



ΤΜΗΜΑ:  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ:  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ  
ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ:  
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ»



**Φοιτήτριες:**

- A) Δαργάκη Αντωνία, (Α.Μ. 2010/270)
- B) Κολοβρέχτη Αθανασία (Α.Μ. 2010/242)

**Τριμελής Επιτροπή:**

- A) Καστανιώτη Αικατερίνη, Επίκουρη Καθηγήτρια
- B) Δρούμπαλης Φώτιος, Επίκουρος Καθηγητής
- Γ) Χρήσιμος Σταύρος, Επίκουρος Καθηγητής

*Καλαμάτα, Νοέμβριος 2015*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, η οποία υλοποιήθηκε στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών του ΤΕΙ Καλαμάτας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που συνέλαβαν στη διεκπεραίωση της.

Κατά κύριο λόγο, οφείλουμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην επιβλέπουσα Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Καστανιώτη Αικατερίνη, η οποία προσέφερε το ενδιαφέρον θέμα και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε δίνοντάς μας τη δυνατότητα να εκπονήσουμε την πτυχιακή μας εργασία στο συγκεκριμένο επιστημονικό τομέα. Την ευχαριστούμε επίσης για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας, καθώς και για την απρόσκοπτη υποστήριξη και καθοδήγηση που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω και στους Επίκουρους Καθηγητές μας κ.κ. Δρούμπαλη Φώτιος και Χρήσιμο Σταύρο, αφού χωρίς την αμέριστη και απλόχερη βοήθειά τους, η ολοκλήρωση της μελέτης θα ήταν αδύνατη. Το αμείωτο ενδιαφέρον, οι υποδείξεις, η καθοδήγηση και η προθυμία τους ήταν καθοριστική.

Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τα στελέχη και το προσωπικό τόσο του Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» όσο και του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», για τη βοήθεια που μας πρόσφεραν στη συγκέντρωση των στοιχείων.

Τέλος, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στους γονείς μας, που μας συμπαραστάθηκαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μας στο Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου και στην μικρή κορούλα της κ. Δαργάκη, που στερήθηκε την αμέριστη φροντίδα της μητέρας της, ωστόσο, όμως, ήταν αρκετά υπομονετική και συγκαταβατική όλο το διάστημα της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο, ο τομέας υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο φάσμα δεδομένων. Μάλιστα πολλά από τα προβλήματα στον τομέα υγείας είναι κοινά σε όλες οι σύγχρονες αναπτυγμένες χώρες, όπως η προκλητή ή/και υπερβάλλουσα ζήτηση, η πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης, η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για φάρμακα και περίθαλψη, κ.α. Συνεπώς, η αντιμετώπιση των όποιων στρεβλώσεων στη αγορά υπηρεσιών απαιτεί μια σειρά διαρθρωτικών παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, χωρίς όμως να χάνεται ο συμπληρωματικός στόχος της ισότητας στη παροχή των υπηρεσιών και την κατανομή των πόρων. Είναι, ωστόσο, κοινό χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων υγείας, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, ότι η συγκεκριμένη αγορά υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και αυτή η ιδιομορφία της τη διακρίνει από τις άλλες αγορές αγαθών και υπηρεσιών. Κοινός τόπος, όμως, αποτελεί η αποτελεσματική διαχείριση των οικονομικών και λοιπών πόρων, ιδιαίτερος διαμέσου της συγκράτησης των δαπανών. Ένα από τα μέτρα προς αυτήν την κατεύθυνση ήταν η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), τα οποία άρχισαν να αξιοποιούνται από τις Διοικήσεις των Ελληνικών Νοσοκομείων το 2011, αρκετά αργότερα από άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας της εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα και η συμβολή τους στη συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων της Επικράτειας. Για το ερευνητικό τμήμα της, αξιοποιήθηκαν τα σχετικά στοιχεία από τα Νοσοκομεία Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ», στην Κρήτη και Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», με έδρα τη Θεσσαλονίκη, τη διετία 2013-2015. Αποτέλεσμα της έρευνας είναι η αποτύπωση της εικόνας των ΚΕΝ με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης, των πιο προσοδοφόρων ΚΕΝ, τη συμβολή των Τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα, τη διάρθρωση των εσόδων εντός και εκτός ΚΕΝ, ανά νοσοκομειακό τομέα, ανά ασφαλιστικό και ανά ιδιωτικό φορέα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Συγκράτηση δαπανών, ΚΕΝ, έσοδα, αξιολόγηση.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1 Χρηματοδότηση.....	12
1.2 Αποζημίωση.....	24
1.3 Τιμολόγηση.....	31
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ, ΟΡΙΣΜΟΣ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ, ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΑ DRG'S, ICD10, Κ.Ε.Ν.....	32
3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ).....	35
4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ Κ.Ε.Ν. ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.....	40
5. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	48
5.1 Μεθοδολογία μετάφρασης, προσαρμογής και ανάπτυξης Κ.Ε.Ν.....	49
5.2 Ταξινόμηση και Αντιστοίχιση κωδικών ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων με τα Κ.Ε.Ν.....	50
5.3 Διαδικασία τιμολόγησης με βάση τα Κ.Ε.Ν.....	53
5.4 Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα Κ.Ε.Ν.....	55
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	56
6. ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	57
6.1 Παρουσίαση του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ».....	57
6.2 Παρουσίαση του Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».....	59
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	61
8. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ.....	63
ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	97
<i>Δυσκολίες και Περιορισμοί της έρευνας - Συζήτηση</i> .....	97
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	101
Βιβλιογραφία.....	102
Παράρτημα.....	105

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ, ΕΙΚΟΝΩΝ, ΣΧΕΔΙΩΝ, ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ  
 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

<i>α/α</i>	<i>Είδος</i>	<i>Τίτλος</i>	<i>Σελίδα</i>
1	Εικόνα 1:	Μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2011. (Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013)	20
2	Εικόνα 2:	Δαπάνες Υγείας 2011 (Πηγή: ΟΟΣΑ)	21
3	Εικόνα 3:	Δαπάνες Υγείας 2015 (Πηγή: ΟΟΣΑ)	21
4	Εικόνα 4:	Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014)	22
5	Εικόνα 5:	Η Φιλοσοφία πίσω από ένα σύστημα DRG's.	33
6	Εικόνα 6:	Το Σύστημα ταξινόμησης στο πλαίσιο DRG's	51
7	Εικόνα 7:	Το οργανόγραμμα του Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ»	58
8	Εικόνα 8:	Το Οργανόγραμμα του Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»	60
9	Σχέδιο 1:	Η ιεραρχική δομή της ταξινόμησης των DRG's.	52
10	Σχέδιο 2:	Ταξινόμηση με βάση τα DRG's.	52
10	Διάγραμμα 1:	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ 2013 Γ.Ν.Θ.Θ ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	64
11	Διάγραμμα 2:	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ 2013 Γ.Ν.Η. "BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ	64
12	Διάγραμμα 3:	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ 2014 Γ.Ν.Η. "BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ	65
13	Διάγραμμα 4:	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	65
14	Διάγραμμα 5:	Συνολικά έσοδα 2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	65
15	Διάγραμμα 6:	Συνολικά Έσοδα 2013 Γ.Ν.Η. "BENIZEΛΕΙΟ-	66

		<i>ΠΑΝΑΝΕΙΟ</i>	
16	Διάγραμμα 7:	<i>Συνολικά έσοδα 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	66
17	Διάγραμμα 8:	<i>Συνολικά έσοδα 2014 Γ.Ν.Η.ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	66
18	Διάγραμμα 9:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ετήσιο) Γ.Ν.Η. ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	68
19	Διάγραμμα10:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ετήσιο) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	69
20	Γράφημα 1:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ανά μήνα) Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ</i>	67
21	Γράφημα 2:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2014 (ανά μήνα) Γ.Ν.Η."ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ</i>	68
22	Γράφημα 3:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ανά μήνα) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ</i>	68
23	Γράφημα 4:	<i>Ιδιωτικά Έσοδα 2013 (ανά μήνα) Γ.Ν.Η.ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	70
24	Γράφημα 5:	<i>Ιδιωτικά Έσοδα 2013 (ανά μήνα) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	70
25	Γράφημα 6:	<i>Τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ 2013 (δύο ανά μήνα) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ</i>	88
26	Γράφημα 7:	<i>Τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ 2014 (δύο ανά μήνα) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	88
27	Γράφημα 8:	<i>Τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ 2013 (δύο ανά μήνα) Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ</i>	88
28	Γράφημα 9:	<i>Τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ 2014 (δύο ανά μήνα) Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ</i>	89
29	Πίνακας 1:	<i>Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.(Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015).</i>	22
30	Πίνακας 2:	<i>Μέθοδοι και Τεχνικές Αποζημίωσης Νοσοκομείων _ Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα.</i>	22
31	Πίνακας 3:	<i>Μέθοδος Αποζημίωσης Νοσοκομείων_ Πλεονεκτήματα/</i>	26

		<i>Μειονεκτήματα.</i>	
32	Πίνακας 4:	<i>Πιλοτική Εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. στα Νοσοκομεία των Υ.Π.Ε.</i>	39
33	Πίνακας 5:	<i>Νομοθετικό Πλαίσιο εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα.</i>	41
34	Πίνακας 6:	<i>Βασική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. (Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α.).</i>	44
35	Πίνακας 7:	<i>Ενδεικτικοί Κωδικοί Κ.Ε.Ν.</i>	53
36	Πίνακας 8:	<i>Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία έτους 2014 (ετήσια) των Νοσοκομείων Αναφοράς.</i>	69
37	Πίνακας 9:	<i>Ιδιωτικά Έσοδα 2013-2014 (ετήσια) των Νοσοκομείων Αναφοράς.</i>	71
38	Πίνακας 10:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΗ «BENIZEΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)</i>	72
39	Πίνακας 11:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZEΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)</i>	73
40	Πίνακας 12:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΘ«Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)</i>	76
41	Πίνακας 13:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΘ«ΟΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)</i>	77
42	Πίνακας 14:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΗ «BENIZEΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)</i>	78
43	Πίνακας 15:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)</i>	80
44	Πίνακας 16:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014</i>	81
45	Πίνακας 17:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014</i>	83
46	Πίνακας 18:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», έτος 2013-2014</i>	84
47	Πίνακας 19:	<i>Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», έτος 2013-2014</i>	85
48	Πίνακας 20:	<i>Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα</i>	90

		<i>2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	
49	<i>Πίνακας 21:</i>	<i>Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"</i>	<i>91</i>
50	<i>Πίνακας 22:</i>	<i>Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	<i>92</i>
51	<i>Πίνακας 23:</i>	<i>Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	<i>93</i>
52	<i>Πίνακας 24:</i>	<i>Σύνολο εσόδων εντός &amp; εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»</i>	<i>94</i>
53	<i>Πίνακας 25:</i>	<i>Σύνολο εσόδων εντός &amp; εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	<i>94</i>
54	<i>Πίνακας 26:</i>	<i>Σύνολο εσόδων εντός &amp; εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»</i>	<i>95</i>
55	<i>Πίνακας 27:</i>	<i>Σύνολο εσόδων εντός &amp; εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"</i>	<i>96</i>



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

### *Στην Ελληνική*

*Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση*

*ΕΛ.ΣΤΑΤ.: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία*

*Ε.Σ.Δ.Υ.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*

*Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*

*Ε.Ο.Φ.: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων*

*Ε.Π.: Επιχειρησιακό Πρόγραμμα*

*Ε.Π.Υ.: Επιτροπή Προμηθειών Υγείας*

*Ε.Σ.Π.Α.: Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης*

*Ε.Τ.Α.Α.: Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων*

*Ι.Ν.Ε.: Ινστιτούτο Εργασίας*

*Κ.Ε.Ν.: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια*

*ΚΕ.Σ.Υ.: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας*

*Κ.Υ.Α.: Κοινή Υπουργική Απόφαση*

*Μ.Δ.Ν.: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας*

*Ο.Κ.Α.: Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης*

*Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης*

*Σ.Λ.Υ.: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*

*Φ.Ε.Κ.: Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης*

*Φ.Κ.Α.: Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης*

*Υ.Υ.Κ.Α.: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*

*Υ.Υ.: Υπουργείο Υγείας*

### *Στην Αγγλική*

*DRG's: DIAGNOSIS RELATED GROUPS*

*ICD: International Classification of Diseases*

*OEC: Overseas Employment Certificate*

*OECD: Organization for Economic Co-operation and Development*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν έντονα αυξητικές τάσεις σε όλες τις χώρες. Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, σε συνδυασμό με την υπέρογκη αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη για βελτίωση και διαρκή έλεγχο του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας και στην Ελλάδα.

Η εισαγωγή και ανάπτυξη της ιδιαίτερα δαπανηρής υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της συνακόλουθης γήρανσης του πληθυσμού, η μεταβολή του προτύπου νοσηρότητας με την επικράτηση χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι μερικοί από τους παράγοντες που συντέλεσαν στην αναμενόμενη αύξηση του όγκου των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των αντίστοιχων δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην Ελλάδα, ωστόσο, η παρατηρούμενη αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας στις χώρες της Ε.Ε. ως αποτέλεσμα ανάπτυξης, ξεπέρασε τα αναμενόμενα όρια κόστους και πήρε τη μορφή της σπατάλης. Σημαντικό ρόλο στη αύξηση των δαπανών υγείας διαδραμάτισαν η επικέντρωση στην τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, η αναποτελεσματική διοικητική και γραφειοκρατική οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η έλλειψη σχεδιασμού και προγραμματισμού τόσο στο σύστημα προσλήψεων όσο και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, η μη ορθολογική αξιοποίηση των διαθέσιμων υλικών πόρων, οι ανεπάρκειες στην κάλυψη υγειονομικών αναγκών, η παντελής επένδυση σε προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας, η εφαρμογή στρατηγικών ελέγχου, αξιολόγησης και εξοικονόμησης πόρων, προκειμένου καταστήσουν το Ε.Σ.Υ. οικονομικά βιώσιμο, ποιοτικό και αποτελεσματικό.

Την κρίσιμη περίοδο που διανύουμε, επιβάλλεται η ανάγκη για εξορθολογισμό των δαπανών, η οποία είναι επιτεύξιμη μέσω της δημιουργίας μηχανισμών για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αποτίμησης του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Η παρούσα εργασία, η οποία αποτελεί την προπτυχιακή εργασία των φοιτητριών Αντωνίας Δαργάκη και Αθανασίας Κολοβρέχτη, έχει σκοπό την στο πλαίσιο των σπουδών στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών, κατεύθυνση Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, του ΑΤΕΙ Καλαμάτας. Η

έρευνα εκπονήθηκε κατά το καλοκαίρι του 2015 στα Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» με έδρα τη Θεσσαλονίκη και το Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ», με έδρα το Ηράκλειο Κρήτης και αφορά τα έτη 2013 και 2014. Σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η ανάδειξη της σημασίας της εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα και η συμβολή τους στη συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων της Επικράτειας. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τα ΚΕΝ με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης, τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ σε επίπεδο εσόδων ανά ασθενή, τη συμβολή των Τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα, τη διάρθρωση των τομέων στα συνολικά έσοδα, τη διάρθρωση των συνολικών εσόδων (εντός ΚΕΝ) ανά τομέα, τη διάρθρωση των εσόδων εντός ΚΕΝ ανά τομέα, τη συμβολή των ασφαλιστικών φορέων στα έσοδα και τη συμβολή των ιδιωτικών φορέων στα έσοδα. Τα στοιχεία αναζητήθηκαν από τα εν λόγω νοσοκομεία από τις δύο ερευνήτριες μέσω σχετικών αιτήσεων και δόθηκαν σε αυτές, αφού ακολουθήθηκε η τυπική διαδικασία της έγκρισης από τα δύο Επιστημονικά και Διοικητικά Συμβούλια. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται επίσημα και στο ESY.net, που αποτελεί ένα εργαλείο πληροφόρησης και ελέγχου του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να οδηγήσει σε μια πιο αποτελεσματική και αποδοτική διοίκηση των μονάδων υγείας. Το ESY.net περιλαμβάνει μία σειρά πινάκων που αφορούν οικονομικά (9 πίνακες) και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (6 πίνακες) και δεν είναι προσβάσιμα από το ευρύ κοινό. Στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης, το θεωρητικό, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο, δίδονται πληροφορίες αναφορικά με τη χρηματοδότηση, αποζημίωση και τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια πολύπλευρη παρουσίαση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, που περιλαμβάνει μια ιστορική Αναδρομή, τον Ορισμό, τη Φιλοσοφία, το Σκοπό και την Τιμολόγηση σχετιζόμενη με τα DRG's, ICD10, Κ.Ε.Ν. Έπειτα, γίνεται η ιστορική αναδρομή της Σύστασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) και παρουσιάζεται το Νομοθετικό Πλαίσιο εφαρμογής Ελληνικών ΚΕΝ στο Ε.Σ.Υ, ενώ το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στην Ελλάδα και περιλαμβάνει τη Μεθοδολογία μετάφρασης, προσαρμογής και ανάπτυξης των Κ.Ε.Ν., την Αντιστοίχιση κωδικών ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων με τα Κ.Ε.Ν., τα Δομικά στοιχεία των Κ.Ε.Ν, τη Διαδικασία τιμολόγησης με βάση τα Κ.Ε.Ν και τα Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα Κ.Ε.Ν.

Στο δεύτερο τμήμα παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος. Αρχικά, γίνεται αναφορά στα δύο Νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα (έκτο κεφάλαιο), υπογραμμίζεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας (έβδομο κεφάλαιο). Στο όγδοο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ποσοτική ανάλυση της εφαρμογής των ΚΕΝ ανά Νοσοκομείο αναφοράς και σχολιασμός των αποτελεσμάτων της και η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τη συζήτηση των ευρημάτων.

## 1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

### 1.1 Χρηματοδότηση.

Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από δύο υποσυστήματα: το σύστημα διεύθυνσης και συντονισμού και το σύστημα της χρηματοδότησής του. Αν και δεν μπορεί κανείς να διαχωρίσει το ένα υποσύστημα από το άλλο, καθώς είναι αλληλένδετα, επηρεάζοντας το ένα το άλλο, το σύστημα χρηματοδότησης είναι ίσως κατά τι σημαντικότερο, καθώς αποτελεί την κινητήρια δύναμη του συστήματος υγείας, που επηρεάζει πολύ περισσότερο την βιωσιμότητά του.

Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. της Ελλάδας είναι συλλογική, η μέθοδος αποζημίωσης που ακολουθείται είναι η αναδρομική, δηλαδή εκ των υστέρων αποζημίωση και προέρχεται από τρεις πηγές χρηματοδότησης: τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία), την κοινωνική ασφάλιση (ταμεία ασφάλισης) και τις ιδιωτικές πληρωμές (ατομικό εισόδημα, ιδιωτική ασφάλιση)<sup>1</sup> (I.N.E. Θεοδώρου, 2012; Οικονόμου, 2012; Μπαλασοπούλου, 2010; Τούντας, 2008, Νιάκας, 2000). Μια άλλη κατηγοριοποίηση των πηγών χρηματοδότησης περιλαμβάνει τον ιδιωτικό τομέα, το δημόσιο τομέα και την εξωτερική βοήθεια και συνεργασία, η οποία αφορά στην άντληση κεφαλαίων από διεθνείς οργανισμούς και εξωτερική βοήθεια σε υπό ανάπτυξη χώρες από αναπτυγμένες<sup>2</sup> (Σουλιώτης, 2000). Τέλος, υπάρχει η εξωτερική και η εσωτερική χρηματοδότηση ως μια ακόμη κατηγοριοποίηση (Μπουρσανίδης, 2010). Στην εξωτερική περιλαμβάνονται η χρηματοδότηση από το κράτος/τη γενική φορολογία, οι εργοδοτικές εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, τα κοινωνικά ταμεία ασφάλισης και οι ιδιωτικές μορφές χρηματοδότησης, όπως τα ιδιωτικά ασφάλιστρα και οι ίδιες πληρωμές απευθείας στους παρόχους υγείας. Η εσωτερική χρηματοδότηση περιλαμβάνει το σύστημα αμοιβών και αποζημιώσεων, το οποίο με τη σειρά του έχει τρεις διαστάσεις: α) τους στόχους αυτού του συστήματος, β) τις μορφές και τις μεθόδους του και γ) τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες ορισμού των αμοιβών και των αποζημιώσεων. Ουσιαστικά, η εσωτερική χρηματοδότηση αφορά τη διαχείριση του προϋπολογισμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Πρόκειται επομένως για ένα συνδυασμό δημοσίων και ιδιωτικών πόρων (Οικονόμου, 2012).

<sup>1</sup> Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: εκδ. Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.

<sup>2</sup> Προγράμματα ΕΣΠΑ κτλ.

Κάνοντας μια προσπάθεια ανάλυσης των πηγών χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ., η βασικότερη πηγή εσόδων του Ε.Σ.Υ. είναι αδιαμφισβήτητα ο **δημόσιος τομέας/κρατικός προϋπολογισμός**, καθώς εξασφαλίζεται η ομαλή αναπαραγωγή της κοινωνίας και προστασίας των πολιτών από τον κίνδυνο της ασθένειας και ανικανότητας. Το εν λόγω μοντέλο χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας από το οποίο έχει πάρει στοιχεία το αντίστοιχο ελληνικό είναι το μοντέλο Beveridge<sup>3</sup>. Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ πολλά από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού τους, ανήκουν στο κράτος. Οι ιδιώτες γιατροί πληρώνονται επίσης από το κράτος. Η οικονομική ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας από το κράτος περιλαμβάνει τα κεφάλαια που προέρχονται από τη γενική και ειδική φορολογία, τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων ή από τις εισφορές ομάδων πληθυσμού με κριτήριο το εισόδημα, στα πλαίσια της υποχρεωτικής ασφάλισης, καθώς και τα έσοδα από ειδικούς φόρους υγείας που προσδιορίζονται ετήσια στη βάση του δηλωθέντος ετήσιου ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος (Αλετράς κ.ά, 2002). Το κράτος, μέσω της άμεσης φορολογίας εισοδήματος προσώπων και επιχειρήσεων και έμμεσης φορολογίας, όπως φόροι προστιθέμενης αξίας, πωλήσεων, ακίνητης περιουσίας κτλ, εισπράττει χρήματα τα οποία τα διανέμει, πέρα των υπολοίπων, και στο Υπουργείο Υγείας. Το τελευταίο διανέμει τα χρήματα στους φορείς αρμοδιότητάς του ανάλογα με τις διαπιστωμένες ανάγκες του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος, προκειμένου να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες στους χρήστες βάσει της αρχής της οικουμενικής παροχής (παροχή πρόσβασης βάσει της ιδιότητας του πολίτη ή κατοίκου), αντί της ανταποδοτικής ασφάλισης (παροχές υγείας βάσει ασφαλιστικών εισφορών) (Νικολακόπουλος, Κ. 2015). Επίσης, καλύπτονται τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, γίνεται επένδυση σε κεφαλαιούχα αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό κτλ) και χρηματοδοτείται η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Δεδομένου, όμως, ότι η έμμεση φορολογία είχε ανέκαθεν μεγαλύτερη αναλογία ως προς την άμεση, στον τρόπο φορολόγησης των πολιτών, διαπιστώνεται άνιση κατανομή του φορολογικού βάρους στα χαμηλό κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Ακόμα, σε χώρες που η παραοικονομία ανθεί, η άμεση φορολογία είναι λιγότερο αποδοτική, επειδή είναι ανέφικτη η αναδιανομή του εισοδήματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών (Οικονόμου,

<sup>3</sup> [http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php).

2012; Κονδύλης, 2009; Αλετράς κ.ά, 2002; Κυριόπουλος, 2001; Σουλιώτης 2000). Ακόμα, οι διοικήσεις των νοσοκομείων, μέχρι πρότινος<sup>4</sup>, και το ιατρικό σώμα, μέχρι και σήμερα<sup>5</sup>, δεν είχαν κάποιο κίνητρο μείωσης των δαπανών (Χατζηπουλίδης, 2004).

Επιπροσθέτως, το Ε.Σ.Υ. αντλεί χρήματα από την **κοινωνική ασφάλιση**<sup>6</sup>. Γενικότερα, ο αυξανόμενος κρατικός παρεμβατισμός σε παγκόσμιο επίπεδο, προκειμένου να επιτευχθεί η οικονομική ανάπτυξη, η διακίνηση κεφαλαίων και η ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού, προκάλεσε την ανάγκη για την οργάνωση δημόσιων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης<sup>7</sup>. Έτσι, τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα προτάθηκε και εφαρμόστηκε το Πρότυπο Μοντέλο Bismark, ως το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο μάλιστα υιοθετήθηκε αυτούσιο από πολλές χώρες και φυσικά και από την Ελλάδα (Τούντας, Σολωμός 1991, Κυριόπουλος 2001)<sup>8</sup>. Σε αυτό το μοντέλο εντάσσονται τα ταμεία ασφάλισης, όπου από κοινού ο

---

<sup>4</sup> Πριν από το 2011, που άρχισαν να εφαρμόζονται τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια ως σύστημα χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία, δεν υπήρχε κάποιος ιδιαίτερος έλεγχος ούτε κάποιος μηχανισμός περιορισμού των δαπανών ενός νοσοκομείου. Από το 2011 και με δεδομένη την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, άρχισαν να περιορίζονται οι δαπάνες και τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, με ακόμα πιο έντονο ρυθμό τα τρία τελευταία χρόνια, 2013-2015, οπότε και αφενός η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό περιορίστηκε αισθητά κι αφετέρου άρχισε η αξιολόγηση των νοσοκομείων και των διοικήσεών τους.

<sup>5</sup> Αναφερόμαστε στο Φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supplier induced demand), η οποία έγκειται στο γεγονός ότι οι γιατροί δύνανται να εκμεταλλεύονται τη θέση τους στην αγορά υπηρεσιών υγείας προς εξυπηρέτηση ιδίων οικονομικών συμφερόντων. Σύμφωνα με το φαινόμενο αυτό, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να κάνει παραπάνω ιατρικές επισκέψεις ή να τον υποβάλει σε περισσότερες και ακριβότερες θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες δεν είναι κλινικά απαραίτητες ή σε κάποια ιατρική πράξη (χειρουργείο) που θα μπορούσε να αποφευχθεί (Μανιαδάκης Νίκος, 2005; Feldman & Morrisey, 1990). Επίσης, υπάρχει μια τάση παράτασης της νοσηλείας με στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης χρηματοδότησης, καθώς η αποζημίωση είναι αναδρομική, ενώ παράλληλα δεν είναι εφικτός ο έλεγχος το χρονικό διάστημα στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία (Χατζηπουλίδης, 2004).

<sup>6</sup> Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων ([http://www.ggka.gr/asfalistiko\\_main.htm](http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm)).

<sup>7</sup> [http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php).

<sup>8</sup> Τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση

μεν ασφαλισμένος καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και ο δε εργοδότης τα αντίστοιχα ποσά, τα οποία καθορίζονται με νόμο, με μια ελάχιστη συνδρομή του δημοσίου. Σύμφωνα με τον Κρεμαλή (1985)<sup>9</sup> «...Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι το σύστημα των κανόνων που ρυθμίζουν ποια οικονομικά μέσα (ασφαλιστικές παροχές) πρέπει να χορηγήσει ένας δημόσιος συνήθως οργανισμός (ασφαλιστικός φορέας) στα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτόν (ασφαλισμένοι), εφόσον πληρούν τις αναγκαίες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις (χρόνος ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές) και κινδυνεύουν από μείωση εισοδημάτων ή αύξηση των δαπανών τους (ασφαλιστικός κίνδυνος)». Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται μια μορφή κοινωνικής πρόνοιας, ένας μηχανισμός παρέμβασης που αποβλέπει στην αντιμετώπιση των κινδύνων ασθενείας μέσω ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης, και που αφορά το σύνολο των πολιτών, αφού αποτελεί προστασία για τους πολίτες και έχει διάφορα χαρακτηριστικά. Καταρχήν, συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική απασχόληση και, στην Ελλάδα, είναι υποχρεωτική για όλους ανεξαρτήτως ηλικίας, εισοδήματος ή κατάστασης υγείας. Οι ασφαλισμένοι, άμεσα ή έμμεσα μέσω εργοδότη, πληρώνουν τακτικά ένα ποσό που καθορίζεται από το εισόδημά τους, ενώ υπάρχει και ειδική μέριμνα για τα άτομα που ανήκουν στις

---

των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου. Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασιζόταν στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα. Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία. Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχε ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων (Πηγή: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Μελέτη του κ. Γ. Τούντα \_ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών).

<sup>9</sup> Κρεμαλής, Κ. (1985). Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αθήνα: Σάκκουλας.



ευπαθείς ομάδες (ΑμεΑ, άνεργοι κοκ), κυρίως ως προς την ιατροφαρμακευτική κάλυψή τους. Επίσης, έχει χαρακτήρα καθολικό, εξασφαλίζεται με τη σχετική νομοθεσία και διέπεται από το δημόσιο δίκαιο, παρέχεται από ανεξάρτητους ημιδημόσιους φορείς- ασφαλιστικά ταμεία- δεν είναι κερδοσκοπική και προσφέρει ενιαίες παροχές. Επιπλέον, η κάλυψη είναι συνεχής, πιο σταθερή στις αλλαγές εργασιακών σχέσεων και ανεξάρτητη από εξειδικευμένους κινδύνους. Επίσης, δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα και βασίζεται στις κοινωνικές αξίες της αλληλεγγύης και της συλλογικότητας (Κυριόπουλος, 2001). Πέρα από τα παραπάνω, η κοινωνική ασφάλιση έχει κάποια μειονεκτήματα. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή των εργαζομένων και των εργοδοτών στις ασφαλιστικές εισφορές αυξάνει το κόστος εργασίας, μειώνει τη διεθνή ανταγωνιστικότητα της οικονομίας μιας χώρας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει το μέγεθος της μαύρης αγοράς εργασίας και διογκώνει την παραοικονομία (Ρούπας, 2007; Αλετράς κ.ά, 2002, Κυριόπουλος κ.ά., 2001). Ακόμα, λόγω της επιβάρυνσης των επιχειρήσεων έντασης εργασίας σε σχέση με τις αντίστοιχες έντασης κεφαλαίου, οι επενδύσεις στρέφονται στις επιχειρήσεις έντασης κεφαλαίου, με αποτέλεσμα τη μείωση της απασχόλησης και την αύξηση της ανεργίας (Αλετράς κ.ά, 2002). Τέλος, επειδή το μεγαλύτερο όγκο της οικονομικής συνεισφοράς το επωμίζονται οι εργαζόμενοι, οι πόροι δεν επαρκούν εκεί όπου το εργατικό δυναμικό είναι περιορισμένο.

Ακόμα, μια από τις σημαντικότερες πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας αποτελούν οι **ιδιωτικές δαπάνες**, ήτοι οι δαπάνες που καταβάλλονται απευθείας από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα, ενώ εδώ συγκαταλέγονται και οι δωρεές από ιδιώτες ή φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι ιδιωτικές δαπάνες σχετίζονται τόσο με την εξωνοσοκομειακή όσο και την φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Αναλυτικότερα, οι ιδιωτικές πληρωμές αφορούν, πρώτον, στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών και των διαγνωστικών κέντρων που δεν είναι συμβεβλημένοι με το δημόσιο, δεύτερον, στη διαφορά που προκύπτει μεταξύ του κόστους των υπηρεσιών υγείας ιδιωτικών φορέων και του ποσού που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενούς και, τρίτον, στη συμμετοχή του ασφαλισμένου, βάσει νομοθεσίας, στο κόστος τόσο των παρεχόμενων κρατικών υπηρεσιών υγείας όσο και στις εξετάσεις και στην αγορά φαρμάκων. Κάποιες μάλιστα από τις εξετάσεις και τα φάρμακα δεν καλύπτονται καθόλου από το κράτος (π.χ. οδοντιατρικές πράξεις, ιατρικές επεμβάσεις αισθητικής, καλλυντικά φάρμακα κοκ). Επιπλέον, οι ιδιωτικές δαπάνες χρησιμοποιούνται, όταν ο

ασθενής<sup>10</sup> επιθυμεί ταχύτερη παροχή υπηρεσιών, όταν δεν είναι ευχαριστημένος από τις προσφερόμενες «δημόσιες» υγειονομικές υπηρεσίες, όταν επιθυμεί τη βελτίωση των ξενοδοχειακών υπηρεσιών ή όταν θέλει να παρακαμφθεί η λίστα αναμονής (Κονδύλης, 2009; Κυριόπουλος, 2007; Αλετράς κ.ά, 2002; Σουλιώτης 2000). Την τελευταία πενταετία υπήρξε μεγάλη μετακύλιση των δαπανών από το κράτος στους ασθενείς, καθώς επιβλήθηκε αύξηση της συμμετοχής στα φάρμακα, αμοιβή ανά συνταγή και ανά επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων<sup>11</sup>, δαπάνη που προσφάτως απαλείφτηκε μέσω νόμου<sup>12</sup>. Όσο για τις δωρεές και τη συλλογή πόρων από διάφορες οργανώσεις, οργανισμούς φιλανθρωπικού χαρακτήρα και ιδιώτες, αυτές εντοπίζονται στο πλαίσιο του εθελοντισμού και της αλληλεγγύης (Αλετράς κ.ά, 2002).

Τέλος, ως έμμεση πηγή εσόδων για το Ε.Σ.Υ., η οποία εμπίπτει στις ιδιωτικές δαπάνες, καθώς την επιβαρύνεται ο ασφαλισμένος, αποτελεί η **ιδιωτική ασφάλιση**. Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται από ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες διέπονται από το Νομοθετικό Διάταγμα 400/1970, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το Π/Δ 118/1985 (Ρούπας, 2007). Η ιδιωτική ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική, ρυθμίζεται κυρίως από τον εμπορικό νόμο, δηλαδή οι διαδικασίες παροχής υπηρεσιών και συλλογής εσόδων ανήκουν στην κατηγορία των επιχειρηματικών συναλλαγών (Αλετράς κ.ά, 2002), ενώ δεν υπάρχει καμία περαιτέρω κρατική παρέμβαση είτε επιχορήγηση των ασφαλιστικών εταιρειών σε περίπτωση οικονομικών ελλειμμάτων τους. Ωστόσο, όμως, επειδή προέκυψαν ζητήματα αποζημίωσης ασφαλισμένων από εταιρείες που αδυνατούσαν για λόγους πτώχευσης να τηρήσουν τις υποχρεώσεις τους, το Κράτος ίδρυσε την εταιρεία με την επωνυμία «Εγγυητικό Κεφάλαιο Ιδιωτικής

---

<sup>10</sup> Ο χρήστης υπηρεσιών υγείας πληρώνει για υπηρεσίες που θεσμικά παρέχονται δωρεάν ή καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση ή ακόμα για να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

<sup>11</sup> Ahmad Haseeb (2015), άρθρο στην ηλεκτρονική εφημερίδα Health Daily στις 30-04-2015, No 832.

<sup>12</sup> Στο ΦΕΚ 490, τεύχος Β που δημοσιεύθηκε την 1<sup>η</sup> Απριλίου 2015 αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι καταργείται η αριθμ. Υ3Α/ΓΠ/οικ. 7829/Φ.15/1991 (ΦΕΚ 514/Β') κοινή υπουργική απόφαση "Καθορισμός αμοιβής εξέταστων εξωτερικών ιατρείων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων" στο σύνολό της, όπως ισχύει και την παράγραφο 1 της αριθμ. Υ3α/ΓΠ.οικ. 88618/11.09.2002 (ΦΕΚ 1223/Β') κοινής υπουργικής απόφασης "Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες", όπως αυτή ισχύει.

Ασφάλισης Ζωής»<sup>13</sup>. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προωθούν προγράμματα που προβλέπουν κάλυψη των δαπανών υγείας τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά θεραπευτήρια και ιατρικά κέντρα ανάλογα με τον ατομικό κίνδυνο του εκάστοτε ενδιαφερόμενου (Ρούπας, 2007). Δηλαδή, η ασφαλιστική κάλυψη δεν είναι ίδια για όλους τους ενδιαφερόμενους, όπως είναι η κοινωνική ασφάλιση, αλλά στηρίζεται σε προσωπική σύμβαση ανάμεσα στην ασφαλιστική εταιρεία και τον ενδιαφερόμενο ή τους ενδιαφερόμενους (αν πρόκειται για εταιρικές ασφαλίσεις προσωπικού). Κατά συνέπεια, τα ασφάλιστρα (οι εισφορές που πληρώνουν οι ενδιαφερόμενοι στην ασφαλιστική εταιρεία) καθορίζονται βάσει συγκεκριμένων παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, τον κίνδυνο της ασθένειας, την παρούσα κατάσταση της υγείας, το οικογενειακό ιστορικό, το επάγγελμα, τη διάρκεια της ασφάλειας, το ύψος του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου<sup>14</sup> κ.ο.κ. Μάλιστα, μια ασφαλιστική εταιρεία ενδέχεται να μην επιθυμεί τη σύναψη συμβολαίου σε περίπτωση που ο άλλος συμβαλλόμενος (ο αιτών ιδιωτικής ασφάλισης) έχει αυξημένες πιθανότητες να νοσήσει και κατά συνέπεια να διογκωθεί το κόστος της αποζημίωσής του. Έχει παρατηρηθεί και το φαινόμενο ασφαλιστικές εταιρείες οδηγούνται σε πρακτικές, όπως την επιλεκτική εγγραφή μόνο υγείων ασφαλισμένων, αποκλείουν από την ασφάλιση προϋπάρχουσες παθήσεις, αλλά και άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες, καθορίζουν ανώτατο όριο κατανάλωσης υπηρεσιών, ενώ αποκλείουν συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές μεθόδους από τα συμβόλαια (Κονδύλης, 2009; Κυριόπουλος, 2007; Αλετράς κ.ά, 2002).

---

<sup>13</sup> Το «Εγγυητικό Κεφάλαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής» («Εγγυητικό») είναι ένα νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, με στόχο την προστασία ασφαλισμένων στον κλάδο ζωής σε περίπτωση πτώχευσης ή ανάκλησης της άδειας λειτουργίας της ασφαλιστικής τους επιχείρησης. Το Εγγυητικό εδρεύει στην Αθήνα και τελεί υπό την εποπτεία και τον έλεγχο της Τράπεζας της Ελλάδος. Σκοπός του είναι η διατήρηση και μεταβίβαση του συνόλου ή μέρους του χαρτοφυλακίου ζωής υπό εκκαθάριση ασφαλιστικής εταιρίας σε άλλη ασφαλιστική ή σε άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Σε περίπτωση που αυτό καταστεί ανέφικτο, καταβάλλεται αποζημίωση έναντι της αξίας των συμβολαίων αυτών αλλά και έναντι εκκρεμών ζημιών και πληρωτέων παροχών (εξαιρούνται οι συμπληρωματικές καλύψεις νοσοκομειακής περίθαλψης), με βάση τα ανώτατα όρια αποζημίωσης που αναφέρονται στο αρ.7 του ν.3867/2010.

<sup>14</sup> Ως ασφαλιζόμενο κεφάλαιο νοείται το ποσό αποζημίωσης που καταβάλλει η ασφαλιστική εταιρεία στον ασφαλιζόμενο πελάτη της όπως προβλέπεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο το οποίο έχει συναφθεί μεταξύ τους.

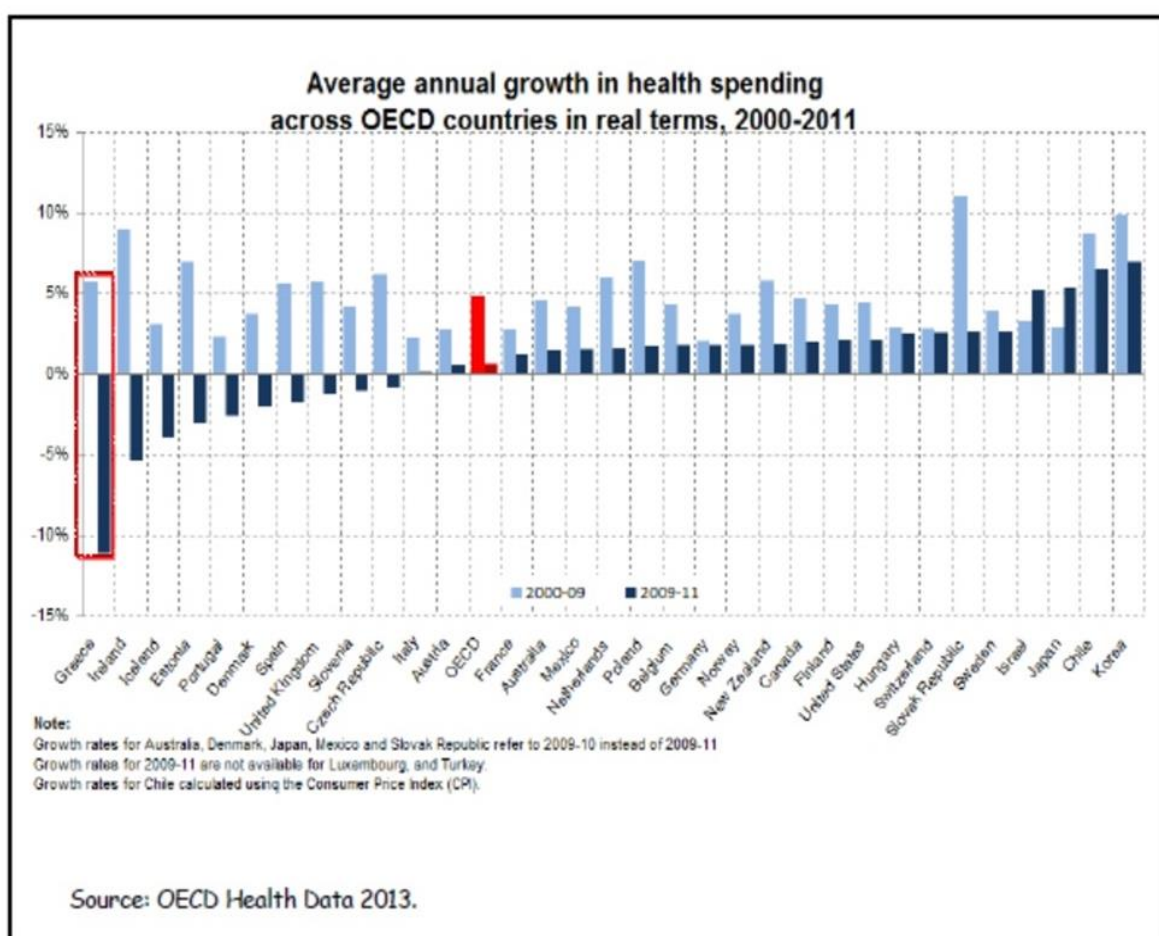
Την τελευταία δεκαετία υπάρχει μια αυξανόμενη τάση της προτίμησης των πολιτών στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είτε αποκλειστικά είτε σε συνδυασμό με την κοινωνική ασφάλιση, προκειμένου αφενός να εξασφαλίσει τα αγαθά υγείας και να αποκαταστήσει τις ζημιές που ενδέχεται να υποστεί και να μειώσει τις συνέπειές τους κι, αφετέρου, να καλυφθούν με αυτόν τον τρόπο οι δαπάνες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς από τη μια μεριά υπάρχει μια έντονη δυσπιστία των πολιτών απέναντι στο ανεπαρκές και αδύναμο Εθνικό Σύστημα Υγείας<sup>15</sup> κι, από την άλλη, είναι εμφανείς οι σοβαρές ανισότητες στη χρηματοδότηση, τόσο περιφερειακές όσο και ανά ασφαλιστικό ταμείο<sup>16</sup> (Πολύζος Ν. & Στ. Δρακόπουλος, 2008; Υπουργείο Υγείας, 2007). Άλλωστε, όπως αποτυπώνεται και στις εκθέσεις του Ο.Ο.Σ.Α., η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών και αντίστοιχα το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΟΕC, 2006)<sup>17</sup>. Σύμφωνα με την Έκθεση 2015 της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ) οι συνολικές δαπάνες για την υγεία την περίοδο 2009-2013 μειώθηκαν κατά 32%, από τις οποίες οι δημόσιες κατά 38%. Ως εκ τούτου, η παρατηρούμενη εξάρτηση του συστήματος υγείας από τις ιδιωτικές δαπάνες έχει ως αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες από ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που αδυνατεί να ανταποκριθεί σε οικονομικό επίπεδο (Πολύζος & Δρακόπουλος, 2008). Όπως άλλωστε προαναφέρθηκε, το πρόβλημα αυτό επιδεινώνεται με το ότι η επικέντρωση των δημοσίων δαπανών προσανατολίζεται κυρίως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη εν αντιθέσει με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με συνέπεια να μην υπάρχει πρόληψη και, κατ' επέκταση, μείωση των υπέρογκων δαπανών για τη θεραπεία (Υφαντόπουλος, 2003). Σε όλα αυτά προστίθεται και η αδυναμία του δημοσίου τομέα να καλύψει την αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών, λόγω της μη προσαρμογής του στα νέα τεχνολογικά και άλλα δεδομένα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο- Δ'

<sup>15</sup> Οικονόμου, Χ. (1999). Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις, στο Σακελλαρόπουλος, Θ., (επιμ.). Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους. Αθήνα.

<sup>16</sup> Συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατανέμονται όχι ισοδύναμα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Την πρωτοκαθεδρία έχει η Πρωτεύουσα, η οποία απορροφά δυσανάλογα μεγάλο ποσό δημοσίων δαπανών σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού, ενώ η Στερεά Ελλάδα, η δυτική Μακεδονία και η Πελοπόννησος λαμβάνουν πολύ λιγότερες επιχορηγήσεις.

<sup>17</sup> Σύμφωνα με την Έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α. το 2006, παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένη η βαρύτητα των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία που ανέρχονται περίπου στο 42% του συνόλου των δαπανών υγείας.

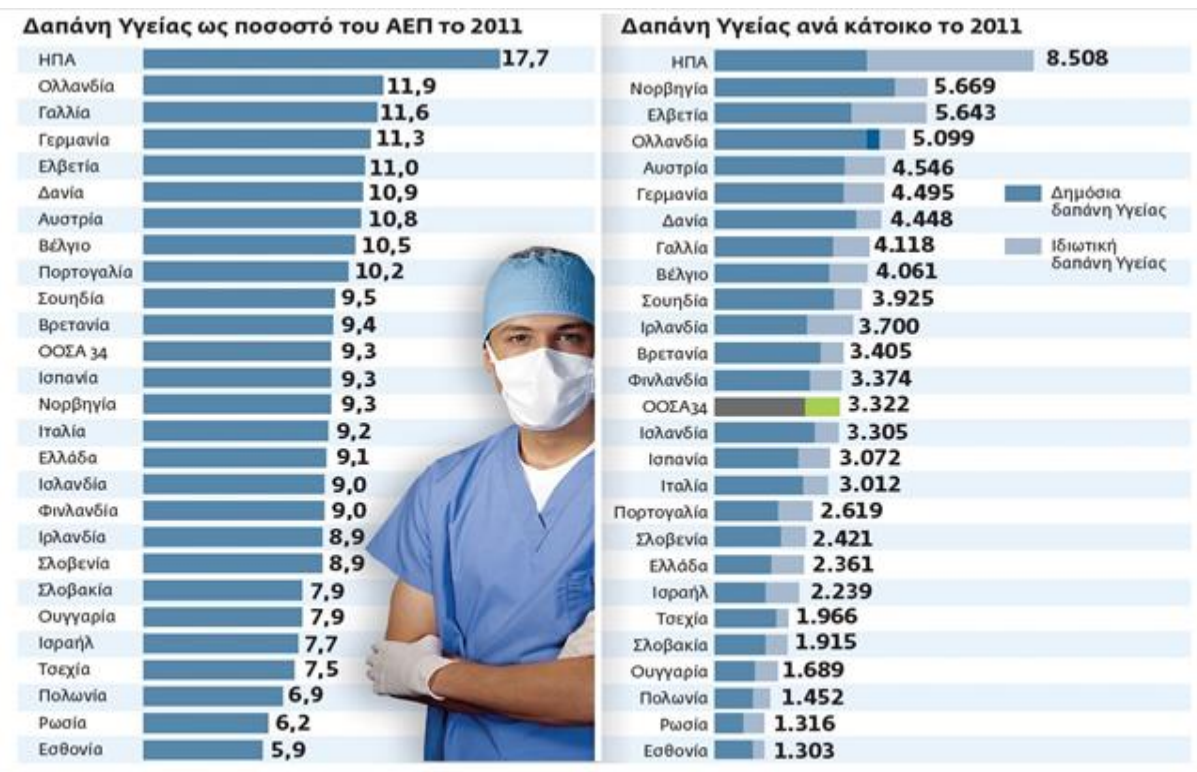
Προγραμματική περίοδος 2007-2013). Στις παρακάτω εικόνες διαφαίνεται το αποτέλεσμα της μεγάλης μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, από το 2009 και μετά, ήτοι η Ελλάδα να βρίσκεται το 2015 κάτω από το μέσο όρο, τόσο των χωρών της Δυτικής Ευρώπης όσο και της Ανατολικής, αφού οι δαπάνες υγείας βρίσκονται περίπου στο 5% του ΑΕΠ. Στην Εικόνα 1, διαφαίνεται η μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ για τα έτη 2000-2009 και 2009- 2011. Η Ελλάδα παρουσιάζει δραματική μείωση για τα δύο τελευταία έτη της έρευνας, ενώ τα πρώτα εννέα έτη είχε ξεπεράσει το μέσο όρο.



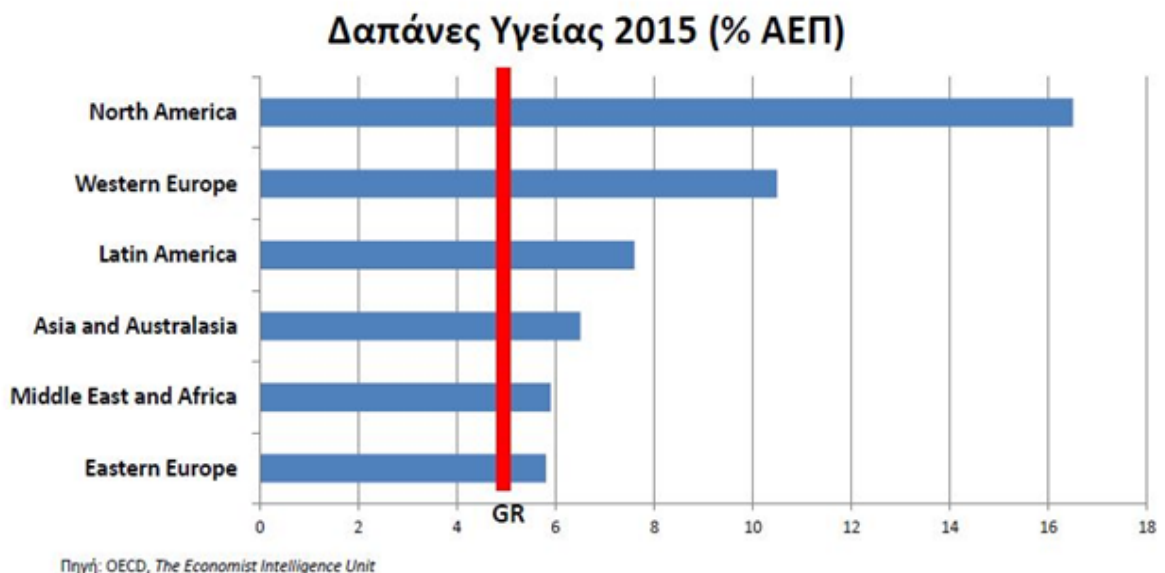
Εικόνα 1: Μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2011. (Πηγή: ΟΟΣΑ, 2013)

Στην Εικόνα 2, διαφαίνονται από αριστερά, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο με έτος αναφοράς το 2011. Είναι ξεκάθαρο ότι η θέση της Ελλάδος βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Στην Εικόνα 3, διαφαίνονται οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις επτά ηπείρους με έτος

αναφοράς το 2015. Και πάλι ο μέσος όρος της Ελλάδας είναι πολύ πιο κάτω από το μέσο όρο που δίνεται από τον ΟΟΣΑ.



Εικόνα 2: Δαπάνη Υγείας 2011 (Πηγή: ΟΟΣΑ).



Εικόνα 3: Δαπάνες Υγείας 2015 (Πηγή: ΟΟΣΑ).

Στην εικόνα 4, απεικονίζεται η ποσοστιαία συμμετοχή των φορέων της Γενικής κυβέρνησης (Κεντρική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης), των Νοικοκυριών, των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών, των Μη- Κερδοσκοπικών Οργανισμών και του υπολοίπου κόσμου ως προς το σύνολο της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας.

**Πίνακας 2 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.**

	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	5.548,1	5.672,7	5.076,6
(% της συνολικής)	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	8.498,9	8.088,7	6.956,8
(% της συνολικής)	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%
<b>Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)</b>	<b>16.106,4</b>	<b>14.047,0</b>	<b>13.761,4</b>	<b>12.033,4</b>
(% της συνολικής)	69,5%	67,7%	68,3%	68,0%
<b>Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)</b>	<b>7.027,1</b>	<b>6.632,7</b>	<b>6.342,9</b>	<b>5.621,6</b>
(% της συνολικής)	30,3%	32,0%	31,5%	31,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	6.096,1	5.808,7	5.095,9
(% της συνολικής)	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5
(% της συνολικής)	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>20.752,9</b>	<b>20.156,7</b>	<b>17.708,5</b>

(σε εκατ. ευρώ)  
πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Σύστημα Λογιστηρίων Υγείας (ΣΛΥ)

**Εικόνα 4: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014).**

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα αναθεωρημένα στοιχεία για τα έτη 2009- 2012, ενώ περιλαμβάνει και τα στοιχεία του 2013 και την ποσοστιαία συμμετοχή ανά φορέα.

**Πίνακας 1: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα. (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015).**

(σε εκτ. ευρώ)	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF)(1) έως (5)	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF 1.1) (1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1
(% της συνολικής)	26,4	29,1	21,4	29,5	29,2
	9.982,8	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8
					34,3

Πίνακας 1: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα. (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015).					
(σε εκτ. ευρώ)	2009	2010	2011	2012	2013
ΟΚΑ (HF 2.1) (2) (% της συνολικής)	43,1	40,9	45,9	37,2	
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2) (% της συνολικής)	16.098,2 69,5	15.581,5 70,0	13.188,3 67,3	11.407,8 66,7	10.020,9 63,5
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4) (% της συνολικής)	7.026,1 30,3	6.614,6 29,7	6.358,0 32,4	5.644,6 33,0	5.616,3 35,6
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF 2.1) (3) (% της συνολικής)	433,8 1,9	536,6 2,4	534,2 2,7	525,7 3,1	495,1 3,1
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF 3.1) (4) (% της συνολικής)	6.592,3 28,4	6.078,0 27,3	5.823,8 29,7	5.121,2 29,9	5.121,2 32,5
Λοιπές Δαπάνες (HF 2.2, HF 2.3, HF 4, HF0) (5) (% της συνολικής)	52,6 0,2	73,2 0,4	52,4 0,3	53,5 0,3	139,3 0,3

Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι, διαχρονικά, το ποσοστό εισφοράς κάθε πηγής εσόδων στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας διαφέρει, με τις δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων να αυξάνονται, οι αντίστοιχες του κρατικού προϋπολογισμού να μειώνονται και το Υπουργείο Οικονομικών να παρεμβαίνει καλύπτοντας τα ελλείμματα (Πολύζος & Δρακόπουλος, 2008).

Οδηγούμαστε επομένως σε ένα σύστημα που δεν εξυπηρετεί την αποκέντρωση, τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της αποδοτικότητας των πόρων του Ε.Σ.Υ. Δεδομένης της αναμενόμενης αυξητικής τάσης για ζήτηση υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με εκθέσεις του Ο.Ο.Σ.Α.<sup>18</sup> (Υ.Υ.Κ.Α., 2007), είναι λοιπόν απαραίτητη η λήψη μέτρων για βιώσιμη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η διαμόρφωση ενός πλαισίου ορθολογικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων και η εφαρμογή πολιτικών

<sup>18</sup> Οι προβλέψεις για το άμεσο χρονικό ορίζοντα μέχρι το 2020, επιβάλλουν την προετοιμασία του τομέα για ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση των υπηρεσιών δεδομένης της ταχύτερα από το μέσο κοινοτικό όρο γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού (αναμένεται να ανέλθει στο 21,6% του συνολικού πληθυσμού το έτος 2020).



υγείας που θα έχουν ένα μακροπρόθεσμο και μη αποσπασματικό χαρακτήρα. Προκειμένου, λοιπόν, να επιτύχει ένα σύστημα χρηματοδότησης, είναι απαραίτητη η οργάνωση και η σταδιακή εφαρμογή του, θέτοντας παράλληλα πολλές ασφαλιστικές δικλείδες.

## 1.2 Αποζημίωση.

Ως προς το κομμάτι της αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό, επειδή επηρεάζει άμεσα το επίπεδο της τιμής τους κι έμμεσα την ποσότητα τους.

Η αποζημίωση διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η εξωνοσοκομειακή περιλαμβάνει την αμοιβή με πάγιο (salary), την αμοιβή κατά πράξη (fee for service), την αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου (capitation) και την αμοιβή ανάλογα με την απόδοση (pay for performance). Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελείται από το ημερήσιο νοσήλιο, τον σφαιρικό προϋπολογισμό και τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, τα λεγόμενα DRG's.

Αναλυτικότερα, στην τεχνική αποζημίωσης με πάγιο μισθό, οι γιατροί πληρώνονται με βάση ένα πάγιο μηνιαίο μισθό για συγκεκριμένες ώρες απασχόλησης ανεξάρτητα από τον όγκο υπηρεσιών που παρέχουν (Τσιάντου, Α. & Σκρουμπέλος, Α., ΕΣΔΥ).

Στην περίπτωση της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία που παρέχουν. Το ύψος της αμοιβής καθορίζεται ελεύθερα από τους νόμους της αγοράς ή να ορίζεται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο το ύψος των αμοιβών ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία.

Η αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου καθορίζεται εκ των προτέρων και εξαρτάται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων χρηστών. Στον τρόπο αυτό, ο γιατρός εισπράττει από τον ασφαλιστικό φορέα ένα εφάπαξ ετήσιο ποσό για κάθε ασφαλισμένο, ενώ η αμοιβή είναι σταθερή ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεων και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στην αμοιβή ανάλογα με την απόδοση, ο γιατρός λαμβάνει μια αμοιβή το ύψος της οποίας μεταβάλλεται ανάλογα με την απόδοσή του ως προς καθορισμένους στόχους απόδοσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, περιλαμβάνει ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες, όπως διαχείριση χρόνιων νοσημάτων κ.ά.

Ως προς τις τεχνικές αποζημίωσης των νοσοκομείων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: το ημερήσιο νοσήλιο, τον σφαιρικό προϋπολογισμό και τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, τα λεγόμενα DRG's.

Το ημερήσιο νοσήλιο αφορά στην πληρωμή του αντίτιμου της ημερήσια νοσοκομειακής περίθαλψης από το νοσηλευόμενο, είτε απευθείας είτε μέσω του ασφαλιστικού φορέα. Επίσης, περιλαμβάνει τις τιμές όλων των ιατρικών, των νοσηλευτικών των φαρμακευτικών και των ξενοδοχειακών υπηρεσιών που προσφέρει ένα νοσοκομείο. Το ημερήσιο νοσήλιο συναντάται σε τρεις μορφές: το κλειστό, το ανοικτό και το σύνθετο νοσήλιο.

Το κλειστό νοσήλιο είναι ουσιαστικά η καταβολή ενός πάγιου ποσού την ημέρα ανεξαρτήτως του όγκου και του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το ποσό υπολογίζεται βάσει συμβάσεων που συνάπτονται ανάμεσα στους οργανισμούς που παρέχουν την ιατρική φροντίδα και τον ασφαλιστικό φορέα.

Το σύνθετο νοσήλιο είναι το κλειστό νοσήλιο, αλλά προστίθεται σε αυτό το ποσό η αμοιβή της νοσοκομειακής φροντίδας η οποία μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων.

Το ανοικτό νοσήλιο διαμορφώνεται ημερησίως ανάλογα με την κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Κάθε παρεχόμενη υπηρεσία κοστολογείται κατά πράξη και κατά περίπτωση.

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός βασίζεται στην πρόβλεψη και στην οικονομική διαχείριση της συνολικής επιχορήγησης των λειτουργιών του νοσοκομείου. Συνίσταται στην εκ των προτέρων αποζημίωση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου για ένα έτος. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός δεν είναι απλά ένα «άνω όριο» δαπάνης. Στην πραγματικότητα αποτελεί μια ολοκληρωμένη δομική μεταρρύθμιση και αλλαγή του τρόπου διοίκησης του νοσοκομείου.

Ως προς την νέα μέθοδο αποζημίωσης, η οποία εισήχθη στο Ε.Σ.Υ. το 2011 ως η καλύτερη και αποτελεσματικότερη μέθοδος, βασική αρχή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων (Diagnosis Related Groups-DRG's) είναι το ότι συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (κυρίως με βάση τη διάγνωση) κάνουν κατά μέσο όρο την ίδια χρήση πόρων κι επομένως έχουν και περίπου το ίδιο κόστος. Το σύνολο του «νοσοκομειακού προϊόντος» μπορεί να καταταγεί σε συγκεκριμένο αριθμό τέτοιων ομάδων. Οι περισσότερες ομάδες, σε αντίθεση με τις λιγότερες ομάδες, κάνουν το σύστημα πιο ειδικό, αλλά πιο σύνθετο. Η βασική του φιλοσοφία έγκειται στο ότι το νοσοκομείο θα αποζημιωθεί για κάθε ένα ασθενή μιας συγκεκριμένης

ομάδας με το ίδιο ποσό. Π.χ. όλα τα εμφράγματα κοστίζουν 1.000€. Αν το τελικό κόστος για το νοσοκομείο είναι τελικά πάνω από αυτό το ποσό, τότε θα προκύψει ζημία. Στην αντίθετη περίπτωση θα προκύψει κέρδος.

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται ένας διαχωρισμός των μεθόδων αποζημίωσης, ενώ αναφέρονται και τα πλεονεκτήματα/μειονεκτήματά τους.

<i>Πίνακας 2: Μέθοδοι και Τεχνικές Αποζημίωσης Νοσοκομείων _ Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα.</i>		
<b>Μέθοδος Αποζημίωσης</b>	<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Πάγιος Μισθός	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προφυλάσσει από πιθανές υπερβολές στη δημιουργία της προκλητής ζήτησης καθώς ο γιατρός δεν έχει κίνητρο να αυξήσει τη ζήτηση.</li> <li>- Επιτρέπει καλύτερο προγραμματισμό του υγειονομικού τομέα και μειώνει το διοικητικό κόστος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν παρέχει κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας.</li> <li>- Σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα φροντίδας υγείας.</li> <li>- Δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη της παραοικονομικής δραστηριότητας.</li> </ul>
Αμοιβή κατά περίπτωση/ Πράξη	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής εξασφαλίζει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού.</li> <li>- Ο γιατρός εξασφαλίζει το δικαίωμα της επιλογής της εργασιακής του σχέσης (ελεύθερος επαγγελματίας ή σύναψη σύμβασης με τον ασφαλιστικό φορέα).</li> <li>- Παρέχει κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κάνει την εμφάνισή της η προκλητή ζήτηση.</li> <li>- Ανάπτυξη της παραοικονομικής δραστηριότητας λόγω της απόκλισης μεταξύ της αμοιβής των γιατρών από τους ασφαλισμένους και της δαπάνης που επιστρέφεται στον ασθενή από τον φορέα του.</li> </ul>

<p>Αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής εξασφαλίζει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού.</li> <li>- Ο γιατρός έχει κίνητρο να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.</li> <li>- Περιορίζεται η προκλητή ζήτηση, καθώς η αμοιβή είναι προκαθορισμένη και είναι ανεξάρτητη από τον όγκο των υπηρεσιών.</li> <li>- Θεωρείται η πλέον κατάλληλη τεχνική για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή των πόρων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων δημιουργεί καθυστερήσεις και μειώνει το διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας, συμβάλλοντας έτσι σε περισσότερες παραπομπές σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία.</li> </ul>
<p>Αμοιβή ανάλογα με την απόδοση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι γιατροί αποκτούν κίνητρα να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για να αυξήσουν τα εισοδήματά τους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η βελτίωση της ποιότητας φτάνει μέχρι τους καθορισμένους στόχους και δε φαίνεται να συνεχίζεται.</li> <li>- Υπηρεσίες και τομείς που δεν περιλαμβάνονται στους στόχους ίσως να χάνουν σε ποιότητα.</li> </ul>
<p><b>Τεχνικές αποζημίωσης</b></p>	<p><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></p>	<p><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></p>
<p>Ημερήσιο νοσήλιο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μειώνει τη γραφειοκρατία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου και έχει ως συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών</li> </ul>

		<p>προϋπολογισμών.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.</li> <li>- Υπάρχει κίνητρο να αυξάνεται ο αριθμός των ημερών νοσηλείας.</li> <li>- Τα ελλείμματα που δημιουργούνται ισοσκελίζονται με κρατικές επιχορηγήσεις.</li> </ul>
Σφαιρικός Προϋπολογισμός	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν υπάρχει κίνητρο αύξησης ούτε των ημερών νοσηλείας ούτε του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.</li> <li>- Δίνει κίνητρο μείωσης των δαπανών.</li> <li>- Αυξάνει τη συνεργασία των διάφορων τομέων του νοσοκομείου για την επίτευξη του κοινού στόχου.</li> <li>- Επιτυγχάνει ο ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής δραστηριότητας και επιδιώκεται η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αυξάνεται η γραφειοκρατία.</li> <li>- Υπάρχει δυσκολία ολοκλήρωσης και ενοποίησης του συστήματος ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών.</li> </ul>
Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η αποζημίωση συσχετίζεται με τα κίνητρα απόδοσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δίνονται κίνητρα για να αποφευχθούν οι «βαριά» ασθενείς.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αυξημένη πιθανότητα λανθασμένης κωδικοποίησης.</li> <li>- Τάση αύξησης των αποδοχών.</li> <li>- Σύνθετο σύστημα.</li> </ul>
--	--	--

Ένας άλλος διαχωρισμός είναι αυτός της αναδρομικής αποζημίωσης και η αποζημίωση δια της προοπτικής μεθόδου. Στην αναδρομική μέθοδο, το οικονομικό ρίσκο επιβαρύνει εκείνον που πληρώνει (τον χρήστη υπηρεσιών υγείας) και αφορά στην εκ των υστέρων αποζημίωση του προμηθευτή για φροντίδα που έχει ήδη παρασχεθεί, π.χ. αμοιβή κατά πράξη και ημερήσιο νοσήλιο. Με την προοπτική μέθοδο, το οικονομικό ρίσκο επιβαρύνει εν μέρει και τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, ενώ το ποσό αποζημίωσης ορίζεται πριν από την παροχή των υπηρεσιών υγείας, π.χ. κατά κεφαλή και DRG's.

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα άλλων μεθόδων αποζημίωσης.

<i>Πίνακας 3: Μέθοδος Αποζημίωσης Νοσοκομείων_ Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα.</i>		
<b>Μέθοδος Αποζημίωσης</b>	<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Αναδρομική	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ελεύθερη επιλογή γιατρού</li> <li>- Ο γιατρός επιλέγει την εργασιακή σχέση</li> <li>- Δίνονται κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προκλητή ζήτηση</li> <li>- Παραοικονομική δραστηριότητα λόγω της απόκλισης της αμοιβής από τους ασφαλισμένους και της επιστροφής από τον ασφαλιστικό φορέα</li> <li>- Αύξηση ημερών νοσηλείας</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αύξηση των πράξεων/χρεώσεων κατά τη νοσηλεία</li> <li>- Αδυναμία ελέγχου/περιορισμού των δαπανών του νοσοκομείου</li> <li>- Δημιουργία ελλειμμάτων</li> </ul>
Προοπτική	<p>Περιορισμός της προκλητής ζήτησης</p> <p>Δίνονται κίνητρα μείωσης των δαπανών, βελτίωσης της ποιότητας και συνεργασίας των τομέων για την επίτευξη των στόχων</p> <p>Μεγαλύτερη αποδοτικότητα/αποτελεσματικότητα</p>	<p>Αύξηση της γραφειοκρατίας</p> <p>Μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων/ χρηστών που δημιουργεί καθυστερήσεις</p>

### 1.3 Τιμολόγηση.

Σε αντίθεση με την κοστολόγηση, η οποία αναφέρεται στη διαδικασία υπολογισμού της οικονομικής αξίας των εισροών μιας παραγωγικής διαδικασίας και την κατανομή τους στη μονάδα του προϊόντος, η τιμολόγηση είναι μια διακριτή διαδικασία που αφορά στον καθορισμό μιας τιμής στη μονάδα του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Επειδή η διαφορά μεταξύ της τεθείσας τιμής και του πραγματικού κόστους επηρεάζει σημαντικά την προσφορά (κίνητρα και αντικίνητρα προμηθευτών), παρουσιάζονται άλλες πέντε εναλλακτικές προσεγγίσεις τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων (Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ. & Κυριόπουλος, Γ., 2010).

*Η τιμολόγηση με βάση τις «ιστορικές τιμές»* περιλαμβάνει ένα κατάλογο τιμών ιατρικών πράξεων που αναπροσαρμόζεται κατά τμήμα ή εξ ολοκλήρου σε κάποιο χρονικό σημείο. Η αναπροσαρμογή μπορεί να αποσκοπεί στη σταθεροποίηση των

πραγματικών τιμών ή στην προσαρμογή της αγοράς σε ειδικές συνθήκες (π.χ. στην περιστολή των υγειονομικών δαπανών).

*Η τιμολόγηση με βάση την «επικρατούσα τιμή» είναι παραπλήσια μέθοδος με την προηγούμενη. Αρχή αυτής της μεθόδου είναι ο εντοπισμός της περισσότερο διαδεδομένης τιμής στην πραγματική αγορά για μια συγκεκριμένη υπηρεσία και η χρήση της εν είδει «χρυσού κανόνα».*

*Η λογιστική κοστολόγηση προκύπτει μέσω μιας διαδικασίας ανάλυσης των λογιστικών καταστάσεων ενός φορέα, αλλά σε περιπτώσεις μη μηχανογραφημένων συστημάτων η εφαρμογή της είναι αδύνατη.*

*Η προσέγγιση στη βάση μορίου αφορά στη θεσμοθέτηση μιας πράξης ως «μονάδος μέτρησης (μορίου)» μέσω της οποίας γίνεται σύγκριση και αναγωγή του συνόλου των ιατρικών πράξεων στη μονάδα αυτή. Η τιμή όλων των επόμενων πράξεων υπολογίζεται δίνοντας μια μοναδιαία τιμή στο αρχικό μόριο.*

*Τέλος, η κοστολόγηση στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών (Resource Based Relative Value Scale- RBRVS) είναι η νεότερη και η πιο καινοτόμος διαδικασία κοστολόγησης και τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων. Στηρίζεται στην αρχή ότι κάθε υπηρεσία αποτελείται από: α) την εργασία του ιατρικού προσωπικού, β) τη δαπάνη της ιατρικής πρακτικής και γ) τις δαπάνες της κακής πρακτικής.*

Το υφιστάμενο σύστημα τιμολόγησης στην Ελλάδα στηρίζεται στη μεθοδολογία της ιστορικής τιμολόγησης με τις υπάρχουσες τιμές να έχουν θεσπιστεί το 1991 και έκτοτε να έχουν προσαρμοστεί ελάχιστα στις τρέχουσες τιμές. Σήμερα αποκλίνουν κατά πολύ από τα πραγματικά κοστολόγια, καθώς δεν ενσωματώνουν τις ονομαστικές μεταβολές των τιμών ούτε τις οικονομίες κλίμακας που μπορούν να επιτευχθούν στο σύστημα, δεν περιλαμβάνουν μια σειρά τεχνολογιών που έχουν κάνει την εμφάνισή τους τα τελευταία χρόνια, ενώ δεν προσαρμόζουν το κόστος των τεχνολογιών που βαίνουν προς υποκατάσταση. Επομένως, υπάρχει σημαντική επίδραση των αποκλινουσών τιμών, σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος λειτουργίας του συστήματος, η οποία μεταβιβάζεται στη χρονίζουσα ελλειμματική λειτουργία του. Το ισχύον σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ακαμψία, απαρχαιωμένη δομή και κατά περίπτωση τμηματικές αναθεωρήσεις. Αυτό το σύστημα ήρθαν για να αλλάξουν τα DRG's.



## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ, ΟΡΙΣΜΟΣ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ, ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΑ DRG'S, ICD10, Κ.Ε.Ν.

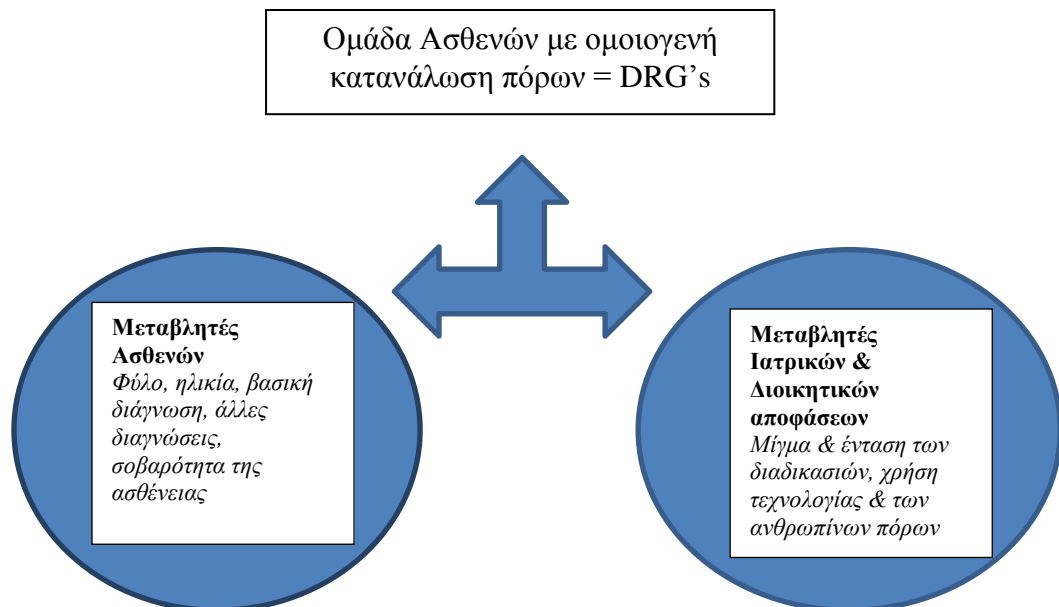
Το σύστημα των DRGs ανακαλύφθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 70 από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Yale στις ΗΠΑ. Το 1983 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ από τον Fetter ως μέσο αποζημίωσης των υπηρεσιών και χρηματοδότησης των νοσοκομείων των ΗΠΑ, προκειμένου να συγκρατηθούν τα κόστη παραγωγής και να αυξήσουν την παραγωγικότητα, πράγμα το οποίο επετεύχθη. Σύντομα ακολούθησαν και άλλες χώρες, κυρίως ευρωπαϊκές, όπως Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Δανία, Τουρκία, Αυστραλία, Βουλγαρία, Κύπρος, ΠΓΔΜ, Σερβία, Βοσνία, Σλοβενία, Κροατία. Παρά τις σημαντικές διαφορές του εν λόγω συστήματος ως προς τον συνολικό αριθμό των κατηγοριών τους, το περιεχόμενο, τους αλγόριθμους ταξινόμησης ασθενών, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται την μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης, λόγω των ιδιαιτεροτήτων της εκάστοτε χώρας, η εφαρμογή των DRG's σε αυτές τις χώρες ομοιάζει ως προς τη μεθοδολογία, τα στάδια ανάπτυξης και την εφαρμογή τους, καθώς η μια χώρα υιοθετεί το σύστημα αυτό ως καλή πρακτική και το προσαρμόζει στα δικά της δεδομένα.

Από τον Ιούλιο του 2011 τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (Κ.Ε.Ν.) χρησιμοποιούνται για την αποζημίωση των δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και ιδιωτικών κλινικών, από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιδιώτες. Πρόκειται για ένα νέο σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και βασίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα DRG's (Diagnosis Related Groups)<sup>19</sup>. Είναι ένα σύστημα κατάταξης των ασθενών, το οποίο συσχετίζει τον τύπο των ασθενών που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο, με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από αυτό. Ενώ κάθε ασθενής είναι μοναδικός, ομάδες ασθενών έχουν κοινές δημογραφικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες που καθορίζουν την ένταση των απαιτούμενων πόρων για τη θεραπεία τους. Τα Κ.Ε.Ν., λοιπόν, αποτελούνται από διακριτές ομάδες όπου σε κάθε

<sup>19</sup> [www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr), Υπουργείο Υγείας \_Ομάδα εργασίας για την εφαρμογή των Ελληνικών Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN- DRG's), "Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.-Τεχνικές πληροφορίες για την προσαρμογή των Πληροφοριακών Συστημάτων Τιμολόγησης Ασθενών", ver. 6.0, 12/09/2011.

μια από αυτές οι ασθενείς που την αποτελούν είναι κλινικά παρόμοιοι και για αυτό αναμένεται να καταναλώσουν και την ίδια ποσότητα πόρων.

Η φιλοσοφία πίσω από ένα σύστημα DRG's διαφαίνεται στην παρακάτω Εικόνα.



Εικόνα 5: Η Φιλοσοφία πίσω από ένα σύστημα DRG's.

Σκοπός της νέας διαδικασίας, που ήδη εφαρμόζεται σε πολλές χώρες παγκοσμίως, είναι η ακριβέστερη τιμολόγηση της νοσηλείας κάθε ασθενή και ο αναθεωρημένος τρόπος υπολογισμού της αποζημίωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, εισάγοντας ένα σύγχρονο - αναλυτικό τιμοκατάλογο νοσηλειών με καθορισμένο κόστος και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για κάθε διαγνωστική ομάδα (Επιτροπή Υ.Υ.Κ.Α., 2011). Το εξιτήριο παρέχεται πλέον με βάση συγκεκριμένη κωδικοποίηση της διάγνωσης από το θεράποντα ιατρό.

Με απλά λόγια τα Κ.Ε.Ν. αφορούν προκαθορισμένα πακέτα, βάσει των οποίων τα Ασφαλιστικά Ταμεία και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες καλούνται να πληρώσουν τα δημόσια νοσοκομεία, ανάλογα με την κάθε πάθηση των ενδονοσοκομειακών ασθενών<sup>20</sup>. Η τιμολόγηση των εξωτερικών ασθενών εξακολουθεί να πραγματοποιείται με τον υφιστάμενο τρόπο. Η τιμολόγηση μέσω Κ.Ε.Ν. καλύπτει μόνο τη νοσηλεία διάρκειας όση η μέση διάρκεια νοσηλείας που

<sup>20</sup> <http://www.kininet.gr/index.php/features/menu-options>.

καθορίζεται στο αντίστοιχο Κ.Ε.Ν., ενώ οι τυχόν επιπλέον ημέρες νοσηλείας τιμολογούνται με το τιμολόγιο ημερήσιου νοσηλίου που αναφέρεται στην Κ.Υ.Α. αρ. πρωτ. Υ4α/οικ./6/20111, με την οποία εισήχθησαν τα Κ.Ε.Ν. στο Ε.Σ.Υ. Τέλος, η τιμολόγηση μέσω Κ.Ε.Ν. καλύπτει μόνο τη νοσηλεία στη δικαιούμενη θέση του ασθενή, ενώ στην περίπτωση που ο τελευταίος επιθυμεί αναβάθμιση θέσης σε ανώτερη της δικαιούμενης, σε όποια νοσοκομεία χρησιμοποιείται, η διαφορά κόστους τιμολογείται με τον παλαιό τρόπο<sup>21</sup>.

Κάνοντας έναν απολογισμό της εφαρμογής του νέου συστήματος αποζημίωσης, κάθε χώρα που εφάρμοσε ένα συγκεκριμένο σύστημα DRG's κατέβαλε προσπάθειες να επιτύχει τους στόχους που έθεσε πρωταρχικά ως προς την αύξηση της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, περιορίζοντας τις δαπάνες. Π.χ. στην Αυστρία τα DRG's επέφεραν σημαντική βελτίωση στην χρηματοδότηση όμως απαιτούνται περαιτέρω βελτιώσεις. Στην Αγγλία παρατηρήθηκε αύξηση της απόδοσης, χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στην Πορτογαλία επετεύχθη αύξηση της αποτελεσματικότητας, μειώνοντας τον χρόνο αναμονής για νοσηλεία. Στο γερμανικό σύστημα υγείας οι DRG's σημείωσαν επιτυχία και έγιναν ευρέως αποδεκτές συνεχίζεται όμως η προσπάθεια βελτίωσης θέτοντας υψηλότερους στόχους. Η εμπειρία που αποκομίστηκε από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες θα βοηθήσει την Ελλάδα σε επίπεδο οργάνωσης και αποτελεσματικότητας του συστήματος των DRG's.

Εν κατακλείδι, παρά τα όποια προβλήματα κατά το αρχικό στάδιο της εφαρμογής της νέας διαδικασίας τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλειών ασθενών στην Ελλάδα, καθίσταται εφικτή η απλοποίηση της διαδικασίας τιμολόγησης, ελέγχου και εκκαθάρισης τιμολογίων και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Επιπλέον, από την καθολική εφαρμογή προκύπτουν μεγάλα οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος, τόσο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών.

---

<sup>21</sup> [www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr), Υπουργείο Υγείας \_Ομάδα εργασίας για την εφαρμογή των Ελληνικών Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN- DRG's), “Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.-Τεχνικές πληροφορίες για την προσαρμογή των Πληροφοριακών Συστημάτων Τιμολόγησης Ασθενών”, ver. 6.0, 12/09/2011.

### 3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ).

Σε αντίθεση με όλες τις αναπτυγμένες χώρες, στην Ελλάδα η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα ξεκίνησε με χαρακτηριστικά μεγάλη καθυστέρηση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.) συστήθηκε με τον Ν. 1397/Φ. 143Α/7.10.83<sup>22</sup>, τη χρονική περίοδο κατά την οποία συστήματα υγείας άλλων δυτικών χωρών βρισκόταν στο ναδίρ της ανάπτυξής τους και μελετούσαν τρόπους, προκειμένου να ξεπεράσουν την κρίση από την οποία διέρχονταν. Μάλιστα, το Ε.Σ.Υ. είναι μια αντιγραφή του Αγγλοσαξωνικού μοντέλου, το οποίο την ίδια εποχή, λόγω αποτυχίας, είχε αρχίσει να μεταρρυθμίζεται. Βασικοί παράγοντες αυτής της βραδυπορίας ήταν η πολιτική αστάθεια, αλλά και οι συνεχείς πόλεμοι που βίωσαν για δεκαετίες οι Έλληνες συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεών τους σε όλα τα επίπεδα, κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), λοιπόν, ιδρύθηκε με αφορμή το άρθρο 2 του Συντάγματος της Ελλάδος, όπως αναθεωρήθηκε και ισχύει μέχρι σήμερα<sup>23</sup>, το οποίο αφορούσε στην υποχρέωση της Πολιτείας για σεβασμό και προστασία της αξίας του ανθρώπου. Έτσι, όλοι οι Έλληνες, απαλλαγμένοι από το άγχος της περίθαλψης, δικαιούνται έκτοτε άμεσης πρόσβασης στα νοσηλευτικά ιδρύματα σε όλη την επικράτεια και εθνικής, κρατικής δωρεάν περίθαλψης και φροντίδας υψηλών προδιαγραφών.

Παρά το γεγονός ότι επρόκειτο για μια πιστή αντιγραφή ενός άλλου μοντέλου, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι διαφορετικές συνθήκες και ανάγκες των δύο χωρών, ο σχεδιασμός ήταν έξυπνος κι ελπιδοφόρος. Ο στόχος, αφενός, για ταχεία περίθαλψη, άμεση (νοσοκομειακή αρωγή) και έμμεση (ιατρικές εξετάσεις και η παροχή φροντίδας στο σπίτι), κι, αφετέρου, για επάρκεια ιατρικού προσωπικού σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας, επιτεύχθηκε με τη δημιουργία πολλών περιφερειακών Κέντρων Υγείας, νομαρχιακών νοσοκομείων, ΕΚΑΒ και την καθιέρωση ειδικού ιατρικού μισθολογίου. Με αυτόν τον τρόπο, αναμενόταν η χώρα να μπει σ' ένα ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένο υγειονομικό σύστημα, που θα εξασφάλιζε υψηλή επιστημονική φροντίδα, άψογες υπηρεσίες, δωρεάν παροχές στους πολίτες,

<sup>22</sup> Το Ε.Σ.Υ. το "εμπνεύστηκε" ο κ. Παρασκευάς Αυγερινός και το υλοποίησε ο κ. Γιώργος Γεννηματάς.

<sup>23</sup> <http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagmatiki-Istoria/>.

οικονομική αυτοτέλεια και διεύρυνση του συστήματος, καλύπτοντας όλο το φάσμα της περίθαλψης (ψυχικής και σωματικής). Ένας τέτοιος απαιτητικός σχεδιασμός, όμως, χρειαζόνταν μεγάλη και συνεχή χρηματοδότηση. Αξιοποιήθηκαν, λοιπόν, ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των προγραμμάτων Δημοσίων Επενδύσεων, που έδωσε το 5% του ΑΕΠ, τα Μεσογειακά Προγράμματα της Ε.Ο.Κ. που κατέβαλε το μεγαλύτερο ποσό, όπως τα πακέτα Ντελόρ, και τα χρήματα των ασφαλιστικών φορέων Ωστόσο, προκειμένου να μη σταματήσει ποτέ η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ., σε περίπτωση ελλείψεων πόρων από την Ε.Ο.Κ., με το Ν. 1558/1985 δημιουργήθηκε το Υπουργείο Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από την ένωση δύο Υπουργείων, αυτό της Υγείας Πρόνοιας και εκείνο των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έτσι, τα Ασφαλιστικά Ταμεία θα τροφοδοτούσαν το Ε.Σ.Υ.

Εντούτοις, όμως, μια σειρά αιτιών οδήγησαν το κατά τα άλλα φερέλιδο Σύστημα Υγείας σε τέλμα, με χρέη ανορθοδόξως σημαντικά.

Αναλυτικότερα, αυξήθηκαν απότομα οι δαπάνες της υγείας, χωρίς όμως την μέριμνα για μια εξισορροπητική λογιστική που θα εξασφάλιζε τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Παράλληλα, ιδρύθηκαν πολλά μικρά και ανεξάρτητα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία δεν είχαν αρκετά κεφάλαια και, προκειμένου να μην καταρρεύσουν, λάμβαναν υποστηρικτικούς πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό. Παράλληλα, πέρα από τους πολίτες που δικαίως ανήκαν σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα, αφού πλήρωναν τις υποχρεώσεις τους, μπήκαν στο σύστημα των ταμείων και πολίτες που δεν πλήρωναν καμία αναλογική συνδρομή, όπως οι αγρότες και οι ναυτικοί. Ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες, με την αύξηση των μεταναστών, των ομογενών και άλλων κατηγοριών πολιτών (που εξασφάλιζαν την ασφαλιστική τους κάλυψη με μη νόμιμους τρόπους), τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνθηκαν με επιπρόσθετα έξοδα. Επιπλέον, καθώς στην Ελλάδα το πρόγραμμα της πρωτοβάθμιας πρόληψης και περίθαλψης δεν είχε αναπτυχθεί, ένα μεγάλο μέρος των νομίμως ή μη ασφαλισμένων υποβάλλονταν, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε εξαιτίας ανεπάρκειας των ιατρών είτε λόγω της προκλητής ζήτησης και του φαινομένου του ηθικού κινδύνου<sup>24</sup>, σε άσκοπες και δαπανηρές εξετάσεις του Ε.Σ.Υ., χωρίς

---

<sup>24</sup> Το φαινόμενο ηθικού κινδύνου: η ασφάλιση της υγείας μπορεί να επηρεάσει τον χρήστη υπηρεσιών υγείας να λαμβάνει λιγότερες προφυλάξεις για να αποφύγει την ασθένεια ή να αγοράζει πολλές υπηρεσίες στις υψηλότερες τιμές ή ακόμα και να κάνει κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας ακόμη κι αν δεν τις χρειάζεται (Κυριόπουλος, 2001).

ουσιαστικά να τις χρειάζονται. Αυτή η πρακτική ήταν πολύ επιβαρυντική για τα ταμεία, που δυστυχώς, παρά τις όποιες βελτιώσεις, συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Το βάρος περιορίστηκε, όταν μετατοπίστηκαν κεφάλαια από τη νοσηλευτική φροντίδα στην κοινωνική ασφάλιση, αλλά το επωμίστηκαν τα νοσοκομεία, καθώς πολλά από τα παθητικά τους ήταν έμμεση επιχορήγηση των ταμείων. Παράλληλα, ανέβηκαν και οι νοσηλευτικές δαπάνες και το κόστος των φαρμάκων και της νοσηλευτικής φροντίδας, χωρίς να υπάρχει αξιολόγηση και αιτιολόγηση. Τέλος, οι προμήθειες σε υπηρεσίες, υλικά και μηχανήματα γινόταν και συνεχίζονται να γίνονται από τον εκάστοτε φορέα, με αποτέλεσμα η ποσότητά τους και το είδος τους να μην ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των νοσοκομείων, οι οποίες δεν καταγράφονταν ποτέ σωστά, το κόστος τους να απέχει υπερβολικά από την πραγματική αξία τους, διότι οι προμηθευτές (ειδικά όσοι πουλούσαν μονοπωλιακά) υπερτιμολογούσαν τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους και οι αποθήκες να γεμίζουν με άχρηστα, ακατάλληλα και χρίζοντα συνεχούς συντήρησης υλικά και μηχανήματα. Στον αντίποδα της οικονομίας ήταν η μείωση της κρατικής ενίσχυσης προς τα νοσοκομεία.

Επιπροσθέτως, η ανεπάρκεια του Ε.Σ.Υ. φαίνεται και από τον τρόπο στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αφού δεν υπήρχε κανένας σχεδιασμός με βάση τις πραγματικές ανάγκες τους, αλλά οι διορισμοί γινόταν με γνώμονα την πελατειακή σχέση ψηφοφόρων και πολιτικών. Ακόμα και η τοποθέτηση Προέδρων, Διευθυντών και μετέπειτα Διοικητών Νοσοκομείων και άλλων φορέων που ανήκουν στο Υπουργείο γινόταν πάλι με πολιτικά κριτήρια, με αποτέλεσμα η εξυγίανση ή μη του τομέα της υγείας να εξαρτάται από το επίπεδο των ικανοτήτων, της βούλησης και των προσπαθειών πολλές φορές λάθος ανθρώπων. Ως προς το ιατρικό προσωπικό, η αποζημίωση των γιατρών γινόταν ανέκαθεν με διαφορετικό τρόπο, καθώς οι γιατροί του ΕΣΥ εντάχθηκαν στο αρμόδιο υπουργείο και πληρώνονταν λιγότερο σε σχέση με τους πανεπιστημιακούς οι οποίοι εντάχθηκαν στο Υπουργείο παιδείας και πέρα από την κρατική αποζημίωση μπορούσαν να έχουν και έσοδα από τα ιδιωτικά τους ιατρεία, και τους ιδιώτες που εντάχθηκαν στο Υπουργείο Οικονομικών και είχαν τη δυνατότητα, πέρα από την πελατεία τους, να συνάπτουν συμβόλαια με τα κρατικά νοσοκομεία. Αποτέλεσμα, όλων αυτών ήταν να αναπτυχθεί η ιδιοτέλεια, η διαπλοκή, το φακελάκι, η αδράνεια, η δημιουργία παράνομης πελατείας, η συνεργασία με φαρμακοβιομηχανίες και η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών. Κατ' επέκταση, επήλθε η κακή εικόνα του δημοσίου τομέα, η απαξίωση των γιατρών, αλλά και η έλλειψη

εμπιστοσύνης τόσο στους παρόχους όσο και στο σύστημα δημόσιας περίθαλψης. Έτσι, η στροφή των ασθενών στην ιδιωτική ιατρική φροντίδα, είτε μέσα από τα επιλεκτικά ιατρεία, είτε άμεσα σε διαγνωστικά ιδιωτικά κέντρα ή την προτίμησή του σε συγκεκριμένες (και καθοδηγούμενες), νοσοκομειακές μονάδες ήταν αναμενόμενη. Αναμενόμενο λοιπόν, δεδομένων όλων των παραπάνω, το Ε.Σ.Υ. να ήταν ο πρώτος τομέας που θα είχε υποστεί τις περισσότερες συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην οποία περιήλθε η χώρα μας από το 2010, αφού έπρεπε να γίνει «συμμάζωμα» παντού.

Πέρα από τη συνεχιζόμενη και ανεξέλεγκτη οικονομική επιβάρυνση του τομέα της υγείας, και το Μοντέλο χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας μέχρι πρότινος ήταν περίπλοκο, αναχρονιστικό και αναποτελεσματικό, καθώς, δε μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στη λειτουργία των σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, και δεδομένης της υπογραφής του πρώτου Μνημονίου (ΜοU) που ουσιαστικά υποχρέωνε τη χώρα μεταξύ άλλων να περιορίσει τις δαπάνες στον τομέα της υγείας μέσω ενός νέου τρόπου κοστολόγησης των εσωτερικών ασθενών, τον Οκτώβρη του 2010 με την υπ' αριθμ. 129424/ 19-10-2010 απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. ορίστηκε Ομάδας Εργασίας Αξιολόγησης Μηχανισμού Αποτελεσμάτων και Διορθώσεων της εφαρμογής των ΚΕΝ. Έργο της Ομάδας Εργασίας: «...συμπεριλαμβάνει τον μηχανισμό και το λογισμικό για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων για τα ΚΕΝ Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2010, την σύγκριση του παλαιού και νέου τρόπου τιμολόγησης, την συλλογή και αξιολόγηση των αντιστοιγήσεων από τις 25 ομάδες Κωδικοποιητών (ICD-10, Ιατρικών Πράξεων, ΚΕΝ) και τέλος τον εντοπισμό και επίλυση των όποιων δυσλειτουργιών εφαρμογής (ονοματολογία, ΜΔΝ, κόστος, κ.λπ.)...». Επίσης, ορίστηκε Επιτροπή για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRG's στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με επικεφαλή τον καθηγητή Ν. Μανιαδάκη. Η πρόταση της Επιτροπής για τα 700 Κ.Ε.Ν. (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), με συντελεστή κόστους μόνο για το Ε.Σ.Υ., διαβιβάστηκε στο Κ.Ε.Σ.Υ. το Μάρτιο του 2011 και έλαβε σχετική θετική γνωμοδότηση από την ολομέλεια του τον Μάιο του ίδιου έτους. Στην συνέχεια, εκδόθηκε η σχετική Κοινή Υπουργική Απόφαση Υπ. Οικονομικών, Υ.Υ.Κ.Α. και Υπ. Εργασίας για την εφαρμογή και τις κατηγορίες των Κ.Ε.Ν. και έγινε η σύσταση Ομάδας Εργασίας Κ.Ε.Ν. για την παρακολούθηση εφαρμογής των Κ.Ε.Ν.<sup>25</sup> Έργο της Επιτροπής ήταν «...η διερεύνηση εφαρμογής των DRG's στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και η δημιουργία

<sup>25</sup> <http://www.iatrikostypos.com/oikonomia-tis-ygeias.html>

καταλόγου μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRG's χώρας μέλους του Ο.Ο.Σ.Α. που ταιριάζει στο Ε.Σ.Υ. και η κοστολόγησή τους συνολικά και χωρίς τη μισθοδοσία».

Στις 27/9/2011 ολοκληρώθηκε η αντιστοίχιση Κ.Ε.Ν. – 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 Κ.Ε.Ν. σε όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με ανταπόκριση όλων των πληροφοριακών συστημάτων. Μέχρι τέλος του 2011 ολοκληρώθηκαν οι όποιες παραμετροποιήσεις, προσαρμογές (ονοματολογία, κόστος Κ.Ε.Ν., μέση διάρκεια νοσηλείας) ώστε από αρχές του 2012 τα Κ.Ε.Ν.-DRG's να αποτελούσαν ένα χρήσιμο και αποδοτικό εργαλείο στην χρηματοδότηση και λειτουργία των νοσοκομείων. Ως υποστηρικτικός μηχανισμός, που μεταξύ άλλων θα είχε τον έλεγχο της ενσωμάτωσης και υποβολής άλλων βελτιωτικών προτάσεων, ορίστηκε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), μέσω ενταγμένου έργου στο ΕΣΠΑ (Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση»).

Η πιλοτική εφαρμογή του νέου συστήματος αποφασίστηκε για τα κάτωθι νοσοκομεία.

<i>Πίνακας 4: Πιλοτική Εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. στα Νοσοκομεία των Υ.Π.Ε.</i>		
<b>ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ Κ.Ε.Ν. ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ</b>		
<b>α/α</b>	<b>ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>
1.	1 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΚΑΤ»</li> <li>- Γ.Ν. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»</li> <li>- ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ</li> <li>- Γ.Ν. ΚΩΝ/ΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»</li> </ul>
2.	2 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»</li> <li>- Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»</li> <li>- Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- ΚΥ ΛΕΡΟΥ</li> <li>- Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ</li> <li>- ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΡΧ ΚΕΝΤΡΟ</li> </ul>
3.	3 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»</li> <li>- Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ</li> <li>- Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ</li> </ul>
4.	4 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ</li> <li>- Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ</li> </ul>
5.	5 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΧΙΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»</li> <li>- Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ</li> </ul>
6.	6 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ</li> <li>- Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»</li> </ul>
7.	7 <sup>η</sup> ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ</li> </ul>

#### 4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ Κ.Ε.Ν. ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνονται όλοι οι Νόμοι, τα Προεδρικά Διατάγματα οι Αποφάσεις και οι Εγκύκλιοι που διέπουν το Ε.Σ.Υ., εστιασμένο στην εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στην Ελλάδα<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Ο Πίνακας προέκυψε μετά από μελέτη της σχετικής Νομοθεσίας του Υπουργείου Υγείας.

Πίνακας 5: Νομοθετικό Πλαίσιο εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα.

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
1.	Εγκύκλιος 53560/05-06-2013, Γ.Γ. του Υ.Υ.Κ.Α.	«Υλοποίηση εργασιών για πλήρη ανάπτυξη και εφαρμογή του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος». Λογιστική παρακολούθηση των Κ.Ε.Ν. από 01/01/2014.
2.	Ν.4046/2012	«Η εισαγωγή της Αναλυτικής Λογιστικής πρέπει να έχει ολοκληρωθεί οριστικά μέχρι το 2ο τρίμηνο του 2012 και τα Νοσοκομεία πρέπει να είναι σε θέση να τιμολογούν άμεσα, εντός 2 μηνών, τα συνολικά έξοδα θεραπείας (περιλαμβανομένων των δαπανών μισθοδοσίας προσωπικού) προς άλλες χώρες της ΕΕ και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για την θεραπεία αλλοδαπών / κατοίκων εξωτερικού. Επίσης, τα Νοσοκομεία πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ τις υπηρεσίες τους με κόστος που έχει υπολογιστεί ανά κατηγορία θεραπείας / παθολογίας (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια που περιλαμβάνουν πλήρη απορρόφηση κόστους) από τον Ιανουάριο του 2013».
3.	Υπ. Α. Υ4α/οικ. 18051/27-03-2012.	Τροποποίηση της αριθμ. Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης "Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ" (ΦΕΚ 1702/Β'/2011), όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την αριθμ. Υ4α/οικ. 13740/27-3-2012 κοινή υπουργική απόφαση "Τροποποίηση της αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής

Πίνακας 5: Νομοθετικό Πλαίσιο εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα.

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
		απόφασης "Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ" (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)" (ΦΕΚ 940/Β'/2012).
4.	Υπ. Α. Υ4α/οικ. 13740/27-03-2012.	Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υα/οικ. 85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης "Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ". (ΦΕΚ 1702/Β'/2011).
5.	Κοινή Υπ. Α. Υ4α/οικ. 138286/14-12-2011.	Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 138286/2011 "Κοστολόγηση Ιατρικών Πράξεων."
6.	Υ4α/οικ.105604/27-9-11 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2150/Β'/2011)	«Συμπλήρωση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Υ4α/οικ.85649/27-7-11 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»
7.	Υπ. Α. Υ4α/οικ. 85649/01-08-2011. (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ.
8.	Υ4α/οικ. 148013/2008 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2303/Β')	«Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/1998 Κοινή Υπουργική Απόφαση «Ορισμός νοσηλίου Νοσοκομείων».
9.	Π.Δ. 63/2005 (ΦΕΚ 98/Α').	«Κώδικας Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα»
10.	Υπ. Α. Υ5β/Γ.Π. οικ. 35724/19-04-2002	Ορισμός του κατά άρθρου 13 του Ν. 2716/99 ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου και τροποποίηση της αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/98 κοινής υπουργικής απόφασης περί "Ορισμού νοσηλίου

Πίνακας 5: Νομοθετικό Πλαίσιο εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα.

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
		Νοσοκομείων".
11.	Υ4α/οικ. 1320/1998 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 99/Β')	«Ορισμός νοσηλίου Νοσοκομείων».
12	Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α')	«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
13.	Ν.1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α')	«Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
14.	ΠΔ 146/2003 (ΦΕΚ 122, 21.5.2003), άρθρο 3 1γ	«Στο περιβάλλον των Δημόσιων Νοσοκομείων, σύμφωνα με το, η «Αναλυτική Λογιστική Εκμεταλλεύσεως (Ομάδα 9) εφαρμόζεται υποχρεωτικά [από όλες τις Μονάδες Υγείας] από της 1 ης Ιανουαρίου 2005».
15.	Ν. 1579/Φ.217Α/23.12.85	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
16.	Ν. 1431/Φ. 46Α/16.4.84	Ρυθμίσεις θεμάτων φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας
17.	Ν. 1397/Φ. 143Α/7.10.83	Σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας
18.	Ν. 1278/ΦΕΚ 105Α/31.8.82	Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται η βασική νομοθεσία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που αφορά στη σύστασή του, την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του<sup>27</sup>.

*Πίνακας 6: Βασική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. (Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α.).*

<b>α/α</b>	<b>ΝΟΜΟΣ</b>	<b>ΤΙΤΛΟΣ</b>
1.	N. 3370/Φ. 176Α/11.7.05	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
2.	N. 3329/Φ. 81Α/4.4.05	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
3.	N. 3204/Φ. 296Α/23.12.04	ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
4.	N. 3235/Φ. 53Α/18.2.04	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
5.	N. 3209/Φ. 304Α/24.12.03	ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
6.	N. 3172/Φ. 197Α/6.8.03	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
7.	N. 3106/Φ.	ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

<sup>27</sup> <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/252-basikh-nomothesia-e-s-y>.

Πίνακας 6: Βασική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. (Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α.).

α/α	ΝΟΜΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ
	30Α/10.2.03	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
8.	Ν. 2889/Φ. 37Α/2.3.01	ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
9.	Ν. 3204/Φ. 296Α/23.12.0	ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
10.	Ν. 2646/Φ. 236Α/20.10.98	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
11.	Ν. 2519/Φ. 165Α/21.8.97	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
12.	Ν. 2345/Φ. 213Α/12.10.95	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
13.	Ν. 2194/Φ. 34Α/16.3.94	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

*Πίνακας 6: Βασική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. (Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α.).*

<b>α/α</b>	<b>ΝΟΜΟΣ</b>	<b>ΤΙΤΛΟΣ</b>
14.	N. 2082/Φ. 158Α/21.9.92	ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΝΕΩΝ ΘΕΣΜΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
15.	N. 2071/Φ. 123Α/15.7.92	ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
16.	N. 1397/Φ. 143Α/7.10.83	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα από τα σημαντικότερα έγγραφα στην πορεία της εφαρμογής των Κ.Ε.Ν. στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν αυτό του Γενικού Γραμματέα με αριθμό πρωτοκόλλου οικ. 138850 από 15/12/2011 με θέμα «Αναθεώρηση Κ.Υ.Α. για τα Κ.Ε.Ν. από 01/01/2012» το οποίο συντάχθηκε λαμβάνοντας υπόψη:

- Τις προτάσεις των 25 ομάδων ιατρών Ε.Σ.Υ. – κωδικοποιητών για ονοματολογία-μέση διάρκεια νοσηλείας,
- Τις προτάσεις των 25 ομάδων ιατρών Ε.Σ.Υ. – κωδικοποιητών για αντιστοιχήσεις ICD10-ιατρικών πράξεων-Κ.Ε.Ν.,
- Το Τελικό πόρισμα Επιτροπής για την παρακολούθηση του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (Κ.Ε.Ν.) στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.,
- Τελικό πόρισμα για την κοστολόγηση των Κ.Ε.Ν.,
- Τελικό πόρισμα Αξιολόγησης Μηχανισμού Αποτελεσμάτων και Διορθώσεων Εφαρμογής Κ.Ε.Ν.,
- Το Έργο Ε.Σ.Δ.Υ. για τα Κ.Ε.Ν. (1ο παραδοτέο) και πίνακες DRG's Αυστραλίας – Γερμανίας – Σουηδίας,
- Τις Προτάσεις των πέντε μεγαλύτερων ιδιωτικών νοσοκομείων (Ιατρικό – ΥΓΕΙΑ – Ιασώ – Μετροπόλιταν – Euromedica),
- Την Πρόταση Ε.Π.Υ. και Ε.Ο.Φ. για τα Κ.Ε.Ν.,

- 500 από τα 700 φύλλα κοστολόγησης Κ.Ε.Ν. από Διοικητές Νοσοκομείων ΕΣΥ.
- Την υπ' αρ. πρωτ. Φ.80000/οικ.29983/3954 επιστολή της Γενικής Γραμματέως Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το υπ' αρ. πρωτ. οικ.135767/8-12-2011 έγγραφο του Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α. καθώς και συγκεντρωτική ανάλυση του Γρ. Γεν. Γραμματέα για όλα τα ανωτέρω,
- Τις σχετικές προτάσεις της Επιτροπής των Φ.Κ.Α. με επικεφαλής τον Δ/ντη Υγειονομικού Ε.Τ.Α.Α.
- Τις σχετικές προτάσεις της Ομάδας Εργασίας που συγκρότησε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπό τον Β' Αντιπρόεδρο κ. Κ. Σουλιώτη,
- Την υπ' αριθ. πρωτ. Υ4α/οικ.117884/27-10-11 Υπουργική Απόφαση «Αποδοχή Αποφάσεων του Κ.Ε.Σ.Υ. σχετικά με τη διεθνή ταξινόμηση νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας (ICD-10), τη μετάφραση των κωδικοποιήσεων-ταξινόμησεων ICD-10 και ICPC-2 και της ελληνικής ονοματολογίας και κωδικοποίησης των ιατρικών πράξεων», με ΑΔΑ: 45Β3Θ-Π4Λ. και
- Την υπ' αριθμ. 12 της 230ης Ολομ./16-5-11 απόφαση γνωμοδότησης της Ολομέλειας του Κ.Ε.Σ.Υ.

Σημειωτέον ότι το θέμα των Κ.Ε.Ν., παρά το γεγονός ότι εφαρμόζεται εδώ και πέντε περίπου έτη στην Ελλάδα, καθημερινά προκύπτουν περιστατικά που χρήζουν διευκρίνισης, ίσως και τροποποίησης. Συνεπώς, η Νομοθεσία δε δύναται να εξαντληθεί στα ανωτέρω. Όσο εξελίσσεται το εν λόγω σύστημα κοστολόγησης, τόσο θα υπάρχουν νόμοι, προεδρικά διατάγματα, αποφάσεις και εγκύκλιοι που θα το περικλείουν.



## 5. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

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. Δεδομένης μάλιστα της εστίασης στην νοσοκομειακή περίθαλψη, που απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, διογκώθηκαν οι δαπάνες και τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, που, επιπροσθέτως, επιβαρύνθηκαν και από τις καθυστερήσεις στις πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία (Χατζηπουλίδης, 2004). Τα DRG's επιλέχθηκαν για να χρησιμοποιηθούν στην ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Το Υπουργείο Υγείας ανταποκρίθηκε άμεσα στις αναγκαιότητες της νέας διαδικασίας, πραγματοποιώντας σημαντική εργασία ανάπτυξης των απαιτούμενων υποδομών, ώστε να αντιμετωπιστούν προβλήματα που ούτως ή άλλως ήταν αναμενόμενα, καθώς επρόκειτο για μια μεθοδολογία τιμολόγησης διαφορετική από τη συνηθισμένη. Κατά συνέπεια, συγκροτήθηκαν ομάδες εργασίας, υιοθετήθηκε το σύστημα των Αυστραλιανών DRG's μετά από έρευνα ξένων συστημάτων, καθώς έχει αποδειχθεί ότι αυτό το σύστημα είναι εξαιρετικά ευέλικτο και ότι αντανακλά με ακρίβεια τη βαρύτητα των νόσων και των επιπλοκών, όπως το κόστος των ιατρικών θεραπειών<sup>28</sup>. Στη συνέχεια, τα DRG's μεταφράστηκαν και αποδόθηκαν στην ελληνική γλώσσα η απαραίτητη ορολογία, εκτιμήθηκε η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, αναπτύχθηκαν διάφορες διαδικασίες, εκπαιδεύτηκε το προσωπικό των νοσοκομείων κ.ο.κ.

Ωστόσο, όμως, όπως αναφέρθηκε, η εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. θεσπίστηκε από το Υ.Υ.Κ.Α. και εφαρμόζεται από 1/10/2011, λαμβάνοντας υπόψη μοντέλα άλλων χωρών, χωρίς προηγούμενη εμπειριστατωμένη μελέτη των συνθηκών και δεδομένων που επικρατούν στις Νοσοκομειακές Μονάδες της χώρας μας. Ως εκ τούτου, οι χρεώσεις Κ.Ε.Ν. που καθορίστηκαν μπορεί να αποκλίνουν σημαντικά ως προς το πραγματικό κόστος.

---

<sup>28</sup> Στην Ευρώπη όλες σχεδόν οι χώρες έχουν βασίσει το σύστημά τους στο Αυστραλιανό υπόδειγμα των AR-DRG, καθώς το αντίστοιχο Γερμανικό παρουσιάζει υψηλή πολυπλοκότητα στην κατάταξη. Επίσης, στην Αυστραλία χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 1988, ενώ στη Γερμανία 12 χρόνια αργότερα.

Κατά συνέπεια, παρά το γεγονός ότι τα Κ.Ε.Ν. αντικατέστησαν το ιστορικά «κλειστό» ημερήσιο νοσήλιο, μια απαρχαιωμένη μορφή ημερήσιας αποζημίωσης που δεν αντανάκλουσε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, ένα χρόνο μετά την πρώτη εφαρμογή και έξι μήνες μετά τη γενίκευση των Κ.Ε.Ν. το έτος 2012, η πρώτη αξιολόγηση από το γερμανικό Υπουργείο Υγείας κατέληξε στη μη ύπαρξη λειτουργικού συστήματος Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα. Παρά την φερέλιδα προσπάθεια, υπήρχαν πολλές αντιδράσεις, που εστίαζαν στο ότι η ελληνική εκδοχή των Κ.Ε.Ν. είναι μια προσεγμένη, αλλά απλή μετάφραση των αυστραλιανών DRG's και βασίστηκε στην εν μέρει υιοθέτηση των τιμών που ισχύουν σε άλλες χώρες. Επίσης, οι επικριτές διατείνονταν ότι η ολοκλήρωση του έργου πραγματοποιήθηκε μέσα σε πολύ λίγους μήνες, ενώ κόστισε στο ελληνικό κράτος πάνω από 500.000,00€. Ως προς την εφαρμογή τους, για την αποζημίωση των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, τα Κ.Ε.Ν. ήταν αυξημένα κατά 20% για διάστημα τριών μηνών, κάτι που καταργήθηκε ύστερα από αντιδράσεις<sup>29</sup>. Όπως, άλλωστε, προέκυψε από την καθημερινή πρακτική, η λογιστική παρακολούθηση των Κ.Ε.Ν. αποτελεί έργο ιδιαίτερα δυσχερές και με μεγάλο βαθμό πολυπλοκότητας σε συνδυασμό δε με την παντελή έλλειψη τεχνογνωσίας από το υπηρετούν προσωπικό των Νοσοκομείων, αφού δεν υπηρετούν στελέχη με ειδικότητα λογιστή ή κοστολόγου, και τα λάθη των υπαλλήλων των νοσοκομείων τόσο στον χαρακτηρισμό όσο και την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, είναι αναπόφευκτα.

### **5.1 Μεθοδολογία μετάφρασης, προσαρμογής και ανάπτυξης Κ.Ε.Ν.**

Όπως προαναφέρθηκε, τα Κ.Ε.Ν. αποτελούν ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Και όπως όλα τα συστήματα που υιοθετούνται από μια χώρα πρέπει να προσαρμόζονται στην εκάστοτε πραγματικότητα, έτσι και στην περίπτωση των Κ.Ε.Ν. έπρεπε να γίνει σε πρώτη φάση μετάφραση αυτών και στη συνέχεια εφαρμογή τους στα ελληνικά νοσοκομεία<sup>30</sup>.

Η Επιτροπή που συστήθηκε για τη μελέτη, έλεγχο, προσαρμογή και ανάπτυξη των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα, λόγω της κάλυψης των αυστραλιανών εγχειριδίων από

<sup>29</sup> Λιαρόπουλος Λυκούργος ([www.kathimerini.gr/731186/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles](http://www.kathimerini.gr/731186/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles))  
\_Η φάρσα με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια- Απόψεις- Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ\_22-07-2015).

<sup>30</sup> Αναλυτική προσέγγιση γίνεται στο προηγούμενο κεφάλαιο του Νομοθετικού Πλαισίου εφαρμογής Ελληνικών Κ.Ε.Ν. στο Ε.Σ.Υ.

αυστηρό διεθνές copyright, υιοθέτησε την επιστημονικώς αποδεκτή μεθοδολογία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής κάθε ξενόγλωσσου εργαλείου μέσω κάποιων συγκεκριμένων σταδίων.

Τα στάδια αυτά περιελάμβαναν τα κάτωθι:

Α) Έγινε μια πρώτη μετάφραση από Έλληνα ιατρό μεταφραστή, πάνω στην οποία βασίστηκε ο κατάλογος των ελληνικών Κ.Ε.Ν. όπως παρουσιάστηκε επίσημα στην Κ.Υ.Α. (υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-07-2011).

Β) Στη συνέχεια, ακολούθησε δεύτερη μετάφραση από Έλληνα μεταφραστή επαγγελματία υγείας με σχετική εμπειρία και μετά τη σύγκριση των δύο μεταφράσεων, κατέληξαν σε μια μετάφραση, όπου συνέκλιναν σε όρους και εκφράσεις που απέδιδαν ορθότερα την αγγλική ορολογία.

Γ) Στην πορεία, έγινε αντίστροφη μετάφραση από μεταφραστή με μητρική γλώσσα την αγγλική και συνετάχθη δεύτερο σχέδιο.

Δ) Ακολούθησε γνωστικός έλεγχος σε δείγμα πέντε ατόμων ομάδας στόχου και υιοθετήθηκαν οι προτεινόμενες βελτιώσεις.

Ε) Είχαν οριστεί από το Υπουργείο Υγείας εικοσιπέντε ομάδες ειδικών ως υπεύθυνοι κάθε Κ.Ε.Ν., οι οποίοι με τη σειρά τους έστειλαν τις προτάσεις τους για αναμόρφωση της ονοματολογίας των Κ.Ε.Ν.

Στ) Τέλος, διορθώθηκαν οι κωδικοποιήσεις Κ.Ε.Ν., αφού εντοπίστηκαν κάποια λάθη σε κωδικούς κι έτσι ολοκληρώθηκε και διαμορφώθηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος των Κ.Ε.Ν. που χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα.

Παρά την προσεγμένη εργασία, υπάρχουν Κ.Ε.Ν. που αφήνουν περιθώριο πολλαπλών ερμηνειών, καθώς είναι εμφανής η απουσία σύμπνοιας στις δύο κουλτούρες και φιλοσοφίες (Ελλάδας- Αυστραλίας). Ωστόσο, αυτό δύναται να αλλάξει μέσω της συνεργασίας με τον φορέα των AR-DRG's, καθώς και με ακόμη πιο προσεγμένη εργασία.

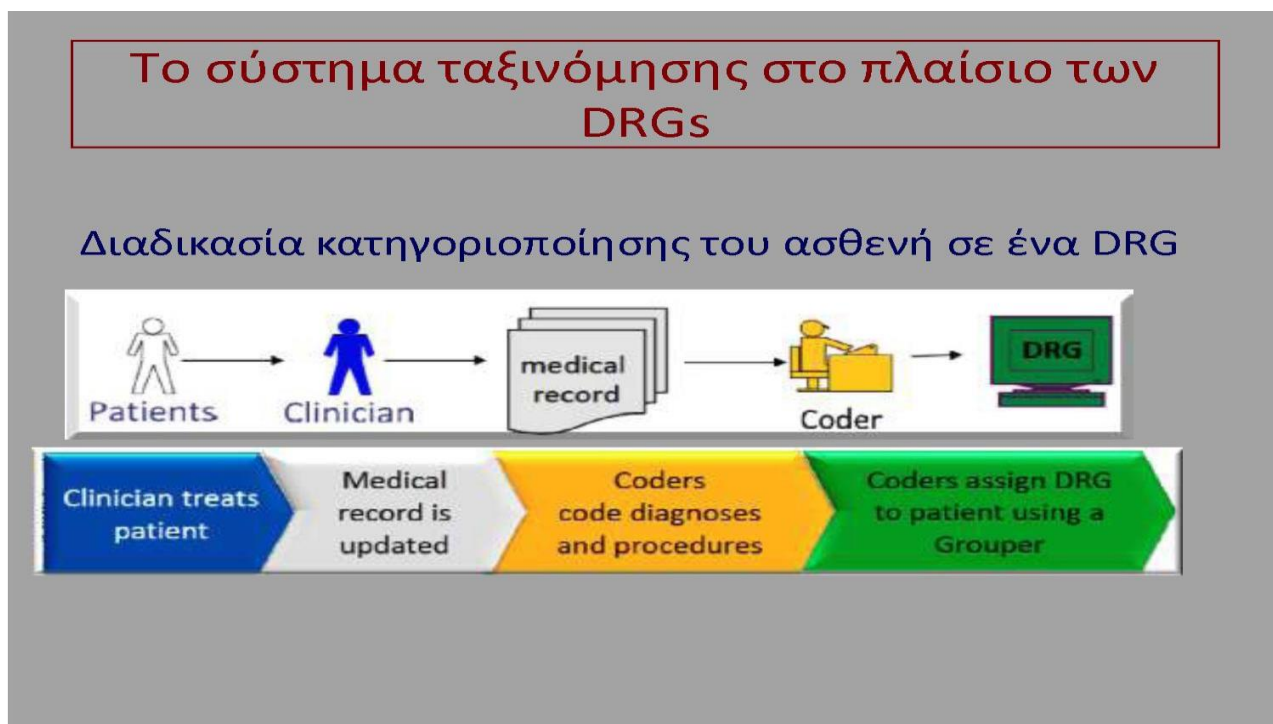
## **5.2 Ταξινόμηση και Αντιστοίχιση κωδικών ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων με τα Κ.Ε.Ν.**

Η διαδικασία κατηγοριοποίησης ενός ασθενή σε ένα DRG στο νοσοκομείο ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα βήματα.

Συγκεκριμένα, μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ο γιατρός που θα τον εξετάσει θα πραγματοποιήσει τη διάγνωση (πρωταρχική και όποιες συμπληρωματικές), θα ακολουθήσουν οι απαραίτητες ιατρικές πράξεις και θα

ενημερωθεί ο ιατρικός φάκελός του, όπως και κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο υπάλληλος που έχει οριστεί ως κωδικοποιητής (coder) κωδικοποιεί το σύνολο των πληροφοριών που τελικά θα εντάξουν τον ασθενή σε ένα και μοναδικό DRG (Εικόνα 6).

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται η διαδικασία ταξινόμησης στο πλαίσιο των DRG's.



Εικόνα 6: Το Σύστημα ταξινόμησης στο πλαίσιο DRG's.

Τα DRG's κατηγοριοποιούνται σε όλες τις ανθρώπινες ασθένειες με βάση τις παρακάτω μεταβλητές:

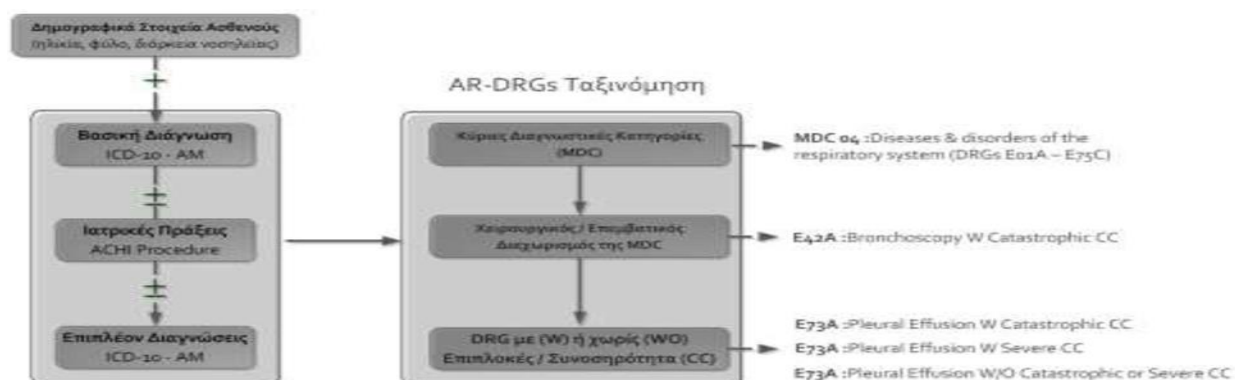
- 1) Την πρωταρχική διάγνωση (ICD-10), που αφορά το σύστημα οργάνων 25 Κυρίαρχων Διαγνωστικών Κατηγοριών (Major Diagnostic Categories).
- 2) Τις χειρουργικές ή μη διαδικασίες που θα πραγματοποιηθούν στους ασθενείς.
- 3) Τη δευτερεύουσα διάγνωση που αναφέρεται στην ύπαρξη σημαντικών επιπλοκών ή νοσηροτήτων.
- 4) Την ηλικία και το φύλο του ασθενούς.
- 5) Την κατάσταση των ασθενών κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Ο τρόπος εξόδου και ο προορισμός, π.χ. μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο, παράβλεψη ιατρικών οδηγιών, θάνατος).

Η ιεραρχική δομή της ταξινόμησης των DRG's αποτυπώνεται στο παρακάτω σχέδιο:



Σχέδιο 3: Η ιεραρχική δομή της ταξινόμησης των DRG's.

Διεθνώς σε κάθε DRGs αντιστοιχίζονται κωδικοί νόσων και κωδικοί ιατρικών πράξεων ανάλογα με το πώς ταξινομούνται οι κατηγορίες των Κ.Ε.Ν. κάθε συστήματος. Η αντιστοίχιση είναι πολύ σημαντική καθώς μόνο έτσι μπορεί να επιλεγεί το κατάλληλο για κάθε περίπτωση Κ.Ε.Ν. Τα λογισμικά διαχείρισης των αντιστοιχίσεων ονομάζονται groupers. Στην Ελλάδα για τους κωδικούς νόσων χρησιμοποιείται η Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων και Διαγνώσεων ICD-10 2008 η οποία περιλαμβάνει 11.500 κωδικούς και για τις ιατρικές πράξεις η Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων που περιλαμβάνει 11.100 κωδικούς και αντιστοίχιση τους με τα 700 Κ.Ε.Ν. αποτελεί ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε ότι στην χώρα δεν υπάρχει κανενός είδους προηγούμενη εμπειρία και γνώση σχετικά με τις κωδικοποιήσεις. Στο σχέδιο 2 παρατηρούμε σχηματικά την ταξινόμηση των AR-DRG's.



Σχέδιο 4: Ταξινόμηση με βάση τα DRG's.

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνονται ενδεικτικά κάποια από τα Κ.Ε.Ν. (κωδικός, περιγραφή, μέση διάρκεια νοσηλείας και κόστος)<sup>31</sup>.

*Πίνακας 7: Ενδεικτικοί Κωδικοί Κ.Ε.Ν.*

ΚΩΔ. Κ.Ε.Ν ·	Κ.Ε.Ν. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΔΝ από 1/3/2012	Κόστος από 1/3/2012
<b>Ε- ΤΚΑ</b>	<b>Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας (Ε)</b>		
E01A	Μεταμόσχευση ήπατος	26	28.900 €
E03A	Μεταμόσχευση καρδιάς-πνευμόνων	35	50.400 €
E04A	Μεταμόσχευση πνευμόνων	20	30.000 €
E05A	Μεταμόσχευση Καρδιάς	40	34.000 €
E06M	Τραχειοστομία με μηχανική υποστήριξη αναπνοής > 95 ώρες με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	47	20.000 €
E06Χα	Τραχειοστομία με μηχανική υποστήριξη αναπνοής > 95 ώρες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές ή τραχειοστομία/(ή) μηχανική υποστήριξη αναπνοής > 95 ώρες με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	25	12.000 €

### 5.3 Διαδικασία τιμολόγησης με βάση τα Κ.Ε.Ν

#### Βήματα Λογιστικής Παρακολούθησης των Κ.Ε.Ν. – DRG's<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Όπως αναφέρονται στην Υπ. Α. Υ4α/οικ. 13740/27-03-2012 Κ.Υ.Α. των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομικών και Κοινωνικής ασφάλισης.

<sup>32</sup> Λάζαρης, Θ., Δαβαριάς, Α. & Π. Αδάμ (2014). “Η λογιστική παρακολούθηση κοστολόγησης και τιμολόγησης περιστατικών: Υφιστάμενη κατάσταση και οι δυνατότητες εφαρμογής”, ανακοίνωση στο

Βήμα 1 ο: Το πρώτο βήμα, είναι η ταξινόμηση των Κ.Ε.Ν. ανά Ιατρικό Τμήμα (ΚΚΚ). Από την μέχρι τώρα εφαρμογή των Κ.Ε.Ν., έχουν ανακύψει προβλήματα καθορισμού τους, στα διοικητικά στελέχη των γραφείων κίνησης των Νοσοκομείων, που είναι επιφορτισμένα να κοστολογούν τα ιατρικά περιστατικά βάσει της ICD 10 και των λοιπών πληροφοριών που λαμβάνουν (π.χ. διάρκεια νοσηλείας). Πολλές φορές η ένταξη των ιατρικών περιστατικών προσκρούει σε ελλιπή ή ανακριβή πληροφόρηση που δυσχεραίνει τον αρμόδιο υπάλληλο να έχει σαφή εικόνα και βεβαιότητα για την επιλογή του ενδεδειγμένου Κ.Ε.Ν.

Βήμα 2 ο: Το δεύτερο βήμα είναι ο σχεδιασμός του λογιστικού σχεδίου της Αναλυτικής Λογιστικής (λογαριασμός 93) που θα παρακολουθεί την διάρθρωση του κόστους των Κ.Ε.Ν. και θα απορροφά στο τέλος κάθε κοστολογικής περιόδου το συνολικό κόστος των ΚΚΚ που παρακολουθούνται στους λογαριασμούς 92.00.XX της Α.Λ. Στην ομάδα 9 της Αναλυτικής Λογιστικής η συγκέντρωση και παρακολούθηση του κόστους των παραγόμενων υπηρεσιών γίνεται σε υπολογαριασμούς του πρωτοβαθμίου 93 «Κόστος παραγωγής».

Βήμα 3 ο: Το τρίτο βήμα είναι η διάκριση του κόστους που απορροφά το Κ.Ε.Ν., σε άμεσο και έμμεσο. Το κόστος αυτό έχει εκ των προτέρων επιβαρύνει το κέντρο κόστους το οποίο παράγει, τις προς κοστολόγηση υπηρεσίες, οι οποίες ομαδοποιούνται ανά Κ.Ε.Ν.. Η σημασία της διάκρισης του κόστους για την κοστολόγηση των Κ.Ε.Ν. έγκειται στην δυνατότητα απευθείας επίρριψης του άμεσου κόστους. Πηγή της πληροφορίας του άμεσου κόστους ανά Κ.Ε.Ν., είναι η ατομική καρτέλα κάθε ασθενή. Στην καρτέλα κάθε ασθενή θα πρέπει απαραίτητως να καταγράφεται κάθε υλικό ή εξέταση την οποία δέχεται, είτε αυτή είναι εκτός ή εντός κλειστού νοσηλίου. Το έμμεσο κόστος ανά Κ.Ε.Ν. για κάθε κοστολογική περίοδο, προκύπτει εάν από το συνολικό κόστος του κέντρου κόστους στο οποίο ανήκει το Κ.Ε.Ν., αφαιρέσουμε το άμεσο κόστος. Εν συνεχεία πρέπει να το κατανείμουμε στα Κ.Ε.Ν. με κατάλληλη επιλογή και χρήση κριτηρίων μερισμού.

#### 5.4 Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα Κ.Ε.Ν

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε όλες τις χώρες και κατ' επέκταση και στην Ελλάδα επιλέχθηκε για τη μείωση και συγκράτηση των δαπανών υγείας σε πλαίσια που θα κρατούσαν το σύστημα της υγείας σε επίπεδα βιωσιμότητας.

Τα βασικά πλεονεκτήματα ήταν η εξασφάλιση κέρδους σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο για τα νοσοκομεία όσο και για τους ασφαλιστικούς φορείς, αφού είναι πλέον εφικτή η παρακολούθηση ανά κατηγορία κλινικού κόστους και είναι αρτιότερη η χρηματοοικονομική διαχείριση. Επιπροσθέτως, είναι ακριβέστερη η χρήση των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, μειώθηκαν οι επαναλαμβανόμενες διαδικασίες, ενώ ελαχιστοποιήθηκε και ο χρόνος διάγνωσης. Επίσης, είναι πιο αποτελεσματική η κατανομή πόρων μεταξύ των νοσοκομείων, άρα και πιο δίκαιη απόδοση εσόδων των νοσοκομείων ανάλογα με το παραγόμενο έργο. Ακόμα είναι εφικτό το benchmarking σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Η αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων του νοσοκομείου είναι σταθερή, καθώς η κοστολόγηση και εξόφληση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ορθότερη και αποτελεσματικότερη. Η χρήση των Κ.Ε.Ν. μείωσε τη γραφειοκρατία λόγω απλούστευσης της εργασίας στις διοικητικές υπηρεσίες, ενώ συνέβαλε και στη διαφάνεια στη λειτουργία του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού. Τέλος, μειώθηκε η χρήση και η υπερτιμολόγηση υλικών και φαρμάκων, άρχισε ο έλεγχος του χρηματοοικονομικού ρίσκου από τους ασφαλιστικούς φορείς και φυσικά η αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος. Το σημαντικότερο όλων είναι ότι βελτιώθηκε στο σύστημα παραγωγής- διανομής των υπηρεσιών υγείας (αυξήθηκαν οι παραπομπές στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κατ' οίκον περίθαλψη, γηροκομεία και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες λιγότερο δαπανηρές σε σχέση με τα νοσοκομεία).

Πέρα από τα καλά που προσφέρει το νέο σύστημα, υπάρχουν και βασικά μειονεκτήματα. Στα πιο χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται ο οριζόντιος και ισοπεδωτικός χαρακτήρας των Κ.Ε.Ν. που ανεξάρτητα από την προσφερόμενη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσήλια είναι πάντα ίδια για την ίδια ασθένεια ή εγχείρηση, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να χαμηλώσουν το κόστος της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Κατά συνέπεια, αυξήθηκαν οι επαισαγωγές. Επίσης, τα Κ.Ε.Ν. κατηγορήθηκαν για προχειρότητα, καθώς ολοκληρώθηκαν μέσα σε λίγους μήνες εξαιτίας του Μνημονίου, ενώ σε άλλες χώρες χρειάστηκε πιλοτική



εφαρμογή 10 ετών. Ακόμα, η μετάφραση και η τιμολόγηση των αυστραλιανών Κ.Ε.Ν. έγινε πρόχειρα με αποτέλεσμα υπερτιμολογήσεων και υποτιμολογήσεων, ενώ πολλές φορές είτε δεν υπήρχε πρόβλεψη για κάποιες ασθένειες είτε οι προβλεπόμενες ασθένειες δεν είχαν αντίκτυπο στην ελληνική πραγματικότητα, π.χ. δάγκωμα από καγκουρό. Πρόχειρη ήταν και η εκπαίδευση των εμπλεκομένων με τη διαδικασία, με αποτέλεσμα να γίνεται πολλές φορές λανθασμένη κωδικοποίηση. Κάποιες φορές εντοπίστηκε η εξυπηρέτηση ασθενών που ανήκουν σε υψηλές διαγνωστικές κατηγορίες, προκειμένου να αποφέρουν περισσότερα κέρδη στο νοσοκομείο (Μπαλασοπούλου, 2009). Τέλος, αυξήθηκε λίγο το κόστος από τη χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας και των νέων υποδομών (groupers) και από την εκπαίδευση του προσωπικού και των τεχνικών.

## *ΕΠΙΛΟΓΟΣ*

Ασφαλώς, όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω καθιστούν επιτακτική ανάγκη για ορθολογική και αποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, που κατ' επέκταση θα έχει σημαντική μείωση των δαπανών με αντίστοιχη αύξηση των εσόδων, στόχος που είναι δύσκολο να επιτευχθεί εξαιτίας των ιδιοτεροτήτων του τομέα υγείας.

## Β. Ερευνητικό μέρος

### 6 ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Πέρα από το θεωρητικό τμήμα της παρούσας μελέτης, που είναι το υπόβαθρο πάνω στο οποίο θεμελιώνονται όλες οι έρευνες ανεξαρτήτου είδους, είναι εξίσου σημαντική και η παρουσίαση του πρακτικού τους τμήματος. Συνεπώς, θα ακολουθήσει το ερευνητικό μέρος της έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών, κατεύθυνση Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, του ΑΤΕΙ Καλαμάτας. Η έρευνα εκπονήθηκε στα Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» με έδρα τη Θεσσαλονίκη και το Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ», με έδρα το Ηράκλειο Κρήτης, μετά τις συγχωνεύσεις των περισσότερων Νοσοκομείων της Ελλάδας με έτος έναρξης το 2011.

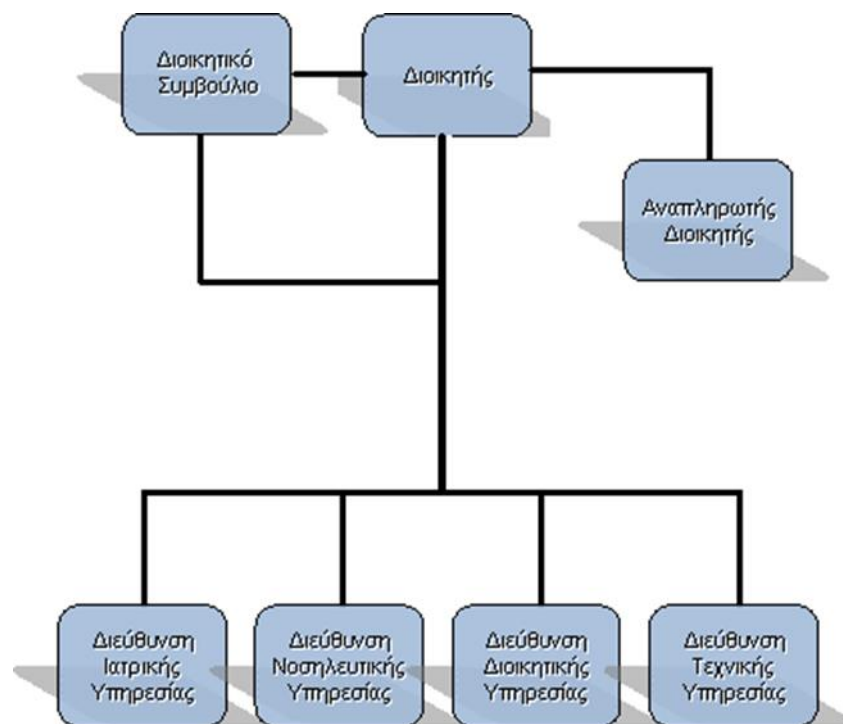
Σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η ανάδειξη της σημασίας της εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα και η συμβολή τους στη συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων της Επικράτειας.

Προτού, όμως, προβούμε στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, είναι σημαντική μια πρώτη παρουσίαση των Νοσοκομείων αναφοράς, προκειμένου να τονιστούν οι ιδιαιτερότητες του κάθε ένα ξεχωριστά. Τα στοιχεία ελήφθησαν από τις ηλεκτρονικές διευθύνσεις των Νοσοκομείων και παρουσιάζονται προσαρμοσμένα παρακάτω.

#### 6.1 Παρουσίαση του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ».

Το Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ» είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Στο Νοσοκομείο, μέχρι προσφάτως, ανήκαν και έξι Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) του Νομού Ηρακλείου με όλα τα Περιφερειακά Ιατρεία τους (Π.Ι.). Το Νοσοκομείο σήμερα λειτουργεί με το δικό του προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και Α.Φ.Μ. Διαθέτει **500 οργανικές κλίνες** σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ 14160/ 8/8/86 ΦΕΚ 4/Β/9/1/87 και τους ισχύοντες νόμους περί εθνικού Συστήματος Υγείας.

Υπόκειται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Διοικείται από: α) το **Διοικητικό Συμβούλιο**, β) τον **κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου** και γ) το **Συμβούλιο Διοίκησης**. Στην Εικόνα 7, διαφαίνεται το Οργανόγραμμα του Νοσοκομείου.



Εικόνα 7: Το οργανόγραμμα του Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

Ως προς τη σύνθεση προσωπικού, αυτό χωρίζεται στην Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική Υπηρεσία.

Αναλυτικότερα, στην **Ιατρική Υπηρεσία** προβλέπονται 220 οργανικές θέσεις γιατρών ΕΣΥ και υπηρετούν 170 γιατροί ΕΣΥ διαφόρων ειδικοτήτων. Προβλέπονται 164 οργανικές θέσεις ειδικευομένων γιατρών και υπηρετούν 164 ειδικευόμενοι γιατροί. Στο λοιπό προσωπικό πλην γιατρών της Ιατρικής Υπηρεσίας προβλέπονται 127 θέσεις και 17 προσωποπαγείς και υπηρετούν 99 άτομα στις οργανικές και 17 στις προσωποπαγείς και 1 αορίστου χρόνου. Στη **Νοσηλευτική Υπηρεσία** προβλέπονται 692 οργανικές θέσεις διαφόρων ειδικοτήτων και 41 προσωποπαγείς. Υπηρετούν 517 άτομα στις οργανικές και 41 στις προσωποπαγείς θέσεις και 2 αορίστου χρόνου. Στη **Διοικητική Υπηρεσία** προβλέπονται 379 οργανικές θέσεις διαφόρων ειδικοτήτων και 20 προσωποπαγείς. Υπηρετούν 224 άτομα στις οργανικές και 20 στις προσωποπαγείς θέσεις και 11 αορίστου χρόνου. Τέλος, στην **Τεχνική Υπηρεσία** προβλέπονται 98 οργανικές θέσεις διαφόρων ειδικοτήτων και 20

προσωποπαγείς. Υπηρετούν 73 άτομα στις οργανικές και 5 στις προσωποπαγείς θέσεις και 3 αορίστου χρόνου.

Δεδομένης της φύσης της παρούσας μελέτης, είναι σημαντικό να τονιστούν οι αρμοδιότητες του οικονομικού τμήματος, που εντάσσεται στη Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Συγκεκριμένα, το Τμήμα Οικονομικού είναι υπεύθυνο για:

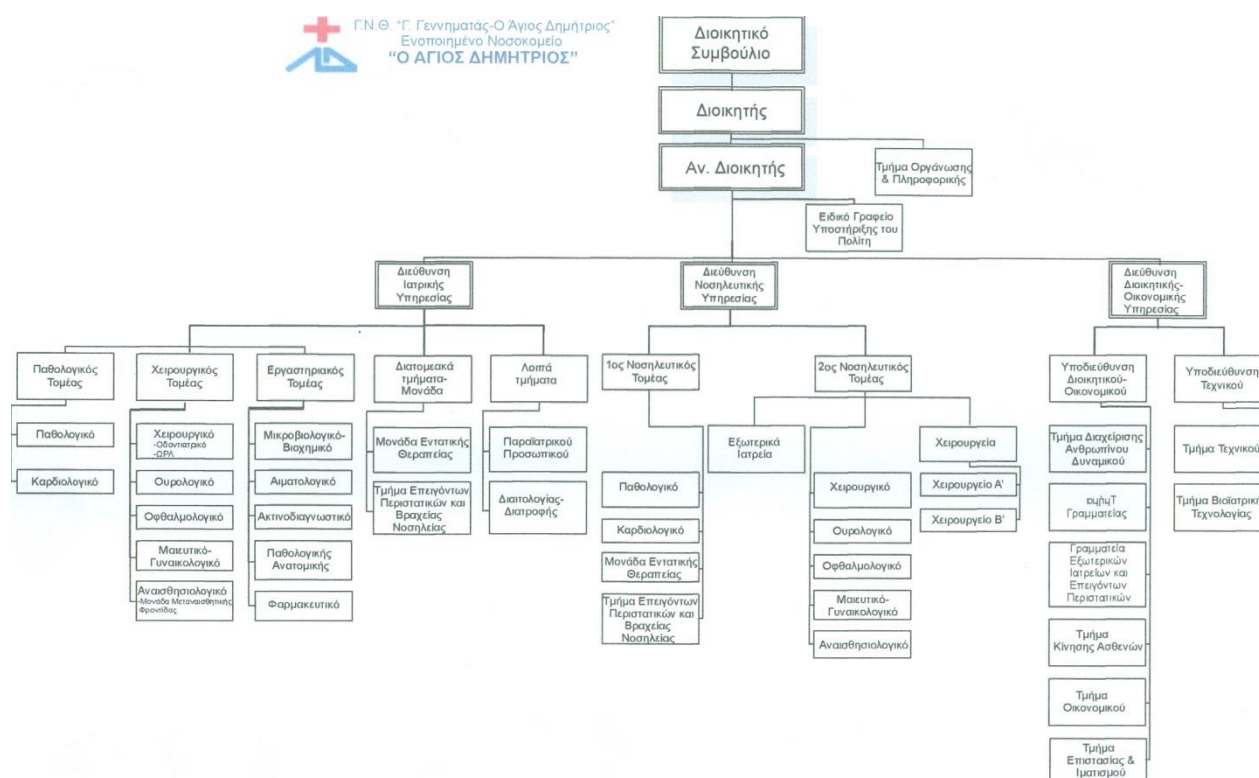
- α. όλες τις λογιστικές δραστηριότητες, την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας, την παρακολούθηση παγίων και αποσβέσεων.
- β. την είσπραξη των ληξιπρόθεσμων χρεών.
- γ. την διατήρηση των αποδεικτικών στοιχείων της πιστωτικής πολιτικής.
- δ. τη διαχείριση των χρημάτων του νοσοκομείου.
- ε. την έκδοση περιοδικών αναφορών της ταμιακής ρευστότητας του νοσοκομείου, τα ισοζύγια εσόδων, εξόδων και υλικών. στ. Τις πάσης φύσεως οικονομικές συναλλαγές με ασφαλιστικούς οργανισμούς, τράπεζες, προμηθευτές κ.λπ. (πληρωμές, εισπράξεις, έκδοση επιταγών).
- ζ. την προετοιμασία της μισθοδοσίας του προσωπικού, την έκδοση και τον έλεγχο των καταστάσεων μισθοδοσίας.
- η. τη σύνταξη του οικονομικού σχεδιασμού – προϋπολογισμού, τον έλεγχο παρακολούθησής του, καθώς και τον απολογισμό κατά μήνα και έτος.
- θ. την κοστολόγηση ανά ιατρική πράξη και τη σύνταξη και παρακολούθηση των τμηματικών προϋπολογισμών.
- ι. τον έλεγχο των αναλώσεων και των αποθεμάτων των αναλώσιμων υλικών και των φαρμάκων.
- ια. Την έκδοση μηνιαίων αναφορών για τα οικονομικά στοιχεία του νοσοκομείου.
- ιβ. Τη σύνταξη εκθέσεων με το λειτουργικό απολογισμό του νοσοκομείου.
- ιγ. Την εκπόνηση των μελετών επενδύσεων (οικονομικό μέρος).

## **6.2 Παρουσίαση του Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».**

Το Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Η Νομική του Μορφή άλλαξε με τις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53, οπότε και αναμορφώθηκε ο Οργανισμός Διοίκησης και λειτουργίας του το έτος 1975 και αναμορφώθηκε εκ νέου το 1986 με την αριθ.

Α3β/οικ. 16139/1986 απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΦΕΚ 819/85 τ.Β'). Με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.112173/10-12-2012 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3280/10-12-2012, τ. Β') τροποποιήθηκε ο Οργανισμός του Νοσοκομείου και ισχύει μέχρι σήμερα. Υπόκειται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και διαθέτει πλέον 175 κλίνες. Διοικείται από: α) το **Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης**, β) το **Διοικητικό Συμβούλιο**, β) τον **κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου** και γ) τον **κοινό Αναπληρωτή**.

Διαθέτει τις βασικές παθολογικές και χειρουργικές ειδικότητες, που έχουν αναπτυγμένα Τμήματα Νοσηλείας, Εξωτερικά Ιατρεία και που υποστηρίζονται από ανάλογα Εργαστήρια. Ακολουθεί το Οργανόγραμμα του Νοσοκομείου



Εικόνα 8: Το Οργανόγραμμα του Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος».

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου, το Οικονομικό Τμήμα είναι υπεύθυνο για:

- όλες τις λογιστικές δραστηριότητες, την τήρηση της φορολογικής νομοθεσίας, την παρακολούθηση παγίων και αποσβέσεων.
- την είσπραξη των ληξιπρόθεσμων χρεών.

- γ. την διατήρηση των αποδεικτικών στοιχείων της πιστωτικής πολιτικής.
- δ. τη διαχείριση των χρημάτων του νοσοκομείου.
- ε. την έκδοση περιοδικών αναφορών της ταμιακής ρευστότητας του νοσοκομείου, τα ισοζύγια εσόδων, εξόδων και υλικών.
- στ. Τις πάσης φύσεως οικονομικές συναλλαγές με ασφαλιστικούς οργανισμούς, τράπεζες, προμηθευτές κ.λ.π. (πληρωμές, εισπράξεις, έκδοση επιταγών).
- ζ. την προετοιμασία της μισθοδοσίας του προσωπικού, την έκδοση και τον έλεγχο των καταστάσεων μισθοδοσίας.
- η. τη σύνταξη του οικονομικού σχεδιασμού – προϋπολογισμού, τον έλεγχο παρακολούθησής του, καθώς και τον απολογισμό κατά μήνα και έτος.
- θ. την κοστολόγηση ανά ιατρική πράξη και τη σύνταξη και παρακολούθηση των τμηματικών προϋπολογισμών.
- ι. τον έλεγχο των αναλώσεων και των αποθεμάτων των αναλώσιμων υλικών και των φαρμάκων.
- ια. Την έκδοση μηνιαίων αναφορών για τα οικονομικά στοιχεία του νοσοκομείου.
- ιβ. Τη σύνταξη εκθέσεων με το λειτουργικό απολογισμό του νοσοκομείου.
- ιγ. Την εκπόνηση των μελετών επενδύσεων (οικονομικό μέρος).
- ιδ. Την ευθύνη της παρακολούθησης όλων των προμηθειών αναλώσιμου και μη υλικού, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, της σύνταξης του ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών και της οργάνωσης και λειτουργίας των αποθηκών του Κρατικού Θεραπευτηρίου – Γ.Ν.-Κ.Υ., γενικού, υγειονομικού, τεχνικού και άλλου υλικού. Της διεξαγωγής περιοδικών και ετήσιων απογραφών και παραλαβής και χρέωσης κάθε αναλώσιμου και μη υλικού.

## 7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Όπως προαναφέρθηκε, η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ- Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», φορέας Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» με έδρα τη Θεσσαλονίκη και το Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ», φορέας Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ», με έδρα το Ηράκλειο Κρήτης, το διάστημα Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 2015 και αφορά τα έτη 2013 και 2014. Αρχικός στόχος ήταν να συμπεριληφθεί και το έτος 2015, έως τον Αύγουστο, αλλά σύντομα διαπιστώθηκε ότι αυτό δεν ήταν εφικτό, λόγω του ότι τα στοιχεία αυτού του έτους ήταν ελλιπή και δεν επαρκούσαν για την ορθή και σαφή εικόνα της πραγματικής

οικονομικής κατάστασης και των δύο νοσοκομείων. Η αιτιολόγηση της επιλογής των εν λόγω νοσοκομείων έγκειται στο γεγονός ότι οι δύο ερευνήτριες πραγματοποίησαν την πρακτική τους άσκηση στα Γενικά Λογιστήρια των αντίστοιχων Νοσοκομείων, οπότε και ήταν πιο εύκολη η πρόσβαση στα αναζητούμενα στοιχεία. Συνεπώς, πρόκειται για μια μελέτη περίπτωσης που εντοπίζεται μόνο στα νοσοκομεία αναφοράς για την επιλεγμένη διαετία. Επίσης, να σημειωθεί ότι, προτού ξεκινήσει η συλλογή των δεδομένων, ήταν υποχρεωτική, βάσει πρωτοκόλλου, η υποβολή αιτήσεων στα δύο νοσοκομεία αναφοράς, η οποία έπρεπε να εγκριθεί τόσο από το Επιστημονικό όσο και από το Διοικητικό Συμβούλιό τους. Μετά τη λήψη της έγκρισης ήταν εφικτή η παραλαβή των ζητούμενων στοιχείων από το ESY.net των δύο νοσοκομείων σε έντυπη, κυρίως, μορφή. Από το σύνολο των Πινάκων του ESY.net, αξιοποιήθηκαν τα στοιχεία των Πινάκων «6: μηνιαία κατάσταση- παρακολούθηση νοσηλίων», «7: Μηνιαία κατάσταση λειτουργικών εσόδων- λειτουργικού κόστους» και «8: Παρακολούθηση KEN-DRG's». Ακολούθησε χειροκίνητη μεταφορά τους σε ηλεκτρονική μορφή και ακολούθησε η επεξεργασία των δεδομένων βάσει των ακόλουθων ερευνητικών ερωτημάτων:

- A) Ποια είναι τα KEN με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης;
- B) Ποια είναι τα πιο προσοδοφόρα KEN;
- Γ) Ποια είναι τα πιο προσοδοφόρα KEN σε επίπεδο εσόδων ανά ασθενή;
- Δ) Ποια είναι η συμβολή των Τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα;
- E) Ποια είναι η διάρθρωση των τομέων στα συνολικά έσοδα;
- Στ) Ποια είναι η διάρθρωση των συνολικών εσόδων (εντός KEN) ανά τομέα;
- Z) Ποια είναι η διάρθρωση των εσόδων εντός KEN ανά τομέα;
- H) Ποια είναι η συμβολή των ασφαλιστικών φορέων στα έσοδα;
- Θ) Ποια είναι η συμβολή των ιδιωτικών φορέων στα έσοδα;

Στη συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας σε μορφή Πινάκων, Διαγραμμάτων και Γραφημάτων με τη σχετική ανάλυση και συζήτηση αυτών.

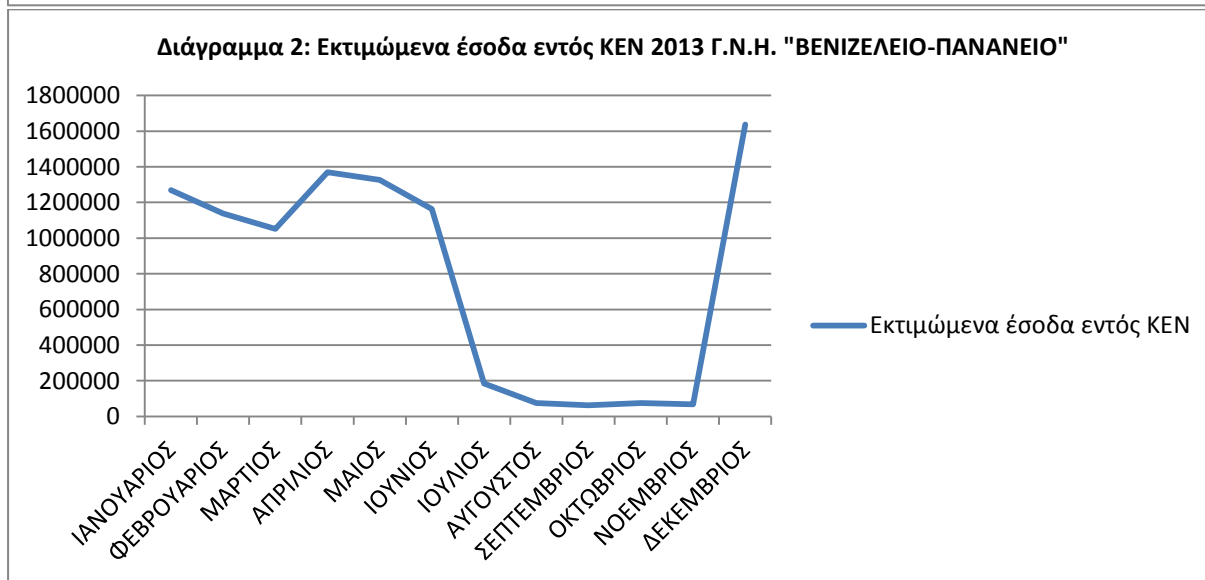
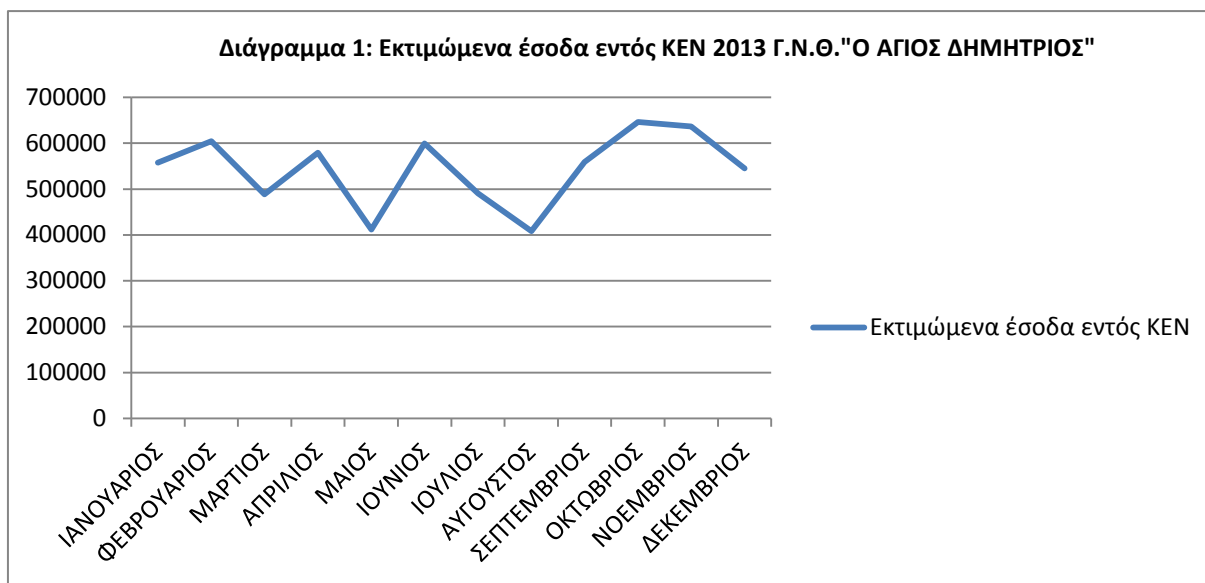
## 8 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ.

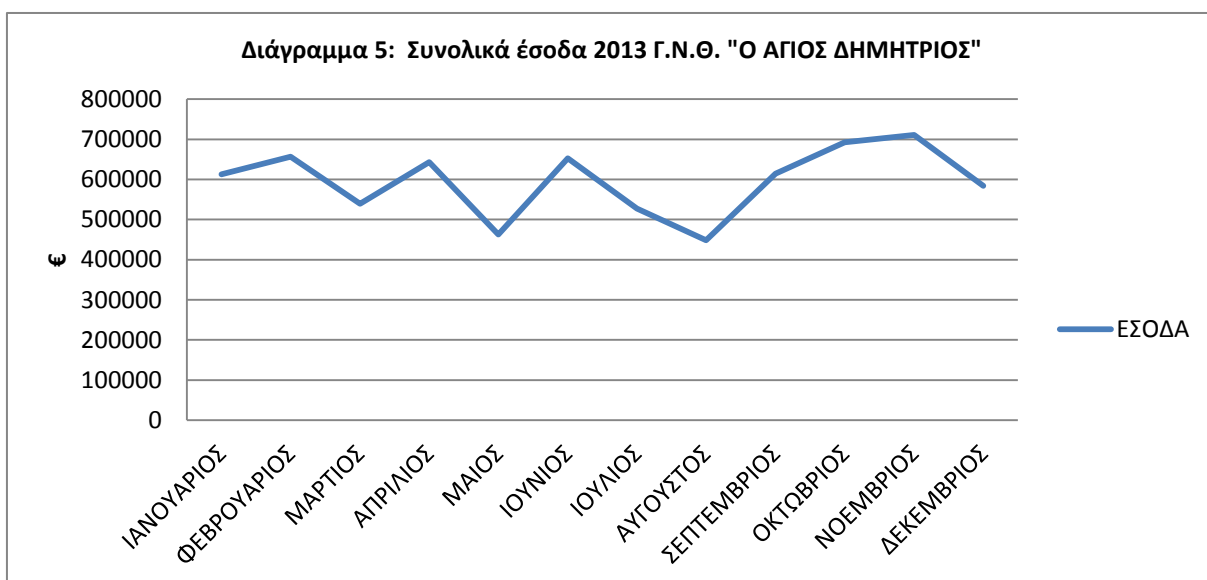
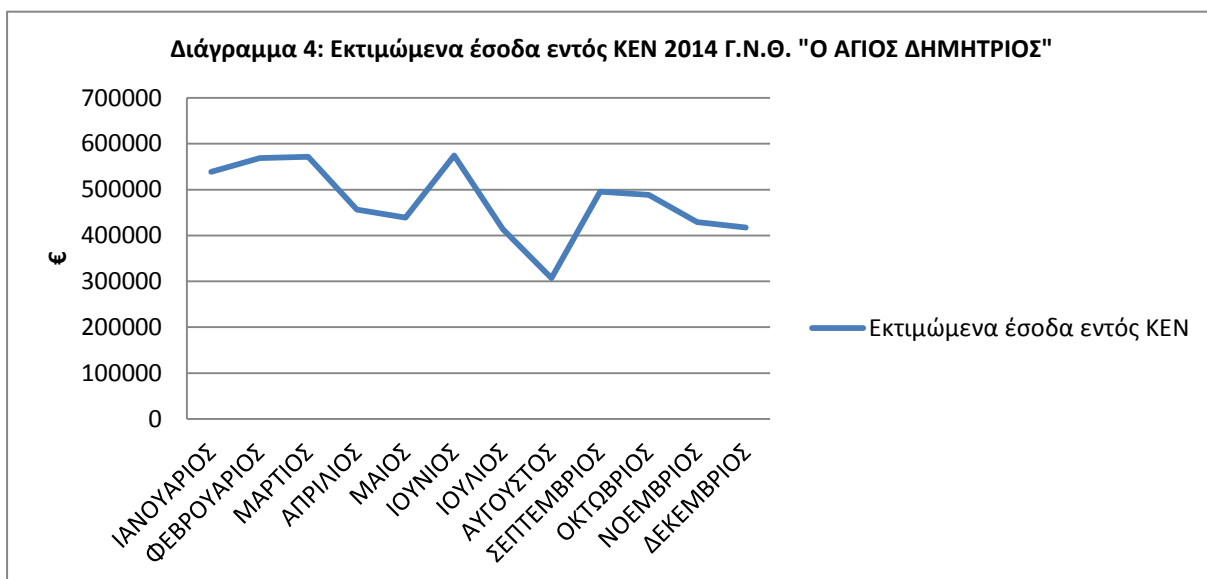
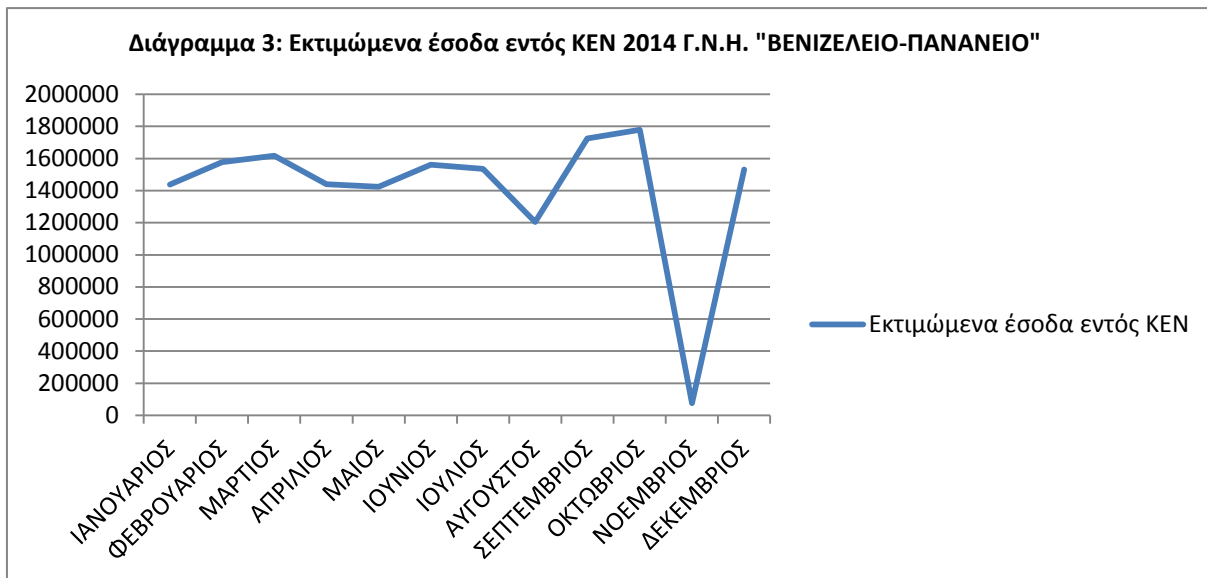
Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας που γίνεται παρακάτω έχει σκοπό την όσο το δυνατόν ευκρινέστερη αποτύπωση τη λογιστικής διαχείρισης των οικονομικών στοιχείων των δύο νοσοκομείων αναφοράς, το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» και το Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ». Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να υπογραμμιστεί ότι οι υπάλληλοι που έχουν οριστεί από τη Διοίκηση των Νοσοκομείων να συμπληρώνουν τους πίνακες του ESY.net, είναι υποχρεωμένοι να ολοκληρώνουν αυτήν τους την υποχρέωση έως την 18<sup>η</sup> του επόμενου μήνα, καθώς τη συγκεκριμένη ημερομηνία ασφαρίζεται το σύστημα και δεν είναι πλέον διαθέσιμο για οιαδήποτε τροποποίηση. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί πολλές φορές να ζητείται η απαραίτητη έγκριση από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου για αναδρομική συμπλήρωση πινάκων λόγω «φόρτου εργασίας».

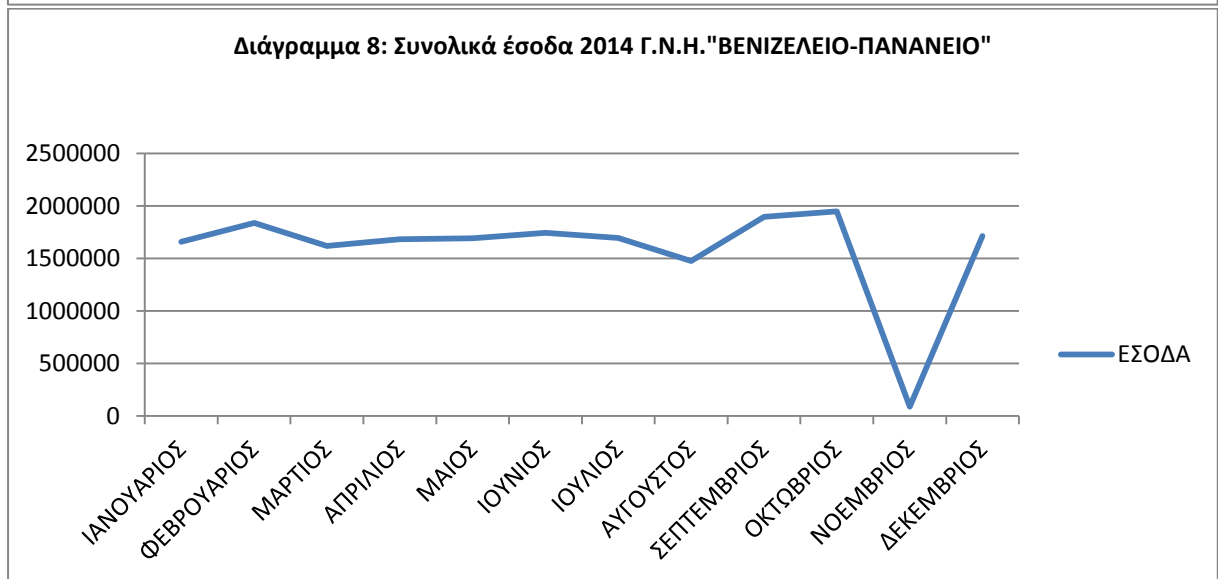
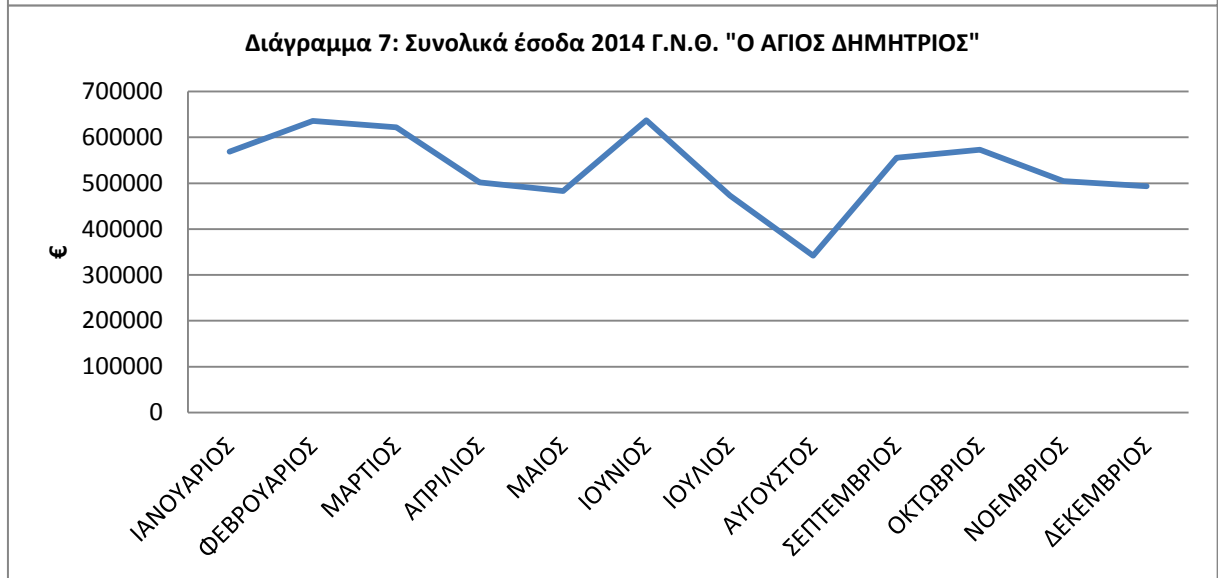
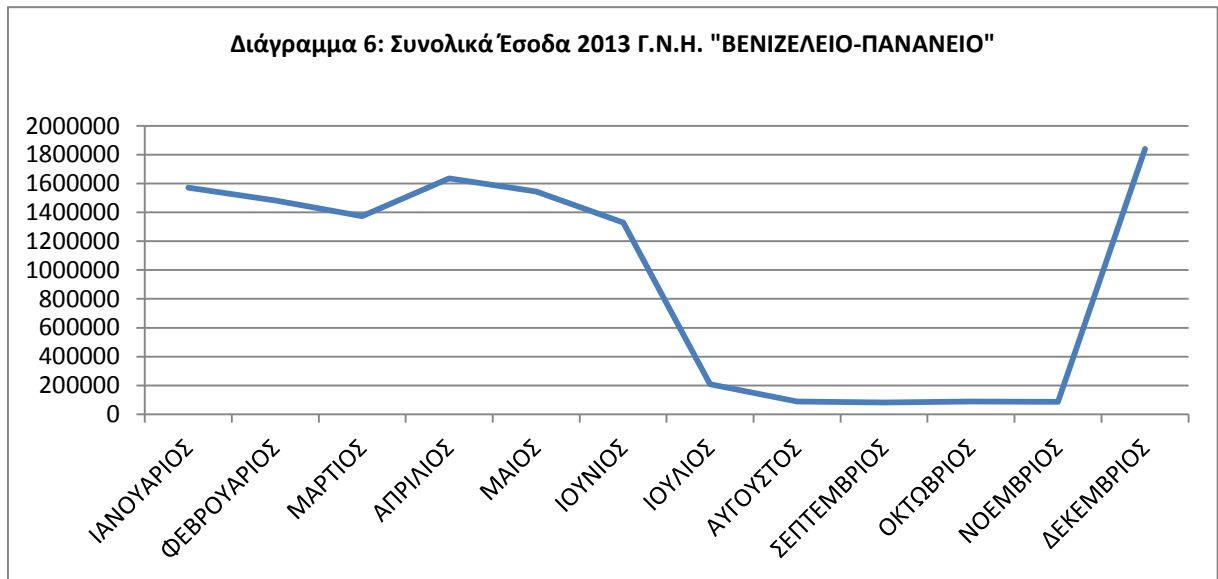
Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.



Στα Διαγράμματα που ακολουθούν μπορούμε να διακρίνουμε τα έσοδα των δύο Νοσοκομείων Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» και Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» για τα έτη 2013-2014. Συγκεκριμένα, διαφαίνονται τα εκτιμώμενα Έσοδα εντός ΚΕΝ και τα συνολικά Έσοδα για τα δύο έτη αναφοράς. Να διευκρινίσουμε ότι στα συνολικά έσοδα περιλαμβάνονται τα έσοδα εντός ΚΕΝ, τα έσοδα από νοσήλια, τα έσοδα από τις ιατρικές πράξεις, τα έσοδα από τα χρησιμοποιούμενα υλικά και τα έσοδα από τα φάρμακα (Διαγράμματα 1-8).

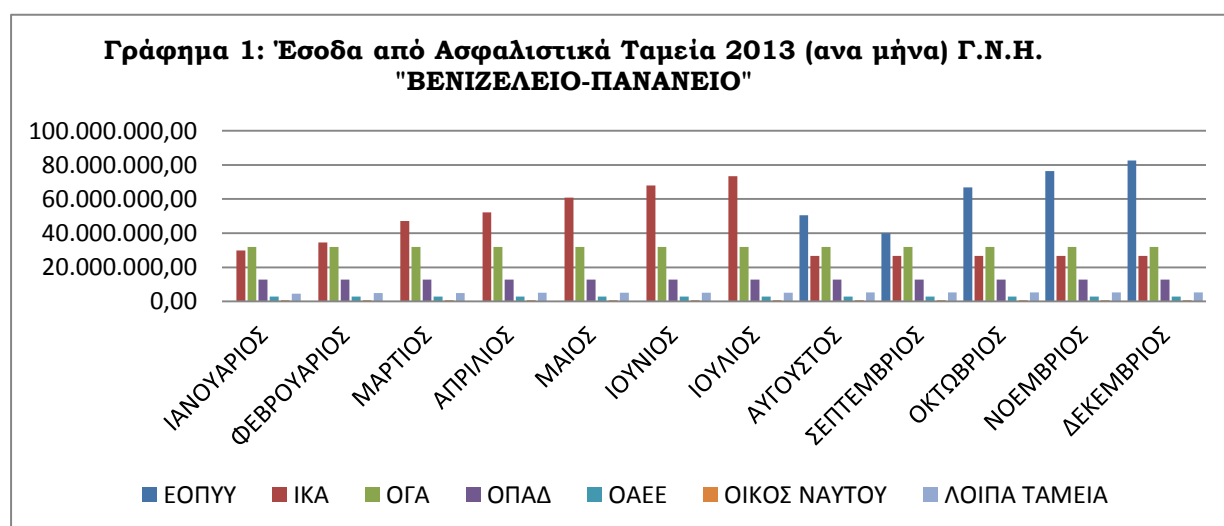




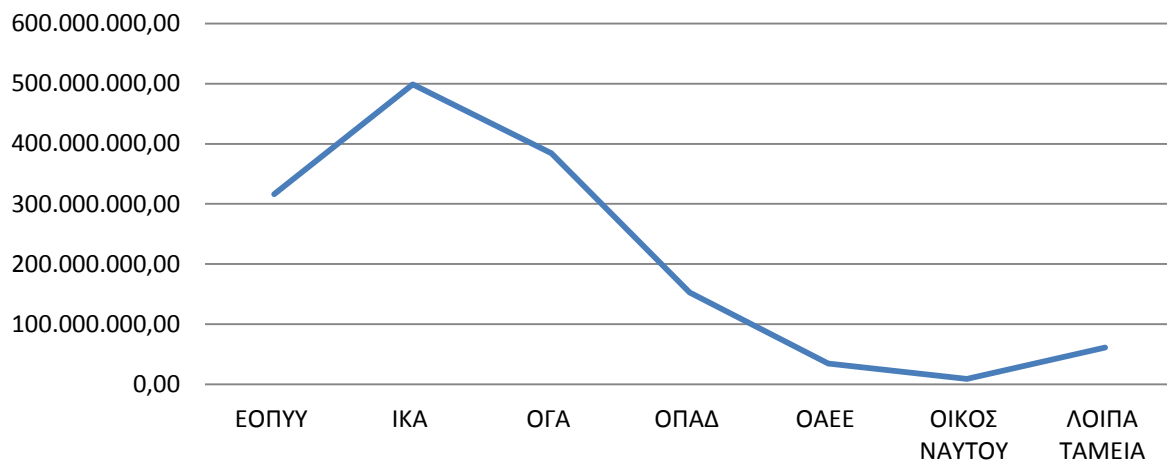


Τα έσοδα από τα νοσήλια εντός στο Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» για το έτος 2013 κυμαίνονται μεταξύ 40-70 χιλιάδες ευρώ με μέσο όρο τα 55 χιλιάδες ευρώ το χρόνο. Είναι αναμενόμενο να βλέπουμε μια πτώση το καλοκαίρι, καθώς δε λειτουργούν τα χειρουργεία, ενώ τα παθολογικά περιστατικά μοιράζονται σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδος, λόγω διακοπών (Διάγραμμα 1). Η εικόνα των εσόδων αλλάζει στο Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 130-160 χιλιάδες ευρώ και μέσο όρο τα 90 χιλιάδες ευρώ περίπου το χρόνο. Η μεγάλη πτώση που παρατηρείται στους θερινούς μήνες οφείλεται τόσο στη θερινή περίοδο (κλείσιμο χειρουργείων, ανακαίνιση των χειρουργικών αιθουσών και μετακινήσεις πληθυσμού λόγω διακοπών) όσο και στην έλλειψη υλικών (Διάγραμμα 2). Την επόμενη χρονιά, ενώ τα έσοδα στο Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» παρουσιάζονται στα ίδια επίπεδα του προηγούμενου έτους, στο Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» τα έσοδα παρουσιάζουν μια σταθερή πορεία μέχρι το Νοέμβριο, οπότε κι έχουμε μια τεράστια πτώση. Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται στην έλλειψη στοιχείων κι όχι σε κάποιον άλλο παράγοντα, όπως, ενδεικτικά, η έλλειψη υλικών (Διαγράμματα 3 & 4). Η εικόνα των συνολικών εσόδων και των δύο νοσοκομείων και στα δύο έτη αναφοράς ομοιάζει με την εικόνα των εσόδων εντός ΚΕΝ που αναλύθηκε προηγουμένως (Διαγράμματα 5 έως 8).

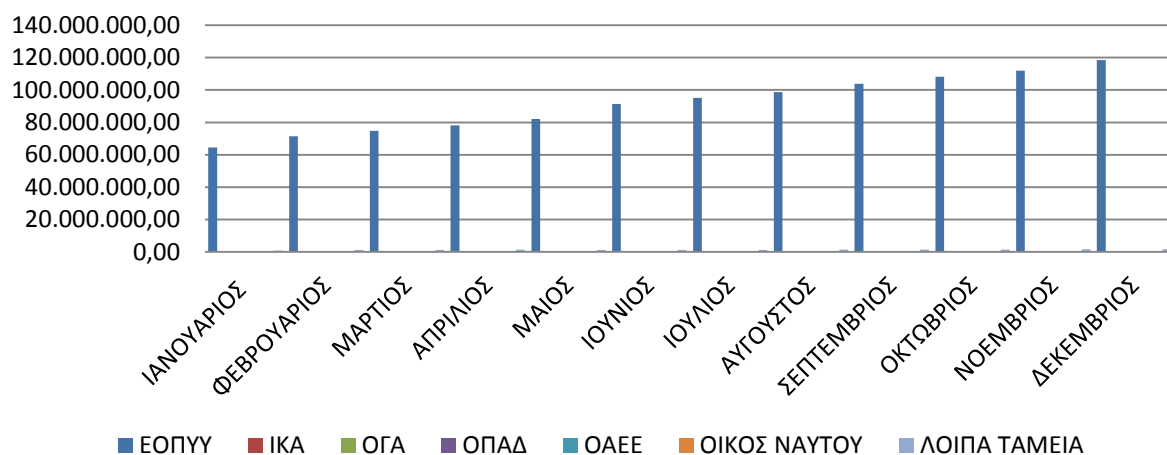
Πέρα από τα παραπάνω διαγράμματα, θα ακολουθήσουν και Πίνακες με αναλυτικότερα στοιχεία σχετικά με τη συμβολή των τομέων, ήτοι Παθολογικό, Χειρουργικό και Μικτό, που περιλαμβάνει περιστατικά που ανήκουν την ίδια στιγμή και στους δύο τομείς. Για τη συνέχεια, παρατίθενται Γραφήματα και Διαγράμματα τα οποία αφορούν σε έσοδα των αντίστοιχων νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα στοιχεία παρατίθενται αρχικά ανά μήνα και μετέπειτα ανά έτος για το εκάστοτε νοσοκομείο ξεχωριστά (Γραφήματα 1 έως 3, Διαγράμματα 9 έως 10 & Πίνακας 8).



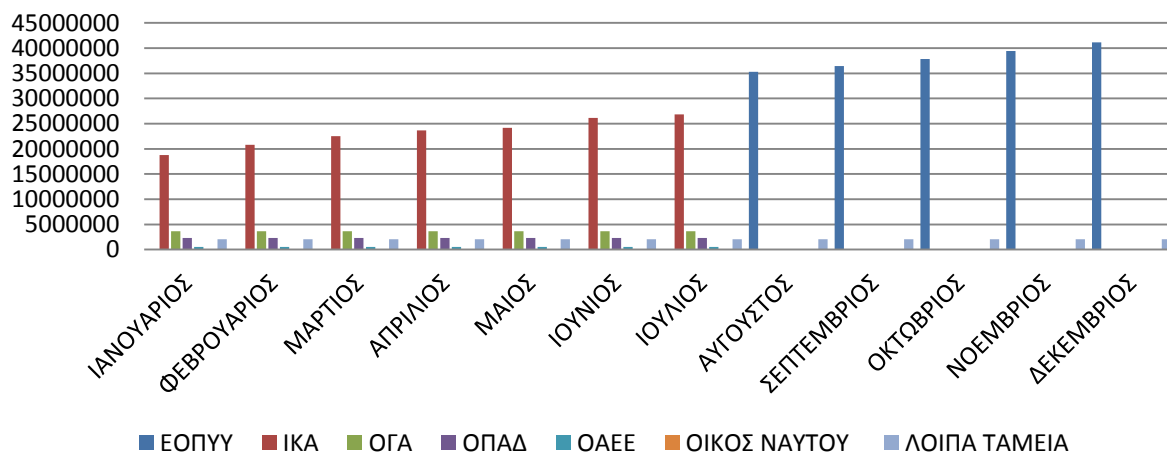
**Διάγραμμα 9: Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ετήσιο) Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"**

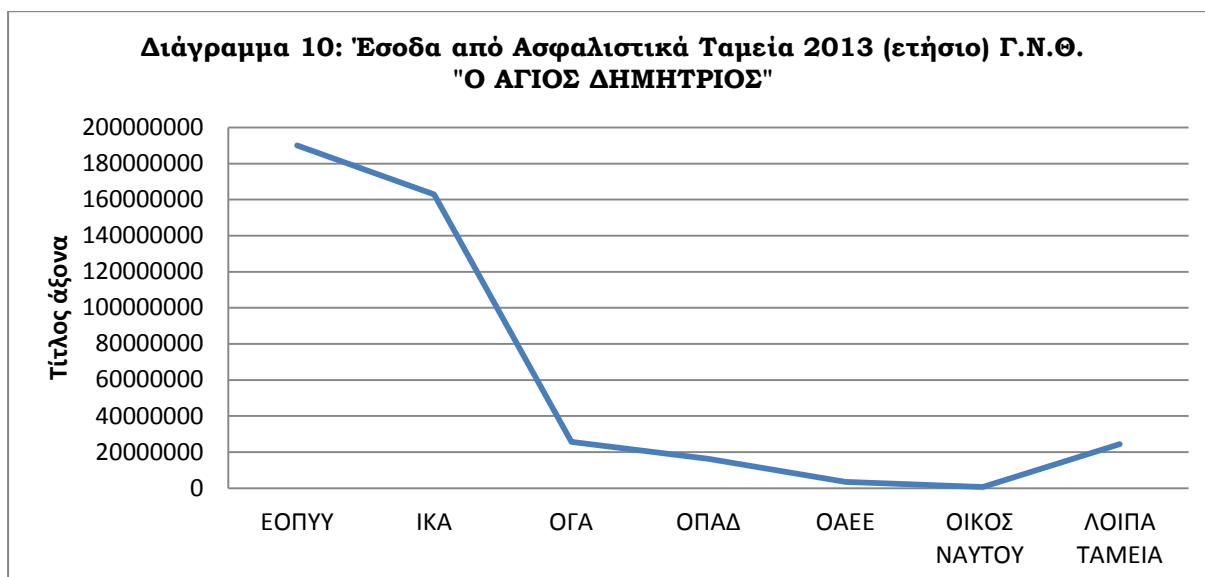


**Γράφημα 2: Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2014 (ανά μήνα) Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"**



**Γράφημα 3: Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία 2013 (ανά μήνα) Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"**





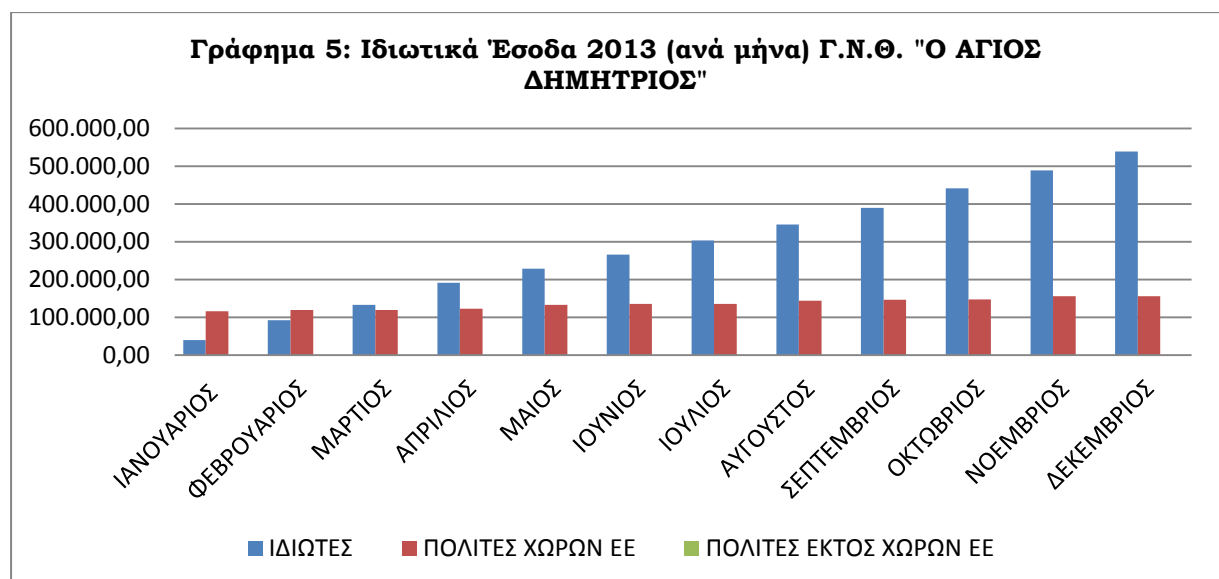
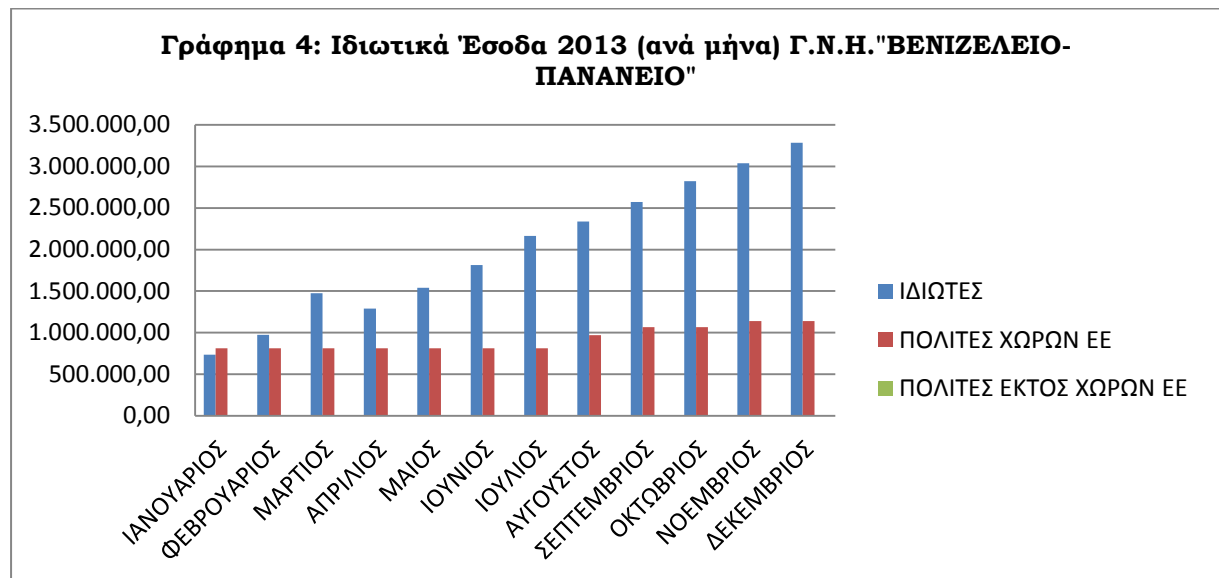
Πίνακας 8: Έσοδα από Ασφαλιστικά Ταμεία έτους 2014 (ετήσια) των Νοσοκομείων Αναφοράς.

	Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	1.098.757.799,51	583.896.751,72	<b>1.682.654.551,23</b>
<b>ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ</b>	891.812,88	97.579,68	<b>989.392,56</b>
<b>ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ</b>	15.639.286,53	58.684.055,64	<b>74.323.342,17</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.115.288.898,92</b>	<b>642.678.387,04</b>	<b>1.757.967.285,96</b>

Και στα δύο νοσοκομεία, τα έσοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από το ΙΚΑ και σε πολύ μικρότερο από τον ΟΓΑ, τον ΟΠΑΔ, το Ταμείο των ελεύθερων επαγγελματιών ΟΑΕΕ, τον οίκο Ναύτου και τα λοιπά μικρά ταμεία το πρώτο επτάμηνο του 2013 (Γραφήματα 1 & 3 και Διαγράμματα 9 & 10, Πίνακας 8). Στο δεύτερο μισό του έτους 2013 και σε όλο το 2014 η εικόνα αλλάζει και στα δύο νοσοκομεία, καθώς όλα τα έσοδα προέρχονται μόνο από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Αυτό παρατηρείται λόγω της σύστασης του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας και τη θέσπιση του Κανονισμού Παροχών Υγείας βάσει του

οποίου όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ενσωματώθηκαν σε ένα<sup>33</sup>. Τα έσοδα του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ξεπερνούν το ένα δισεκατομμύριο για το έτος 2014.

Ακολουθούν τα παρακάτω γραφήματα και ο Πίνακας 9 που περιλαμβάνουν τα έσοδα των αντίστοιχων νοσοκομείων από τους Ιδιώτες και του Πολίτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γραφήματα 4 & 5 και Πίνακας 9).



<sup>33</sup> άρθρο 3 της υπ' αριθμ. ΕΜΠ5 Τροποποίησης της υπ' αριθ. Φ90380 / 25916 /3294 /2011 (ΦΕΚ 2456/Β'3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει).

*Πίνακας 9: Ιδιωτικά Έσοδα 2013-2014 (ετήσια) των Νοσοκομείων Αναφοράς.*

	ΙΔΙΩΤΕΣ	ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΣΥΝΟΛΟ
Γ.Ν.Η.2013	24.056.617,47	11.081.373,84	0	<b>35.137.991,31</b>
Γ.Ν.Θ.2013	3.461.311,12	1.633.560,68	0	<b>5.094.871,80</b>
Γ.Ν.Η.2014	31.698.181,83	4.427.313,04	0	<b>36.125.494,87</b>
Γ.Ν.Θ.2014	4.061.432,94	1.009.316,64	0	<b>5.070.749,58</b>
ΣΥΝΟΛΟ	<b>63.277.543,36</b>	<b>18.151.564,20</b>	<b>0</b>	<b>81.429.107,56</b>

Στα παραπάνω Διαγράμματα και στον Πίνακα παρουσιάζονται τα έσοδα που λαμβάνουν και τα δύο νοσοκομεία από τους ιδιώτες και από τους πολίτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στα διαγράμματα υπάρχει και η πρόβλεψη για έσοδα από πολίτες χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο όμως δεν υπάρχουν στοιχεία. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε επειδή δεν επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία ασθενείς από χώρες εκτός Ένωσης είτε επειδή δεν «περάστηκαν» τα στοιχεία στο σύστημα του ESY.net. Όπως έχει ήδη ειπωθεί, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί πάρα πολύ η ιδιωτική δαπάνη, σε σημείο να φτάνει τα 36 εκατομμύρια ευρώ για το Γ.Ν.Η. «BENIZELIIO-PIANANEIO» και τα 6 περίπου εκατομμύρια ευρώ για το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», για έκαστο από τα έτη αναφοράς.

Ένα από τα πιο σημαντικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας ήταν τα δημοφιλέστερα ΚΕΝ, τα ΚΕΝ δηλαδή με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης. Στους Παρακάτω Πίνακες παρατίθενται αναλυτικά τα είκοσι «δημοφιλέστερα ΚΕΝ για κάθε μήνα και κάθε έτος 2013 και 2014 για τα δύο νοσοκομεία. Για συντομία χώρου, στους Πίνακες διαφαίνονται μόνο οι κωδικοί των ΚΕΝ. Η πλήρης ονομασία τους βρίσκεται στο Παράρτημα (Πίνακες 10-17).



Πίνακας 10: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΗ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)<sup>34</sup>

ΚΕ Ν 1ος	ΚΕ Ν 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕ Ν 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕ Ν 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕ Ν 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
Π28 Α	Π28 Α	Α22Χ	Π28 Α	Π28Α	Π28 Α	Α22Χ	Π47 Χ	Π47 Χ	Κ44Α	Κ44Α	Α22Χ
Α22 Χ	Α22 Χ	Α27Χ	Α22 Χ	Κ44Α	Α22 Χ	Π28Α	Κ40 Χ	Κ44 Α	Π47Χ	Τ27Χ	Κ46Χ
Π26 Α	Α29 Χ	Π26Α	Π26 Α	Α25Χ	Κ44 Α	Τ27Χ	Υ23 Χ	Χ21 Χ	Φ62Χ	Θ24Χ	Κ44Α
Κ40 Χ	Κ44 Α	Κ44Α	Α25 Χ	Κ46Χ	Κ46 Χ	Κ44Α	Ν36 Χ	Φ62 Χ	Χ21Χ	Τ27Μγ	Α25Χ
Α29 Χ	Α27 Χ	Ξ21Χ	Κ44 Α	Π26Α	Α25 Χ	Υ23Χ	Κ44 Α	Α22 Χ	Α22Χ	Φ62Χ	Ν30Χ
Α31 Χ	Κ46 Χ	Α29Χ	Κ46 Χ	Ξ21Χ	Φ62 Χ	Ν36Χ	Τ27 Χ	Ν36 Χ	Α29Χ	Χ21Χ	Α27Χ
Κ46 Χ	Ξ21 Χ	Κ40Χ	Α31 Χ	Φ62Χ	Κ40 Χ	Π47Χ	Α22 Χ	Κ40 Χ	Δ24Χ	Α22Χ	Κ42Χ
Κ44 Α	Π47 Χ	Κ46Χ	Ξ21 Χ	Κ42Χ	Υ20 Χ	Φ62Χ	Α25 Χ	Κ47 Χ	Κ42Χ	Κ38Χ	Α22Μβ
Α30 Χ	Α24 Χ	Α25Χ	Α29 Χ	Α22Μ β	Κ42 Χ	Α25Χ	Κ42 Χ	Ν29 Χ	Ν29Χ	Ξ21Χ	Κ43Χ
Κ42 Χ	Α25 Χ	Κ42Χ	Η23 Χ	Κ43Χ	Α29 Χ	Α27Χ	Τ26 Μα	Ν34 Χ	Τ27Μ γ	Π28Α	Ν36Χ
Ξ21 Χ	Ν29 Χ	Ρ22Χ	Σ21 Χ	Ν30Χ	Κ43 Χ	Α31Χ	Τ25 Μα	Π43 Α	Τ27Χ	Υ23Χ	Π47Χ
Φ62 Χ	Κ42 Χ	Α31Χ	Φ62 Χ	Ν36Χ	Ν41 Χ	Κ45 Μβ	Τ27 Μγ	Τ26 Χ	Ω34Α	Ω34Α	Κ37Χ
Α27 Χ	Κ40 Χ	Τ27 Μγ	Κ47 Χ	Ρ22Χ	Π47 Χ	Ν33Α	Υ23 Μ	Τ27 Χ	Η44Μ	Τ25Μβ	Κ40Χ

<sup>34</sup> Το περιεχόμενο των Πινάκων 10, 11,12, 13 αναλύονται στο Παράρτημα με την ένδειξη Κατάλογος ΚΕΝ.

Πίνακας 10: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΗ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)<sup>34</sup>

ΚΕ Ν 1ος	ΚΕ Ν 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕ Ν 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕ Ν 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕ Ν 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
A25 X	A31 X	A30X	K40 X	A31M	Ω33 A	Ξ21X	N33 A	A31 X	N33A	T25X	Y23M
T27 X	Y20 X	Π47X	K42 X	A31X	K17 X	Π26A	A33 Μβ	T26 Μβ	K40X	N30Μβ	K12X
K43 X	Φ62 X	K45X	K45 X	A25M	K37 X	T27M γ	K42 M	T26 Μγ	K43X	T27Μβ	A31M
A21 X	T27 X	K43X	N28 X	Y23M	K47 X	N30 Μα	A12 A	T27 Μγ	P22X	A21X	Ξ21X
K47 X	Σ22 X	Y20X	Σ21 M	Ω33A	T27 X	A31 M	A21 X	H43 X	H42X	T26X	Σ01M
N29 X	K43 X	A22 Μβ	K12 X	K12X	N36 X	A22 Μα	A27 M	A21 X	Π44X	H40X	Π41X
P22 X	P22 X	Σ20X	N29 X	N28X	P22 X	A12X	T26 X	Y23 X	Ω31A	K47X	Φ62X

Πίνακας 11: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕ Ν 7ος	ΚΕ Ν 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕ Ν 11ος	ΚΕΝ 12ος
A22X	Π28A	Π28A	X24X	Π28A	Π28A	Π28 A	A22 X	K46 X	Π28A	K44 A	Π28A
A27X	A22X	A22X	Π28A	A22X	A22X	K46 X	A25 X	A22 X	A22X	Π47 X	A22X
K44A	K44A	A25X	A22X	A25X	K44A	A25 X	K44 A	Ξ21 X	K46X	Φ62 X	K46X
A29X	A29X	K44A	A25X	K42X	A25X	K44 A	K46 X	Y23 X	A25X	X21 X	A25X

Πίνακας 11: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕΝ 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
K40X	Π47X	A30X	K42X	K38X	Π26A	A22 X	K38 X	A25 X	K42X	A22 X	K42X
Π47X	K40X	K46X	K46X	K44A	K42X	Y23 X	K40 X	K44 A	Ε21X	A29 X	Y23X
K46X	A30X	K42X	K44A	A29X	Ε21X	K42 X	Ε21 X	K42 X	K38X	Δ24 X	K44A
Ε21X	A27X	Π28X	Ε21X	K40X	K46X	A22 Mβ	N36 X	A22 Mβ	K40X	K42 X	Ε21X
A25X	K46X	A29X	Φ62X	Y20X	H23X	N30 X	K42 X	N36 X	N30X	N29 X	N36X
K42X	A22 Mβ	K40X	N36X	N36X	K40X	P22 X	A27 X	Π47 X	Π26A	T27 Mγ	A22M β
T27X	K42X	A22 Mβ	Σ21M	Ε21X	Π41X	Φ62 X	Π41 X	A31 M	A29X	T27 X	A31M
K43X	N30X	A24X	A22 Mβ	A22M β	Π47X	N29 X	A31 X	K38 M	A22M β	Ω34 A	A29X
K12X	Ε21X	Ε21X	H23X	N29X	A22M β	N36 X	H44 X	K40 X	K12X	H44 M	N30X
T27M γ	A31X	H23X	A29X	Π47X	A25M	T27 Mβ	Π43 A	P22 X	A31M	N33 A	A24M
A24X	N29X	N29X	A25 M	P22X	N36X	A31 X	A29 X	Y20 X	N36X	K40 X	A27M
A31 M	K43X	A27X	T27M β	T27M γ	A31M	K39 X	Σ21 M	Θ22 X	Y23M	K43 X	K38M
P22X	A24X	A31X	A31 M	Ω31A	K12X	K40 X	K37 X	N29 X	K44A	P22 X	Σ21M
H41X	A31 M	Y20X	K37X	Ε22A	P22X	Σ21 M	K39 X	P20 M	Π27A	Π44 X	K38X

Πίνακας 11: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕ Ν 7ος	ΚΕ Ν 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕ Ν 11ος	ΚΕΝ 12ος
A24 M	K12X	A25 M	K38X	Δ24X	N28X	T27 Μγ	A34 X	Σ21 M	A29M	Ω31 A	Π41X
A22X	P22X	Σ21M	K40X	Θ22X	Π44X	A31 M	Ξ22 A	T26 Μβ	Σ21M	H42 X	K46M

Πίνακας 12: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΘ«Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕ Ν 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕ Ν 10ος	ΚΕ Ν 11ος	ΚΕ Ν 12ος
X21M	X21X	X21X	Ξ21X	X21 X	Ξ21X	X21X	H44M	H44 M	X21 X	X21 X	Ξ21 X
Θ20X	A22M β	Ξ21X	X21 M	Π50 X	H44M	Ξ21X	Ξ21X	Ξ21 X	A22 X	Ξ21 X	X21 M
H44M	Ξ21X	H44M	A22 Μα	Φ62 X	N29X	Y23M	A22M α	Θ20 X	K37 X	Y27 M	A22 Μβ
A22M β	X21M	X21M	Y20 Μβ	Ξ21 X	A22M β	X21M	A22X	A22 Μβ	Ξ21 X	A35 Μα	A22 X
N29X	A35X	A22X	Θ20 X	Y23 M	Π50X	A35X	X21M	A22 X	Π50 M	K45 X	H44 X
Ξ21X	A22X	H42M	A35 X	A22 X	Y27M	Θ20X	P20M	N29 X	Y23 M	N29 X	Θ20 X
A35M β	Θ20X	Φ62X	Π41 M	Θ20 X	Φ62X	N30M β	A22M β	Π40 X	Φ62 X	Π41 M	Θ22 M
A35X	A22M α	Θ20X	H44 M	K37 X	X21M	A22M β	A35X	P20 M	A22 Μβ	A35 Μβ	Φ62 X
Φ64X	Θ22M	Θ22M	N29 X	N29 X	A22X	A22X	H44X	A25 X	Θ20 X	Θ20 X	A22 Μα

Πίνακας 12: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΘ«Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕ Ν 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕ Ν 10ος	ΚΕ Ν 11ος	ΚΕ Ν 12ος
A35M α	P20M	A22M α	H44 X	A22 Μβ	A35M β	H44X	Θ22X	A27 Μ	K45 Μβ	N30 Μβ	A35 Μβ
P22M	N30M β	A22M β	Π41 X	A35 Μα	Θ22M	Θ24M	K45M α	A35 Μα	A22 Μα	Π50 Μ	K45 Μα
N29M	A35M β	A35X	H41 Μ	Θ22 X	K45M β	K45M β	N29M	Γ20 X	A35 Μα	Π50 X	K45 Μβ
Π40X	A25X	H44X	H42 Μ	Θ22 Μ	A22M α	N29M	N29X	Δ28 Μα	A35 X	Φ62 X	K37 X
A31X	K37M	K45M β	A35 Μα	P22 Μ	H42M	N29X	Π44X	H41 X	H44 X	A22 X	N29 Μ
A25X	Σ22M	N29M	Y23 Μ	Σ22 X	Θ20X	Π41M	P22M	K40 X	M69 X	H44 X	N30 Μα
H41X	H44X	N29X	A22 X-	Y20 Μα	K37M	P22X	A25M	K42 X	N41 X	Θ22 Μ	N30 Μβ
A22X	K45X	A35M β	K45 X	K42 Μ	K45X	Φ62X	P24M α	K45 X	Φ62 Μ	K37 X	Y27 Μ
K45X	Δ28M α	Π41M	Φ62 X	P20 Μ	M76X	N30M α	Π03M	Π41 Μ	X21 Μ	N41 X	A25 Μ
Φ62X	P24M β	Y25M	Φ62 Μ	A22 Μα	Π41X	P20M	M72 Μ	Π42 Α	N41 Μ	N30 Μα	Σ22 Μ
Γ20M	A31M	Y20X	Y20 Μα	N30 Μβ	N30M β	Δ28M α	K31M	Σ22 X	Θ22 Μ-	H40 Μα	K46 Μ

Πίνακας 13: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΘ«Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕ Ν 5ος	ΚΕ Ν 6ος	ΚΕ Ν 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕ Ν 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕ Ν 11ος	ΚΕΝ 12ος
Ε21X	Ε21X	A22X	H44 M	A22 X	Ε21 X	H44 M	Π50X	Ε21 X	A22X -	A22 X	Ε21X
A22X	A22M α	Ε21X	A22 Μβ	Ε21 X	A22 X	Ε21 X	Ε21X	Φ62 X	Ε21X	Ε21 X	A22X
K45X	A22M β	A22M α	A22 X	Θ20 X	A22 Μα	A22 X	Φ61A	A22 X	Π41M	P20 X	Π41M
N29X	A22X	A22M β	Π41 M	Φ61 A	N29 X	Θ20 X	A22X	A22 Μα	H44M	K44 A	A22M β
A22M β	Π41M	Π41M	Π50 X	A22 Μα	Θ20 X	A35 X	Y25M	Θ20 X	Φ61A	N30 X	Θ20X
Π50M	X21X	A35M β	Θ20 X	Π41 M	N30 Μα	Θ22 X	A22M β	A22 Μβ	Θ20X	Π43 A	K44A
Φ61A	A35M α	Π44X -	K45 X	Φ62 X	Π41 M	K37 X	H42X	N29 X	N29X	Π44 X	N30X
A22M α	Θ20X	A35X	A22 Μα	A22 Μβ	P20 M	N29 X	K37X	Π41 M	Π41X	Ω34 A	P20M
P20M	N29X	Θ22M	Θ22 M	H44 M	A22 Μβ	Π41 M	K45X	Θ22 M	Φ62X	H42 M	Y23M -
Σ22X	Φ62X	K37X	Ε21X	N30 A	K37 X	Δ22 M	Π44X	Π44 M	H42M	K37 X	A31X
Y20M α	A25M	K45M β	Y27 M	H41 X	N30 X	M69 X	Y23M	P22 X	K37X	Φ61 A	Π47X -
A35X	H44X	K46M -	Φ61 A	K35 X	Π44 X	N30 X	A35X	N30 Μα	P22M	A25 M	Γ20X-
H43M	N30M β	M69X	A24 X	K43 X	Φ62 X	Π40 X	H44M	M67 M	A21M	Σ01 X	P22M
Θ22X	Π41X	N29X	A31 X	K45 Μβ	H40 X	P20 X	N29X	Y20 Μβ	K42M	Ω33 A	Φ61A
K37X	Σ21M	Π50M	A35X	K45 X	H42 X	Σ22 X	P20M	Π41 X	Π45M	A22 Μβ	M64M

Πίνακας 13: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΘ«Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕΝ 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
N30M β	A31M	H41M	H41X	N29 X	P22 X	Y22 M	Φ62X	P24 X	P22X	Θ20 M	Ξ21M
X21M	A35M β	K33M	H43M	N30 Mβ	N30 Mβ	H41 M	Π47M	Y25 M	Φ62M	N30 Mβ	H42M
H41M-	P20M-	K42M-	K37M	Π41 X	Ξ21 M	A22 Mα	N30M β	P20 X	Y20M β	P20 M	H44M
H42M	P24Mα	P24Mα	N30M β	Π50 X	H41 M	Π40 M	H42M	Σ21 X	A22M α	Π41 M	A25M
K33M	N31M	P20X	P20M	Y27 M	A20 M	P20 M	Σ22M	M67 X	Π40X	Π47 M	A34M α

Πίνακας 14: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Έτους 2013 ΓΝΗ «BENIZELEIO- ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕΝ 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
O16 A	O16 A	O16 A	O16 A	Δ27X	O16A	O16 A	Δ27X	Λ01X	Δ27X	Λ01 X	Ω37A
Δ27 X	M68 A	M68 A	Ω20 A	Ω20A	M31X	Δ27 X	Λ20A	Λ20A	Λ20A	Δ27 X	Ω37B
Ω20 A	M08 X	Y21 A	Θ06 X	Ω11A	Θ06X	Λ20 A	Ω20A	Γ10A	M13X	Λ20 A	M68A
M68 A	Ω10 A	H08 X	Λ01 X	Θ06X	Λ01X	Ω20 A	Λ01X	O23A	Φ60X	O16 A	Λ01X
Λ20 A	O03 A	M08 X	H08 X	Λ01X	Ω20A	Λ01 X	O16A	Γ22A	M09X	Φ60 X	Π10X
H08 X	H08 X	Λ20 A	M08 X	Π10X	M04X	Y21 A	Γ22A	Λ23A	O16A	H08 X	Θ06X
Θ06 X	Θ06 X	Λ01 X	Π10 X	Y21A	M03X	B02 X	Λ26A	M75X	Π07X	X24 X	Ω11A
O03	Λ01	Θ06	O03	M68A	Π10X	M13	Π10X	Π07X	Γ22A	Λ24	M08X

A	X	X	A			X				A	
Λ01 X	Π10 X	N05 A	Y21 A	O03A	M09X	Λ01 M	Γ07A	Ω20A	Λ01X	M13 X	H08X
Π10 X	Λ20 A	Π10 X	Γ10 A	Y20A	H08X	Λ26 A	Θ06X	M08X	Λ23A	Π07 X	Y21A
Y07 X	N05 A	Ω11 A	N05 A	M08X	M60A	N38 X	Λ05A	M69X	M08X	Y07 X	Γ10A
Ω10 A	Y07 X	Ω10 A	M68 A	Λ02X	O03A	Ω37 A	M74A	N38M	M60A	Ω11 A	Y07X
Φ60 X	M03 X	M13 X	Π11 A	Ω10A	Λ20A	Ω37 B	O03A	Y03X	M75X	Ω20 A	Ω10A
N05 A	M71 X	M03 X	Y07 X	Γ07A	M61M	M08 X	Ω36M	N41X	Π02X	Ω36 X	Λ20A
O14 A	O14 A	M17 X	M03 X	Δ09A	H07X	Φ24 X	Ω36X	M13X	Y05X	Φ26 X	O03A
B04 A	M04 X	O11 A	Ω10 A	M13X	N02Mα	Θ06 X	Γ04X	Γ04X	Ω11A	M03 X	Ω36M
M04 X	Φ60 X	M71 X	Ω37 A	B02X	Y21A	Π07 X	H07X	M63M	Ω20A	Ω31 A	Δ09A
M71 X	Ω11 A	Ω20 A	B02 X	Γ10A	M68A	H08 X	N41X	Δ27M	Ω36X	Α26 X	Γ04X
Ω11 A	Γ10 A	Δ09 A	Λ26 A	N05A	Ω06A	Λ02 X	Φ60M	N03X	Φ26X	Γ12 X	Γ22A
M03 X	B01 X	Λ26 A	Ω11 A	M08M	Ω04X	Φ60 X	H44M	Π10M	Α28X	Γ11 A	Λ02X

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZELΕΙΟ-  
 ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)



KEN 1ος	KEN 2ος	KEN 3ος	KEN 4ος	KEN 5ος	KEN 6ος	KEN 7ος	KEN 8ος	KEN 9ος	KEN 10ος	KEN 11ος	KEN 12ος
Ω37B	O16A	O16A	Ω20 A	O16A	O16 A	O16 A	O16A	O16 A	O16 A	Δ27 X	O16 A
M68A	M08 X	Ω37A	Δ27 X	Ω20A	Ω20 A	Ω20 A	Ω20A	Ω20 A	Δ27 X	Λ20 A	Ω20 A
Λ20A	Θ06X	Ω20A	Ω37 A	Δ27X	Δ27 X	Y21 A	Λ01X	Δ27 X	Ω20 A	M13 X	Δ27 X
Y21A	M03 X	Y21A	Λ01 X	M68A	Λ01 X	Λ01 X	Δ27X	Y21 A	Λ01 X	Φ60 X	M68 A
Λ01X	M04 X	Ω37B	Ω37 B	Θ06X	M68 A	Λ20 A	M68A	Λ01 X	Y21 A	M09 X	Λ01 X
Π10X	H08X	Θ06X	Λ20 A	Y21A	Y21 A	M68 A	Λ20A	M68 A	Ω37 B	O16 A	Y21 A
Θ06X	Π10X	H08X	M68 A	Λ01X	Ω37 A	Ω37 A	Ω37A	Θ06 X	Θ06 X	Π07 X	Ω37 A
N05A	Λ01X	Λ20A	Y21 A	Ω37A	Θ06 X	Θ06 X	Γ10A	Γ10 A	Π10 X	Γ22 A	Θ06 X
O03A	N02X	M68A	Θ06 X	H08X	Λ20 A	Π10 X	Π10X	H08 X	O03 A	Λ01 X	H08 X
H08X	M09 X	Λ01X	O03 A	Γ10A	O03 A	Ω37 B	Θ06X	Λ20 A	Λ20 A	Λ23 A	O03 A
M08X	O03A	M08X	N05 A	O03A	H08 X	Γ10 A	Λ02X	Ω37 B	H08 X	M08 X	Ω11 A
Γ10A	Λ20A	M04X	H08 X	Λ20A	Γ10 A	H08 X	Y21A	Π10 X	Ω11 A	M60 A	Π10 X
Ω10A	B01X	Π10X	Λ26 A	Ω11A	Π10 X	Y07 X	Ω11A	O03 A	M08 X	M75 X	Λ20 A
M71X	Ω37B	Ω10A	Ω11 A	Π10X	Ω10 A	Ω11 A	H08X	Ω10 A	N05 A	Π02 X	Γ10 A
Y07X	Ω20 A	O03A	Γ10 A	Y07X	Ω11 A	Λ26 A	Y20A	Ω11 A	M03 X	Y05 X	Λ02 X
O14A	M09 X <sub>α</sub>	Ω11A	Π10 X	Λ26A	Ω37 B	M75 X	M61X	N05 A	Γ10 A	Ω11 A	Ω37 B
Φ60X	Y03	N05A	Y20	Γ04X	Γ07	Ω10	O03A	M04	Y07	Ω20	Y07

*ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Έτους 2014 ΓΝΗ «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» (ανά μήνα)*

ΚΕΝ 1ος	ΚΕΝ 2ος	ΚΕΝ 3ος	ΚΕΝ 4ος	ΚΕΝ 5ος	ΚΕΝ 6ος	ΚΕΝ 7ος	ΚΕΝ 8ος	ΚΕΝ 9ος	ΚΕΝ 10ος	ΚΕΝ 11ος	ΚΕΝ 12ος
	Μα		Α		Α	Α		Μ	Χ	Α	Χ
Λ23Α	Μ03 Μ	Υ07Χ	Ω10 Α	Ν05Α	Μ03 Χ	Ο03 Α	Ω37Β	Β02 Χ	Λ02 Χ	Ω36 Χ	Ω10 Α
Ω11Α	Ω10 Α	Γ10Α	Υ07 Χ	Β02Χ	Π11 Α	Ν05 Α	Μ08Χ	Υ07 Χ	Π11 Α	Φ26 Χ	Μ08 Χ
Μ03Χ	Υ07Χ	Ο23Α	Β05 Α	Ο23Α	Υ07 Χ	Μ23 Α	Μ60Α	Λ26 Α	Ω36 Μ	Α28 Χ	Ω06 Α

*Πίνακας 16: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014*

Συχνότητα εμφάνισης	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Παθολογικού Τομέα
12	Α22Χ-Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
12	Ξ21Χ-Διαταραχές ερυθροκυττάρων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
10	Π41Μ-Αιμορραγία γαστρεντερικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
10	Α22Μβ-Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
9	Ν29Χ-Παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και απόφραξη προεγκεφαλικών αγγείων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
9	Α22Μα-Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
8	Ρ20Μ-Σηψαιμία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
8	Θ20Χ-Διαβήτης χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές

Πίνακας 16: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014

Συχνότητα εμφάνισης	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Παθολογικού Τομέα
	συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
7	Φ61Α-Αλλεργικές αντιδράσεις
7	Κ37Χ-Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
7	Ν30Μβ-Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
6	Φ62Χ-Δηλητηριάσεις/τοξικές επιδράσεις φαρμάκων και άλλων ουσιών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
6	Η44Μ-Διαταραχές των χοληφόρων με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
5	Η42Μ-Διαταραχές παγκρέατος εκτός από κακοήθεια με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
5	Α35Χ-?λλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
4	Κ45Χ-?λλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
4	Π41Χ-Αιμορραγία γαστρεντερικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	Η41Μ-Κακοήθεια του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	Π44Χ-Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	Ν30Χ-Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	Ρ20Χ-Σηψαιμία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

*Πίνακας 17: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014*

<b>Συχνότητα εμφάνισης</b>	<b>Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Χειρουργικού Τομέα</b>
12	Υ30Α-Διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις παθήσεων ουροποιητικού συστήματος - ημερίσια νοσηλεία
12	Υ07Χ-Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
12	Π10Χ-Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
12	Ο16Α-Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)
12	Υ05Χ-Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
12	Η08Χ-Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
12	Γ10Α-Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση
11	Υ21Α-Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία
11	Π26Α-Σύνθετη ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία
10	Π02Χ-Μείζονες επεμβάσεις λεπτού και παχέος εντέρου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
10	Γ22Α-Διαταραχές εμμήνου ρύσης και άλλες διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
10	Χ24Χ-Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας, ημερήσια νοσηλεία
8	Γ21Α-Λοιμώξεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
8	Γ04Μ-Υστερεκτομή για μη κακοήθεια με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
8	Π07Χ-Σκωληκοειδεκτομή χωρίς κακοήθεια ή περιτονίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
7	Β04Α-Επεμβάσεις όρχεων (π.χ. κισσοκήλη, υδροκήλη, ορχεκτομή)
7	Π28Α-Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία

*Πίνακας 17: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», έτος 2013-2014*

Συχνότητα εμφάνισης	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Χειρουργικού Τομέα
7	Δ09Α-Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος κλπ)
7	B05Α-Περιτομή
6	O23Α-Άλλες διαταραχές οφθαλμού

*Πίνακας 18: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», έτος 2013-2014*

Συχνότητα εμφάνισης	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Παθολογικού Τομέα
11	K42X Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
11	K44Α Θωρακικό / προκάρδιο άλγος
11	A22X Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
10	K40X Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
9	A25X Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
9	K46X Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
9	Ξ21X Διαταραχές ερυθροκυττάρων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
8	A29X Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
8	A22Μβ Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
7	P22X Εμπύρετο αγνώστου προέλευσης χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
7	N36X Επιληπτικοί σπασμοί χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές

	συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
7	A31M Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
7	Π28Α Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία
6	N29X Παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και απόφραξη προεγκεφαλικών αγγείων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
6	Σ21M Λέμφωμα και μη-οξεία λευχαιμία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
6	Π47X Οισοφαγίτιδα και γαστρεντερίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	A31X Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	K38X Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
4	T27Μγ Νεογνό με βάρος εισαγωγής >2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με άλλο πρόβλημα
4	A27X Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Πίνακας 19: Δημοφιλέστερα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», έτος 2013-2014

Συχνότητα εμφάνισης	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Παθολογικού Τομέα
12	Ω11Α Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή
12	Λ01X Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
12	Λ20Α Κολπικός τοκετός (φυσιολογικός)
11	Υ21Α Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία
11	Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση
11	Π10X Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
11	Ω20Α Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων

11	H08X Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
11	O03A Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς
11	Θ06X Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
10	Y07X Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
10	O16A Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)
10	Ω37B Στοματικές και οδοντικές διαταραχές εκτός από εξαγωγές και αποκαταστάσεις, ημερήσια νοσηλεία
9	M68A Συντηρητική αντιμετώπιση παθήσεων και κακώσεων της σπονδυλικής στήλης ή του χεριού ή του ποδιού με νοσηλεία μίας ημέρας
8	N05A Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα
8	Δ27X Ελάσσονες βλάβες του δέρματος, ημερήσια νοσηλεία
8	Ω10A Επεμβάσεις ρινικές
7	Ω37A Στοματικές και οδοντικές διαταραχές εκτός από εξαγωγές και αποκαταστάσεις
7	M08X Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
4	Λ26A Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή

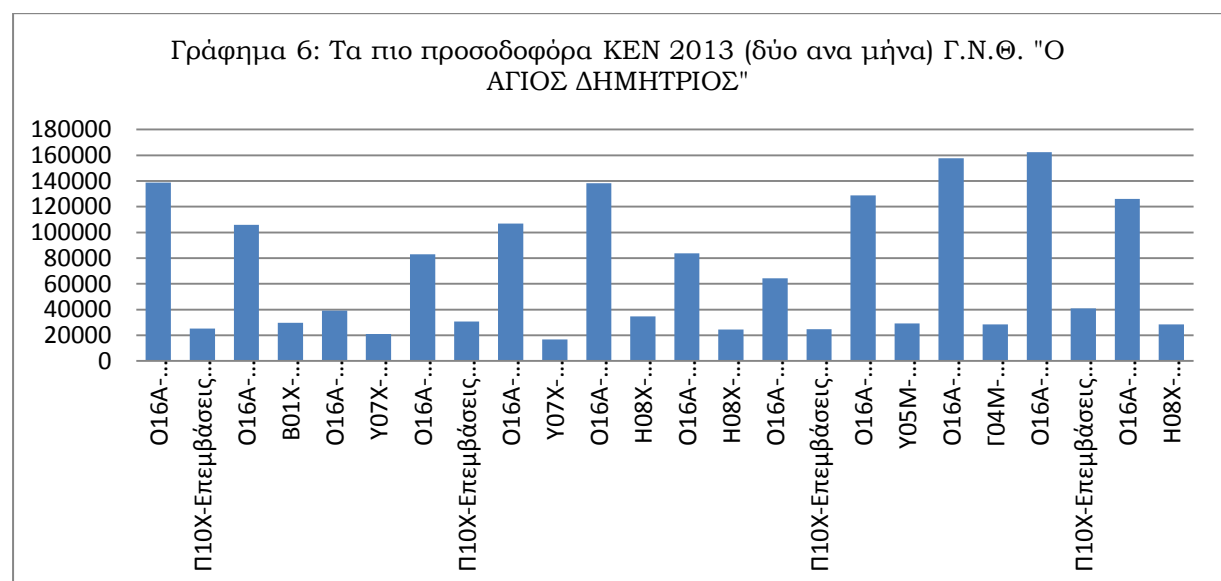
Τα ΚΕΝ Παθολογικού Τομέα του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» που εμφανίζονται πιο συχνά τη διετία αναφοράς είναι τα: α) Α22Χ-Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές και β) Ξ21Χ- Διαταραχές ερυθροκυττάρων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, με 12 εμφανίσεις έκαστο, ενώ τα αντίστοιχα του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» είναι τα: α) Κ42Χ Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές και β) Κ44Α Θωρακικό / προκάρδιο άλγος και γ) Α22Χ Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές, με 11 εμφανίσεις έκαστο.

Τα ΚΕΝ Χειρουργικού Τομέα του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» που εμφανίζονται πιο συχνά τη διετία αναφοράς είναι τα: α) Υ30Α-Διαγνωστικές και

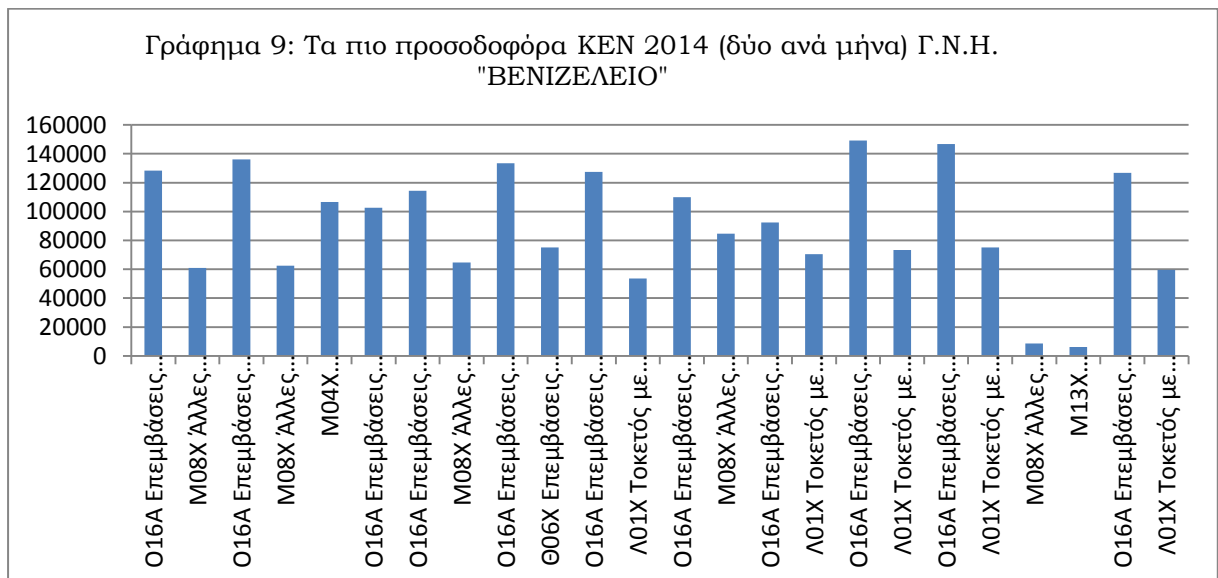
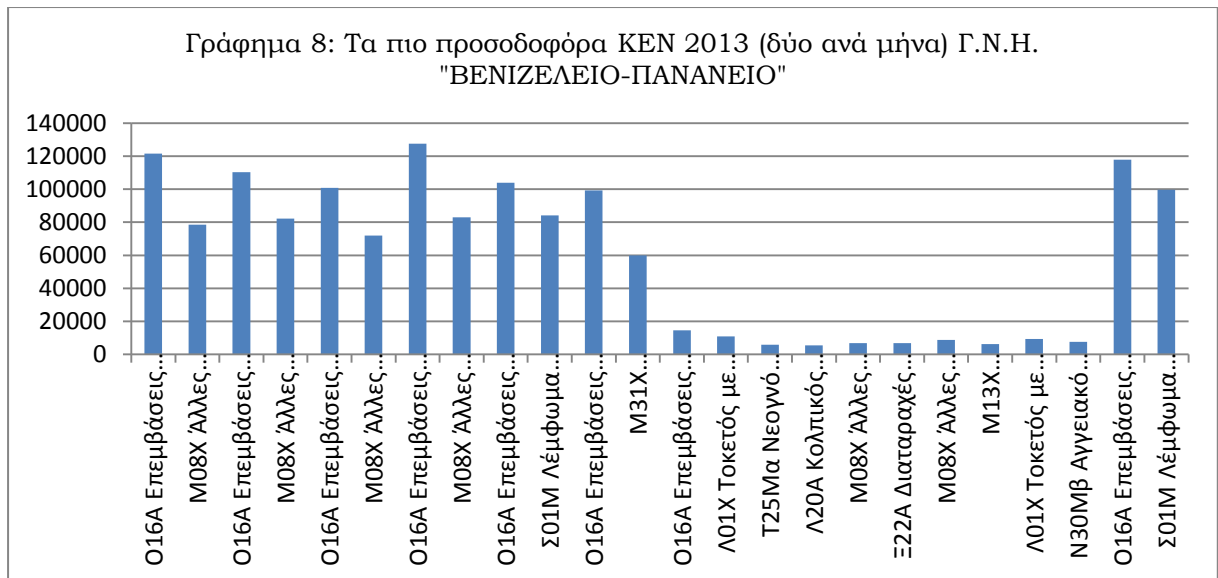
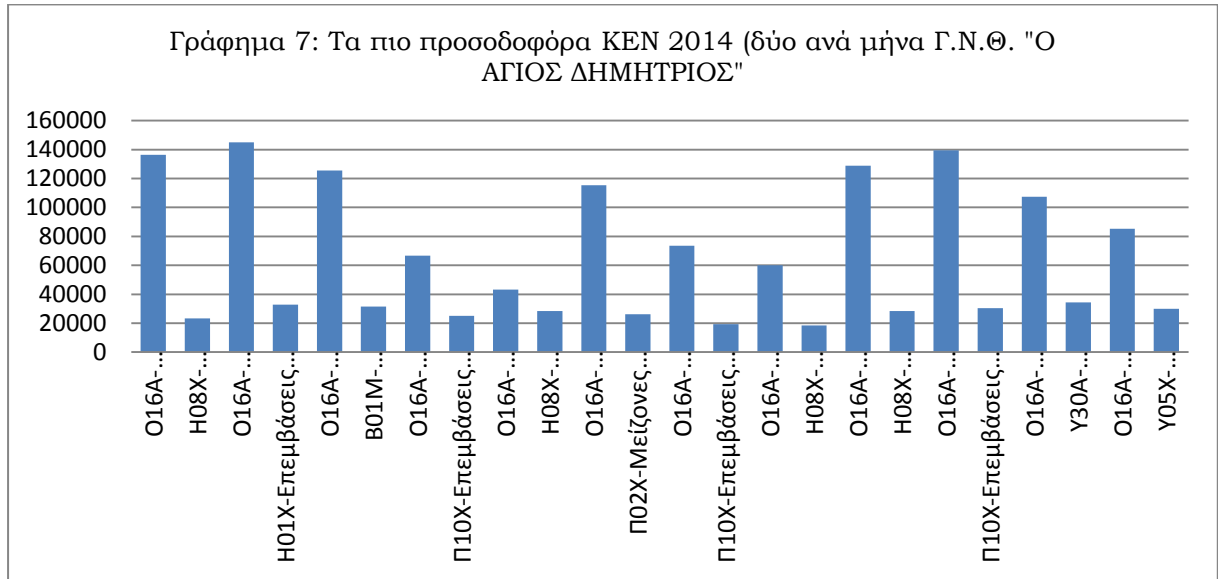
θεραπευτικές πράξεις παθήσεων ουροποιητικού συστήματος - ημερήσια νοσηλεία, β) Y07X-Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, γ) Π10X-Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, δ) Ο16Α-Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία), ε) Y05X-Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, στ) Η08X-Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές και ζ) Γ10Α-Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση, με 12 εμφανίσεις έκαστο. Τα αντίστοιχα του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» είναι τα: α) Ω11Α Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή, β) Λ01X Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές και γ) Λ20Α Κολπικός τοκετός (φυσιολογικός), με 12 εμφανίσεις έκαστο και τα δ) Y21Α Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία και ε) Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση, με 11 εμφανίσεις έκαστο.

Από την ανάλυση προκύπτει ότι τα κοινά πιο συχνά εμφανιζόμενα ΚΕΝ των δύο Νοσοκομείων είναι τα Α22Χ Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές του παθολογικού τομέα και το Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση.

Ακολουθούν τα στοιχεία με τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ για τα έτη και νοσοκομεία αναφοράς. Να σημειωθεί ότι ελήφθησαν υπόψη τα δύο πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ ανά μήνα (Γραφήματα 6-9).







Στα παραπάνω Γραφήματα διαφαίνεται ότι και στα δύο Νοσοκομεία τα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ είναι του Χειρουργικού Τομέα, που αποφέρουν στο μεν Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» πάνω από 100.000,00€ μηνιαίως, στο δε Γ.Ν.Η.»ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» πάνω από 120.000,00€ μηνιαίως. Αναλυτικότερα, το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» εισέπραξε 1.669.186,00€ από το σύνολο των δύο/μήνα πιο προσοδοφόρων ΚΕΝ το έτος 2013 και 1.555.136,00€ για το 2014 και το Γ.Ν.Η.»ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» 1.422.980,00€ το 2013 και 2.168.745,00 το 2014. Τα πλέον προσοδοφόρα ΚΕΝ του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» για το έτος 2013 είναι τα:

- Ο16Α-Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)
- Π10Χ-Επεμβάσεις κήλης (βουβονοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Η08Χ-Λαπαρασκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Τα αντίστοιχα του 2014 παραμένουν τα ίδια. Τα πλέον προσοδοφόρα του Γ.Ν.Η.»ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» για το έτος 2013 είναι τα:

- Ο16Α Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)
- Μ08Χ Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Μ31Χ Αναθεώρηση αρθροπλαστικής ισχίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Στο έτος 2014 προστίθεται στα πιο προσοδοφόρα ΚΕΝ και το Λ01Χ Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές.

Για πρώτη φορά συναντάμε και τέσσερα ΚΕΝ του Παθολογικού Τομέα που εμφανίζονται στη λίστα με τα πλέον προσοδοφόρα ΚΕΝ, τα οποία είναι τα:

- Σ01Μ Λέμφωμα και λευχαιμία με μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Τ25Μα Νεογνό με βάρος εισαγωγής 1500-1999 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με πολλαπλά μείζονα προβλήματα

- Ε22Α Διαταραχές πήξης του αίματος
- Ν30Μβ Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Στους παρακάτω πίνακες αποτυπώνεται η συμβολή των τομέων (Παθολογικού, Χειρουργικού και Μικτού) στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα των δύο νοσοκομείων τα δύο έτη αναφοράς. Επιλέχθηκε η αναλυτική παρουσίαση ανά μήνα, προκειμένου να είναι πιο εμφανής η διαφορά ανάμεσα στους τομείς (Πίνακες 20-23).

Πίνακας 20: Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"								
2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΜΗΝΑ
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	76	68422	730	495137,6	50	44137,1	856	607696,7
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	89	72205,66	645	522570,66	82	58451,8	816	653228,2
ΜΑΡΤΙΟΣ	120	100621,32	457	393657,28	52	40041,2	629	534319,8
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	92	101521,9	639	502258,5	46	39323,7	777	643104,1
ΜΑΙΟΣ	101	75087,31	527	336186,73	48	53548,6	676	464822,6
ΙΟΥΝΙΟΣ	92	82899,77	702	520733,53	49	48685	843	652318,3
ΙΟΥΛΙΟΣ	91	82879,99	368	324648,8	223	119381	682	526910,2
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	77	95040,34	417	304988,24	73	48042,3	567	448070,9
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	48	51064,96	693	479139,06	66	84327,1	807	614531,2
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	102	96137,76	819	560667,11	40	35973,6	961	692778,5
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	108	111611,4	795	537904	49	44256	952	693772,5

		2		,87		2		
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	83	87589,22	659	455873 ,23	40	32717, 1	782	576179,6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1079</b>	<b>1025081, 7</b>	<b>7451</b>	<b>543376 5,61</b>	<b>818</b>	<b>648885</b>	<b>9348</b>	<b>7107732</b>

Πίνακας 21: Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"

2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΜΗΝΑ
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	83	76585,66	732	448423,1	64	<b>44201,57</b>	879	569210,3
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	88	98569,94	746	497549,9	47	<b>40031,16</b>	881	636151
ΜΑΡΤΙΟΣ	81	83904,9	707	492005,9	58	<b>46368,97</b>	846	622279,7
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	98	97107,45	507	358210,7	71	<b>43425,99</b>	676	498744,1
ΜΑΙΟΣ	89	80228,52	514	362061,1	36	<b>40915,8</b>	639	483205,4
ΙΟΥΝΙΟΣ	90	101858,7	692	498737,9	43	<b>37223,14</b>	825	637819,7
ΙΟΥΛΙΟΣ	83	65188,87	519	367753,2	50	<b>40115,7</b>	652	473057,8
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	69	51266,17	400	262568,7	34	<b>28132,83</b>	503	341967,7
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	71	58004,83	742	468514,3	18	<b>15719,67</b>	831	542238,8
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	75	59332,12	739	476528,6	58	<b>36895,08</b>	872	572755,8
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	52	47081,11	658	408286,5	59	<b>49427,52</b>	769	504795,1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	75	79587,4	572	389312,3	39	<b>24549,08</b>	686	493448,8
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>954</b>	<b>898715,7</b>	<b>7528</b>	<b>5029952</b>	<b>577</b>	<b>5928668</b>	<b>9059</b>	<b>6375674</b>

Πίνακας 22: Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"

2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΙΤΗΡΙΩ Ν ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΜΗΝΑ
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	735	651341,9	945	700043,9	259	1351386	<b>1939</b>	<b>2702772</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	596	495332,4	813	814629,9	347	1309962	<b>1756</b>	<b>2619925</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	487	445896,1	751	696572,1	537	1142468	<b>1775</b>	<b>2284936</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	783	569414	947	851445,5	411	1420859	<b>2141</b>	<b>2841719</b>
ΜΑΙΟΣ	585	531881,3	714	643552,2	597	1175434	<b>1896</b>	<b>2350867</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	556	374310,9	933	793290,2	462	1167601	<b>1951</b>	<b>2335202</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	97	66198,31	176	117776,7	43	183975	<b>316</b>	<b>367950</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	52	39400,48	79	45784,75	10	85185,23	<b>141</b>	<b>170370,5</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	62	36438,57	59	43914,96	15	80353,53	<b>136</b>	<b>160707,1</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	48	27937,3	74	59565,1	6	87502,4	<b>128</b>	<b>175004,8</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	55	40320,27	74	45036,88	6	85357,15	<b>135</b>	<b>170714,3</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	498	632240,9	808	839299,8	860	1471541	<b>2166</b>	<b>2943081</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4554</b>	<b>3910712</b>	<b>6373</b>	<b>5650912</b>	<b>3553</b>	<b>9561624</b>	<b>14480</b>	<b>19123249</b>

Πίνακας 23: Συμβολή τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και στα έσοδα 2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"

2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΙΤΗΡΙΩ Ν ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΜΗΝΑ
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	542	545535	836	729084,6	1021	385297,2	<b>2399</b>	<b>1659917</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	738	601985,8	1133	963524,7	663	273274,1	<b>2534</b>	<b>1838785</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	792	628034,9	1167	998416,5	535	196638,9	<b>2494</b>	<b>1823090</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	932	639403,1	796	635533,4	524	345299,5	<b>2252</b>	<b>1620236</b>
ΜΑΙΟΣ	592	485675,8	1321	1048909	218	148385,4	<b>2131</b>	<b>1682970</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	699	595811	1239	896509,5	425	252171,1	<b>2363</b>	<b>1744492</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	603	516401,1	1049	776250,2	716	403010,5	<b>2368</b>	<b>1695662</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	391	429547,4	987	776748,4	615	270539,9	<b>1993</b>	<b>1476836</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	426	532769,4	1310	1010757	737	353971,9	<b>2473</b>	<b>1897499</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	656	579982,6	1265	1069451	660	299748,8	<b>2581</b>	<b>1949182</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	48	27937,3	74	59565,1	6	1131	<b>128</b>	<b>88633,4</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	679	593404	1174	912834,2	490	208224,9	<b>2343</b>	<b>1714463</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>7098</b>	<b>6176487</b>	<b>12351</b>	<b>9877584</b>	<b>6610</b>	<b>3137693</b>	<b>26059</b>	<b>19191764</b>

Όπως φαίνεται στους παραπάνω πίνακες, η συμβολή του χειρουργικού τομέα στα έσοδα και των δύο νοσοκομείων είναι η πλέον σημαντική. Αυτό είναι λογικό και επόμενο, καθώς οι χειρουργικές πράξεις είναι πολύ πιο δύσκολες και γι' αυτό το λόγο έχουν κοστολογηθεί πιο ακριβά σε σχέση με αυτές του παθολογικού τομέα.

Στους πίνακες που ακολουθούν γίνεται προσπάθεια παρουσίασης του συνόλου των εσόδων του εκάστοτε νοσοκομείου αναλυτικά για τα δύο έτη αναφοράς εντός και εκτός ΚΕΝ. Οφείλει να τονιστεί το ότι τα έσοδα εκτός ΚΕΝ διαχωρίζονται σε τέσσερις επιμέρους κατηγορίες. Συγκεκριμένα, είναι τα έσοδα από τα φάρμακα, από τις ιατρικές πράξεις, από τα νοσήλια και τα υλικά που χρησιμοποιούνται (Πίνακες 24-27).

Πίνακας 24: Σύνολο εσόδων εντός & εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

2013 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ
	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	64498,51	3923,49	454682,7	40454,87	33577,29	10559,81	<b>552758,5</b>	<b>54938,17</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	70967,17	1238,49	473849,2	48721,51	57124,94	1326,89	<b>601941,3</b>	<b>51286,89</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	93298,59	7322,73	352745,6	40911,68	37568,89	2472,34	<b>483613,1</b>	<b>50706,75</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	93560,98	7960,92	459908,1	42350,43	25858,69	13464,96	<b>579327,7</b>	<b>63776,31</b>
ΜΑΙΟΣ	73278,62	1303,69	302391,1	32099,65	35844,88	17366,71	<b>411514,6</b>	<b>50770,05</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	81671,4	1228,37	471664,4	49069,15	46363,95	2321,04	<b>599699,7</b>	<b>52618,56</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	81820,28	1059,71	290733,8	33915,01	118217,8	1163,54	<b>490771,9</b>	<b>36138,26</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	93280,04	1760,3	269144,5	35843,78	46108,47	1933,87	<b>408533</b>	<b>39537,95</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	50164,96	900	443364,1	35775	65822,13	18505	<b>559351,2</b>	<b>55180</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	83161,9	12975,86	527810	32857,12	35688,59	285	<b>646660,5</b>	<b>46117,98</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	93163,98	18447,44	488576,1	49328,77	38435,02	5821,16	<b>620175,1</b>	<b>73597,37</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	83531,17	4058,05	424233,5	31639,76	30083,09	2634,05	<b>537847,7</b>	<b>38331,86</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>962397,6</b>	<b>62179,05</b>	<b>4959103</b>	<b>472966,7</b>	<b>570693,8</b>	<b>77854,37</b>	<b>6492194</b>	<b>613000,2</b>

Πίνακας 25: Σύνολο εσόδων εντός & εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"

2013 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ
	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	495855,5	155486,4	607188	92855,94	163845	54446,26	<b>1266889</b>	<b>302788,6</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	343780	151552,4	673181	141448,9	120483	51704,75	<b>1137444</b>	<b>344706,1</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	292564	153332,1	596747	99825,09	162982,5	67939,24	<b>1052294</b>	<b>321096,4</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	462831,1	106583	739228	112217,5	167629	46787,36	<b>1369688</b>	<b>265587,8</b>

ΜΑΙΟΣ	416230,4	115650,9	587690,1	55862,12	322055,9	46828,14	<b>1325976</b>	<b>218341,2</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	307919,6	66391,29	724147,5	69142,72	131582	30852,44	<b>1163649</b>	<b>166386,5</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	54843,73	11354,58	108559,3	9217,35	20464,29	4803,3	<b>183867,4</b>	<b>25375,23</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	32730,15	6670,33	40929	4855,75	2152	1078,88	<b>75811,15</b>	<b>12604,96</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	23042	13396,57	37095,74	6819,22	1716,93	210	<b>61854,67</b>	<b>20425,79</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	23959,31	3977,99	50462,31	9102,79	831	300	<b>75252,62</b>	<b>13380,78</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	31802,23	8518,04	35642	9394,88	831	300	<b>68275,23</b>	<b>18212,92</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	523957	108283,9	769258,5	70041,28	343437,9	24640,02	<b>1636653</b>	<b>202965,2</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3009515</b>	<b>901197,4</b>	<b>4970128</b>	<b>680783,5</b>	<b>1438011</b>	<b>329890,4</b>	<b>9417654</b>	<b>1911871</b>

Πίνακας 26: Σύνολο εισόδων εντός & εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

2014 Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ
	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΞΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΞΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΞΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	74421,74	2163,92	422164,3	26258,84	42371,96	1829,61	<b>538958</b>	<b>30252,37</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	80850,26	17719,68	450959,4	46590,47	36804,85	3226,31	<b>568614,5</b>	<b>67536,46</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	69871,23	14033,67	458767,6	33238,26	42819,08	3549,89	<b>571457,9</b>	<b>50821,82</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	90031,62	7075,83	321736,9	34604,78	40182,63	3243,36	<b>451951,2</b>	<b>44923,97</b>
ΜΑΙΟΣ	72816,63	7411,89	329898,1	32162,98	36582	4333,8	<b>439296,7</b>	<b>43908,67</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	85960,33	15898,37	455524,2	43213,7	33320,5	3589,64	<b>574805</b>	<b>62701,71</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	60418,55	4770,32	323681,5	44071,73	30065	10050,7	<b>414165,1</b>	<b>58892,75</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	44186,5	7079,67	240271,5	22297,16	22315,5	5817,33	<b>306773,5</b>	<b>35194,16</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	52161,5	5843,33	416817,9	51696,38	14788,5	931,17	<b>483767,9</b>	<b>58470,88</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	51698,9	7633,22	409562,6	66965,94	27679,5	9215,58	<b>488941</b>	<b>83814,74</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	37969	9112,11	351480	56806,45	40352,43	9075,09	<b>429801,4</b>	<b>74993,65</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	67960,96	11626,44	329420,6	59891,69	20242,4	4306,68	<b>417624</b>	<b>75824,81</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>788347,2</b>	<b>110368,5</b>	<b>4510285</b>	<b>517798,4</b>	<b>387524,4</b>	<b>59169,16</b>	<b>5686156</b>	<b>687336</b>



Πίνακας 27: Σύνολο εσόδων εντός & εκτός ΚΕΝ ανά τομέα 2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"

2014 Γ.Ν.Η. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ- ΠΑΝΑΝΕΙΟ"	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΜΙΚΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ ΜΗΝΑ
	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΝΤΟΣ ΚΕΝ	ΕΣΟΔΑ ΕΚΤΟΣ ΚΕΝ		
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	431246,1	114288,9	663915,9	65168,66	342067,6	43229,63	<b>1437230</b>	<b>222687,2</b>
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	475505,5	126480,3	872882,4	90642,24	229248	44026,13	<b>1577636</b>	<b>261148,6</b>
ΜΑΡΤΙΟΣ	534845,2	93189,73	906809	91607,47	174946	21692,92	<b>1616600</b>	<b>206490,1</b>
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	540708,2	98694,83	586447,2	49086,2	313612	31687,54	<b>1440767</b>	<b>179468,6</b>
ΜΑΙΟΣ	380373,9	105301,9	923046,6	125862	120563,5	27821,85	<b>1423984</b>	<b>258985,7</b>
ΙΟΥΝΙΟΣ	516303,7	79507,3	830559,7	65949,79	215204,4	36966,73	<b>1562068</b>	<b>182423,8</b>
ΙΟΥΛΙΟΣ	452601	63800,11	714321,4	61928,73	368144,2	34866,22	<b>1535067</b>	<b>160595,1</b>
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	304411,1	125136,3	681980,9	94767,48	217752,3	52787,6	<b>1204144</b>	<b>272691,4</b>
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	443313,8	89455,66	950308,9	60448,57	331532,4	22439,46	<b>1725155</b>	<b>172343,7</b>
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	516474,9	63507,78	994253,2	75197,83	268044,4	31704,37	<b>1778772</b>	<b>170410</b>
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	23959,31	3977,99	50462,31	9102,79	831	300	<b>75252,62</b>	<b>13380,78</b>
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	510637,2	82766,85	838343,5	74490,7	182697,9	25526,98	<b>1531679</b>	<b>182784,5</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>5130380</b>	<b>1046108</b>	<b>9013331</b>	<b>864252,5</b>	<b>2764644</b>	<b>373049,4</b>	<b>16908354</b>	<b>2283410</b>

Η διαφορά των εσόδων των δύο Νοσοκομείων εντός και εκτός ΚΕΝ οφείλεται στο γεγονός ότι τα φάρμακα και τα υλικά που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, που περιλαμβάνονται στα έσοδα εκτός ΚΕΝ, είναι αρκετά ακριβά κι έτσι σημαντικώς προσοδοφόρα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

### **Δυσκολίες και Περιορισμοί της έρευνας- Συζήτηση.**

Όπως άλλωστε κάθε έρευνα, έτσι και η παρούσα έχει κάποιους περιορισμούς και κάποιες δυσκολίες, που ωστόσο, δύνανται να ξεπεραστούν με καλύτερη οργάνωση από πλευράς υπηρεσιών και κατά συνέπεια να βοηθήσουν στην επέκταση της έρευνας και σε άλλες περιφέρειες της Ελλάδος.

Πιο συγκεκριμένα, δεδομένης και της θερινής περιόδου, αλλά και της παρατηρούμενης γραφειοκρατίας, η έγκριση για την εκπόνηση της έρευνας δόθηκε με χαρακτηριστική καθυστέρηση και σε διαφορετική χρονική στιγμή στις δύο ερευνήτριες<sup>35</sup>. Επίσης, τα στοιχεία δόθηκαν κυρίως σε έντυπη μορφή, με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η χειροκίνητη μεταφορά τους σε ηλεκτρονική μορφή, προκειμένου η επεξεργασία των στοιχείων να είναι εφικτή. Επιπλέον, παρατηρήθηκε η έλλειψη στοιχείων, όχι μόνο στο 2015, οπότε και υπήρξε αναγκαστική η από-επιλογή αυτού του έτους ως έτους αναφοράς, αλλά και στα στοιχεία των άλλων ετών (2013-2014), με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ασάφεια ως προς τους λόγους της ύπαρξης κενών σε διάφορα σημεία των πινάκων. Δε διευκρινίζεται, επομένως, αν πρόκειται για πραγματικά κενά ή αν δεν συμπληρώθηκαν εγκαίρως από τους αρμόδιους υπάλληλους. Ως προς τη φύση της ίδιας της έρευνας, όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για μια μελέτη περίπτωσης, τα αποτελέσματα της οποίας δε μπορούν να γενικευτούν και σε άλλα νοσοκομεία της περιφέρειας, ωστόσο όμως, αποτυπώνουν μια εικόνα των εσόδων και της εφαρμογής των ΚΕΝ στα νοσοκομεία αναφοράς, καθιστώντας αυτή την έρευνα ένα χρήσιμο εργαλείο για τα Διοικητικά Όργανα των Νοσοκομείων.

Και τα δύο Νοσοκομεία τα οποία αναλύονται στην παρούσα μελέτη, το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» και το Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», είναι από τα παλαιότερα στην Ιστορία του Ε.Σ.Υ. Με τις τελευταίες αλλαγές, εξαιτίας των μνημονιακών υποχρεώσεων της Ελλάδας, τα δύο νοσοκομεία υπέστησαν τις συγχωνεύσεις με άλλα νοσοκομεία. Το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» συγχωνεύτηκε με το Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και το Γ.Ν.Η. «BENIZEΛΕΙΟ» με το Γ.Ν.Η. «ΠΑΝΑΝΕΙΟ». Με προϋπολογισμούς, λοιπόν, περιορισμένους, και τα δύο νοσοκομεία προσπαθούν να περιορίσουν τα έξοδα, να αυξήσουν τα έσοδα, με κύριο στόχο τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

<sup>35</sup> Οι εγκριτικές επιστολές υπάρχουν στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Όπως προαναφέρθηκε, είναι δύο νοσοκομεία εντελώς διαφορετικά, καθώς έχουν διαφορετική δύναμη σε προσωπικό και σε κλίνες. Το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» είναι ένα από τα μικρά νοσοκομεία, ενώ το Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO» θεωρείται μεσαίου μεγέθους. Γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι, όλες οι διαφορές που προκύπτουν στα έσοδα δικαιολογούνται τόσο από τη διαφορά μεγέθους όσο και από το γεγονός ότι στο Ηράκλειο δεν υπάρχει άλλο νοσοκομείο στην ευρύτερη περιοχή, ενώ στη Θεσσαλονίκη έχει άλλα έξι Νοσοκομεία (Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Γ.Ν.Θ. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ») πολύ μεγαλύτερα σε μέγεθος, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός να μοιράζεται σε όλα τα νοσοκομεία της πόλης βάσει εφημεριών πόλεως. Παρόλα αυτά, το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» με εννέα εφημερίες το μήνα έχει αρκετά έσοδα από τις νοσηλείες του.

Βάσει των ερευνητικών ερωτημάτων της εν λόγω μελέτης, τα έσοδα των δύο νοσοκομείων αναφοράς παρουσιάζουν μια σταθερότητα τη διετία 2013-2014. Τα έσοδα του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» είναι κατά μέσο όρο 550.000,00€, ενώ τα αντίστοιχα του Γ.Ν.Η. «BENIZELEIO» είναι 1.000.000,00€. Επίσης, παρουσιάζονται μειώσεις των εσόδων κατά τους θερινούς μήνες, κυρίως λόγω της περιστασιακής λειτουργίας των χειρουργικών αιθουσών<sup>36</sup>, λόγω ανακαινίσεων-συντηρήσεων- απολυμάνσεων, της μετακίνησης των πληθυσμών, των κανονικών αδειών του προσωπικού, της υψηλής θερμοκρασίας. Η μεγάλη μείωση που φαίνεται στους μήνες Ιούλιο έως Νοέμβριο οφείλεται, πέρα από τους παραπάνω λόγους, ενδεχομένως σε ελλιπή συμπλήρωση των στοιχείων στο ESY net.

Ως προς τα έσοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία, μέχρι τον Ιούλιο του 2013 όλα τα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, Οίκος Ναύτου, λοιπά μικρά ταμεία, καθώς και ο ΕΟΠΠΥ σε μικρότερο ποσοστό) συνέβαλαν σημαντικά στα έσοδα των Νοσοκομείων. Το γεγονός ότι από τον Αύγουστο και εφεξής φαίνονται μόνο τα έσοδα από τον ΕΟΠΥΥ οφείλεται στο ότι από τέλη του 2012 ενσωματώθηκαν όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία στο νέο Ασφαλιστικό Φορέα, αλλά χρειάστηκε ένα εξάμηνο προσαρμογής στα νέα δεδομένα, οπότε και συνλειτουργήσαν όλα τα ταμεία παράλληλα. Προτού είναι εφικτή η αποκλειστική αποζημίωση από το νέο φορέα, η κύρια αποζημίωση προερχόταν από το ΙΚΑ, έπειτα από τον ΟΓΑ και στη συνέχεια σε μικρότερο βαθμό από τα υπόλοιπα ταμεία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι

<sup>36</sup> Πραγματοποιούνται μόνο έκτακτα χειρουργεία, όχι προγραμματισμένα.

υπάλληλοι του ιδιωτικού τομέα, που αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό του εργατικού δυναμικού, ασφαλίζονται στο ΙΚΑ, οι αγρότες στον ΟΓΑ, οι δημόσιοι υπάλληλοι στον ΟΠΑΔ και οι υπόλοιποι επαγγελματίες αναλόγως του κλάδου τους.

Σχετικά με τα έσοδα από τους ιδιώτες, όπως έχει ήδη αναφερθεί και στο θεωρητικό μέρος, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί πολύ η συμμετοχή των πολιτών-ασθενών στα νοσήλιά τους. Η διαφορά θα ήταν πιο εμφανής, εάν υπήρχαν στοιχεία προϋπολογισμού και από ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν στις περιοχές εμβέλειας των νοσοκομείων αναφοράς. Σημαντικά είναι και τα έσοδα από τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυρίως τους θερινούς μήνες που επισκέπτονται για διακοπές τη χώρα μας. Ο λόγος της μη ύπαρξης στοιχείων για τους πολίτες εκτός χωρών ευρωπαϊκής ένωσης πιθανότατα να οφείλεται σε έλλειψη στοιχείων ή ενημέρωσης του συστήματος ESY net. Σημαντικό να αναφερθεί ότι το σύνολο των εσόδων από ιδιώτες και για τα δύο νοσοκομεία τη διετία 2013-2014 ξεπέρασε τα 60.000.000,00€, ενώ από τους πολίτες των χωρών της Ε.Ε. είναι πάνω από 18.000.000,00€.

Αναφορικά με τα πλέον προσοδοφόρα ΚΕΝ, αναμφισβήτητα ο χειρουργικός τομέας παρουσιάζει τα περισσότερα ΚΕΝ και κατ' επέκταση τα περισσότερα έσοδα.

Τα πλέον προσοδοφόρα ΚΕΝ του Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» για το έτος 2013 είναι τα Ο16Α-Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία), Π10Χ-Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές και Η08Χ-Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές, ενώ τον επόμενο χρόνο δεν παρουσιάζεται καμία διαφορά. Σημαντικό να αναφερθεί ότι το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» έχει φημισμένη οφθαλμολογική κλινική, οπότε είναι αναμενόμενη η προσέλευση των ασθενών με αντίστοιχα προβλήματα.

Τα πλέον προσοδοφόρα του Γ.Ν.Η.»BENIZELEIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» για το έτος 2013 είναι Ο16Α Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία), Μ08Χ Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές και Μ31Χ Αναθεώρηση αρθροπλαστικής ισχίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές. Το επόμενο έτος περιλαμβάνει και το ΚΕΝ Λ01Χ Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές. Τα κοινά πιο συχνά εμφανιζόμενα και αρκετά προσοδοφόρα ΚΕΝ των δύο Νοσοκομείων είναι τα Α22Χ Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες

παθήσεις ? επιπλοκές του παθολογικού τομέα και το Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση.

Ως προς τη συμβολή των τομέων στον αριθμό εξιτηρίων και κατά συνέπεια και στα έσοδα, υπάρχει μια τεράστια διαφορά ανάμεσα στον παθολογικό και τον χειρουργικό τομέα. Η διαφορά και στα δύο νοσοκομεία είναι διπλάσια και στα δύο έτη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν περισσότερες ημέρες ανάρρωσης. Τα μικτά ΚΕΝ είναι ΚΕΝ τα οποία συνδυάζουν τον παθολογικό και τον χειρουργικό τομέα. Π.χ. ένα περιστατικό ενδέχεται να εισαχθεί με κάταγμα ισχίου, οπότε να χρειαστεί χειρουργείο, ενώ παράλληλα να χρήζει και παθολογικής περίθαλψης.

Τέλος, αναφορικά με τα έσοδα εντός και εκτός ΚΕΝ, και πάλι παρουσιάζεται μεγάλη διαφορά ανάμεσά τους και μάλιστα είναι η ίδια διαφορά στα δυο νοσοκομεία. Στο Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» τα έσοδα εντός ΚΕΝ και των δύο τομέων το 2013 ανέρχονταν στα 64.91294,00€ και το 2014 στα 429.801,4€. Τα αντίστοιχα του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» ήταν 9.417.654,00€ για το 2013 και 16.908.354,00€ το 2014, αρκετά καλή χρονιά για το νοσοκομείο αυτό. Τα έσοδα εκτός ΚΕΝ για το Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» το 2013 ήταν 613.000,2€ και το 2014 687.336,00€. Τα αντίστοιχα του Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» ήταν 1911871,00€ το 2013 και 19191764,00€ το 2014.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Παρά το γεγονός ότι η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στην ελληνική πραγματικότητα αποτέλεσε μια σημαντική προσπάθεια οργάνωσης και συγκράτησης των εξόδων των νοσοκομείων της χώρας, τα τελευταία αποζημιώνονται με τιμές πολύ χαμηλότερες από το πραγματικό κόστος τους, γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων. Είναι, λοιπόν απαραίτητη η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός πλήρους συστήματος κοστολόγησης βασισμένο στη φιλοσοφία των ΚΕΝ προσαρμοσμένο όμως στα δεδομένα του Ε.Σ.Υ. Έτσι, θα μειωθούν τα οικονομικά ελλείμματα των νοσοκομείων, θα αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος, και θα βελτιωθεί η καταγραφή του έργου των νοσοκομείων, θα γίνεται καλύτερη κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού, καθώς θα γίνεται ορθότερη και αποτελεσματικότερη η διαδικασία των κλειστών προϋπολογισμών και απολογισμών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική*

1. Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ. & Κυριόπουλος, Γ. (2010). Σύστημα υπολογισμού των σχετικών βαρών των ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων για την εισαγωγή τιμολόγησης στην Ελλάδα. Αθήνα: ΕΣΔΥ, Οκτώβριος 2010. [www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/EISAGΩGH\\_TIMOLOΓHSHΣ\\_STHN\\_EΛΛAΔA.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/EISAGΩGH_TIMOLOΓHSHΣ_STHN_EΛΛAΔA.pdf)
2. Αλετράς Β., Ματσαγγάνης, Μ., Αλετράς κ.ά, Δ. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α'. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
3. Ahmad Haseeb (2015), άρθρο στην ηλεκτρονική εφημερίδα Health Daily στις 30-04-2015, No 832.
4. Επιτροπή Υ.Υ.Κ.Α. (2011). Πόρισμα- Πρόταση Επιτροπής Υ.Υ.Κ.Α. για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRG's στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Αθήνα: Υ.Υ.Κ.Α.
5. Θεοδώρου,Χ (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του ΕΣΥ. Αθήνα: Ι.Ν.Ε.-ΓΣΣΕ.
6. Κρεμαλής, Κ. (1985). Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αθήνα: Σάκκουλας.
7. Κονδύλης, Η. (2007). Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Κυριόπουλος, Γ. (2007). Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Αθήνα: εκδ. Παπαζήση.
9. Κυριόπουλος, Γ. (2001). Η επίδραση της ασφάλισης υγείας στη ζήτηση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης στο: Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. & συν. (επιμ.). Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδ. Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία.
10. Μανιαδάκης Νίκος. (2005). Τα οικονομικά της υγείας από την οπτική του μάνατζερ. Κεφ. Βιβλίου Κοινωνία και υγεία IV, σελ. 75-92, πηγή: Αποθετήριο Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών Ήλιος. <http://hdl.handle.net/10442/1649>.
11. Μπαλασοπούλου, Α. (2010). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου. Διδακτικές σημειώσεις. Αθήνα: ΕΚΔΔ.
12. Μπουρσανίδης, Χ. (2010). Συγκριτική πολιτική υγείας. Διδακτικές σημειώσεις. Αθήνα: ΕΚΔΔ.

13. Λάζαρης, Θ., Δαβαριάς, Α. & Π. Αδάμ (2014). “Η λογιστική παρακολούθηση κοστολόγησης και τιμολόγησης περιστατικών: Υφιστάμενη κατάσταση και οι δυνατότητες εφαρμογής”, ανακοίνωση στο 8<sup>ο</sup> Συνέδριο του Επιστημονικού Κέντρου Management Νοσοκομείων με θέμα: «Χρηματοδότηση-Θεσμική Καινοτομία- Ποιότητα: Το αναγκαίο τρίπτυχο για την αποδοτική λειτουργία των νοσοκομείων», Αθήνα, 19-20 Ιουνίου 2014.
14. Λιαρόπουλος Λυκούργος, ([www.kathimerini.gr/731186/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles](http://www.kathimerini.gr/731186/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles) \_ Η φάρσα με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια- Απόψεις- Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ\_22-07-2015).
15. Νιάκας, Δ. (2000). Χρηματοδότηση νοσοκομείων και αποτελεσματικότητα, στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 11, τεύχος 62.
16. Νικολακόπουλος, Κ. (2015). Κρατική παρέμβαση και συστήματα υγείας, άρθρο στην ιστοσελίδα: [http://iskra.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19385:2015-02-01-10-55\\_17&catid=54:anpolitiki\\_&Itemid=284](http://iskra.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=19385:2015-02-01-10-55_17&catid=54:anpolitiki_&Itemid=284)
17. Οικονόμου, Χ. (1999). Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις, στο Σακελλαρόπουλος, Θ., (επιμ.). Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους. Αθήνα.
18. Ο.Ο.Σ.Α.: Έκθεση του 2006. Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.: 1996-2005.
19. Πολύζος, Ν. & Στ. Δρακόπουλος (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Στο Κοινωνική Συνοχή και ανάπτυξη, 2008 3 (2), 121-136.
20. Ρούπας, Θ. (2007). Ιδιωτική Ασφάλιση και Υπηρεσίες Υγείας. Κεφ. 12, σελ. 339-354, στο «Πολιτική και Οικονομία Υγείας», συλλογικό έργο. Αθήνα: εκδ. Παπαζήση.
21. Σολωμός, Γ. (1991). Κοινωνική ασφάλιση από την κρίση στον ενιαίο φορέα. Αθήνα: εκδ. Νέα Σύνορα/Λιβάνη.
22. Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αθήνα: εκδ. Παπαζήση.
23. Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: εκδ. Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
24. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Ειδική Υπηρεσία Σιαχείρισης Ε.Π. « Υγεία- Πρόνοια» Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο- Δ’ Προγραμματική περίοδος 2007-2013. Αθήνα



25. Υφαντόπουλος, Ι. (2003). Τα οικονομικά της Υγείας. Αθήνα: εκδ. Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός.
26. Χατζηπουλίδης, Γ. (2004). “Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών υγείας: Ο ρόλος της αποδοτικότητας”, στο Βήμα του Ασκληπιού, τ.3, Ιανουάριος 2004.

### *Ξενόγλωσση*

Feldman R1, Morrisey MA. (1990). Health economics: a report on the field. J Health Polit Policy Law. 1990 Fall;15(3):627-46.

### *Ιστοσελίδες*

1. [www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)
2. <http://www.iatrikostypos.com/oikonomia-tis-ygeias.html>
3. <http://www.kininet.gr/index.php/features/menu-options>.
4. <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/252-basikh-nomothesia-e-s-y>.
5. [http://didefth.gr/new/wp-content/uploads/2015\\_07\\_17\\_ELSTAT\\_Ygeia.pdf](http://didefth.gr/new/wp-content/uploads/2015_07_17_ELSTAT_Ygeia.pdf)
6. [www.esdy.edu.gr](http://www.esdy.edu.gr)
7. [http://www.ggka.gr/asfalistiko\\_main.htm](http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm)
8. **Physicians for a National Health Program**  
29 E Madison Suite 602, Chicago, IL 60602:  
[http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php)
9. [www.3ype.gr](http://www.3ype.gr)
10. <http://www.oagiosdimitrios.gr/>
11. <http://www.venizeleio.gr/>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΕΝ**

#### ΚΕΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Π28Α: Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία

A22X: Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις  
/επιπλοκές

Π26Α: Σύνθετη ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία

A25X: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

K44A: Θωρακικό / προκάρδιο άλγος

K46X: Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς  
καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

A31X: Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

E21X: Διαταραχές ερυθροκυττάρων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές  
συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

A29X: Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

H23X: Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία σε παθήσεις χωρίς  
καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνέπειες – επιπλοκές

Σ21X: Λέμφωμα και μη-οξεία λευχαιμία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Φ62X: Δηλητηριάσεις/τοξικές επιδράσεις φαρμάκων και άλλων ουσιών χωρίς  
καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις/ επιπλοκές

K47X: Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές  
συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

K40X: Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς  
επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

K42X: Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

K45X: Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-  
επιπλοκές

N28X: Πολλαπλή σκλήρυνση και παρεγκεφαλιδική αταξία χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Σ21M: Λέμφωμα και μη-οξεία λευχαιμία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

K12X: Εμφύτευση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

N29X: Παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και απόφραξη προεγκεφαλικών αγγείων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

A25X: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

A22Mβ: Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

K43X: Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

N30X: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

N36X: Επιληπτικοί σπασμοί χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

P22X: Εμπύρετο αγνώστου προέλευσης χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

A31M: Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

A25M: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Υ23M: Λοιμώξεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Ω33A: Μέση ωτίτιδα και λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού

K12X: Εμφύτευση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Υ20X: Νεφρική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

N41X: Άλλες διαταραχές του νευρικού συστήματος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

- Π47X: Οισοφαγίτιδα και γαστρεντερίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- K17X: Αντικατάσταση βηματοδοτικής πηγής χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- K37X: Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- T27X: Νεογνό με βάρος εισαγωγής >2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση χωρίς πρόβλημα
- Y23X: Λοιμώξεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- A27X: Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- K45Mβ: Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- N33A: Ιογενής μηνιγγίτιδα
- T27Mγ: Νεογνό με βάρος εισαγωγής >2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με άλλο πρόβλημα
- N30Ma: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- A22Ma: Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- A12X: Βρογχοσκόπηση σε παθήσεις χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνέπειες – επιπλοκές
- T26Ma: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 2000-2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με πολλαπλά μείζονα προβλήματα
- T25Ma: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 1500-1999 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με πολλαπλά μείζονα προβλήματα
- A33Mβ: Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- K42M: Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- A12A: Βρογχοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία
- A21X: Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

- A27M: Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- T26X: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 2000-2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση χωρίς πρόβλημα
- X21X: Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία
- N34X: Μη τραυματικής αιτιολογίας εμβροντησία (λήθαργος) και κόμα, χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
- P43A: Μη επιπλεγμένο πεπτικό έλκος
- T26Mβ: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 2000-2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με μείζον πρόβλημα
- T26Mγ: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 2000-2499 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με άλλο πρόβλημα
- H43X: Διαταραχές ήπατος εκτός από κακοήθεια, κίρρωση, αλκοολική ηπατίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- A21X: Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Δ24X: Κυτταρίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Ω34A: Λαρυγγοτραχειΐτιδα - επιγλωττίτιδα – τραχειοβροχίτιδα
- H44M: Διαταραχές των χοληφόρων με συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- N33A: Ιογενής μηνιγγίτιδα
- H42X: Διαταραχές παγκρέατος - παγκρεατίτιδα χωρίς κακοήθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- P44X: Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Ω31A: Αστάθεια - διαταραχές ισορροπίας
- T25Mβ: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 1500-1999 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση με μείζον πρόβλημα
- T25X: Νεογνό με βάρος εισαγωγής 1500-1999 gr χωρίς σημαντική χειρουργική επέμβαση χωρίς πρόβλημα
- N30Mβ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- H40X: Κίρρωση και αλκοολική ηπατίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Σ01Μ: Λέμφωμα και λευχαιμία με μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Π41Χ: Αιμορραγία γαστρεντερικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Α30Χ: Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Α24Χ: Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Υ20Χ: Νεφρική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές

Σ22Χ: Άλλες νεοπλασματικές διαταραχές χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές

Σ20Χ: Οξεία λευχαιμία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

- M08X Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Θ06X Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M03X Αρθροπλαστική ισχίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M04X Αρθροπλαστική γόνατος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λ01X Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Π10X Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λ20Α Κολπικός τοκετός (φυσιολογικός)
- H08X Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Π02Μ Μείζονες επεμβάσεις λεπτού και παχέος εντέρου με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M09Μα Χειρουργικές επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη με εσωτερική οστεοσύνθεση και συνυπάρχουσες καταστροφικές ή σοβαρές επιπλοκές ή διορθωτική οπίσθια σπονδυλοδεσία ή αντικατάσταση σπονδυλικού σώματος με εμφύτευμα
- Ο03Α Επεμβάσεις αμφιβληστροειδούς
- Ω37Β Στοματικές και οδοντικές διαταραχές εκτός από εξαγωγές και αποκαταστάσεις, ημερήσια νοσηλεία
- Λ01Μ Τοκετός με καισαρική τομή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- B01X Μείζονες επεμβάσεις πυέλου σε άρρενες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
- Γ12X Επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για κακοήθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Ω10Α Επεμβάσεις ρινικές
- Υ07X Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M68Α Συντηρητική αντιμετώπιση παθήσεων και κακώσεων της σπονδυλικής στήλης ή του χεριού ή του ποδιού με νοσηλεία μίας ημέρας

- Γ04X Υστερεκτομή για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M32Μα Αναθεώρηση αρθροπλαστικής γόνατος με καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- A02Μα Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές
- Υ03X Επεμβάσεις νεφρού, ουρητήρα και μείζονες επεμβάσεις ουροδόχου κύστης για νεοπλασία  
χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
- Υ21Α Ουρηθροκυστεοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία
- N02Μα Επεμβάσεις κρανίου με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις -  
επιπλοκές
- Π02X Μείζονες επεμβάσεις λεπτού και παχέος εντέρου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- N05Α Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα
- Π01X Εκτομή ορθού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις -  
επιπλοκές
- Υ05X Διουρηθρική προστατεκτομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M13X Επεμβάσεις βραχιονίου, κνήμης, περόνης και αστραγάλου χωρίς συνυπάρχουσες  
παθήσεις - επιπλοκές
- M31X Αναθεώρηση αρθροπλαστικής ισχίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M71X Άλλες παθήσεις μυών-τενόντων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές  
συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Ω11Α Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοειδεκτομή
- Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση
- Ο14Α Άλλες επεμβάσεις οφθαλμού
- M23Α Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης εξαιρουμένων του  
ισχίου και μηριαίου
- Φ03Α Επεμβάσεις κοιλιακής χώρας για πολλαπλά σημαντικά τραύματα
- Δ09Α Επεμβάσεις περιπρωκτικών και δερμοειδών παθήσεων (κύστης, συριγγίου, αποστήματος  
κλπ)
- Φ60X Τραυματισμοί χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις  
? επιπλοκές



- Π07X Σκωληκοειδεκτομή χωρίς κακοήθεια ή περιτονίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M17X Γναθοπροσωπικές επεμβάσεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M22A Αρθροσκόπηση στο γόνατο ή τον αγκώνα ή τον ώμο ή το αντιβραχίο
- H07X Ανοικτή χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- K17X Αντικατάσταση βηματοδοτικής πηγής χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- N38M Ενδοκρανιακή (κρανιοεγκεφαλική) κάκωση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
- M06X Σοβαρές επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη, ινιοαυχενική μοίρα, χωρίς ιδιαίτερα πολύπλοκα ή πολύ σύνθετη λειτουργία, χωρίς σπονδυλική αντικατάσταση του σώματος, χωρίς σοβαρή φλεγμονώδη νόσο ή κακόηθες νεόπλασμα, χωρίς συνυπάρχουσες καταστροφικές ή σοβαρές παθήσεις ή επιπλοκές
- M20A Άλλες επεμβάσεις άκρου ποδός
- Ω20A Εξαγωγές και αποκαταστάσεις οδόντων
- O11A Επεμβάσεις βλεφάρων
- N02X Επεμβάσεις κρανίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- A02Mβ Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- N38X Ενδοκρανιακή (κρανιοεγκεφαλική) κάκωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ? επιπλοκές
- M09Mγ Εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη χωρίς επείγουσες παρεμβάσεις, χωρίς σπονδυλική παραμόρφωση, χωρίς σπονδυλοδεσία, χωρίς κυφοπλαστική, με συνυπάρχουσες καταστροφικές ή σοβαρές παθήσεις ή επιπλοκές εκτός από παρα/τετραπληγία
- M21A Τοπική εκτομή και αφαίρεση υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης ισχίου και μηριαίου
- Ω12A Άλλες ΩΡΛ επεμβάσεις και επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας
- Λ23A Άμβλωση χωρίς χειρουργική επέμβαση
- Ξ01A Σπληνεκτομή
- N31M Διαταραχές εγκεφαλικών συζυγιών και περιφερικών νεύρων με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- M68Mγ Συντηρητική αντιμετώπιση παθήσεων και κακώσεων της σπονδυλικής στήλης με νοσηλεία άνω της μίας ημέρας, ηλικία > 55 ετών, είτε με συνυπάρχουσες καταστροφικές ή

σοβαρές επιπλοκές, ή με παρα/τετραπληγία, εξαιρουμένης της δισκίτιδας ή φλεγμονωδών σπονδυλοαρθροπαθειών, χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις ή άλλα κατάγματα του μηριαίου

O15B Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη, ημερήσια νοσηλεία

B04A Επεμβάσεις όρχεων (π.χ. κισσοκήλη, υδροκήλη, ορχεκτομή)

H42X Διαταραχές παγκρέατος - παγκρεατίτιδα χωρίς κακοήθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

O01A Επεμβάσεις για διατιτραίνον τραύμα οφθαλμού

Ω30X Κακοήθεια ωτός, ρινός, στόματος, φάρυγγος και λάρυγγος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

O20X Οξείες και μείζονες οφθαλμικές λοιμώξεις χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές

M30A Επεμβάσεις άκρας χειρός

B05A Περιτομή

Y09X Άλλες επεμβάσεις για παθήσεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

M77M Κατάγματα πυέλου με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

P04X Λύση περιτοναϊκών συμφύσεων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Λ26A Προγεννητική και άλλη μαιευτική εισαγωγή

Ω02X Επεμβάσεις κεφαλής τραχήλου χωρίς κακοήθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές

Λ02X Κολπικός τοκετός με χειρουργική επέμβαση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Y22M Νεοπλάσματα των νεφρών και της ουροποιητικής οδού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

M18A Άλλες επεμβάσεις γόνατος

H08M Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή με κλειστό χοληδόχο πόρο ή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Γ07A Άλλες επεμβάσεις μήτρας και εξαρτημάτων για μη κακοήθεια

A28X Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

M75X Κάκωση ώμου, βραχίονα, αγκώνα, γόνατος, κνήμης ή αστραγάλου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Δ25X Τραύμα στο δέρμα, υποδόριο ιστό και μαστό χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

M74A Κάκωση αντιβραχίου, καρπού, άκρας χειρός ή άκρου ποδός

- Γ06X Επανορθωτικές επεμβάσεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Γ05X Ωθηκεκτομή και σύνθετες επεμβάσεις σαλπίγγων για μη κακοήθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λ03Μ Έκτοπη κύηση με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Υ22Χ Νεοπλάσματα των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Δ25Μ Τραύμα στο δέρμα, υποδόριο ιστό και μαστό με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Μ13Μ Επεμβάσεις βραχιονίου, κνήμης, περόνης και αστραγάλου με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Γ22Α Διαταραχές εμμήνου ρύσης και άλλες διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
- Π11Α Επεμβάσεις πρωκτικής χώρας και κολοστομίες
- Γ21Α Λοιμώξεις γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
- Θ08Α Επεμβάσεις θυρεογλωσσικού πόρου
- Ο10Α Επεμβάσεις Στραβισμού
- Δ07Α Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού
- Γ09Α Κωνοειδής εκτομή τραχήλου μήτρας, και επεμβάσεις κόλπου, τραχήλου μήτρας και αιδοίου
- Γ11Α Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
- Ω06Α Επεμβάσεις παραρρινίων κόλπων και σύνθετες επεμβάσεις μέσου ωτός
- Ω37Α Στοματικές και οδοντικές διαταραχές εκτός από εξαγωγές και αποκαταστάσεις
- Ο13Α Επεμβάσεις δακρυϊκής συσκευής
- Μ63Χ Διαστρέμματα, διατάσεις και εξάρθρημα ισχίου, πυέλου και μηρού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Β24Α Άλλες παθήσεις του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος
- Κ33Χ Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Π27Χ Άλλες ενδοσκοπήσεις ανώτερου πεπτικού σε παθήσεις χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνέπειες - επιπλοκές
- Ω34Α Λαρυγγοτραχειίτιδα - επιγλωττίτιδα - τραχειοβροχίτιδα
- Ω13Α Μυριγγοτομή με εισαγωγή σωληνίσκου αερισμού
- Λ05Α Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση

Λ24Α Ψευδείς ωδίνες τοκετού