείων με τις προμηθεύτριες εταιρίες των πληροφοριακών συστημάτων,

ώστε η μετάβαση στο νέο τρόπο τιμολόγησης να μη δημιουργήσει προβλήματα στα τυχόν διασυνδεδεμένα με το υποσύστημα τιμολόγησης λοιπά πληροφοριακά συστήματα.

- Εκτός από την αμιγώς «μηχανογραφική» προετοιμασία των Πληροφοριακών Συστημάτων Τιμολόγησης η οποία όπως προαναφέρθηκε θα γίνει σε συνεργασία με τους προμηθευτές των συστημάτων αυτών, απαιτείται ακόμη και μια σχετική «διοικητική» προετοιμασία εντός του νοσοκομείου για την ομαλή εφαρμογή των ΚΕΝ και η οποία βεβαίως εξαρτάται από τον τρόπο εργασίας και οργάνωσης κάθε νοσοκομείου. Ενδεικτικά αναφέρουμε:
 - Καθορισμός Ομάδας Διαχείρισης ΚΕΝ (ΟΔΚΕΝ) σε κάθε νοσοκομείο που θα αναλάβει την αρχική υποστήριξη των χρηστών στη χρήση των ΚΕΝ καθώς και την επικοινωνία με το HelpDesk και την Ομάδα Εφαρμογής των ΚΕΝ στο ΥΥΚΑ. Κανονικά η ομάδα αυτή θα πρέπει ήδη να έχει συσταθεί σε κάθε νοσοκομείο με βάση την Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ **Αρ.Πρωτ. οικ.68460, 17/6/2011**. Σκόπιμο είναι στην ομάδα αυτή να συμμετέχουν έμπειρα στελέχη τόσο της Ιατρικής και Νοσηλευτικής όσο και της Διοικητικής Υπηρεσίας (Γρ.Κίνησης/Λογιστήριο Ασθενών) υπό την άμεση εποπτεία του Διοικητικού Δ/ντή ή του Διοικητή, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η ταχεία διείσδυση του νέου τρόπου λειτουργίας της τιμολόγησης σε όλη την αλυσίδα διακίνησης/τιμολόγησης του ασθενή. Η ομάδα αυτή επίσης θα έχει το σημαντικό καθήκον να υποβοηθά τους υπαλλήλους του Λογιστηρίου ασθενών σε περιπτώσεις αμφιβολιών για το ποιο ΚΕΝ να χρησιμοποιήσουν (βλ. και Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ Αρ.Πρωτ. 94622, 23/08/2011, παράγραφο 2.3), επομένως είναι απαραίτητη η συμμετοχή ιατρού κατάλληλης κάθε φορά ειδικότητας, που θα διευκρινίζει ιατρικής φύσεως ζητήματα σχετικά με το ποιος κωδικός (ή κωδικοί) ΚΕΝ ταιριάζουν καλύτερα στη συγκεκριμένη νοσηλεία του ασθενή.
 - Διαθεσιμότητα (σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή) σε κάθε σημείο που οι ιατροί εκδίδουν εξιτήρια (π.χ. νοσηλευτικοί σταθμοί, γραφεία ιατρών, κτλ) καταλόγων με τους κωδικούς ICD-10 και τους κωδικούς ιατρικών πράξεων, και μάλιστα με το τμήμα των καταλόγων αυτών που αφορά την εξειδίκευση κάθε νοσηλευτικού τμήματος (π.χ. σε ένα χειρουργικό τμήμα απαιτείται μόνο το τμήμα των καταλόγων αυτών που αναφέρονται σε χειρουργικές

κωδικοποιήσεις), έτσι ώστε να διευκολύνονται οι ιατροί στην ταχεία ανεύρεση των κωδικών. Η ηλεκτρονική διάθεση των καταλόγων μπορεί να γίνει είτε κεντρικά μέσω του ενδο-νοσοκομειακού intranet είτε με τοπικά αρχεία σε κάθε σταθμό εργασίας που ευρίσκεται σε σημείο έκδοσης εξιτηρίων.

- Διαθεσιμότητα στα έντυπα των ιατρικών εξιτηρίων που συμπληρώνουν οι ιατροί, χώρου (πεδίων) όπου θα συμπληρώνονται οι κωδικοί ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων. Προκειμένου να μην σχεδιασθούν και εκτυπωθούν άμεσα νέα έντυπα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η λύση μιας σφραγίδας με τα πεδία αυτά.
- Έλεγχος των εντύπων εκτύπωσης των τιμολογίων (ή ΑΠΥ) και ενδεχόμενος επανασχεδιασμός τους προκειμένου να ανταποκρίνονται στην (πολύ βραχύτερη) νέα εκτύπωση, κτλ

Όπως είναι προφανές, είναι στην ευχέρεια και ευθύνη κάθε νοσοκομείου να επισημάνει έγκαιρα και επιλύσει τέτοιου είδους οργανωτικά θέματα, ακολουθώντας και τις οδηγίες των Εγκυκλίων του ΓΓ ΥΥΚΑ Αρ.Πρωτ. οικ.68460, 17/6/2011 και Αρ.Πρωτ. οικ.94622, 23/8/2011 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

3.10. Αποτελέσματα

Από τα δεδομένα του υποδείγματος στο οποίο απεικονίζονται τα συνολικά μεγέθη του νοσοκομειακού τομέα με βάση τα απολογιστικά στοιχεία του 2010, τις εκτιμήσεις του 2011 και τις προβλέψεις του 2012 από τις επίσημες κρατικές πηγές, υπολογίζεται ότι ο εθνικός πολλαπλασιαστής βάσης είναι 2899,15 για το 2010, 2279,39 για το 2011 και 2107,75 για το 2012. Αυτή είναι μια ασφαλής υπόθεση εργασίας, δεδομένου ότι περικλείει το σύνολο των περιπτώσεων (case mix) στη χώρα. Από την ανάλυση προκύπτει με βάση τα εμπειρικά δεδομένα η διαφοροποίηση του πολλαπλασιαστή βάσης για την τεχνολογία και την εργασία στο σύνολο της χώρας επίσης ως ασφαλής εκτίμηση.

Υπό το πρίσμα αυτό και με βάση την παραδοχή ότι η τεχνική των AR-DRG έχει κατ' αντιστοιχία εφαρμογή στη χώρα μας, ο υπολογισμός του κόστους των ΚΕΝ μπορεί να γίνει σε σχετικά ικανοποιητικό βαθμό. Ο πολλαπλασιαστής βάσης διαφοροποιείται συνολικά αλλά και στο τμήμα της τεχνολογίας και της εργασίας μεταξύ των

νοσοκομειακών μονάδων κατά κατηγορία μεγέθους και οι σχετικές τιμές πρέπει να προσληφθούν κατ' εκτίμηση δεδομένου ότι το μίγμα των περιπτώσεων στα νοσοκομεία αυτά διαφέρει και σε ορισμένες περιπτώσεις η διαφορά αυτή μπορεί να είναι σημαντική.

Παρά το γεγονός αυτό, οι ενδείξεις αυτές πρέπει να συνυπολογιστούν δεδομένου ότι αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές στην αποδοτική χρήση των πόρων κυρίως στις μικρότερες νοσοκομειακές μονάδες οι οποίες εμφανίζουν υψηλό κόστος εργασίας το οποίο ενδεχομένως οφείλεται στην ύπαρξη αντι-οικονομιών κλίμακος ή/και στην υποαπασχόληση των συντελεστών παραγωγής, σε αντίθεση με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και ορισμένα τριτοβάθμια τα οποία παρά την υποδοχή βαρέως μίγματος περιπτώσεων έχουν καλύτερη οικονομική συμπεριφορά.

Εικάζεται ότι η αύξηση του αριθμού των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας είναι συνδυασμός της αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των πιέσεων, οι οποίες ασκούνται από την οικονομική κρίση και κυρίως την ανεργία και τον υπερδανεισμό των νοικοκυριών αλλά και του φαινομένου της αντίστροφης υποκατάστασης των υπηρεσιών, δεδομένου ότι οι σχετικές τιμές και τα ποσοστά συνασφάλισης για τους χρήστες στα νοσοκομεία είναι μικρότερα από τα αντίστοιχα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από τις εκτιμήσεις για τον υπολογισμό του πολλαπλασιαστή βάσης κατά βαθμίδα νοσοκομείων.

Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει επίσης ο λόγος του πολλαπλασιαστή βάσης σε σχέση με το κατά κεφαλή ακαθάριστο προϊόν σε σύγκριση με άλλες χώρες είναι υψηλός σε σχέση με την Αυστραλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες και σχετικά υψηλός σε σχέση με τη Γερμανία για παράδειγμα, πράγμα το οποίο παραπέμπει στην ανάγκη διαρθρωτικών παρεμβάσεων στο νοσοκομειακό σύστημα της χώρας οι οποίες εκφεύγουν του πλαισίου αυτού, αλλά προδήλως συνδέονται με το κόστος τεχνολογίας (0.46 σε εθνική βάση) και το κόστος εργασίας (0.54 σε εθνική βάση). Η σχέση αυτή διαφοροποιείται σε μείζονα βαθμό ανάλογα με τη βαθμίδα και το μέγεθος το οποίο μπορεί να επιλυθεί με την αναλυτική ποσοτική προσέγγιση (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

3.11. Προτάσεις

Η βέλτιστη εκδοχή υπό τις παρούσες συνθήκες είναι η καθιέρωση:

- *συνολικών ΚΕΝ τα οποία εμπεριέχουν το κόστος εργασίας και τεχνολογίας από κοινού,*
- *η προσαρμογή της τιμής του ΚΕΝ με βάση το κόστος το οποίο προκύπτει από την εμπειρική έρευνα σύμφωνα με το επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης (τριτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή άλλη δομή), το μέγεθος του νοσοκομείου (μικρά, μεσαία, μεγάλα) την πραγματική δέσμευση πόρων για νοσηλεία και πρωτοβάθμια περίθαλψη (75% έως 85% της δραστηριότητας του νοσοκομείου με ακραίες τιμές για τα νοσοκομεία – κέντρα υγείας και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία),*
- *η δημιουργία μικρού αποθεματικού (οιονεί “κερδοφορία” της τάξης 3% έως 5%) και προβλέψεων για αποσβέσεις κεφαλαιουχικού εξοπλισμού,*
- *η επιδίωξη βελτιωμένων τιμών διαμέσου ανοικτής ανταγωνιστικής διαδικασίας,*
- *η μειωμένη αποζημίωση των ΚΕΝ σε περιπτώσεις διακομιδής ασθενών σε άλλο νοσοκομείο,*
- *η αξιοποίηση ειδικών σε κάθε νοσοκομείο για την ανάπτυξη της ασφαλιστικής ιατρικής και*
- *η προσαρμογή των ΚΕΝ για τον ιδιωτικό τομέα με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας προς όφελος της ασφάλισης υγείας και της επιλογής των ασθενών.*

Η αναγκαιότητα προσαρμογής κατά τη μεταβατική περίοδο επιβάλλει πλήρη επίγνωση των περιορισμών τους οποίους έχει το εγχείρημα αυτό και η παράταση της περιόδου αυτής μπορεί να επιφέρει σοβαρές στρεβλώσεις.

Ειδικότερα:

- *η διάσπαση των ΚΕΝ αναφορικά με το τμήμα του κόστους τεχνολογίας αναπαράγει την ανορθόλογη 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 - νοσοκομεία)*
- *το κόστος εργασίας ενός εκάστου ΚΕΝ διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό το σχετικό βάρος και η επίτευξη της αποδοτικότητας δεν φαίνεται δυνατή χωρίς παρεμβάσεις στον τομέα αυτό και*

- το κόστος της τεχνολογίας ενός εκάστου ΚΕΝ σε ορισμένα πεδία της θεραπευτικής ιατρικής εξακολουθεί να επιβαρύνει το τελικό κόστος παραγωγής επί του οποίου απαιτούνται σοβαρές παρεμβάσεις.

Εξ' αυτού η μεταβατική πρόταση για τη διάσπαση του ΚΕΝ παρά την εμφανή βελτίωση στην παρούσα προσέγγιση μπορεί να έχει μόνο πιλοτικό και μεταβατικό χαρακτήρα σε βραχύ χρονικό διάστημα δεδομένου ότι βασίζεται σε εσφαλμένη αντίληψη ότι η σχέση εργασίας και τεχνολογίας των ΚΕΝ έχει κοινή βάση.

Επίσης είναι αναγκαίο να εξεταστεί από θεσμική και νομική άποψη η μεταφορά της αυστραλιανής τεχνογνωσίας στην ελληνική πραγματικότητα και να επιδιωχθεί – αν είναι αναγκαίο – η σχετική άδεια των αρχών της χώρας από την οποία προέρχεται αυτή η τεχνική (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους και πολύπλοκους τομείς μιας κοινωνίας. Η ανάπτυξή του έγινε σταδιακά και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στην οικονομία, στην επιστήμη και στις ανθρώπινες αξίες. Από τη μεταπολεμική περίοδο διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας με κύρια χαρακτηριστικά το αυξανόμενο οικονομικό κόστος, την αδυναμία περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων και ικανοποίησης του αιτήματος των πολιτών για ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των ασθενών και των ιατρών και κατά επέκταση το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης επιτείνουν την αναποτελεσματικότητα του συστήματος, δημιουργώντας ένα ισχυρό ιατρικό σώμα και μία υπερβολική κατανάλωση υπηρεσιών πέρα από το κοινωνικά άριστο επίπεδο.

Η πορεία του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από την αυξημένη συμμετοχή του δημόσιου τομέα και τον προσανατολισμό του, μετά την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, προς μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες (μέσης δυναμικότητας 256 κλινών) και την αντίστοιχη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα.

Κύριο πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός ιατρών, άνισα κατανεμημένων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και ειδικότητα. Αυτό συνεπάγεται την αύξηση των δαπανών υγείας διαμέσου της πρόκλησης αύξησης του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών, χωρίς όμως την ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Οι νοσοκομειακές μονάδες χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος καλύπτει ένα μέρος των επενδύσεων, την μισθοδοσία του προσωπικού και τις κατά περιόδους ρυθμίσεις χρεών προς τους προμηθευτές, από τους ασφαλιστικούς φορείς μέσω του κλειστού νοσηλίου και από ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Για τον υπολογισμό του νοσηλίου δεν λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος και βασικοί συντελεστές όπως η κατηγορία της ασθένειας, η ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται ανά ασθενή. Αποτέλεσμα της πολιτικής αυτής είναι η εμφάνιση και η σταθερή διόγκωση των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και η κάλυψή τους με επιπλέον κρατική επιχορήγηση.

Παρά την σημαντική πρόοδο που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες με την ανέγερση και την λειτουργία σύγχρονων νοσοκομείων, την αύξηση του ανθρώπινου

δυναμικού και τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για ουσιαστικό εκσυγχρονισμό στη διοίκηση και την οργάνωση, παρατηρούνται αδυναμίες στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Η κριτική επικεντρώνεται στην ανεπαρκή οργάνωση του εθνικού και περιφερειακού μηχανισμού διοίκησης, στην απουσία σύγχρονης «κουλτούρας διοίκησης», στην απουσία πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, στην ανεπαρκή οργάνωση και διαχείριση των πληροφοριών, στην περιορισμένη βελτίωση οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης, στην ανορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων, στην χαμηλή αποδοτικότητα των πόρων, στην έλλειψη μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας και στην αδυναμία εμπέδωσης συμπεριφορών και νοοτροπίας σεβασμού του πολίτη και των αρχών λειτουργίας του συστήματος.

Η προτεινόμενη αναθεωρημένη ονοματολογία των ελληνικών KEN αποτελεί καλύτερη εννοιολογική απόδοση των Αυστραλιανών AR-DRGs.

Απόλυτη εννοιολογική αποσαφήνιση θα γίνει δυνατή μόνον όταν το ΥΥΚΑ προβεί στις δέουσες ενέργειες για συνεννόηση και σύναψη συμφωνίας με τον σχετικό φορέα της Αυστραλίας που διαχειρίζεται τα AR-DRGs, ώστε να μπορέσουμε να έχουμε πρόσβαση στα εγχειρίδια, αφού αυτά καλύπτονται από αυστηρό διεθνές copyright.

Είναι άκρως απαραίτητο να αναπτυχθεί μόνιμος μηχανισμός διαχρονικής παρακολούθησης της εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα, όπως είναι η κοινή πρακτική σε όλες τις χώρες που έχουν υιοθετήσει αυτόν τον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Το ΥΥΚΑ πρέπει να μεριμνήσει γι' αυτό το θέμα.

Στο πλαίσιο της παρούσης φάσης του έργου, κατατίθενται αντιστοιχίσεις του 81% των KEN με κωδικούς ICD-10 και 63% των KEN με κωδικούς Ιατρικών Πράξεων.

Το έργο της αντιστοίχισης ήταν πολύπλοκο και είχε πάρα πολύ μεγάλο όγκο δουλειάς για όλες τις ομάδες εργασίας. Παρόλα αυτά, δεν μπορεί να φτάσει την πληρότητα και επιστημονική τεκμηρίωση που έχει ένα έτοιμο σύστημα DRGs το οποίο λειτουργεί και αναθεωρείται επί χρόνια. Αυτή η ενσωματωμένη τεκμηρίωση και εμπειρία δεν μπορεί να υποκατασταθεί από καμιά ομάδα μεμονωμένων ειδικών.

Εν κατακλείδι, πρέπει οπωσδήποτε το ΥΥΚΑ να έρθει σε συμφωνία με τον αντίστοιχο φορέα της Αυστραλίας, ώστε να διατεθεί σε εμάς το σχετικό υλικό. Αυτό θα αποτελέσει τη βάση της δουλειάς για την προσαρμογή στους ελληνικούς κωδικούς νόσων ICD-10 2008, στους ελληνικούς κωδικούς Ιατρικών Πράξεων, και τέλος θα αποτελέσει το working document που θα τεθεί προς κρίση και αξιολόγηση κατά τη διενέργεια των expert consensus panels των επόμενων φάσεων του παρόντος έργου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βοζίκης, Α., Λοπατατζίδης, Α., (2006), Κοινωνική ασφάλιση και διαχείριση ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Στο: Σουλιώτης, Κ. (επιμ.) *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Δερβιτσιώτης, Ν., Κ., (1999), *Διοίκηση Παραγωγής*. Αθήνα.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011), *Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα - Αναθεώρηση καταλόγου ελληνικών DRGs με κοστολόγηση και κατηγοριοποίηση αυτών αλφαβητικά, κατά κωδικό και κατά κύρια κατηγορία MDC και προτάσεις περαιτέρω βελτίωσης και συντήρηση παραχθέντων ελληνικών DRGs*.

Ζηλίδης, Χ., (2005), *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004*, Εκδόσεις Mediforce

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., και Σ. Σούλης, (2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κοντούλη – Γείτονα Μ., (1997), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.

Κωσταγιόλας Π.,Α., Πλατής Χ. και Ζήμερας Στ., (2006), *Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών*, Εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6): 603-614.

Λιαρόπουλος Λ., (1991), *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Ματσαγγάνης, Μ., (2001), Η ενεργοποίηση των φορέων ασφάλισης. Στο: Ματσαγγάνης, Μ. (επιμ.) *Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

Οικονομοπούλου, Χ., (2002), *Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκπαιδευτικές σημειώσεις.

Πολύζος Ν., (1999), *Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με Βάση την Ταξινόμηση των Ασθενών*, Εκδόσεις Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα.

Ραφτόπουλος, Β. και Οικονομοπούλου Χ., (2003), *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 48 (2):22-24.

Σίσκου, Ο., (2007), Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος, Λ. (επιμ.) *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Σιγάλας, Ι., (1999), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Σιγάλας Ι., (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Σιγάλας Ι., (1999), «Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας», στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμέλεια), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, κεφ. 2, Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ., (2002), Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινήσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας. Στο: Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ. (επιμ.) *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά*

Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Τούντας, Γ. και συν., (2001), *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Τούντας, Γ., (2003), *Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας.* Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5):532-546.

Τούντας, Γ., (2008), *Υπηρεσίες υγείας.* Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.

Υφαντόπουλος Γ., (1991), *Η Παραγωγικότητα των Υπηρεσιών Υγείας,* Εκδόσεις Ιατρικό Βήμα, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας,* Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith, B., J., Calltorp, M., Dixon, A., Dunning, R., Evans, W., Holland, B., Jarman and Mossialos E., (1994), *Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare of Greece,* Pharmetrica S.A., Athens.

World Health Organization, (1981), *Health Services in Europe,* 3rd Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization, (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance,* Geneva

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βικιπαιδεία, Διαθέσιμο μέσω διαδικτύου: <http://el.wikipedia.org>

World Health Organization, (2004), *Highlights on health in Greece*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Διαθέσιμο μέσω διαδικτύου : http://www.euro.who.int/document/chh/gre_HIGHLIGHTS.PDF.

Tragake, E., Polyzos, N., (1996), *Health care system in transition: Greece*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Διαθέσιμο μέσω διαδικτύου : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/120278/E72454

Πληροφοριακό Σύστημα 5ης ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, Διαθέσιμο μέσω διαδικτύου : <http://www1.dypethessaly.gr/hospitals/DRGs2012/Forms/AllFiles.aspx>