



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η
περίπτωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος»

ΜΑΝΟΥΣΟΣ ΚΑΜΠΑΝΕΛΛΗΣ

Ιούλιος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία:
Η περίπτωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος»

ΜΑΝΟΥΣΟΣ ΚΑΜΠΑΝΕΛΛΗΣ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλος: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιούλιος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΚΑΜΠΑΝΕΛΛΗΣ ΜΑΝΟΥΣΟΣ, 2015
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Γεώργιος Πανουτσόπουλος

Αθηνά Λαζακίδου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών. Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη. Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου για τις πολύτιμες συμβουλές, τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες οδηγίες, που μου έδινε. Τέλος, ευχαριστώ τα μέλη της Συμβουλευτικής - Εξεταστικής Επιτροπής που μου έκανε την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι παραδοσιακές μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων αντικαταστάθηκαν με τις προοπτικές μεθόδους αποζημίωσης, που συνδυάζουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών παράλληλα με τη συγκράτηση του κόστους. Μια μέθοδος προοπτικής αποζημίωσης είναι η εφαρμογή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups-DRGs), που ξεκίνησε για πρώτη φορά το 1983 στις ΗΠΑ από τον Fetter.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τυχόν διαφορές μεταξύ του προκαθορισμένου κόστους και ΜΔΝ και των πραγματικών αντίστοιχων που αφορούν σε ΚΕΝ του κυκλοφορικού συστήματος καθώς και να διερευνήσει την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ αυτών και διαφόρων παραγόντων, που θα επηρεάζουν.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα, που χορηγήθηκαν από τα νοσοκομεία της 1ης, 3ης και 6ης ΥΠΕ. και αφορούν σε 22 ΚΕΝ του κυκλοφορικού συστήματος (N=4.675). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 21.0 προκειμένου να εφαρμοστούν περιγραφικές δοκιμασίες και συσχετίσεις.

Αποτελέσματα: Στα 19 ΚΕΝ η πραγματική ΜΔΝ βρέθηκε μεγαλύτερη έναντι της προκαθορισμένης από το νόμο ΜΔΝ, ενώ στα 21 ΚΕΝ το πραγματικό μέσο κόστος βρέθηκε μικρότερο έναντι του προκαθορισμένου από το νόμο κόστους. Η πραγματική ΜΔΝ βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα 15 ΚΕΝ, ενώ το αντίστροφο βρέθηκε για 3 από τα υπόλοιπα ΚΕΝ.

Συμπεράσματα: Οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ πραγματικού κόστους και ΜΔΝ με το προκαθορισμένο κόστος και ΜΔΝ μπορεί να οφείλονται σε πληθώρα παραγόντων, οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ορισμένοι εκ των οποίων μπορεί να είναι η λάθος κωδικοποίηση των ΚΕΝ στην πράξη καθώς και η πραγματική αναντιστοιχία του προκαθορισμένου μέσου κόστους και της προκαθορισμένης ΜΔΝ με το πραγματικό μέσο κόστους και την πραγματική ΜΔΝ, γεγονός που καθιστά αναγκαία την πλήρη αναθεώρηση των ΚΕΝ.

Λέξεις κλειδιά: DRGs, Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, αποζημίωση νοσοκομείων.

ABSTRACT

Introduction: Traditional methods of compensating hospitals replaced the prospects compensation methods, which combine to satisfy the needs of patients along with cost containment. A method of compensation perspective is the Diagnosis Related Groups-DRGs, which was first introduced in 1983 in the US by Fetter.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the differences between the predefined cost of Charge and Average Length of Stay (ALoS) and actual respective DRGs related to the circulatory system and to investigate the existence of associations between them and the various factors that will affect them.

Methods: The data used was provided by hospitals in the 1st, 3rd and 6th Health Regions and refer to twenty two DRGs related to the circulatory system (N = 4675). For the statistical analysis the statistical package IBM SPSS 21.0 was used so that descriptive tests would be applied and correlations investigated.

Results: At nineteen DRGs the actual Charge and Average Length of Stay was longer than the one predefined by Greek law, while in twenty-one DRGs the actual average cost was lower than the predetermined law of cost. The actual Charge and Average Length of Stay found statistically, was significantly longer at hospitals in Athens / Thessaloniki compared to hospitals outside of Athens / Thessaloniki in the fifteen DRGs , whereas the opposite was found for three of the remaining DRGs.

Conclusions: The observed differences between actual costs of the ALoS and predetermined costs, can be attributed to numerous factors, which require further investigation, one of these probably being the wrong encoding of DRGs in practice and the actual mismatch of the predetermined average cost, with the actual average cost of ALoS. However, further revisions are required for the development of a rational reimbursement mechanism adopted to the Greek health system.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT	8
Εισαγωγή.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	14
ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.1 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας	14
1.2 ΕΟΠΥΥ – ΠΕΔΥ	16
1.3 Μακροοικονομικές εξελίξεις.....	19
1.4 Δαπάνες Υγείας – Φαρμακευτική Δαπάνη.....	21
1.4.1 Λόγοι Αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	28
ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ.....	28
2.1 Εισαγωγή	28
2.2 Η αναδρομική αποζημίωση	29
2.2.1 Το ημερήσιο νοσήλιο	29
2.2.2 Κριτική του ημερήσιου νοσηλίου	30
2.2.3 Η πληρωμή κατά πράξη	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	33
ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	33
3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Ο σφαιρικός προϋπολογισμός (GLOBAL BUDGET)	34
3.2.1 Η κριτική του σφαιρικού προϋπολογισμού.....	34
3.3 Η αμοιβή με βάση το κόστος ανά περιστατικό (DRG's)	35

3.4	Η περίπτωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος	38
3.5	Πλεονεκτήματα των DRGs.....	44
3.5.1	Κριτική των DRGS	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		48
ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΕΡΙ ΤΑ DRGs		48
4.1	Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στη Γαλλία	48
4.2	Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	50
4.3	Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		56
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....		57
	Σκοπός της μελέτης	57
	Υλικό και Μέθοδος.....	57
	Δείγμα	57
	Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης.....	58
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		58
	Στατιστική ανάλυση	58
	Περιγραφικά αποτελέσματα	59
	Συσχετίσεις	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		85
	Συζήτηση	85
	Συμπεράσματα.....	86
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ		95
	Παράρτημα I: Υπόδειγμα αίτησης χορήγησης δεδομένων	95
	Παράρτημα II: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 1η ΔΥΠΕ.	97
	Παράρτημα III: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 3η ΔΥΠΕ.....	98

Παράρτημα IV: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 6η ΔΥΠΕ.....	99
--	----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Εξάρτηση Ελλάδας από την κατανάλωση και χαμηλές επενδύσεις σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη.....	20
Εικόνα 2: Μεταβολή Βασικών Μακροοικονομικών Μεγεθών στην Ελλάδα.....	21
Εικόνα 3: Δείκτες τιμών καταναλωτή Φαρμάκων-Ιατρικών Υπηρεσιών-Υγείας	22
Εικόνα 4: Κατανομή Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα.....	22
Εικόνα 5: Η συμμετοχή της δημόσιας και της ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ σε επιλεγμένα έτη.....	24
Εικόνα 6: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007.....	24
Πίνακας Α: ΚΕΝ παθήσεων καρδιαγγειακού συστήματος.....	38
Πίνακας 2. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ημέρες, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.	65
Εικόνα 7. Σύγκριση προκαθορισμένης ΜΔΝ και πραγματικής ΜΔΝ καθώς και η διαφορά αυτών.....	68
Πίνακας 3. Το πραγματικό μέσο κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ευρώ, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.....	71
Εικόνα 8. Σύγκριση προκαθορισμένου μέσου κόστους και πραγματικού μέσου κόστους καθώς και η διαφορά αυτών.....	73

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφαρμογή του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία εντός και εκτός των μεγάλων πόλεων όπως Αθήνα και Θεσσαλονίκη, είναι το κύριο θέμα του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας. Παρουσιάζεται η μέγιστη σημασία της εφαρμογής του θεσμού των Διαγνωστικώς Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis Related Groups - DRGs) στα ελληνικά νοσοκομεία και συγκεκριμένα αναλύεται η περίπτωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος.

Αρχικά παρουσιάζεται μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Γίνεται αναφορά στις εν γένει δαπάνες υγείας. Καταγράφονται τα ημερήσια νοσήλια και ακολουθεί κριτική ανάλυση βασισμένη στη βιβλιογραφία. Παράλληλα, αναφέρεται και η πληρωμή κατά πράξη, για την οποία επίσης κατατίθεται κριτική. Αναπτύσσονται ο σφαιρικός προϋπολογισμός, που και πάλι ακολουθείται από κριτική ανάλυση. Κριτική ανάλυση παρουσιάζεται και για τα DRGs και αναφέρονται στοιχεία για τα ΚΕΝ παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος. Μέσω της διεθνούς εμπειρίας εφαρμογής συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων παρουσιάζεται η ισχύουσα εμπειρία στον ελληνικό χώρο.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το ειδικό – ερευνητικό μέρος, όπου και υπάρχει η στατιστική ανάλυση με το εργαλείο SPSS 21 και η εξαγωγή των σχετικών αποτελεσμάτων.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας έχει τη δυνατότητα να χαρακτηριστεί ως η ένωση πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που έχουν ως στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας (Souliotis, et al. 2005).

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες. Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισοτιμίας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισοτιμίες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων, που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται κατά βάση στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό επειδή ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από τη φορολογία. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου et al, 2001).

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας, που

καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, είναι το Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και από τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Καλογεροπούλου κ. συν., 2007).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας, το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι τα εξής (Καλογεροπούλου κ. συν., 2007).

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι τα εξής (Καλογεροπούλου και συν., 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Ωστόσο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, που επικρατεί τα

τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων δαπανών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού, οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό. Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

1.2 ΕΟΠΥΥ – ΠΕΔΥ

Οι σχετικά καινούριοι νόμοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας - ΠΕΔΥ) και τον ενιαίο ασφαλιστικό φορέα (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - ΕΟΠΥΥ), πραγματοποιεί μεγάλες μετατροπές στην διαδικασία τοποθέτησης των ασφαλισμένων στα νοσοκομεία.

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

- ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή ΝΑΤ, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012
- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία που ΔΕΝ εντάχθηκαν είναι:

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
- ΕΥΔΑΠ

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ άρχισαν θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

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

Ο ΕΟΠΥΥ είναι αγοραστής υπηρεσιών και στον δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα.

Η καινούρια οργάνωση που λέγεται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας -ΠΕΔΥ () περιέχει:

- τις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ και
- τα Κέντρα Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο με τη σχετική απόφαση να λαμβάνεται από τον διοικητή κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας. Οι περισσότερες αλλαγές έχουν να κάνουν περισσότερο με τους ασφαλισμένους. Η τοποθέτηση στην δευτεροβάθμια Φροντίδα θα πραγματοποιείται ύστερα από επικοινωνία με τον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει τις κύριες βοήθειες υγείας με σκοπό να πραγματοποιεί τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης ο Οικογενειακός Γιατρός:

- Έχει την επίβλεψη των συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων, των τυχόν κινδύνων και των εμβολιασμών, όπως και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης,

- Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί τον ασθενή και την οικογένεια.
- Φροντίζει για την τοποθέτηση των πολιτών στα επιπλέον συστήματα περίθαλψης.
- Πραγματοποιεί την υλοποίηση και την ανανέωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για όλα τα άτομα όπου είναι υπεύθυνος, φροντίζοντας ταυτόχρονα για ότι άλλο χρειάζεται ο ασθενής.

Οικογενειακοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να είναι όσοι κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Όλοι έχουν τη δυνατότητα να διαλέξουν τον οικογενειακό τους ιατρό από όλους όσοι είναι στη συγκεκριμένη υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε.).

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται:

- ο αριθμός των δικαιούχων, που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό,
- ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά ΥΠε.,
- ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους,
- η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας,
- ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους,
- η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, και
- κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Επιπλέον στο καινούριο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), οι ανασφάλιστοι μπορούν να απευθύνονται σε δομές του ΠΕΔΥ. Επιπλέον δημιουργείται και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) όπου θα εμπεριέχεται όλο το ιατρικό ιστορικό του ατόμου, την ευθύνη διαχείρισης του οποίου έχουν οι οικογενειακοί γιατροί.

Το σύνολο των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ χρειάζεται να είναι εγγεγραμμένοι στον οικογενειακό γιατρό δίχως εξαίρεση γιατί θα αναλαμβάνει και τις προληπτικές εξετάσεις του ατόμου. Οπότε για αρχική φορά δημιουργούνται αναγκαστικές προληπτικές εξετάσεις για όλους τους ασφαλισμένους. Στο καινούριο σύστημα διαφοροποιείται και η διαδικασία

παραπομπής του ασφαλισμένου στο νοσοκομείο, αφού θα πρέπει να υπάρχει παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό.

Ακόμα οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους, γιατί κατέχουν και οι ίδιοι οικογενειακό γιατρό, όμως δεν θα τυγχάνουν ασφαλιστικής κάλυψης για νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας. Οι ασφαλισμένοι διαφορετικών ταμείων που δεν είναι στον ΕΟΠΥΥ δεν μπορούν να έχουν οικογενειακό γιατρό γιατί αφορά συγκεκριμένα στους ασφαλισμένους του Οργανισμού.

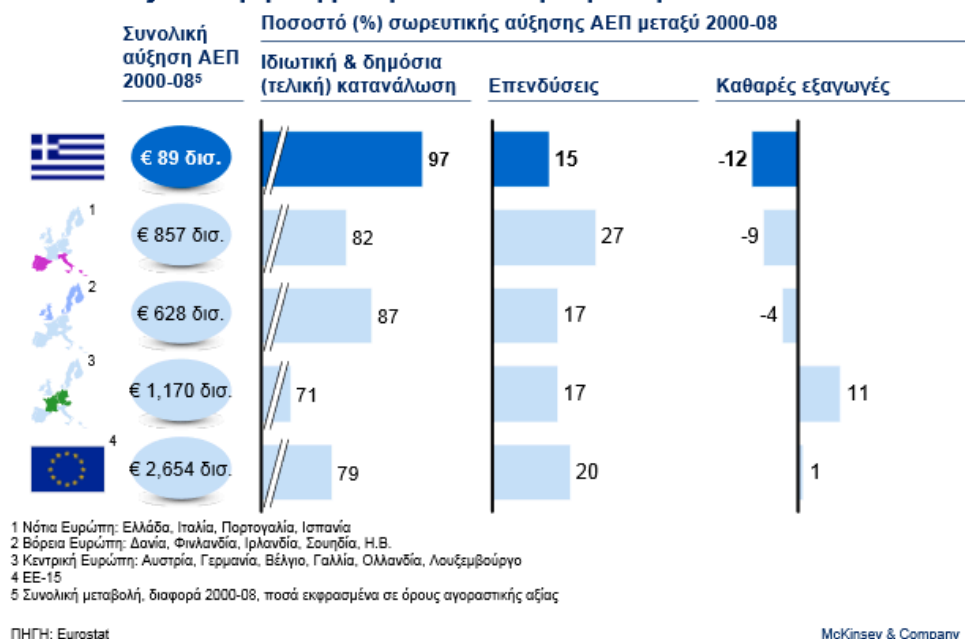
1.3 Μακροοικονομικές εξελίξεις

Το 2011 η ύφεση της ελληνικής οικονομίας προκάλεσε τη συρρίκνωση του ΑΕΠ για το σύνολο του έτους κατά 6,9%. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μείωση στη δημόσια κατανάλωση κατά 9,1%, ενώ το ποσοστό ανεργίας διευρύνθηκε κατά πέντε ποσοστιαίες μονάδες αγγίζοντας το 17,7%.

Η εγχώρια ζήτηση φαρμάκων δέχτηκε ισχυρές πιέσεις από την εφαρμογή των δημοσιονομικών μέτρων, που λήφθηκαν από τα μέσα του 2011 κι έπειτα καθώς και από την απότομη άνοδο της ανεργίας. Επίσης, οι πολιτικές εξελίξεις και η νέα δανειακή σύμβαση, ενίσχυσαν την αβεβαιότητα για την πορεία της χώρας (Σχήμα 1).

Σχήμα 1

Μεγάλη εξάρτηση της Ελλάδας από την κατανάλωση και χαμηλές επενδύσεις σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη



Εικόνα 1: Εξάρτηση Ελλάδας από την κατανάλωση και χαμηλές επενδύσεις σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη
 Πηγή: Eurostat (2008).

Ο επιπλέον δανεισμός που χρειάζεται με σκοπό την κάλυψη του ελλείμματος, τοποθετήθηκε στο ήδη υψηλό χρέος και σε συνδυασμό με την ύφεση αύξησε το λόγο του δημοσίου χρέους προς το ΑΕΠ σε μεγαλύτερους αριθμούς (ΣΦΕΕ, 2012).

	2009	2010	2011	2012*	2013*
ΑΕΠ (σε εκατ. €, τρέχουσες τιμές)	231.642	227.318	215.088	200.906	193.078
Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (σε €, τρέχουσες τιμές)	20.531	20.103	19.018	17.764	17.070
ΑΕΠ (πραγματικός % ρυθμός μεταβολής)	-3,3	-3,5	-6,9	-6,5	-3,8
Ιδιωτική Κατανάλωση	-1,3	-3,6	-7,1	-7,7	-5,9
Δημόσια Κατανάλωση	4,8	-7,2	-9,1	-6,5	-7,2
Ακαθάριστες Επενδύσεις Πάγιου Κεφαλαίου	-15,2	-15,0	-20,7	-18,5	-3,7
Εξαγωγές αγαθών – υπηρεσιών	-19,5	4,2	-0,3	0,4	2,5
Εισαγωγές αγαθών – υπηρεσιών	-20,2	-7,2	-8,1	-10,1	-5,3
Ποσοστό Ανεργίας	9,5	12,6	17,7	23,5	24,7
Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή	1,3	4,7	3,1	1,2	0,7
Ισοζύγιο (Ελλείμμα) Γεν. Κυβέρνησης (%ΑΕΠ)	-15,6	-10,3	-9,1	-6,6	-4,2
Χρέος Γεν. Κυβέρνησης (%ΑΕΠ)	129,4	145,0	165,3	169,5	179,3

Εικόνα 2: Μεταβολή Βασικών Μακροοικονομικών Μεγεθών στην Ελλάδα
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2013).

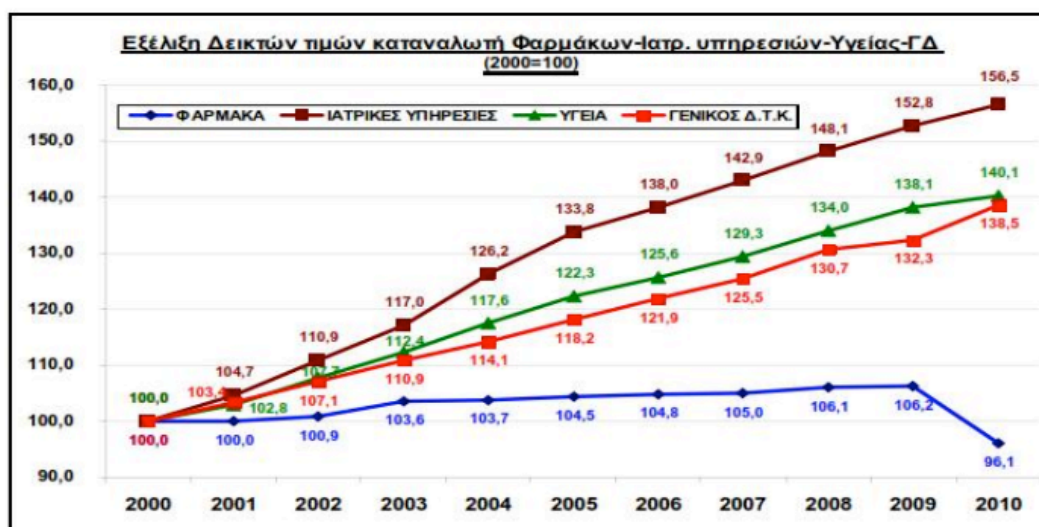
Η εγχώρια ζήτηση ακόμα μειώνεται και οι συνολικές εγχώριες επενδύσεις αποδυναμώνονται, λόγω της μικρής εγχώριας ζήτησης και της συνάρτησης της δημιουργίας του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων από την πραγματοποίηση των δημοσιονομικών στόχων, όπως επαναλήφθηκε τα προηγούμενα δυο χρόνια.

Επίσης, χρειάζεται να αναφερθεί ότι η πορεία της ελληνικής οικονομίας εξαρτάται και από την αβεβαιότητα που ενώνεται με τη επίτευξη των στόχων σε ένα περιβάλλον βαθιάς ύφεσης και ασταθούς οικονομικού και πολιτικού κλίματος (ΣΦΕΕ, 2012).

1.4 Δαπάνες Υγείας – Φαρμακευτική Δαπάνη

Οι μέσες πωλήσεις ανά φαρμακείο αυξήθηκαν κατά 13,7% αν και ο αριθμός των φαρμακείων αυξήθηκε κατά 18,3% μεταξύ 2004 και 2011. Αν και οι πωλήσεις ανά φαρμακείο

παρουσιάζουν σταθερή αυξητική τάση μεταξύ 2004 και 2010, το 2011 παρατηρείται μείωση των πωλήσεων κατά 8,9% σε σχέση με το 2010 και κατά 23,4% σε σχέση με το 2009.

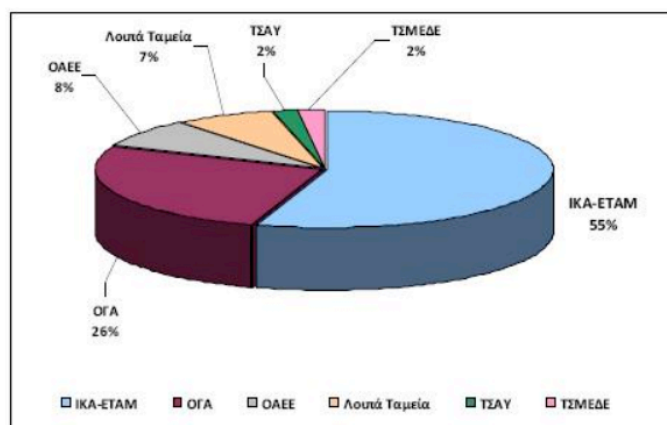


Εικόνα 3: Δείκτες τιμών καταναλωτή Φαρμάκων-Ιατρικών Υπηρεσιών-Υγείας
 Πηγή : Επεξεργασία στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ (2011).

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τη δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη, που χορηγούνται σε ασθενείς. Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνονται οι δαπάνες για όλα τα συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, είτε είναι πρωτότυπα είτε είναι γενόσημα.

Η φαρμακευτική δαπάνη χωρίζεται σε

- Δημόσια: περιέχει τα έξοδα όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης για τα συνταγογραφούμενα (εκτός νοσοκομείων) φάρμακα



Εικόνα 4: Κατανομή Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα
 Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, 2009

- **Ιδιωτική:** περιέχει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα αποζημιούμενα φάρμακα, τα έξοδα των καταναλωτών για τα μη καλυπτόμενα από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμακευτικά σκευάσματα και συναφή είδη, όπως και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Μέχρι το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε ανοδική τάση. Ωστόσο, το 2010 και 2011 υπέστη μείωση της τάξεως του 22%, για να φτάσει το 2011 στα € 3,98 δισ., αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι:

α) ο αριθμός της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης δεν περιέχει τις επιστροφές/εκπτώσεις των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες το 2011 εκτιμώνται σε 250 εκατ. € και μειώνουν επιπλέον το μέγεθος των δημόσιων φαρμακευτικών εξόδων σε 3,73 δισ. €, που αποτελεί το 1,7% του ΑΕΠ και σε 2,88 δισ. € το 2012, δηλαδή στο 1,4% του ΑΕΠ και

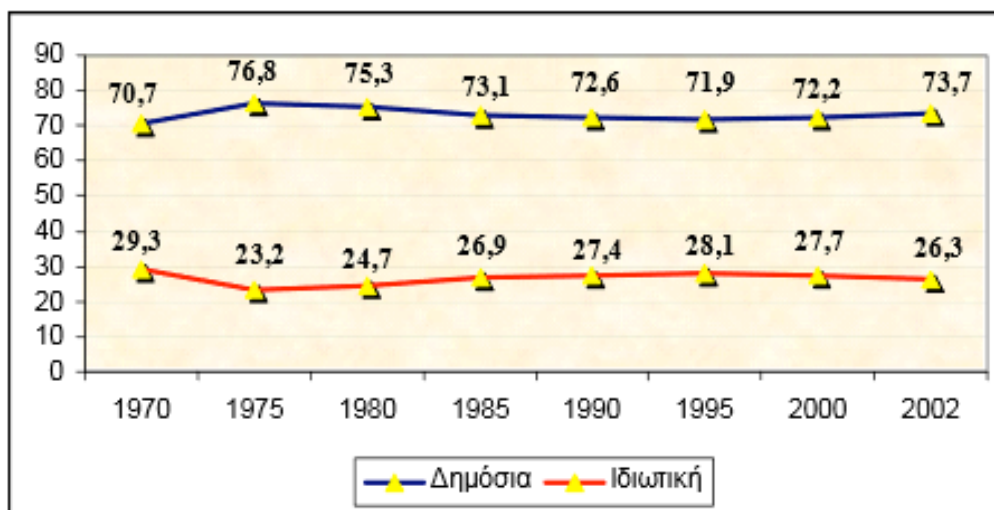
β) το υπόλοιπο τμήμα των δημοσίων εξόδων υγείας – εκτός της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης – στερείται επίσημης και ακριβούς καταγραφής και μέτρησης, πράγμα που καθιστά δύσκολο τον εντοπισμό φαινομένων σπατάλης ή και κακοδιαχείρισης.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιοποιεί στατιστικά στοιχεία, που έχουν να κάνουν με τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σχετικά με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του ΟΟΣΑ και της Eurostat. Το ΣΛΥ είναι το σύστημα, που παρουσιάζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα. Το ΣΛΥ δομείται στους παρακάτω άξονες:

- Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)
- Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς)

- Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (πλευρά της κατανάλωσης)



Εικόνα 5: Η συμμετοχή της δημόσιας και της ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ σε επιλεγμένα έτη

Πηγή: OECD Health Data, 2004

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US\$ PPP	853	1.263	1.449	1.755	1.965	2.028	2.092	2.352	2.547	2.727
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,5	4,5	4,7	5,4	5,3	5,4	5,1	5,6	5,9	5,8
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,1	4,1	3,2	3,4	3,8	3,6	3,6	3,8	3,6	3,8
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,7	52,0	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	46,3	48,0	40,0	39,2	42,0	40,2	40,9	39,9	38,0	39,7
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημόσιων δαπανών υγείας	μδ	μδ	45,9	41,3	41,4	43,5	46,9	49,7	50,9	51,8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	95,8	94,5	94,1	94,5	94,5	94,8	95,0	94,8	94,5
Ιδιωτική ασφάλιση ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	4,2	5,5	5,9	5,5	5,5	5,2	5,0	5,2	5,5
Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	μδ	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14,0	13,2

Πηγή: WHO (2010)

Εικόνα 6: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007

Πηγή: ΠΟΥ, 2010

1.4.1 Λόγοι Αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων και με την εξέλιξη των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων οφείλεται κυρίως σε κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες και στην αδυναμία ελέγχου της αλυσίδας εφοδιασμού και συνταγογράφησης των φαρμάκων (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, οι λόγοι που παρατηρείται αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι οι εξής (Souliotis & Lionis, 2005; Αντωνοπούλου, 2002; Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004; Κυριόπουλος & Γείτονα, 1999):

- Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης: Τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει στην παραγωγή νέων αποτελεσματικότερων φαρμάκων, που έχουν συμβάλει στην εξάλειψη επικίνδυνων ασθενειών, καθώς και στην αντιμετώπιση και τον περιορισμό της εμφάνισης λοιμώξεων τόσο στην κοινότητα όσο και στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Επίσης, η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών μεθόδων οδήγησε στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, όπως για παράδειγμα αρκετών μορφών καρκίνου. Η αντιμετώπιση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη χρήση νέων φαρμάκων, που είχαν εξειδικευμένη δράση και στοίχιζαν ακριβά. Επομένως, η φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε αύξηση εξαιτίας της αύξησης της κατανάλωσης φαρμάκων και του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών (Mossialos, et al., 2002).
- Δημογραφικοί παράγοντες: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και μια αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση αυτή του πληθυσμού οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας λόγω γήρατος και τους χορηγούνται πολλά φάρμακα.
- Επιδημιολογικοί παράγοντες: Εκτός από τη γήρανση του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια αυξηθεί τα χρόνια νοσήματα όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ψυχικές νόσοι, οι καρδιοπάθειες, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί τη χρόνια κατανάλωση φαρμάκων.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια εμφανής βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού, γεγονός που έχει συντελέσει στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων, καθώς οι ασθενείς αναζητούν αποτελεσματικότερα φάρμακα.

- Η έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης: Είναι γεγονός ότι η ιατρική επιστήμη εστιάζει στη θεραπεία των ασθενειών και δεν επικεντρώνεται στην πρόληψή τους, παρόλο που μεγάλος αριθμός ασθενειών μπορεί να προληφθούν, πριν εκδηλωθούν στον ασθενή. Η πρόληψη των ασθενειών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς μειώνονται οι χορηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές.
- Η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών: Το γεγονός ότι ο ασθενής επιβαρύνεται με ένα μέρος του κόστους του φαρμάκου και όχι με το συνολικό κόστος, έχει οδηγήσει στην υπερβολική συνταγογράφηση. Από την πλευρά των ασθενών, σημειώνεται επίμονη ζήτηση φαρμάκων, ενώ από την πλευρά των ιατρών σημειώνεται επίσης υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων με σκοπό την προώθηση των νέων και αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Επομένως, με αυτό τον τρόπο σημειώνεται μια υπέρμετρη αύξηση στην κατανάλωση των φαρμάκων και στην επακόλουθη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.
- Αύξηση του αριθμού γιατρών και φαρμακοποιών: Η αύξηση του αριθμού των γιατρών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συνταγογράφησης και την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Επιπλέον, η αύξηση του αριθμού των φαρμακοποιών και των φαρμακείων οδήγησε σε εκ νέου αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, που σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς ελέγχου οδήγησε σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.
- Ύπαρξη μονοπωλίων: Οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το μονοπώλιο παραγωγής φαρμάκων, αφού οι τιμές των εισαγόμενων φαρμάκων προκύπτουν είτε από τις τιμές πώλησης στην χώρα προέλευσης των φαρμάκων είτε από τη χαμηλότερη τιμή των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Οι πολιτικές των φαρμακευτικών εταιρειών: Οι φαρμακευτικές εταιρείες προωθούν την πώληση των νέων και ακριβότερων φαρμάκων με σκοπό να αυξήσουν το κέρδος τους.

Στην Ελλάδα ο κυριότερος λόγος αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η προώθηση νέων ακριβότερων φαρμάκων με σκοπό την αντικατάσταση των παλιών και φθηνότερων (Δαγκαλίδης, 2011). Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, γίνονται προσπάθειες να ισχύει ένα είδος τιμολόγησης, το οποία θα προωθεί τα νέα αποτελεσματικά φάρμακα και παράλληλα θα διαμορφώνει τις τιμές των παλιών φαρμάκων σε τέτοια επίπεδα έτσι ώστε να διασφαλίζεται η διανομή τους στη φαρμακευτική αγορά. Επιπλέον, είναι αναγκαία η εφαρμογή ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης, η οποία θα προωθεί τα οικονομικότερα φάρμακα και θα ελέγχει αποτελεσματικά τον τομέα των φαρμακευτικών δαπανών (Kanabos, 2002), γεγονός που ήδη έχει αρχίσει να αποδίδει μετά από την εφαρμογή του.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

2.1 Εισαγωγή

Η αποζημίωση των νοσοκομείων είναι το κυριότερο θέμα της πολιτικής υγείας, γιατί το μέγεθος του χρέους της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, σε πανευρωπαϊκό, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα χρέη για νοσοκομειακή περίθαλψη φτάνουν σχεδόν στο 60% όλων των δαπανών υγείας του ΟΟΣΑ (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013).

Η σωστή διαδικασία της διαχείρισης της χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι σημαντική για την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας με στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής παροχής υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης του ελληνικού πληθυσμού (Δουμουλάκης, 2000).

Οι δημοφιλέστερες και σημαντικότερες διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία (Getzen, 1997) πραγματοποιούνται με τις δυο παρακάτω διαδικασίες:

1. Η αναδρομική αποζημίωση περιέχει δύο διαδικασίες:
 - την πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο, και
 - την πληρωμή κατά πράξη.
2. Η προοπτική αποζημίωση ακόμα περιέχει δυο διαδικασίες:
 - Την πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό, και
 - την πληρωμή ανά διαγνωστική κατηγορία.

Οποιαδήποτε διαδικασία αποζημίωσης έχει θετικά και αρνητικά σημεία και εξελίσσεται ταυτόχρονα με την πορεία καλύτερευσης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας.

2.2 Η αναδρομική αποζημίωση

2.2.1 Το ημερήσιο νοσήλιο

Κύρια διαδικασία χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα είναι το ημερήσιο νοσήλιο (per diem) (Vogt, 1996). Μετράται από το κλάσμα που έχει αριθμητή το μέγεθος τα χρέη του νοσοκομείου και παρανομαστή όλες τις ημέρες νοσηλείας. Το ημερήσιο νοσήλιο είναι αυτό που χρεώνεται ο ασθενής για κάθε ημέρα (με διανυκτέρευση), που βρίσκεται στο νοσοκομείο. Στην εύρεση όλου του κόστους συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες, που παρέχονται στο άτομο, όπως διαγνωστικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές, κλπ.

Στη διάρκεια της δεκαετίας του '80 αυτή η διαδικασία χρηματοδότησης, επειδή δεν στοχεύει στο πραγματικό προϊόν του νοσοκομείου όπως και των πολλών πιέσεων και τάσεων γενικώς, είχε ξεκινήσει να αντικαθίσταται από καινούριες διαδικασίες και τεχνικές χρηματοδότησης.

Τα έσοδα του νοσοκομείου εξαρτώνται από το μέγεθος των ασθενών, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας (Dalton, 1998). Πιο αναλυτικά, τα έσοδα μετρώνται από το γινόμενο του ημερήσιου νοσηλίου (P) με τον αριθμό των ασθενών (N) πολλαπλασιαζόμενο με τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο μαθηματικός του τύπος είναι ο παρακάτω:

$$R=P*N*\text{Μέση διάρκεια νοσηλείας}$$

Όπου:

R= Έσοδα του νοσοκομείου.

P= Προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας.

N= Ο αριθμός των νοσηλευθέντων επί τη διάρκεια της νοσηλείας.

Το καθημερινό κόστος του νοσηλίου ορίζεται με τρεις (3) μορφές: το κλειστό, το ευλύγιστο και το ανοικτό νοσήλιο. Κυρίως, το κλειστό νοσήλιο υλοποιείται μετά από συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Έχει να κάνει με ένα συγκεκριμένο αριθμό, που χρησιμοποιείται για τις ημέρες νοσηλείας, άσχετα από τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών, που θα παρέχονται από τη νοσηλευτική μονάδα προς τον ασθενή στην ημέρα αυτή.

Την μεγαλύτερη κριτική έχει δεχτεί το κλειστό νοσήλιο, επειδή δημιουργούνται πολλές πιέσεις, που έχουν σχέση με το ότι για το νοσοκομείο ο μοναδικός στόχος είναι να μεγαλώσει τα έσοδά του αυξάνοντας την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Αντιθέτως, το ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο είναι η παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου. Ένα κομμάτι αυτού είναι συγκεκριμένο και μόνιμο, ενώ η τιμή του αλλάζει σχετικά με το ποσό σημαντικές είναι οι περιπτώσεις, σύμφωνα με την ιατρική ειδικότητα και τη διαγνωστική ομάδα, που ανήκει ο κάθε ασθενής. Επίσης, το ανοικτό νοσήλιο υλοποιείται από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας. Το μόνιμο κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους έχει να κάνει με τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό έχει να κάνει με το είδος της ιατρικής φροντίδας που δέχεται ο ασθενής σχετικά με ότι χρειάζεται (fee for service).

2.2.2 Κριτική του ημερήσιου νοσηλίου

Στην σημερινή εποχή είναι γνωστό ότι ο μηχανισμός χρηματοδότησης με στόχο το ημερήσιο νοσήλιο είναι πληθωριστικός και ενέχει διάφορα προβλήματα:

- Αρχικά, σταματά την παρακολούθηση των δαπανών του νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη μόνιμη ανάγκη για εύρεση συμπληρωματικών προϋπολογισμών. Δεν είναι ικανοποιητικός δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, διότι έχει να κάνει κυρίως με τις ημέρες νοσηλείας, με συνέπεια να ευημερεί ο παράγων «φιλοξενία» (παραμονή), σε σχέση με την καθαυτή παροχή φροντίδας υγείας. Επίσης, τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα. Οι τιμές των νοσηλίων, που καθορίζει ο νόμος, συνήθως αντιπροσωπεύουν ένα ελάχιστο ποσοστό του πραγματικού κόστους νοσηλείας, αφού αναπροσαρμόζονται με υπουργικές αποφάσεις σε αραιά χρονικά διαστήματα (Dranove, 2003). Επίσης, καταλήγουν να αποχωρούν ανά διαστήματα από το πολλαπλάσιο πραγματικό κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών και την αναπόφευκτη εμφάνιση ελλειμμάτων. Η τιμή ημέρας είναι πληθωριστική εάν σκεφτούμε ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας. Το φαινόμενο σε κάποιες χώρες (πχ Γερμανία), είχε τεθεί σε περιορισμό διότι το μέγεθος της ημερήσιας αποζημίωσης κλιμακώνεται αντίστροφα με τη διάρκεια νοσηλείας μετά την παρέλευση, άρα συγκρινόμενο του αριθμού των ημερών, η αποζημίωση μειώνεται (Καλογεροπούλου, 2007).

- Επίσης η αποζημίωση βάσει του ημερησίου νοσηλίου βοήθησε στα υψηλά επίπεδα των εξόδων για νοσοκομειακή περίθαλψη, όπου κυμαίνεται κοντά στο 60% - 65% των δαπανών υγείας των βιομηχανικά αναπτυγμένων χωρών. Τελειώνοντας επισημαίνεται ότι το ημερήσιο νοσήλιο παρουσιάζει ενδιάμεσες εκροές και δεν αντιπροσωπεύει το αληθινό τελικό προϊόν, έχοντας ως αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στην ανάγκη για σωστή οργάνωση των πόρων και αξιολόγηση της δραστηριότητας των νοσηλευτικών μονάδων. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που δεν υπάρχει πια σε καμία βιομηχανική χώρα (Ματσαγγάνης, 2006).

2.2.3 Η πληρωμή κατά πράξη

Η πληρωμή κατά πράξη υπάρχει σε χώρες όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς και χρηματοδοτούνται από διάφορους φορείς ασφάλισης (πχ σε χώρες όπως Ιαπωνία, ΗΠΑ). Σχετικά με αυτή τη διαδικασία, η αποζημίωση στα νοσοκομεία εξαρτάται από τις υπηρεσίες που έχουν δοθεί σε όλους τους ασθενείς σχετικά με τις τιμές ανά υπηρεσία και έχει να κάνει με την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Η διαδικασία της πληρωμής κατά πράξη παρέχει στον ιατρό το κίνητρο να μεγαλώσει την παραγωγικότητά του και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με σκοπό να μεγαλώσει τον αριθμό των εσόδων και τα κέρδη του νοσοκομείου, διότι ο ασθενής και ο ασφαλιστικός φορέας, έχουν τη δυνατότητα να παρατηρούν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών, που παρέχονται. Το θετικό της μεθόδου της πληρωμής κατά πράξη στηρίζεται στην ευκολία εφαρμογής του.

Η συγκεκριμένη διαδικασία αποζημίωσης παρουσιάζει όμως και αρνητικά, διότι δεν παρέχει στο νοσοκομείο το κίνητρο του περιορισμού της διάρκειας της νοσηλείας του ασθενούς. Έχει χαρακτηριστεί ως πληθωριστικό με την έννοια ότι τα νοσοκομεία παίρνουν πλασματικά κέρδη, αυξάνοντας την παραμονή του ασθενούς, έχοντας ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται και σε αυτό, όπως και στην περίπτωση του ανοικτού νοσηλίου, ελλείμματα, που ταυτίζονται με την κρατική επιχορήγηση. Ταυτόχρονα, δεν επιτρέπει τον έλεγχο των εξόδων του νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη μόνιμη ανάγκη για εύρεση συμπληρωματικών προϋπολογισμών, ενώ είναι ανεπαρκής δείκτης υγειονομικών υπηρεσιών διότι έχει να κάνει κυρίως με τις ημέρες νοσηλείας, όποτε ισχυροποιείται ο παράγοντας της ξενοδοχειακής

υποστήριξης και όχι άλλοι παράγοντες, που έχουν να κάνουν με την κλινική διάσταση της φροντίδας του ασθενούς. Επίσης μπορεί να σημειώνεται ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών των ασθενών και μια αδικαιολόγητη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Επιπροσθέτως, επισημαίνεται ότι η αμοιβή κατά πράξη (fee for service) είναι ένας απολογιστικός τρόπος αμοιβής των υπηρεσιών (ιατρών) και των κατά περίπτωση νοσοκομειακών πράξεων. Παρέχει στον ασθενή τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί ελεύθερα τις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα ο ιατρός ή το νοσοκομείο να τις πραγματοποιεί ώστε να μεγαλώνει τα κέρδη του.

Τέλος, δεν μετράται η διαφορά του κόστους από προμηθευτή σε προμηθευτή ή από ασθενή σε ασθενή, όταν ζητάται από ασφαλιστικά ταμεία ή από το κράτος συνολικά. Οπότε, όπου υπάρχει, χρειάζεται η διευθέτησή του ανά κατηγορία ή κέντρο κόστους (Τούντας, 2001).

Για όλα τα παραπάνω, η διαδικασία αυτή αποζημίωσης στο μέλλον θα σταματήσει να υπάρχει και στη θέση της θα τοποθετηθούν τεχνικές χρηματοδότησης, όπως η προοπτική αποζημίωση, που αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Η λειτουργία των συνηθισμένων διαδικασιών αποζημίωσης και πληρωμής των νοσηλευτικών υπηρεσιών, δεν μπορεί να περιορίσει το νοσοκομειακό κόστος. Αυτό έγκειται περισσότερο στη μη δυνατότητα λειτουργίας καινούριων οργανωτικοδιοικητικών μεθόδων. Για αυτό κατά πολύ ευθύνονται οι μηχανισμοί εξουσίας, που έχουν δημιουργήσει το ιατρικό σώμα και όλο το εμπλεκόμενο υγειονομικό προσωπικό. Η τοποθέτηση καινούριων προτύπων χρηματοδότησης ήταν σημαντική, γιατί εμφανιζόταν μια καινούρια συμπεριφορά των γιατρών, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών όπως και τη μείωση των δαπανών. Οι σημαντικότερες διαδικασίες χρηματοδότησης ή αλλιώς εναλλακτικά πρότυπα αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι στη λογική της προοπτικής αποζημίωσης.

Η διαδικασία αποζημίωσης είναι μια ενέργεια λύσης πολλών γεγονότων, που εμφανίζονται την ώρα της εφαρμογής της αναδρομικής αποζημίωσης και παρουσιάζεται με δύο τρόπους:

- την πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό
- την πληρωμή ανά διάγνωση με τη λειτουργία των Συσχετιζόμενων Ομάδων (DRG's).

Οι προηγούμενες χρηματοδοτικές μέθοδοι των νοσοκομείων (prospective payment systems), ενώνουν την προέλευση των πόρων των νοσοκομείων με νέες οργανωτικές, διοικητικές και διαχειριστικές τεχνικές. Με την τοποθέτηση καινούριων μεθόδων διοίκησης - διαχείρισης (management), αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, που έχει να κάνει με την επίτευξη της οικονομικής αυτοτέλειας των νοσηλευτικών μονάδων, την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού με την παροχή κινήτρων. Αρκετές φορές επιλέγονται ενωμένα συστήματα, όπως η κατά περίπτωση αμοιβή σε συνδυασμό με τον σφαιρικό προϋπολογισμό. Κατ' αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο όπως ακόμα στην κλινική αξιολόγηση κάποιων ιατρικών πρακτικών (Γείτονα, 1995).

Ως αποτέλεσμα του σύγχρονου κύματος των συγχωνεύσεων και εξαγορών, που συνεχίζουν να είναι σε εξέλιξη, έχει δημιουργηθεί το προοπτικό σύστημα αποζημίωσης. Παρακάτω παρουσιάζονται οι δύο μορφές της προοπτικής αποζημίωσης, ο σφαιρικός προϋπολογισμός και τα DRG's.

3.2 Ο σφαιρικός προϋπολογισμός (GLOBAL BUDGET)

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός στοχεύει στην ετήσια εκ των προτέρων (a priori) χρηματοδότηση όλων των λειτουργιών του νοσοκομείου όπως και από τη δράση όλων των ειδικών στη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού (Getzen, 1997).

Περιέχει δύο κύριες μεταρρυθμίσεις:

- A) Τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση.
- B) Τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση.

Η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση έχει να κάνει περισσότερο στη χρηματοδότηση του νοσηλευτικού ιδρύματος, ενώ η μεταρρύθμιση στη διαχείριση περιέχει την καινούρια κατάτμηση της οργανωτικής δομής του και την συμμετοχή των άλλων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού. Αυτή η διαδικασία πληρωμής λειτουργούσε περισσότερο σε περιοχές που έχουν εθνικά συστήματα υγείας όπως στη Γαλλία, Καναδά και πειραματικά στη Γερμανία και στην Ελβετία καθώς και με διάφορες παραλλαγές στη Μεγάλη Βρετανία, την Ολλανδία, την Ιταλία και στις Σκανδιναβικές χώρες.

Τα κέρδη των νοσοκομείων μετρούνται από τον τύπο:

$$B_t = B_{t-1} \times (1 + \mu)$$

Όπου: B_t = Ο προϋπολογισμός του επόμενου έτους, και

$B_{t-1} \times (1 + \mu)$ = Ο προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους συν την ανάλογη αύξηση, αναπροσαρμογή των τιμών λόγω πληθωρισμού.

3.2.1 Η κριτική του σφαιρικού προϋπολογισμού

Σε διεθνές επίπεδο, η σφαιρική χρηματοδότηση επιτρέπει στην κυβέρνηση να αναλύει επιτυχημένα τις νοσοκομειακές δαπάνες, παρέχει τη συγκράτηση της όλο και μεγαλύτερης

τάσης των δαπανών υγείας, με στόχο εκείνες να συνυπάρχουν με τον ρυθμό ανάπτυξης της οικονομίας, χωρίς να μπαίνουν κανόνες που αφορούν στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με καλυτέρευση των διαθέσιμων παραγωγικών μέσων. Δίχως αμφιβολία αποτελεί ένα σύστημα κατανομής πόρων (Χούκλη, 2008).

Στα νοσοκομεία, η σφαιρική χρηματοδότηση έχει ως σκοπό να πραγματοποιείται καλύτερος έλεγχος της ιατρικής δραστηριότητας και επίσης επιδιώκει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με την ορθολογική χρήση των πόρων, που διαθέτουν τα νοσοκομεία. Παρ' όλα αυτά, η αλόγιστη κατασπατάληση της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το δημόσιο τομέα. Ως εκ τούτου, δημιουργήθηκαν πιο νέοι και σωστοί τρόποι που θα καταφέρουν να μετακλήσουν το βάρος της χρηματοδότησης της υγείας από το δημόσιο στα άτομα. Ένας τέτοιος έχει θεωρηθεί από πολλούς μελετητές, η αμοιβή με βάση το κόστος ανά περιστατικό που αναλύεται στο παρακάτω κεφάλαιο.

3.3 Η αμοιβή με βάση το κόστος ανά περιστατικό (DRG's)

Η αμοιβή με βάση το κόστος ανά περιστατικό, είναι πολύ ιδιαίτερο και διαχειριστικά δύσκολο σύστημα, που χρειάζεται σωστά και εκπαιδευμένο προσωπικό, την ανάπτυξη σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής (με μεγάλη βάση δεδομένων και με συνεχή ανατροφοδότηση), συστημάτων λογιστικής και κοστολόγησης, τη στήριξη και άλλων επιστημών (πληροφορική, στατιστική, επιχειρησιακή έρευνα, διοίκηση, οικονομικά της υγείας), όπως και τη συμμετοχική διοίκηση. Γνωστό παράδειγμα της αποζημίωσης ανά περιστατικό ή περίπτωση, είναι οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες, (Diagnostic Related Groups - DRG's), τα οποία βοηθούν να τυποποιηθούν όλες τις περιπτώσεις των νοσηλευόμενων ασθενών και να υλοποιηθούν μια ομάδα νοσοκομειακών προϊόντων, που θα αποζημιώνονται με κριτήριο τους πόρους, που χρειάζεται, για να παραχθούν.

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες εμφανίστηκαν το 1983 στις ΗΠΑ, ως μία καινούρια μέθοδος χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα, η οποία ανακαλύφθηκε από τον καθηγητή Fetter και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο του Yale των ΗΠΑ (Dalton, 1998).

Μέρος της προσπάθειας για ορισμό και μέτρηση του παραγόμενου νοσοκομειακού προϊόντος είναι η ομαδοποίηση των ασθενών σε περίπου 470 διαγνωστικά ομοιογενείς ομάδες. Ο διαχωρισμός αυτός σε ομοιογενείς κατηγορίες έχει προέλευση κλινικοοικονομική, επιχειρώντας να ομαδοποιήσει ομοειδείς κλινικές περιπτώσεις λαμβάνοντας υπ' όψιν και το κόστος αντιμετώπισής τους. Άρα όλοι οι νοσηλευόμενοι ομαδοποιούνται σε κατηγορίες, οι οποίες προσδιορίζονται -κυρίως- από τη βασική διάγνωση. Έτσι ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου παρουσιάζεται από τον εξής τύπο:

$$B = \sum P_{mi} \times N_{mi}$$

όπου, $B =$ Ο προϋπολογισμός

$P_{mi} =$ Το κόστος του ασθενούς για μια συγκεκριμένη ασθένεια (διαγνωστική κατηγορία)

$N_{mi} =$ Ο αριθμός των ασθενών που έχουν καταταγεί σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία.

Κατά τον τρόπο αυτόν οι διαγνωστικές κατηγορίες θα είναι στο εύρος της υλοποίησης της «Ευρώπης των Εθνών», παρέχοντας ένα σημαντικό όγκο δεδομένων προς υλοποίηση νοσοκομειακών συγκρίσεων και προς ανάπτυξη δεικτών, οι οποίοι θα επιτρέπουν αυτήν τη "αντικειμενική" σύγκριση των νοσοκομείων. Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες έχουν τη δυνατότητα να αποτυπώσουν το σύνολο των περιπτώσεων, δηλαδή τη σύνθεση, διάρθρωση των ασθενών ενός νοσοκομείου, την κάλυψη κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, ως αποτέλεσμα της ανάλυσης του λογισμικού τους.

Αρχικός στόχος αυτού του συστήματος, είναι η σύνδεση του κόστους με τη δραστηριότητα. Χρειάζεται να λάβουμε υπόψη ότι οι ίδιες κατηγορίες παρέχουν τον χαρακτηριστικό τύπο και τον αριθμό των ασθενών, που είναι σε κάθε διαγνωστική κατηγορία και τις διαφορές τους. Ο χρόνος νοσηλείας είναι από τις κυριότερες παραμέτρους υπολογισμού του κόστους, με δεδομένο ότι το κόστος μετράται ανά μέρα νοσηλείας.

Οι δαπάνες για τη νοσηλεία είναι προκαθορισμένες οπότε αν χρειαστούν επιπλέον μέρες για περίθαλψη αυτό σημαίνει επιπλέον δαπάνες για το νοσοκομείο. Πολλές φορές, είναι

συγκεκριμένες οι τιμές κατά διαγνωστική κατηγορία, σε εθνικό επίπεδο, όπου έχουν να κάνουν με το σύνολο των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, όπου χρειάζεται να δοθούν σε άτομα που είναι σε κάποιες ειδικές κατηγορίες (OECD, 2002). Η μέθοδος κωδικοποίησης των διαγνώσεων έχει να κάνει με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD). Είναι περίπου 23 βασικές ομαδοποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες και σχετικά με τις υπηρεσίες όπου παρέχονται χωρίζονται σε 467 κατηγορίες. Ο καθορισμός των κατηγοριών και η κοστολόγησή τους πραγματοποιείται με επιστημονικές μεθόδους, εάν καθοριστούν οι περιπτώσεις όπου θα επηρεάσουν το περιστατικό και το κόστος αντιμετώπισής τους, όπως: η βασική διάγνωση (εύρεσης της πάθησης, που είναι ως ο κύριος λόγος εισαγωγής στο νοσοκομείο), η δευτερεύουσα διάγνωση (η επιβαρυνόμενη κατάσταση του ασθενούς μεγαλώνει την παραμονή του στο νοσοκομείο), τα χρησιμοποιούμενα διαγνωστικά και θεραπευτικά μηχανήματα, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ηλικία, το φύλο, ο τρόπος εξόδου και ο προορισμός μετά την έξοδο κλπ.

Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν αναπτύξει συστήματα κοστολόγησης αντιμετώπισης των ασθενειών, που έχουν την προέλευσή τους από τα DRG's και δημιουργούνται από μια επαναληπτική διαδικασία εξέτασης και ομαδοποίησης των περιπτώσεων, από το εγχώριο ιατρικό σώμα, σε συνδυασμό με τον στατιστικό προσδιορισμό των ομάδων και τον χρόνο νοσηλείας.

Η μεγάλη εξάπλωση των DRGs, ως μέθοδος αποζημίωσης, οφείλεται στο ό,τι συνεισφέρουν στη διαχείριση του νοσοκομείου, ώστε να παρέχουν την ιατρική διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας, με συγκεκριμένα πρότυπα χρήσης των πόρων, ενώ παράλληλα παρέχουν την ευκαιρία ελέγχου των διαγνωστικών διαδικασιών και της σωστής ή όχι πρακτικής με σκοπό τη χρήση των πόρων, όπως το να ελέγχουν τις ποσότητες των φάρμακων.

Βοηθούν επιπλέον στη λήψη αποφάσεων για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο εκτέλεσης του προϋπολογισμού και στην κλινική αξιολόγηση συγκεκριμένων ιατρικών πρακτικών. Τέλος, το ιατρονοσηλευτικό σώμα καθίσταται υπεύθυνο για τις διαδικασίες, που εφαρμόζει σε καθημερινή βάση.

3.4 Η περίπτωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος

Σύμφωνα με την τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 85649/27-7-11 Κοινής Υπουργικής Απόφασης με τίτλο «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011) και την συμπλήρωσή της με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.105604/27-9-11 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2150/Β'/2011), τα οποία από τότε καλούνται "Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια", υπήρξαν αναπροσαρμογές των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (ΚΕΝ) για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το Γενικό Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου" και το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από 1/3/2012. Έκτοτε για τις παθήσεις και διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος ισχύει ο παρακάτω πίνακας:

Πίνακας Α: ΚΕΝ παθήσεων καρδιαγγειακού συστήματος

ΚΩΔ. ΚΕΝ	ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΑΝ από 1/3/2012	Κόστος από 1/3/2012
ΤΚΑ 05	Παθήσεις και διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος (Κ)		
K01M	Εμφύτευση αυτόματου εμφυτεύσιμου καρδιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	12.500 €
K01X	Εμφύτευση αυτόματου εμφυτεύσιμου καρδιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	11.291 €
K02A	Άλλες επεμβάσεις σχετιζόμενες με αυτόματο εμφυτεύσιμο καρδιακό απινιδωτή	4	1.897 €
K03M	Επεμβάσεις καρδιακών βαλβίδων με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις	23	11.277 €

K03X	Επεμβάσεις καρδιακών βαλβίδων με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις	13	7.475 €
K04M	Επεμβάσεις καρδιακών βαλβίδων με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις	14	8.922 €
K04X	Επεμβάσεις καρδιακών βαλβίδων με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις	8	5.828 €
K05M	Στεφανιαία παράκαμψη με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με επανεπέμβαση ή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	18	8.826 €
K05X	Στεφανιαία παράκαμψη με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς επανεπέμβαση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	13	6.495 €
K06M	Στεφανιαία παράκαμψη χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με επανεπέμβαση ή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	5.924 €
K06X	Στεφανιαία παράκαμψη χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς επανεπέμβαση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	4.276 €
K07Μα	Άλλες καρδιο-θωρακοχειρουργικές /αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12	8.818 €
K07Μβ	Άλλες καρδιο-θωρακοχειρουργικές /αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	6.061 €
K07X	Άλλες καρδιο-θωρακοχειρουργικές /αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	4.758 €
K08M	Μείζονες επανορθωτικές επεμβάσεις αγγείων χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	16	7.218 €
K08X	Μείζονες επανορθωτικές επεμβάσεις αγγείων χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	4.219 €
K09Μα	Άλλες καρδιοθωρακικές χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	5.136 €
K09Μβ	Άλλες καρδιοθωρακικές χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6	3.167 €
K09X	Άλλες καρδιοθωρακικές χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	2.169 €
K10M	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	4.166 €

K10X	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	2.724 €
K11M	Ακρωτηριασμός λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού, εξαιρουμένων των άνω άκρου και δακτύλων άκρου ποδός, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	27	6.629 €
K11X	Ακρωτηριασμός λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού, εξαιρουμένων των άνω άκρου και δακτύλων άκρου ποδός, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	14	2.930 €
K12M	Εμφύτευση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	11	3.280 €
K12X	Εμφύτευση βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	2.831 €
K13M	Ακρωτηριασμός άνω άκρου και δακτύλων άκρου ποδός λόγω διαταραχών του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	17	3.608 €
K13X	Ακρωτηριασμός άνω άκρου ή δακτύλων άκρου ποδός λόγω παθήσεων του κυκλοφορικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	1.139 €
K14Μα	Αγγειακές επεμβάσεις, εξαιρουμένων των μειζόνων επανορθωτικών επεμβάσεων, χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	11	3.245 €
K14Μβ	Αγγειακές επεμβάσεις, εξαιρουμένων των μειζόνων επανορθωτικών επεμβάσεων, χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία, με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	1.810 €
K14X	Αγγειακές επεμβάσεις, εξαιρουμένων των μειζόνων επανορθωτικών επεμβάσεων, χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία, χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	1.125 €
K15M	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με εμφύτευση ενδοπρόθεσης (stent) με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	1.945 €
K15X	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με εμφύτευση ενδοπρόθεσης (stent) χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	1.761 €
K16M	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς εμφύτευση ενδοπρόθεσης (stent) με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3	1.392 €
K16X	Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων αγγείων χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς εμφύτευση ενδοπρόθεσης (stent) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	1.016 €
K17M	Αντικατάσταση βηματοδοτικής πηγής με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	2.629 €
K17X	Αντικατάσταση βηματοδοτικής πηγής χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1	2.227 €
K18M	Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	2.023 €

K18X	Άλλες επεμβάσεις για βηματοδότη χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	1.045 €
K19A	Διαδερμικές ενδοαγγειακές καρδιακές επεμβάσεις	3	2.903 €
K20A	Απολίνωση και εκρίζωση φλέβας	1	691 €
K21M	Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	13	2.187 €
K21X	Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	1.358 €
K22A	Αορτικά βαλβιδοφόρα μοσχεύματα	11	7.048 €
K30M	Πάθηση του κυκλοφορικού με μηχανική υποστήριξη αναπνοής με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	11	5.401 €
K30X	Πάθηση του κυκλοφορικού με μηχανική υποστήριξη αναπνοής χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6	3.649 €
K31M	Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	1.853 €
K31X	Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	1.078 €
K32A	Διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, ημερήσια νοσηλεία	1	498 €
K32M	Διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	1.875 €
K32X	Διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) με επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3	968 €
K33A	Πάθηση του κυκλοφορικού με μη επεμβατικό αερισμό	13	1.851 €
K33M	Φλεβική θρόμβωση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	1.337 €
K33X	Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	577 €
K34M	Δερματικά έλκη σε διαταραχές του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	13	2.030 €
K34X	Δερματικά έλκη σε διαταραχές του κυκλοφορικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	891 €
K35M	Περιφερική αγγειακή νόσος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7	1.365 €
K35X	Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	474 €
K36M	Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	865 €

K36X	Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	340 €
K37M	Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6	1.089 €
K37X	Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	355 €
K38A	Συγγενής καρδιοπάθεια με περίπλοκη θεραπεία πολυανθεκτικών παθογόνων μικροοργανισμών, ασθενειών και παθήσεων του κυκλοφορικού συστήματος	4	3.500 €
K38M	Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	1.167 €
K38X	Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1	570 €
K39M	Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6	1.153 €
K39X	Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	297 €
K40M	Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	1.818 €
K40X	Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3	722 €
K41M	Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	22	4.365 €
K41X	Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12	2.179 €
K42M	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	1.868 €
K42X	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	849 €
K43M	Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	1.012 €
K43X	Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	361 €
K44A	Θωρακικό / προκάρδιο άλγος	1	310 €
K45Μα	Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	2.207 €
K45Μβ	Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	927 €
K45X	Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	521 €
K46M	Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6	1.245 €
K46X	Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	444 €

K47M	Ασταθής στηθάγχη με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	940 €
K47X	Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	424 €
K48A	Απλή ηλεκτροφυσιολογική μελέτη	2	1.500 €
K49Μα	Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και επέμβαση κατάλυσης σε υπερκοιλιακές/κοιλιακές ταχυκαρδίες με σύστημα χαρτογράφησης και/ή εξειδικευμένους καθετήρες και κολπική διαφραγματοστομία	3	9.500 €
K49Μβ	Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και επέμβαση κατάλυσης σε υπερκοιλιακές/κοιλιακές ταχυκαρδίες με σύστημα χαρτογράφησης και/ή εξειδικευμένους καθετήρες χωρίς κολπική διαφραγματοστομία	3	8.200 €
K49Μγ	Απλή ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και επέμβαση κατάλυσης σε υπερκοιλιακές/κοιλιακές ταχυκαρδίες με κολπική διαφραγματοστομία	3	6.300 €
K49X	Απλή ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και επέμβαση κατάλυσης σε υπερκοιλιακές/κοιλιακές ταχυκαρδίες χωρίς σύστημα χαρτογράφησης και χωρίς κολπική διαφραγματοστομία	3	4.700 €
K50A	Κατάλυση νευρικού πλέγματος νεφρικής αρτηρίας	4	5.000 €
K51A	Εμφύτευση συσκευής συνεχούς ΗΚΓφικής καταγραφής τύπου κλειστής αγκύλης (Insertable loop recorders)	2	2.500 €
K52M	Εμφύτευση αμφικοιλιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	15.000 €
K52X	Εμφύτευση αμφικοιλιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	14.500 €
K53M	Αντικατάσταση αμφικοιλιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	13.500 €
K53X	Αντικατάσταση αμφικοιλιακού απινιδωτή, ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	12.500 €
K54M	Εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	5.000 €
K54X	Εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	4.500 €
K55M	Αντικατάσταση αμφικοιλιακού βηματοδότη, ολοκληρωμένο σύστημα, με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	5.000 €
K55X	Αντικατάσταση αμφικοιλιακού βηματοδότη ολοκληρωμένο σύστημα, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	4.500 €
K56M	Διακαθετηριακή τοποθέτηση καρδιακής βαλβίδας με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12	15.000 €
K56X	Διακαθετηριακή τοποθέτηση καρδιακής βαλβίδας χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8	13.000 €
K57M	Διακορυφαία δια-αορτική τοποθέτηση καρδιακής βαλβίδας με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12	16.000 €
K57X	Διακορυφαία δια-αορτική τοποθέτηση καρδιακής βαλβίδας χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10	14.000 €
K58M	Διακαθετηριακή βαλβιδοπλαστική καρδιακής βαλβίδας με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	4.000 €

K58X	Διακαθετηριακή βαλβιδοπλαστική καρδιακής βαλβίδας χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4	3.000 €
K59A	Διακαθετηριακή αντικατάσταση ή διόρθωση καρδιακών βαλβίδων χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	5.500 €
K60A	Διακαθετηριακή αντιμετώπιση μυοκαρδιοπάθειας, χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις/επιπλοκές	4	6.500 €
K61A	Διαδερμική - διακαθετηριακή τοποθέτηση συσκευών σε καρδιακή κούλοτητα ή σύγκλιση καρδιακών τρημάτων	3	13.000 €
K62A	Επεμβατική σύγκλιση μεσοκολπικού ή μεσοκοιλιακού ελλείμματος σε ασθενή <18 ετών	5	15.000 €
K63A	Επεμβατική σύγκλιση αρτηριακού πόρου σε ασθενή <18 ετών	5	9.000 €
K64A	Επεμβατική σύγκλιση αορτοπνευμονικού παράπλευρου σε ασθενή <18 ετών	5	4.000 €
K65A	Επεμβατική διάνοιξη μεσοκολπικής επικοινωνίας σε ασθενή <18 ετών	5	2.000 €
K66M	Βαλβιδοπλαστική ή αγγειοπλαστική για συγγενή καρδιοπάθεια σε ασθενή <18 ετών με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	5.500 €
K66X	Βαλβιδοπλαστική ή αγγειοπλαστική για συγγενή καρδιοπάθεια σε ασθενή <18 ετών χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5	5.000 €
K67A	Τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent) σε πνευμονική αρτηρία ή στην περιοχή του ισθμού σε ασθενή <18 ετών	5	3.500 €

3.5 Πλεονεκτήματα των DRGs.

Από διεθνή έρευνα, αποδεικνύεται ότι το συγκεκριμένο σύστημα αποζημίωσης νοσοκομείων παρουσιάζει θετικά στοιχεία, τα οποία είναι τα εξής :

- 1) Οι ομοιογενείς κατηγορίες ή η ανάλυση της δομής των ασθενών σε ένα νοσοκομείο βοηθούν στον άμεσο και αποτελεσματικό έλεγχο των αρχείων των ασθενών.
- 2) Διαχωρίζουν τις απλές από τις πολύπλοκες, τις οικονομικές από τις δαπανηρές περιπτώσεις νοσηλείας.
- 3) Δείχνουν κατά πόσο αυτές οι συχνότητες ποικίλλουν ανάμεσα στα νοσοκομεία, τις ειδικότητες ή τους γιατρούς.
- 4) Μετρούν τη διάρκεια νοσηλείας και τις αποκλίσεις σε αντίστοιχες διαγνωστικές κατηγορίες.
- 5) Η αναγκαιότητα για ανεύρεση πόρων έχει να κάνει με μελλοντικό σχεδιασμό ή επέκταση / κατάργηση / συγχώνευση μίας ή περισσότερων κλινικών.

- 6) Βελτιώνει την ταχύτητα στη λήψη των αποφάσεων.
- 7) Η εκμετάλλευση των πόρων και γενικά ο στόχος του κόστους οποιασδήποτε διαγνωστικής κατηγορίας έχει τη δυνατότητα να είναι η αρχή σύνταξης ή ελέγχου των νοσοκομειακών προϋπολογισμών.
- 8) Η γενική καταμέτρηση του νοσοκομειακού προϊόντος και της νοσοκομειακής δραστηριότητας, οδηγεί στην ανασυγκρότηση της οργανωτικής και διοικητικής δομής των νοσοκομείων (Χούκλη, 2008).

3.5.1 Κριτική των DRGS

Η χρησιμότητα των DRGs έχει βοηθήσει στην παροχή καλύτερης φροντίδας. Με στόχο την καλύτερη φροντίδα, συστήνεται στους ασθενείς και η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία, όταν δεν επιβάλλεται η νοσηλεία στα νοσοκομεία. Η έλλειψη εναλλακτικών αποθεραπειών είναι πάντα αρκετά δαπανηρή.

Τα DRGs έχουν αρκετά προβλήματα σε όσο αφορά στις αποζημιώσεις, ορισμένα από τα οποία καταγράφονται στη συνέχεια:

- 1) λάθη ταξινόμησης και κωδικοποίησης των ασθενειών,
- 2) γρήγορη ή πρόωρη έξοδος των ασθενών,
- 3) κίνδυνος κατάταξης των ασθενών σε ακριβότερη διαγνωστική ομάδα, με στόχο την μεγέθυνση της αποζημίωσης των νοσοκομείων, και
- 4) ικανότητα εκμετάλλευσης πόρων στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Επιπλέον σημαντική κριτική ασκείται στις διαγνωστικές κατηγορίες που είναι υψηλός ο βαθμός ετερογένειας στην κατάταξη των ατόμων με αρχή την ταξινόμηση και την κωδικοποίησή τους. Υπάρχουν περιπτώσεις σε νοσοκομεία, που νοσηλεύουν ασθενείς με σοβαρή πάθηση, σε μια σχετική κατηγορία, να μην πληρώνονται όσο απαιτείται, καθώς επίσης η διοίκηση του νοσοκομείου να δέχεται ασθενείς με μικρότερο κόστος (μη σοβαρά πάσχοντες), στις διαγνωστικές κατηγορίες και να παραλείπεται η εισαγωγή ασθενών με μεγάλο κόστος. Έχουν υπάρξει προβλήματα με κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις, που είναι από άτομα χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, όπου έχουν τη μεγαλύτερη διαμονή από άλλους με υψηλότερο κοινωνικό επίπεδο (Ιακωβίδου, et al., 2015).

Επιπροσθέτως, στα αποτελέσματα των προοπτικών μεθόδων πληρωμής που έχουν να κάνουν με τα DRGs, έπαιξε σημαντικό ρόλο το θεσμικό περιβάλλον (ύπαρξη ανταγωνισμού, διοικητική παρέμβαση των αρμόδιων κρατικών αρχών). Στη διεθνή πρακτική (Dranove, 2003) η ανανέωση του υγειονομικού τομέα ταυτίζεται με την αλλαγή του χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης και την τοποθέτηση μεθόδων εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων του νοσοκομειακού τομέα, με στόχο να παραμείνει το κόστος και η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Μελέτη παρουσιάζει τα ποιοτικά αποτελέσματα εισαγωγής το 1991 του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στο Εθνικό Υγειονομικό Σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας, εμφανίζοντας ελάχιστη άνοδο, σε πολύ σχετικό εύρος (θάνατοι μετά από οξεία εμφράγματα, εντός 30 ημερών από την ημέρα εισαγωγής) (Κονδύλης και συν., 2008).

Η εμφάνιση των DRGs στις ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκε την περίοδο του '90, παρά τις αλλαγές των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Χώρες σαν τη Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, Ολλανδία, Γερμανία, Βέλγιο, Σουηδία, Ιταλία κλπ αναλύουν τη βελτίωση του συστήματος και την προσαρμογή του στα δικά τους δεδομένα. Η λειτουργία των ομοειδών διαγνωστικών κατηγοριών, είναι μέρος διαφόρων νοσηλευτικών ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών, που βελτιώνουν την ένταση και την ποιότητα της νοσηλείας σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Γενικά τα DRGs, τα οποία αναλύθηκαν στο ιταλικό σύστημα υγείας το 1995, ασχολήθηκαν με την εξέταση του κόστους υγείας και τη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων. Μία σχετική μελέτη κόστους όπου πραγματοποιήθηκε το 2000 και είχε να κάνει με τις χρονιές 1996-1998 στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Ραβία (νευρολογικό τμήμα), παρουσίασε ότι η εφαρμογή των DRGs σε κάποιες παθήσεις (π.χ. κεφαλαλγία) βελτίωσε το ποσό των εισαγωγών, τα άμεσα έξοδα για κάθε νοσοκομειακό ασθενή και τις ημέρες νοσηλείας (αν και είχε υψηλά λειτουργικά έξοδα) (Rekleiti et al., 2012; Γιανασμίδης, 2010).

Άξιο αναφοράς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι ότι τα DRGs συντελούν μακροπρόθεσμα σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων και αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας

του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Βοηθούν στην καλύτερη οργάνωση και χρηματοοικονομική λειτουργία, καθώς είναι αναγκαία για τον προγραμματισμό. Η απαιτούμενη όμως επένδυση πόρων και χρόνου καθώς και οι όποιες μεταρρυθμίσεις στο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο είναι σημεία, που καθυστερούν την άμεση εφαρμογή τους σε όλες τις χώρες. Παράλληλα, αναγκαία είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς απαιτούνται πόροι και μόνιμες δομές, με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Η ολοκληρωμένη εφαρμογή τους έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή, εμπειριστατωμένη και συμμετοχική διαδικασία διατήρησης και ανανέωσης τους.

Όσον αφορά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας υπήρξε χρηματοδότηση στη βάση ενός περίπλοκου και αναχρονιστικού μοντέλου, το οποίο δεν μπορεί να υποστηρίξει αποτελεσματικά και να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δημιουργήθηκε Επιτροπή για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Σύμφωνα με τα παραπάνω και λόγω των πλεονεκτημάτων, χρησιμοποιήθηκε η εφαρμογή, στην περίπτωση της Ελλάδας, των αυστραλιανών DRGs (AR-DRGs). Στη συνέχεια μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε η λίστα με την ονοματολογία των AR-DRGs και ακολούθησε η δημιουργία λίστας Ελληνικών Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, τα GR-DRGs.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΕΡΙ ΤΑ DRGS

4.1 Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στη Γαλλία

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία μοιάζει με ένα πολύμορφο σύμπλεγμα, το οποίο ορίζεται από δύο αντίθετους κυρίαρχους ιδεολογικούς προσανατολισμούς. Αρχικά έχει να κάνει με την ισότητα όλων των πολιτών ως προς την υγεία (egalitarianism), σχετικά με το γαλλικό σύνταγμα και ο δεύτερος το φιλελευθερισμό του συστήματος (liberalism), αφού αποδέχεται τη συνύπαρξη και συνεργασία σε υψηλό βαθμό του ιδιωτικού τομέα υγείας. Η Πολιτεία, με στόχο να καταφέρει αυτό το δύσκολο συμβιβασμό, διασφάλισε τη χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες υγείας με την υλοποίηση του ασφαλιστικού συστήματος και την κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού. Η υλοποίηση αυτού του συστήματος στη Γαλλία το 1945, στόχευε η Κοινωνική Ασφάλιση όχι μόνο να βοηθήσει τον κόσμο από διάφορους κινδύνους υγείας αλλά και να βοηθήσει στην ανακατανομή του εισοδήματος στα πλαίσια των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης (Τούντας, 2002).

Στη Γαλλία πραγματοποιήθηκαν διάφορες μεταρρυθμίσεις, με κυριότερη αυτή που εφάρμοσε τον σφαιρικό προϋπολογισμό το 1983. Η μεταρρύθμιση αυτή άλλαξε τους μηχανισμούς χρηματοδότησης των νοσοκομείων στη Γαλλία με διακοπή του ημερήσιου νοσηλίου και βάζοντας στη θέση του, σφαιρική χρηματοδότηση. Χωρίς αμφιβολία η μεταρρύθμιση του 1983 ήταν πολιτική επιλογή, με την ιδιαιτερότητα ότι περιείχε μακροοικονομικές και μικροοικονομικές, μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες οικονομικές, θεσμικές, οργανωτικές και διαχειριστικές επιλογές, όπου δεν υπήρχαν από τις προηγούμενες. Πιο συγκεκριμένα -σχετικά με τη φιλοσοφία και το πνεύμα του γαλλικού νόμου- η μεταρρύθμιση του 1983, είχε ως στόχο την πραγματοποίηση θετικών αποτελεσμάτων σε εθνικό και σε νοσοκομειακό επίπεδο. Σημαντική είναι και η δήλωση του R. Rodwin, συμβούλου σε θέματα υγείας στη Γαλλία και πανεπιστημιακού δασκάλου (Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια και του Παρισιού IX- Dauphine), ο οποίος με μια φράση ερμήνευσε την εικόνα του γαλλικού υγειονομικού συστήματος που στόχευε στο σφαιρικό προϋπολογισμό: «*Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα πρωτότυπο σύστημα υγείας δυτικοευρωπαϊκού τύπου, του*

οποίου τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η καθολική, συνολική χρηματοδότηση διαμέσου του μηχανισμού κοινωνικής ασφάλισης και η αρμονική συνύπαρξη του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την παροχή ιατρικής φροντίδας» (Χούκλη, 2008).

Το 2003, από την γαλλική συντηρητική κυβέρνηση λειτούργησε το «Σχέδιο Νοσοκομείο 2007». Με αρχή το σχέδιο αυτό η χρηματοδότηση των νοσοκομείων διαφοροποιήθηκε και κατά διαστήματα προχώρησε από τον σφαιρικό προϋπολογισμό προς την πληρωμή κατά δραστηριότητα (η αποκαλούμενη T2A).

Το 2004, το 10% των νοσοκομείων χρηματοδοτούνταν κατά δραστηριότητα και το 2008 το 100%. Ταυτόχρονα λειτούργησε ένα σύστημα με σκοπό να συλλέγονται πληροφορίες (PMSI), για να ελέγχονται όλα τα νοσοκομεία και να χρηματοδοτούνται ανάλογα. Αυτή η διαδικασία ξεκίνησε από τις Η.Π.Α (χρηματοδότηση κατά DRG's) και είχε σαν σκοπό τη βελτίωση όχι της αποτελεσματικότητας, αλλά της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Η αλήθεια είναι ότι τους καθοδήγησε προς τις κερδοφόρες δραστηριότητες, υλοποιώντας έναν ανταγωνισμό ανάμεσα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και ανάμεσα στα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ο συγκεκριμένος μηχανισμός της διαδικασίας χρηματοδότησης των νοσοκομείων, φανερώνει την ανάγκη για ρύθμιση του συστήματος από τους μηχανισμούς της αγοράς. Σε ένα θεσμό όπου ο προϋπολογισμός δεν είναι a priori περιοριστικός, αυτός ο τύπος ρύθμισης δεν έχει την δυνατότητα να πάει σε αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας. Ακόμα, ως συνέπεια του συνεχούς μεγαλύτερου κύματος συγχωνεύσεων και εξαγορών, που παρουσιάζεται στη γαλλική περίπτωση, πρόσφατα, δημιουργήθηκε ένας αριθμός νέων δικτύων παροχής υπηρεσιών. Ονομάζονται Ολοκληρωμένα Συστήματα Παροχής Υπηρεσιών, υλοποιούνται από δίκτυα προμηθευτών και πελατών, όπου ενώνουν τη χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας και την παροχή αυτής κάτω από μια ομπρέλα (Imai et al.,2000; Stuart & Weinrich, 2004).

4.2 Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Η εφαρμογή των DRGs στις ΗΠΑ αποφασίστηκε το 1983, έχοντας ως βασικό σκοπό την παρακολούθηση των νοσοκομειακών δαπανών, που αφορούσαν στους ασφαλισμένους του προγράμματος “Medicare”, που λειτουργούσε από το 1965 και αφορούσε στους ηλικιωμένους και τους ανάπηρους. Η εφαρμογή του θεσμού κατέδειξε τον περιορισμό του κόστους νοσηλείας –χωρίς μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας-, τη μείωση της ζήτησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, τη μείωση των ημερών νοσηλείας και τη μείωση του αριθμού των εισαγωγών. Πιο αναλυτικά, ο αριθμός των εισαγωγών των ασφαλισμένων του “Medicare” μειώθηκε κατά 7,2% το έτος 1985, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών μειώθηκε κατά 7,7% κατά το ίδιο έτος ενώ στα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας σημειώθηκε μία διαφορά στη σύνθεση του νοσολογικού φάσματος των ασθενών, με επικράτηση των εισαγωγών, που αφορούσαν σε σοβαρότερα περιστατικά. Επίσης, αυξήθηκε η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κατά 31% το 1986 και αυξήθηκαν οι εναλλακτικές μορφές μετανοσοκομειακής περίθαλψης (Docteur et al., 2003).

Αρνητικά στοιχεία παρουσιάστηκαν στην αρχική περίοδο της εφαρμογής των DRGs (1983-1988), όπου η αλλαγή των τιμών των διαγνωστικών κατηγοριών έως και 14%, η αποτυχία της κυβέρνησης να πληρώσει το αληθινό κόστος νοσηλείας, όταν ο αριθμός του νοσοκομειακού κόστους μεγάλωσε κατά 16% το 1984 και η αποφυγή νοσηλείας των ασθενών του “Medicare” από τα νοσοκομεία, όταν το 40% των χρημάτων τους ήταν από πληρωμές του προγράμματος. (Shortell, et al., 1996).

Υλοποιήθηκε έτσι ένα «εύθραυστο» νοσοκομειακό σύστημα με σκοπό να κλείσουν, περισσότερα περιφερειακά νοσοκομεία, το προσωπικό να μειωθεί, τα κρεβάτια να μειωθούν κατά 45.000 στην πρώτη πενταετία λειτουργίας του συγκεκριμένου τρόπου αποζημίωσης (1983 - 1988). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να πραγματοποιηθεί η υλοποίηση ενός κοινού συστήματος κοστολόγησης των πληρωμών για κάθε διαγνωστική κατηγορία σε όλα τα νοσοκομεία των ΗΠΑ, με προϋπόθεση την αναπροσαρμογή των τυποποιημένων τιμών ανά τετραετία. Κατά την τρέχουσα περίοδο υπάρχουν καθορισμένες τιμές στις διαγνωστικές κατηγορίες σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο ανάλογα με την μορφή και τον τύπο του

νοσοκομείου. Άρα, σε όλες τις τιμές των κατηγοριών μετρούνται και οι έμμεσες δαπάνες εκπαίδευσης και άλλες διαφοροποιήσεις των τιμών, που αφορούν στην τοποθεσία, που εδρεύει το νοσοκομείο και γενικότερα σε ιδιαιτερότητες του κάθε νοσοκομείου.

Η επιτυχημένη πρόβλεψη, η επάρκεια και η ισοτιμία, είναι τρία κύρια στοιχεία, που έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν καθιονδήποτε τρόπο οποιοδήποτε σύστημα χρηματοδότησης. Με αυτό το σκεπτικό άρχισε η υλοποίηση από ένα μόνιμο σύστημα κοστολόγησης των δαπανών και ως εκ τούτου και των πληρωμών (single standardized DRG rate), για όλες τις κατηγορίες ασθενειών σε όλα τα νοσοκομεία των ΗΠΑ, με την εγγύηση της αναπροσαρμογής των τυποποιημένων τιμών ανά τετραετία.

Λόγω της μεγάλης δυσκολίας που υπάρχει για την κατάταξη των ασθενών σχετικά με την νόσο του καθενός, η American Hospital Association αποφάσισε, η προοπτική χρηματοδότηση, σε περιπτώσεις σοβαρών, μακροχρόνιων και δαπανηρών νοσημάτων, να πραγματοποιείται όχι από την κατάταξη των ασθενών σε κάποια ομοιογενή διαγνωστική κατηγορία αλλά από την κατάταξή τους σε κάποιο στάδιο εξέλιξης της νόσου (stage classification) (Bates, et al., 1997).

Είναι γνωστό ότι σε μερικά νοσήματα, όπως πχ το AIDS, ο διαχωρισμός των ατόμων σχετικά με τα στάδια εξέλιξης της νόσου βοηθά καταρχάς στην πραγματοποίηση των αλλαγών των ασθενών σχετικά με την σοβαρότητα της νόσου (severity of illness), με κατάληξη να πραγματοποιείται καλύτερη πρόβλεψη και προσέγγιση στο κόστος της ασθένειας και κατά συνέπεια ορθολογικότερη κατανομή των πόρων (Belle, 1990).

Από τα προαναφερθέντα διαπιστώνεται ότι η εφαρμογή των DRGs σε όλα τα παραπάνω συστήματα υγείας ως διαδικασία αποζημίωσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει θετικά αποτελέσματα με την έννοια του ότι συνεισφέρουν στη διαχείριση του νοσοκομείου, διότι ενώνουν την ιατρική διάγνωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας με καθορισμένα πρότυπα εκμετάλλευσης των πόρων. Το γεγονός αυτό καθιστά το ιατρικό σώμα περισσότερο υπεύθυνο στην καθημερινή λειτουργία και τη διαχείριση του νοσοκομείου, διότι έχει τη δυνατότητα να κάνει σωστή χρήση των πόρων (Χούκλη, 2008).

4.3 Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα

Η οικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων είναι πολλές φορές στο επίκεντρο του σχολιασμού λόγω του τρόπου αποζημίωσής τους. Σε αρκετές περιπτώσεις έχει αναφερθεί από πολιτικούς, διαχειριστές και ειδικούς περί τα Οικονομικά της Υγείας ότι στην Ελλάδα υπάρχει η ανάγκη για την τοποθέτηση μια νέας διαδικασίας αποζημίωσης των νοσοκομείων, που να στοχεύει στη σωστή εκμετάλλευση των πόρων και με αυτόν τον τρόπο να βοηθά στη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου. Το συγκεκριμένο εγχείρημα οδηγεί στην εύρεση και τον προσδιορισμό του παραχθέντος έργου του νοσοκομείου, όπως αυτό σχετίζεται με τις πρακτικές πληρωμής τους (Νιάκας, 1999).

Βασικοί χρηματοδότες των δαπανών των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, όπου χωρίζονται σε έξοδα κατανάλωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών και σε έξοδα επενδύσεων σε νοσοκομειακή υποδομή, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και η ιδιωτική χρηματοδότηση (απευθείας πληρωμές των χρηστών, ιδιωτική ασφάλιση, δωρεές). Η κρατική επιχορήγηση έχει να κάνει με το μεγαλύτερο κομμάτι των εσόδων των νοσοκομείων και εξασφαλίζει τουλάχιστον τα έξοδα μισθοδοσίας και επενδύσεων. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων παίρνουν τις χρηματοδοτήσεις τους από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, αλλά και ένα μέρος από τη γενική φορολογία.

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) χρηματοδοτούνταν για τις υγειονομικές υπηρεσίες, που προσέφεραν, βάσει των ημερών νοσηλείας των ασθενών. Η χρηματοδότηση είχε τη μορφή του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου, δηλαδή του ποσού, που δινόταν για κάθε ημέρα νοσηλείας και το οποίο καθοριζόταν -κυρίως σε ό,τι είχε να κάνει με τη σταδιακή αύξησή του- μετά από συνεννόηση μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων, των ασφαλιστικών ταμείων και της κεντρικής κυβέρνησης (Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών). Κατά καιρούς υπήρχαν νομοθετικές ρυθμίσεις, σύμφωνα με τις οποίες το νοσήλιο άλλαζε

σύμφωνα με την ιατρική ειδικότητα και την ξενοδοχειακή θέση νοσηλείας (ευλύγιστο νοσήλιο). Οι σχετικές αποζημιώσεις καθορίζονταν από την κεντρική κυβέρνηση.

Από το 1991 οι αποζημιώσεις προσδιορίζονταν με συγκεκριμένη τιμή - πακέτο για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις (by pass). Κατά το 1997 υλοποιήθηκαν για τον δημόσιο τομέα συγκεκριμένες αποζημιώσεις ανά περίπτωση, όπως για μεταμοσχεύσεις οργάνων, καρδιολογικές επεμβατικές θεραπείες (βηματοδότης, αγγειοπλαστική), για λαπαροσκοπική μέθοδο αφαίρεσης της χολής και τοποθέτηση ορθοπεδικών υλικών. Οι τιμές αυτών των αποζημιώσεων φαίνεται να είχαν ως στόχο την παρακολούθηση του κόστους παραγωγής όμως δεν άλλαζαν καθόλου, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα η συγκεκριμένη διαδικασία αποζημίωσης να μην είναι λειτουργική (Χούκλη, 2008). Το επίπεδο του νοσηλίου δεν ανταποκρινόταν στο πραγματικό ύψος του λειτουργικού κόστους, ενώ αναμορφωνόταν σπάνια (κάθε 8-10 χρόνια). Το ποσοστό ημερήσιου νοσηλίου στο συνολικό ημερήσιο πραγματικό κόστος ανά ασθενή, κατέβηκε από το 49% το έτος 1980, στο 7,5% το έτος 1989, για να ανέβει λίγο τα επόμενα χρόνια, στο 27% το έτος 1993 (Adamakidou & Kalokerinou-Anagnostopoulou, 2009).

Οι προϋπολογισμοί σε πολλά δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιούνταν αναδρομικά με αρχή την προηγούμενη χρήση, τα αποτελέσματα αναγκών που υπήρχαν και τις εκτιμήσεις για μεγέθυνση της ερχόμενης χρήσης. Βασίζονταν στον προηγούμενο προϋπολογισμό, αναπροσαρμοσμένο για τυχόν αυξήσεις στη ζήτηση και τον πληθωρισμό. Αναγκαστικά, η χρηματοδότηση βασιζόταν κυρίως σε ανοικτούς προϋπολογισμούς, τους οποίους τελικά τα νοσοκομεία δεν εφάρμοζαν, επιτυγχάνοντας να παίρνουν επιπλέον επιχορηγήσεις ή απλώς να συσσωρεύουν ελλείμματα. Όλα αυτά δείχνουν ότι η αποζημίωση των νοσοκομειακών μονάδων, που στόχευαν στο ημερήσιο νοσήλιο ήταν συνδεδεμένη με το κόστος, που ήδη είχε πραγματοποιηθεί.

Ο προαναφερόμενος τρόπος αποζημίωσης είναι εύλογο ότι παράγει κίνητρα για τεράστιες δαπάνες, άσχημη διαχείριση των κονδυλίων και βοηθά στη μεγέθυνση του όγκου των παροχών, αυξάνοντας τις νοσοκομειακές εκροές, δηλαδή το χρόνο νοσηλείας και το χρόνο παραμονής. Επίσης, δεν υπάρχουν κίνητρα αποδοτικότητας στο προσωπικό, δεν προωθεί την παραγωγικότητα και συνυπάρχει με την παραοικονομία. Σημειώνονται κύριες απώλειες στη

φαρμακευτική κατανάλωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις μεγάλου κόστους. Επιπλέον η ανεπάρκεια διαδικασιών κλινικής αξιολόγησης και οικονομικής αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, έχουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα του παρεχόμενου έργου.

Ακόμα, σε μερικές μόνο από τις διαπιστώσεις του σώματος των επιθεωρητών (Boutsioli, 2007) βρέθηκαν βασικές παραλείψεις στην είσπραξη χρημάτων στα εξωτερικά ιατρεία, απουσία στοιχείων για πάγια περιουσιακά στοιχεία, απώλεια τιμολογίων ασθενών και κακή χρήση κονδυλίων. Πρόβλημα εμφανίζεται και στον τομέα διαχείρισης υλικού στα νοσοκομεία, υπάρχει ολοκληρωτική απουσία μηχανοργάνωσης και επαρκών χώρων αποθήκευσης, κακή λειτουργία των επιτροπών παραλαβής υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, κενά στην απογραφή υλικών, έλλειψη πρωτοκόλλων αχρήστευσης και καταστροφής υλικού κλπ. Προβλήματα παρουσιάστηκαν και στη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, με κυριότερα από αυτά, την ανεπάρκεια προσωπικού, την αργή εξυπηρέτηση των ατόμων, την ανικανότητα παρατήρησης του αριθμού των ασθενών, που συνολικά εξετάζονται, τη μη τήρηση καταλόγου εισαγωγής τακτικών περιστατικών και καρτελών νοσηλείας ασθενών, την εξέταση αρρώστων από ειδικευόμενους γιατρούς δίχως την παρουσία ειδικών, τη συμμετοχή σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία γιατρών, που παράλληλα εφημέρευαν κλπ (Αντωνοπούλου, 2008).

Αν σκεφτούμε ότι μια μεταβλητή στη διαδικασία της αποκατάστασης της υγείας είναι ο χρόνος, τα χρήματα που παίρνει το νοσοκομείο έχουν να κάνουν με τον αριθμό των ασθενών και τη διάρκεια θεραπείας. Άρα, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας (τιμή κλειστού νοσηλίου ανά ημέρα νοσηλείας), καθορίζει τα αντίστοιχα έσοδα του νοσοκομείου.

Όποτε, σύμφωνα με τα προηγούμενα, υπάρχουν οι εξής διαφοροποιήσεις (Θεοδώρου, 2001):

- α) Η αλλαγή του κόστους του νοσηλίου ανάμεσα σε παθολογικό και χειρουργικό τομέα.
- β) Η προσαύξηση- προσαρμογή του νοσηλίου σε περιπτώσεις που χρειάζονται ακριβά υλικά και φάρμακα.
- γ) Η αλλαγή νοσηλίου με συνολική αποζημίωση για ορισμένες περιπτώσεις- ασθένειες (πακέτο νοσηλείας), άσχετα από τις ημέρες νοσηλείας και το κόστος των υλικών, που χρειάζονται για τη θεραπεία του ασθενή.

Οι προηγούμενες τρεις διαφοροποιήσεις του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου μας παρουσιάζουν ότι στο νοσοκομείο, συμπεριλαμβάνοντας την προσπάθεια για το τελικό αποτέλεσμα (παραγωγή - προαγωγή της υγείας του ασθενή), βρίσκεται και ισχύει στη βάση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης, μια καινοτόμα διαδικασία. Η διαδικασία έχει αναλυθεί και στοχεύει στη διάγνωση-ασθένεια και στη λειτουργία των μέσων για την καταπολέμησή της. Για όλες τις παθήσεις, χρειάζεται ένας διαφορετικός χρόνος και ένας ειδικός συνδυασμός παραγωγικών συντελεστών (προσωπικό, διαγνωστικές εξετάσεις, υλικά και φάρμακα). Οπότε, στο νοσοκομείο αλλά και στο νοσοκομειακό σύστημα, δημιουργούνται καινούριοι και καλύτεροι συνδυασμοί υπηρεσιών, νέα προϊόντα, όπου χρειάζεται να αναλυθούν, ομαδοποιηθούν και τελικά να κοστολογηθούν, σχετικά με ένα ενδεικτικό εθνικό πρότυπο κοστολόγησης (Νιάκας, 1999).

Αφού η διαδικασία αναδρομικής χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων του ΕΣΥ δεν έχει επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, οι διαδικασίες προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, οι οποίες είναι πολύ δημοφιλείς παγκοσμίως, δείχνουν να βοηθούν την σωστή ανάλυση των εξόδων, βελτιώνοντας την αποδοτικότητα, δίχως να επιβαρύνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία συνδέεται και επηρεάζεται από τον τρόπο αποζημίωσής τους, το υψηλό έλλειμμα των ελληνικών νοσοκομείων, όπου το 2008 ήταν στα 5,2, δις ευρώ και ανεβαίνει καθημερινά. Το έλλειμμα ισούται σε καθυστερούμενες οφειλές προς τους προμηθευτές, και δημιουργείται διότι δεν επαρκούν αυτοί που πληρώνουν, οι οποίοι κατά εξακολούθηση την τελευταία διετία διακόπτουν την προμήθεια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με αναλώσιμα, γάζες, ιατρικά υλικά και φάρμακα (Φούρα, 2009). Επιπροσθέτως, σημαντικός αριθμός του χρέους είναι από οφειλές των κλάδων Υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, η έλλειψη συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και η έλλειψη κάθε ουσιαστικού ελέγχου στον τομέα αυτό, η οποία οδηγεί στην κατασπατάληση πόρων για φάρμακα και για διαγνωστικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα τη διεύρυνση των ελλειμμάτων, ενώ το μεγάλο χρέος επιτείνει τα λειτουργικά προβλήματα των νοσοκομείων, που οφείλονται στις μεγάλες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού (εκτιμάται ότι λείπουν 5.000 νοσηλευτές) στο δημοσιοϋπαλληλικό ωράριο λειτουργίας, τον ξεπερασμένο τεχνολογικό εξοπλισμό και την απουσία κινήτρων προς τους γιατρούς.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μετρήσει την απόκλιση του προκαθορισμένου -από τη σχετική ισχύουσα νομοθεσία- μέσου κόστους και της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) από το πραγματικό μέσο κόστος και ΜΔΝ για τα ΚΕΝ, που αφορούν σε παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος.

Στόχο της αποτελεί η διερεύνηση παραγόντων (μέγεθος νοσοκομείου, έδρα νοσοκομείου κλπ) που σχετίζονται με το πραγματικό μέσο κόστος και την πραγματική ΜΔΝ για τις συγκεκριμένες παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα

Το υπό μελέτη δείγμα περιλαμβάνει περιπτώσεις με παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, οι οποίες νοσηλεύτηκαν στα Νοσοκομεία της 1ης, 3ης και 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας κατά το διάστημα από 1η Φεβρουαρίου 2012 μέχρι 31η Δεκεμβρίου 2013. Μετά από επεξεργασία στην ανάλυση των δεδομένων συμπεριλήφθηκαν μόνο 22 ΚΕΝ (N=4.675 περιπτώσεις) (από το σύνολο των 113 ΚΕΝ, που αφορούν στις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος). Αυτό συνέβη γιατί τα ΚΕΝ, που είχαν περιπτώσεις λιγότερες των 100, δεν συμπεριελήφθησαν στον υπό μελέτη πληθυσμό, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία της ανάλυσης, καθώς υπήρχαν ΚΕΝ με εξαιρετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων.

Το προκαθορισμένο κόστος και η ΜΔΝ (σε ημέρες) αντλήθηκαν από την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (946/27/03/2012).

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης

Για τη χορήγηση των δεδομένων και της άδειας ανάλυσής τους υπεβλήθη η σχετική αίτηση στις Διοικήσεις της 1ης, 3ης και 6ης ΥΠΕ., οι οποίες και χορήγησαν τις σχετικές άδειες εκπόνησης της μελέτης καθώς και τα σχετικά δεδομένα σε ηλεκτρονική δομή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I, II, III, IV). Δεν υπήρξε οικονομική επιβάρυνση για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε ότι οι ποσοτικές μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ της διάρκειας διάρκειας νοσηλείας και του διάμεσου κόστους ανά ΚΕΝ και την πόλη του νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν ΚΕΝ, που αφορούσαν σε παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος για ασθενείς, που προσήλθαν σε νοσοκομεία των προαναφερομένων ΥΠΕ.. Στην ανάλυση των δεδομένων συμπεριλήφθηκαν τα ΚΕΝ με >100 περιπτώσεις ασθενών, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία της ανάλυσης, καθώς υπήρχαν ΚΕΝ με εξαιρετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων τα οποία δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι περιπτώσεις ασθενών ανά κατηγορία ΚΕΝ. Ξεκινώντας από το ΚΕΝ με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης και κατά φθίνουσα σειρά, η κατάταξη των ΚΕΝ σύμφωνα με τη συχνότητα εμφάνισης ήταν η εξής:

1. Θωρακικό/προκάρδιο άλγος (7,9%).
2. Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (7,1%).
3. Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (7%).
4. Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (6,7%).
5. Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (6,7%).
6. Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5,7%).
7. Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5,7%).
8. Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5%).
9. Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (4,4%).

10. Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (4,2%).
11. Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (4,1%).
12. Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,9%).
13. Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,7%).
14. Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,6%).
15. Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,5%).
16. Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,4%).
17. Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,3%).
18. Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,1%).
19. Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3%).
20. Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,9%).
21. Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,8%).
22. Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,5%).

Πίνακας 1. Οι περιπτώσεις ασθενών ανά κατηγορία ΚΕΝ.

ΚΕΝ	Περιπτώσεις ασθενών (%)
Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	198 (4,2)
Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	118 (2,5)
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	143 (3,1)
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	169 (3,6)
Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	190 (4,1)
Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	311 (6,7)
Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	134 (2,9)
Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	139 (3,0)
Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	132 (2,8)
Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	157 (3,4)
Διαταραχές του κυκλοφορικού με ΟΕΜ (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	174 (3,7)
Διαταραχές του κυκλοφορικού με ΟΕΜ (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	204 (4,4)
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	265 (5,7)
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές)	327 (7,0)

συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	
Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	163 (3,5)
Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	311 (6,7)
Θωρακικό/προκάρδιο άλγος	370 (7,9)
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	156 (3,3)
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	236 (5,0)
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	265 (5,7)
Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	331 (7,1)
Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	182 (3,9)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται η μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ημέρες, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

Ξεκινώντας από το ΚΕΝ με τη μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας και κατά φθίνουσα σειρά, η κατάταξη των ΚΕΝ σύμφωνα με τη μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν η εξής:

- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (12,6 ημέρες).
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (12 ημέρες).
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (8,9 ημέρες).
- Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (8,7 ημέρες).
- Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (7,8 ημέρες).
- Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (7,4 ημέρες).
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5,9 ημέρες).
- Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5,8 ημέρες).
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5,3 ημέρες).
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (5 ημέρες).
- Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (4,7 ημέρες).
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (4,2 ημέρες).

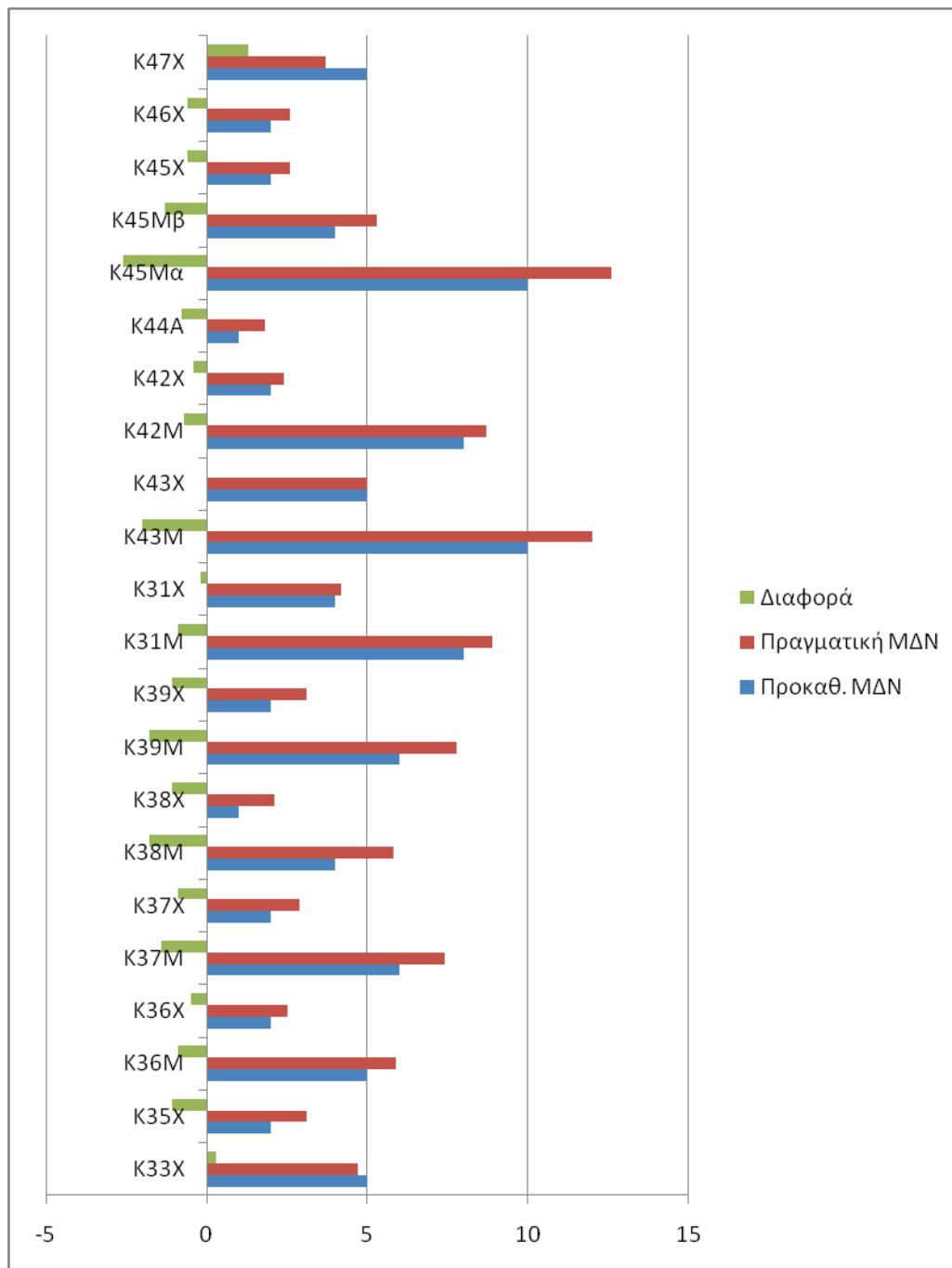
- Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,7 ημέρες).
- Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,1 ημέρες).
- Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (3,1 ημέρες).
- Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,9 ημέρες).
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,6 ημέρες).
- Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,6 ημέρες).
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,5 ημέρες).
- Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,4 ημέρες).
- Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2,1 ημέρες).
- Θωρακικό/προκάρδιο άλγος (1,8 ημέρες).

Πίνακας 2. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ημέρες, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

ΚΕΝ	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4,7	2,8	4,3	0	15
Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3,1	2,5	2	0	14,5
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5,9	3,5	5	1	24
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,5	1,4	2	1	11
Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7,4	6,2	6,6	1	81
Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,9	2,7	2,5	1	39
Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5,8	4,3	5	1	40
Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,1	3,1	1,1	1	31
Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7,8	4,6	7	1	31
Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3,1	1,8	2,5	0	10

Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8,9	3,9	8	1	28
Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4,2	6,9	3,4	1	95,8
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12,0	5,3	11,5	0	38
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5,0	2,9	4,6	1	46,2
Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	8,7	5,5	7	1	32,3
Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,4	1,2	2,2	1	12
Θωρακικό/προκάρδιο άλγος	1,8	1,1	1,5	1	12
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	12,6	6,8	11,4	1	50,5
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5,3	3,1	4,5	1	31
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,6	1,4	2,3	1	9
Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2,6	2,2	2,1	0	33

Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3,7	1,3	3,8	1	8,4
--	-----	-----	-----	---	-----



Εικόνα 7. Σύγκριση προκαθορισμένης ΜΔΝ και πραγματικής ΜΔΝ καθώς και η διαφορά αυτών

Όπως διαπιστώνουμε από την Εικόνα 7 η πραγματική ΜΔΝ είναι μεγαλύτερη σε όλα τα σχετικά ΚΕΝ έναντι της προκαθορισμένης από το νόμο ΜΔΝ. Εξαιρέση αποτελούν τα ΚΕΝ με κωδικούς K47X (Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές), K33X (Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες

παθήσεις-επιπλοκές) ενώ στο KEN με κωδικό K43X (Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές) δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ της πραγματικής και προκαθορισμένης ΜΔΝ.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται το μέσο κόστος νοσηλείας ανά KEN σε ευρώ, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

Ξεκινώντας από το KEN με το μεγαλύτερο μέσο κόστος νοσηλείας και κατά φθίνουσα σειρά, η κατάταξη των KEN σύμφωνα με το μέσο κόστος νοσηλείας ήταν η εξής:

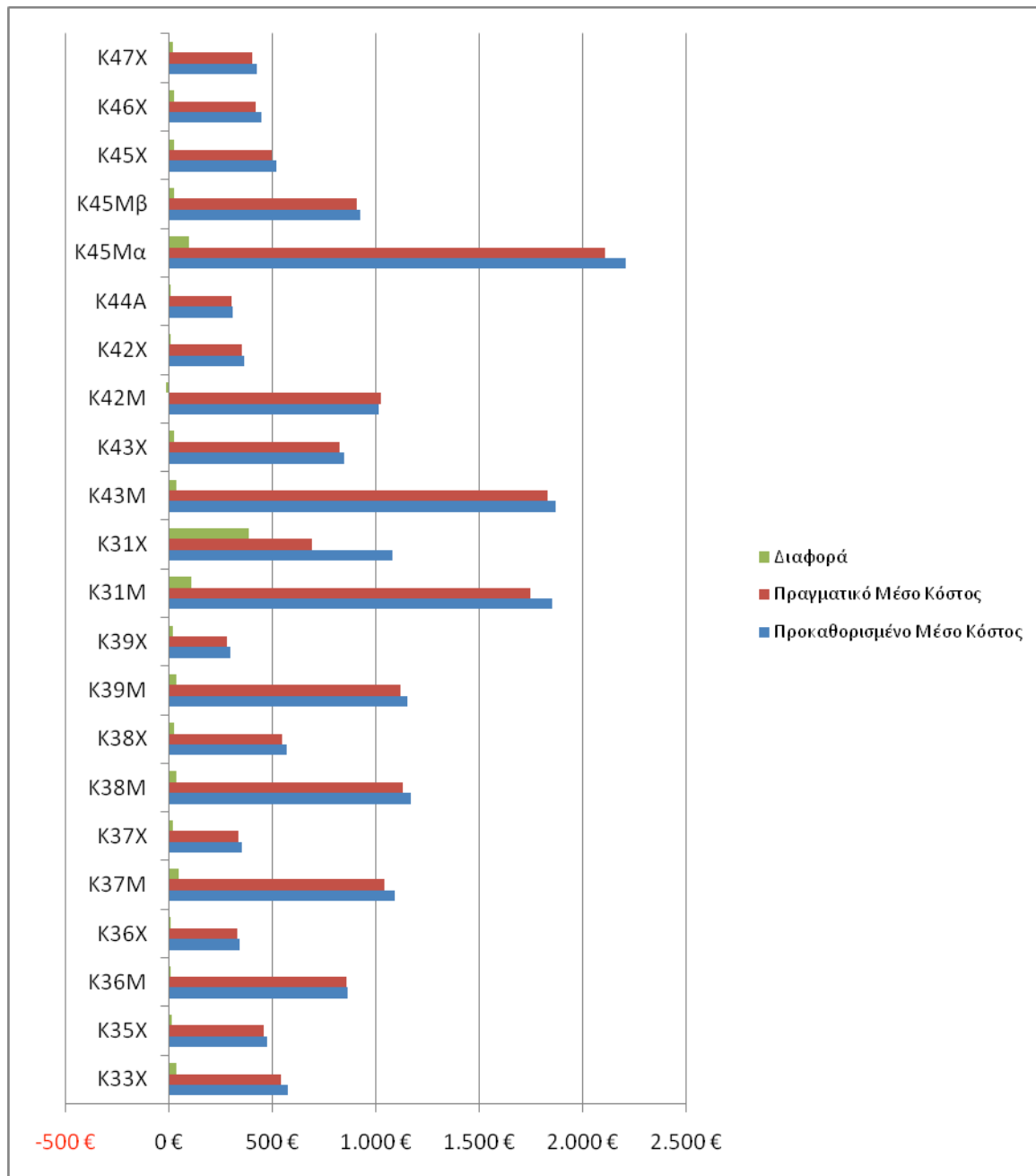
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (2108€).
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1831€).
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1747€).
- Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1130€).
- Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1120€).
- Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1040€).
- Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (1024€).
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (905€).
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (855€).
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (824€).

- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (691€).
- Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (548€).
- Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (542€).
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (499€).
- Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (458€).
- Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (419€).
- Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (404€).
- Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (351€).
- Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (337€).
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (330€)
- Θωρακικό/προκάρδιο άλγος (300€).
- Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές (279€).

Πίνακας 3. Το πραγματικό μέσο κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ευρώ, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

ΚΕΝ	Μέσο κόστος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	542	124	577	0	1064
Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	458	100	474	0	938
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	855	298	865	0	3465
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	330	71	340	0	749
Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1040	300	1089	0	2723
Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	337	95	355	0	1089
Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1130	184	1167	0	1634
Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	548	74	570	0	570
Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1120	296	1153	0	2753
Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	279	70	297	0	722

Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1747	579	1818	0	6418
Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	691	205	722	0	1698
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1831	409	1868	0	4670
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	824	218	849	9	3608
Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1024	340	1012	0	4612
Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	351	78	361	0	812
Θωρακικό/προκάρδιο άλγος	300	60	310	8,4	620
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2108	790	2207	0	8828
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	905	578	927	0	9227
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	499	146	521	0	1988
Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	419	93	444	0	737
Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	404	115	424	0	1212



Εικόνα 8. Σύγκριση προκαθορισμένου μέσου κόστους και πραγματικού μέσου κόστους καθώς και η διαφορά αυτών

Όπως διαπιστώνουμε από την Εικόνα 8 το πραγματικό μέσο κόστος ανά ΚΕΝ είναι μικρότερο σε όλα τα σχετικά ΚΕΝ έναντι του προκαθορισμένου από το νόμο κόστους.

Εξαίρεση αποτελεί το ΚΕΝ με κωδικό Κ42Μ (Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές).

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο πραγματικό μέσο κόστος σε ευρώ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο ανά ΚΕΝ.

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο πραγματικό μέσο κόστος σε ευρώ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο σε κάθε κατηγορία ΚΕΝ. Σημειώνεται ότι σε όλα τα ΚΕΝ το πραγματικό μέσο κόστος ήταν ίδιο για τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη.

Το εύρος του κόστους ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης σε σχέση με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη στα εξής ΚΕΝ:

- Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

- Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Το εύρος του κόστους ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα εξής ΚΕΝ:

- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Θωρακικό/προκάρδιο άλγος
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Πίνακας 4. Σύσχετίσεις ανάμεσα στο πραγματικό μέσο κόστος σε ευρώ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο ανά ΚΕΝ.

ΚΕΝ	Διάμεσο κόστος σε ευρώ (εύρος)		Τιμή p ^α
	Νοσοκομείο εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης	Νοσοκομείο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη	
Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	577 (1064)	577 (493)	0,1
Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	474 (938)	474 (323)	0,4
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	865 (3465)	865 (1100)	0,23
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	340 (548)	340 (668)	0,7
Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1089 (1556)	1089 (2628)	0,9
Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	355 (1089)	355 (751)	0,1
Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1167 (1634)	1167 (794)	0,2
Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	570 (570)	570 (380)	0,1
Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1153 (2753)	1153 (1064)	0,1
Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	297 (722)	297 (258)	0,1
Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1818 (6418)	1818 (3081)	0,9

Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	722 (1698)	722 (620)	0,1
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1868 (2886)	1868 (4549)	0,1
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	849 (1163)	849 (3503)	0,6
Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1012 (4612)	1012 (898)	0,1
Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	361 (755)	361 (742)	0,1
Θωρακικό/προκάρδιο άλγος	310 (418)	310 (551)	0,9
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2207 (4518)	2207 (8731)	0,6
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	927 (1320)	927 (9103)	0,6
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	521 (1988)	521 (907)	0,7
Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	444 (737)	444 (499)	0,2
Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	424 (1211)	424 (477)	0,9

^a έλεγχος Mann-Whitney

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στην πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο ανά ΚΕΝ.

Η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα εξής ΚΕΝ:

- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Θωρακικό/προκάρδιο άλγος
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης σε σχέση με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη στα εξής KEN:

- Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Το εύρος της διάρκειας νοσηλείας ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης σε σχέση με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη στα εξής KEN:

- Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Το εύρος της διάρκειας νοσηλείας ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα εξής ΚΕΝ:

- Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Θωρακικό/προκάρδιο άλγος

- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάμεσα στην πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο ανά ΚΕΝ.

ΚΕΝ	Μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες (εύρος)		Τιμή p ^a
	Νοσοκομείο εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης	Νοσοκομείο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη	
Φλεβική θρόμβωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	5 (12,5)	4 (14)	0,02
Περιφερική αγγειακή νόσος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3 (14,5)	2 (12)	0,01
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4,6 (13)	5,5 (22)	0,001
Αθηρωμάτωση στεφανιαίων αρτηριών χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (4)	3 (10)	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6 (21)	7,2 (80)	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (9)	3 (38)	<0,001
Συγγενής καρδιοπάθεια με συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4,7 (20,3)	5 (37,7)	0,1
Συγγενής καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	1,4 (4,8)	1 (30)	0,2
Βαλβιδοπάθειες με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	6 (28)	7 (30)	0,001
Βαλβιδοπάθειες χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (10)	3,5 (9)	0,001
Διαταραχές του κυκλοφορικού με ΟΕΜ (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7,4 (21)	10 (24)	<0,001

Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3 (7,3)	4 (95)	0,1
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10,6 (26)	12,3 (36)	0,02
Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4,3 (10,3)	5 (44,7)	<0,001
Συγκοπή και collapsus με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7 (31,3)	7,3 (24)	0,8
Συγκοπή και collapsus χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (6)	2,5 (11)	<0,001
Θωρακικό/προκάρδιο άλγος	1,5 (3)	1,8 (11)	0,001
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	10 (38)	13 (47,5)	0,001
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	4 (19)	5 (30)	0,02
Άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (6)	2,6 (8)	0,001
Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2 (33)	2,5 (12,3)	0,001
Ασταθής στηθάγχη χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	3,6 (7,4)	4 (6)	0,1

^a έλεγχος Mann-Whitney

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση

Την κυρίαρχη θέση έναντι των φορέων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την καταλαμβάνουν τα νοσοκομεία. Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή αυτής της εργασίας, στόχος της μελέτης είναι να αναδείξει τυχόν διαφορές μεταξύ του ισχύοντος νομικού πλαισίου περί την εφαρμογή των ΚΕΝ και της εφαρμογής τους στην καθημέρα πράξη. Στο γενικό μέρος της εργασίας διαπιστώθηκε, με τη χρήση της βιβλιογραφικής έρευνας, ότι τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης (και κυρίως τα DRG' s) τα οποία βασίζονται στην ταξινόμηση των ασθενών με κριτήρια την ομοιογένεια ως προς τις κλινικές και οικονομικές παραμέτρους, συμβάλλουν στον έλεγχο των προϋπολογισμών υγείας και ως εκ τούτου θεωρούνται η βάση των τμηματικών και κλινικών προϋπολογισμών και των σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των πόρων. Κατά συνέπεια δίνουν πνοή στον εσωτερικό προγραμματισμό των τμημάτων και μονάδων υγείας. Επιπροσθέτως, βοηθούν στην επέκταση, τη συρρίκνωση ή το σχεδιασμό νέων νοσηλευτικών τμημάτων. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στις επικρατούσες μεθόδους της κλινικής πρακτικής με κριτήρια την αναβάθμιση της ποιότητας και την ελαχιστοποίηση του κόστους.

Παράλληλα, θα είχε αμφισβητηθεί η αποτελεσματικότητα των μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης στις ανταγωνιστικές υγειονομικές αγορές, χωρίς την ύπαρξη συνδυασμού τους με τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες. Εκ τούτου, η αποδοχή των διαγνωστικών κατηγοριών ως εργαλείου διαχείρισης, που ουσιαστικά μετρά τη σύνθεση των περιπτώσεων του νοσοκομείου, επιφέρει επιρροές στα εξής: στην ασφάλιση, στην ορθολογική διαχείριση των πόρων, στην κατανομή των πόρων αυτών σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα.

Συγκριτικά με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, εμφανίζεται μεγάλο ενδιαφέρον για την υιοθέτηση των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών. Ο κύριος λόγος είναι ότι αποτελούν ένα σχετικά αντικειμενικό δείκτη αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος. Έτσι, οι προμηθευτές υποκινούνται υπό το φως των κινήτρων (προοπτική χρηματοδότηση), αρκεί να συμμετάσχουν στα οφέλη/πλεονάσματα. Παρέχεται η καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων, ελέγχεται το κόστος, συγκρατούνται οι δαπάνες και άλλα ανάλογα. Όλα τα παραπάνω

έχουν μεγάλη βαρύτητα ειδικά στη σύγχρονη εποχή όπου η οικονομία των χωρών μαστίζεται από την πολιτική, κοινωνική και οικονομική κρίση.

Επιπροσθέτως αναφέρεται ότι υπάρχουν σχετικές μελέτες που αναζητούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, μελέτη (Siskou et al., 2011) αξιολογεί τον βαθμό, στον οποίο η καθορισμένη εκ των προτέρων μέση διάρκεια παραμονής αλλά και το κόστος ανά επιλεγμένο DRG, συμμορφώνονται με την πραγματική χρήση των πόρων και διερευνά τους παράγοντες (πχ μέγεθος, τον τύπο και τη θέση του νοσοκομείου), οι οποίοι συσχετίστηκαν με το τελικό κόστος. Τα γενικότερα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, ήταν σχετικά αρνητικά με την έννοια ότι αποδείχθηκε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των προκαθορισμένων από το σχετικό νομικό πλαίσιο και της εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ στην πραγματικότητα.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ του προκαθορισμένου μέσου κόστους και της προκαθορισμένης ΜΔΝ από τη σχετική νομοθεσία και του αντίστοιχου πραγματικού μέσου κόστους και της πραγματικής ΜΔΝ κατά την εφαρμογή του θεσμού των ΚΕΝ. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται σε πληθώρα παραγόντων, οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ορισμένοι εκ των οποίων μπορεί να είναι οι εξής:

- Λάθος κωδικοποίηση των ΚΕΝ στην πράξη (πιθανώς κατά την εισαγωγή των δεδομένων στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων να μην δίδεται η δέουσα προσοχή από τους κλινικούς στην καταχώριση του σωστού ΚΕΝ).
- Πραγματική αναντιστοιχία του προκαθορισμένου μέσου κόστους και του πραγματικού μέσου κόστους (γεγονός που σημαίνει την ανάγκη άμεσης αναθεώρησης των ΚΕΝ).

- Πραγματική αναντιστοιχία της προκαθορισμένης μέσης διάρκειας νοσηλείας και της πραγματικής μέσης διάρκειας νοσηλείας (γεγονός που σημαίνει την ανάγκη άμεσης αναθεώρησης των ΚΕΝ).

Για τα 16 από τα 22 υπό μελέτη ΚΕΝ βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της πραγματικής ΜΔΝ για τα νοσοκομεία, που βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ενώ για τα 2 από τα 22 υπό μελέτη ΚΕΝ βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της πραγματικής ΜΔΝ για τα νοσοκομεία, που βρίσκονται εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Για την διερεύνηση των λόγων που συμβαίνει αυτό, απαιτείται μεγαλύτερος όγκος δεδομένων. Πιθανές εξηγήσεις μπορεί να είναι η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση των περιπτώσεων, που νοσηλεύονται στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, λόγω αυξημένου όγκου εργασιών ή η διακομιδή των περιπτώσεων αυτών σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης από τα νοσοκομεία της επαρχίας. Στη δεύτερη περίπτωση τίθεται θέμα μη ορθολογικού τρόπου εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ αφού -με επιφύλαξη- καταλήγουμε ότι τα νοσοκομεία, που βρίσκονται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αμείβονται με τα ίδια ποσά, που αμείβονται και τα νοσοκομεία που βρίσκονται εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η κατάσταση των ασθενών κατά την έξοδό τους (για το σπίτι ή άλλο νοσοκομείο).

Το εύρος του πραγματικού μέσου κόστους ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία, που βρίσκονται εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης σε 15 ΚΕΝ σε σχέση με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη, ενώ για τα υπόλοιπα 7 ΚΕΝ το εύρος του πραγματικού μέσου κόστους ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία, που βρίσκονται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Με τη χρήση των ΚΕΝ, η διοίκηση του νοσοκομείου μπορεί να δέχεται ασθενείς με μικρότερο κόστος (μη σοβαρά πάσχοντες), στις διαγνωστικές κατηγορίες και να παραλείπει την εισαγωγή ασθενών με μεγάλο κόστος. Αυτό θα ήταν ζημιογόνο για την γενική υγεία της χώρας. Αντίθετα, η περίπτωση του σωστού ελέγχου της πάθησης και της σωστής εφαρμογής της διάρκειας νοσηλείας θα πετύχαινε το σκοπό της σωστής χρηματοδότησης των νοσοκομείων και την καλύτερη αξιοποίηση του προϋπολογισμού.

Η όλη μελέτη καταδεικνύει την ανάγκη περισσότερο αναλυτικής διερεύνησης του τρόπου εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία, ώστε οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι να κατανέμονται με ορθολογικό τρόπο, κατευθύνοντάς στους παρόχους υπηρεσιών υγείας που είναι σε θέση να παρέχουν έργο βασιζόμενο στις επιστημονικές ενδείξεις.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εισαγωγή των KEN-DRGs ήταν ένα χρήσιμο πρώτο βήμα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ στη χώρα μας. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω αναθεωρήσεις για τον εξορθολογισμό του συστήματος αυτού και την ουσιαστική ένταξή του στην ελληνική πραγματικότητα. Η δημιουργία (N 4286/2014 ΦΕΚ 194 / 19-09-2014) του φορέα που είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος επιστροφής για τα νοσοκομεία (ΕΣΑΝ) μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην επίτευξη του στόχου αυτού, αρκεί να λειτουργήσει άμεσα γιατί η πλήρης εφαρμογή τους ως σύστημα αποζημίωσης του συνόλου των φορέων του τομέα υγείας απαιτεί πολύ μεγάλο χρόνο και προσπάθεια, όπως έχει αποδειχθεί από την εμπειρία των χωρών της αλλοδαπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Adamakidou, T., & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2009). Methods of Funding of Hospital-based and Primary Health Care in Greece. *Nosileftiki*, 48(1).

Bates, D. W., Spell, N., Cullen, D. J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L. A., ... & Leape, L. L. (1997). The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *Jama*, 277(4), 307-311.

Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American psychologist*, 45(3), 385.

Boutsioli, Z. (2007). Concentration in the Greek private hospital sector: a descriptive analysis. *Health policy*, 82(2), 212-225.

Dalton M. J., (1998), *Αποζημίωση Νοσοκομειακής Νοσηλείας στο: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, τόμος Β'.

Docteur, E., Suppanz, H., & Woo, J. (2003). The US health system: an assessment and prospective directions for reform.

Dranove, D. and Lindrooth, R. (2003), "Hospital consolidation and costs: another look at the evidence" in *Journal of Health Economics Volume 22*, Issue 6.

Imai, Y., Jacobzone, S., & Lenain, P. (2000). The changing health system in France.

Getzen, T.E., (1997), "Βασικές αρχές και ρεύματα του κεφαλαίου στα Οικονομικά της Υγείας", - Center of Health Care.

IHPA (2012), Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 6.x, Definitions manual addendum, INDEPENDENT HOSPITAL PRICING AUTHORITY.

Kanabos, P., (2002), Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe, Scrip Report.

Mossialos, E. & Mrazek, M., (2002), Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

National Center for Health Statistics (US). Division of Vital Statistics, United States. National Vital Statistics Division, United States. National Office of Vital Statistics, & United States. Bureau of the Census. Vital Statistics Division. (1981). *Vital statistics of the United States*. United States Bureau of the Census.

OECD (2002), "Health Care Financial Review. Annual Supplement", Health Care Financing Administration.

Reinhard, B., Alexander, G. & Wilm, Q. (2011), Diagnosis-Related Groups in Europe, Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Rekleiti, M., Tananaki, M., & Kyloudis, P. (2012). Health expenditure in the greek healthcare system: an international comparison. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 1(1 January-April 2012), 3-14.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). Remaking health care in America. *Hospitals & health networks/AHA*, 70(6), 43-4.

Souliotis, K., Lionis C., (2005), "Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective", *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

Stuart, M., & Weinrich, M. (2004). Integrated health system for chronic disease management: lessons learned from France. *CHEST Journal*, 125(2), 695-703.

Vogt RL., (2006), "Laboratory reporting and disease surveillance". *J Public Health Management Practice*, 2(4).

Wolper, L., (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.

Siskou O., Galanis P., Kaitelidou D., Kalogeropoulou M., Kouli E., Thireos E., Vafeiadis J., Theodorou M., Prezerakos P., Lemonidou C., Liaropoulos L., (2011), *Evaluation of selected KEN-DRGs in Greek Public Hospitals: The degree to which they reflect the actual expenditure and Alos*, National and Kapodistian Univeristy of Athens, Athens Greece.

Ελληνική

Αλετράς, Β. & Ματσαγγάνης, Μ., (2002), "Έρευνα για τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα", στο *Archives of Hellenic Medicine Ιανουάριος-Φεβρουάριος*, Volume 22, No1.

Αντωνοπούλου, Λ., (2008), "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", *Κοινωνική Συνοχή*, 3: 2.

Αντωνοπούλου, Λ., (2002), *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*, Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Βαράκης, Χ. (2011), *Ανάλυση για χρηματοδότηση Δημόσιων Νοσοκομείων με τα KEN-DRGs*, Μελέτη ΕΔΟΕΑΠ, Αθήνα.

Γείτονας, Μ. & Υφαντόπουλος, Ι. (1995), "Η Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: 1922- 1992", *Ιατρική*, Τομ. 67, Τευχ.2.

Γιανασμίδης, Α. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980– 2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου.

Δουμουλάκης, Γ., Πολύζος, Ν. & Χρυσοχοϊδης, Γ. (2000), *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011), *Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα*, Αθήνα.

Ιακωβίδου, Ε., Μανιού, Μ., Πάλλη, Ε., Κωστόπουλος, Ε., & Ζάραγκας, Σ. (2015). Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., (2001), *Συστήματα υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Καλογεροπούλου, Μ., (2007), *Υπηρεσίες Υγείας: Χρηματοδότηση-Αγορά*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Λ., & Μπένος, Α. Λέξεις-κλειδιά: Βρετανικό σύστημα υγείας, Πρωτοβουλίες ιδιωτικής χρηματοδότησης, Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 25 (4), 496-508, 2008-Ειδικό άρθρο.

Κοντοζαμάνης, Β. & Κουσουλάκου, Χ., (2004), *Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου*, στο βιβλίο *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Κουσουλάκου, Χ., (2006), *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε.

- Κυριόπουλος, Γ. & Γείτονα, Μ. (1999), "Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες", στο *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. & Λιονής, Χ. (2005), *Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Κυριοπούλου, Γ. & Σουλιώτη, Κ. (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Μανιαδάκης, Ν., και συν., (2011), "Επιτροπή ΥΥΚΑ για την Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ", Αθήνα.
- Ματσαγγάνης, Μ. (2006), "Οικονομία και Πολιτικές Υγείας στις χώρες της Ε.Ε", Έκδοση της ΑΣΟΕΕ, Αθήνα.
- Μερκούρης, Α. (2008), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Μπουρσανίδης, Χ. (1996), "Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας", στα Πρακτικά Ημερίδας *Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας*, Θεσσαλονίκη.
- Μπούτσιου, Σ., & Σαράφης, Π. (2013). Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση.
- Νεονάκης, Ι., Λιλίντας, Α., Μπαριτάκη, Μ. & Σεβαστάκη, Ε. (2007), "Μέθοδος αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Σκέψεις ως προς τη μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων".
- Νιάκας, Δ. (1999), "Αποτελεσματικότητα Νοσοκομείων και Χρηματοδότηση", Επιθεώρηση Εργασίας Ιανουάριος-Φεβρουάριος.
- Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε. & Πατελάρου, Ε. (2012), "Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία", Προτάσεις για παρέμβαση, *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση*, 4, Τεύχος 3.

Πρεζεράκος, Π., (2000), "Μέτρηση της τεχνικής Χ αποδοτικότητας του νοσηλευτικού έργου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ", Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ριζάκη, Ο. (2013), *Θεωρητική προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης*, Αθήνα.

Σκοπελίτης, Ε. (2010), "Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες", s.l.: Τελική Εργασία ΕΣΔΔ.

Τούντας, Γ. (2001), "Η Ευρωπαϊκή πολιτική Υγείας", στο: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Volume 18*, No 1.

Τούντας, Γ. (2002), *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Φούρα, Γ., (2009), "Η μαύρη τρύπα των νοσοκομείων στην Ελλάδα", *εφημερίδα Καθημερινή της Κυριακής* 4/10/09.

Χούκλη, Μ. (2008), "DRG's : Το Σύγχρονο Χρηματοδοτικό Εργαλείο των Νοσοκομείων", *Επιθεώρηση Υγείας*.

Ιστοσελίδες

1. <http://www.aihw.gov.au/hospitals-data/ar-drg-data-cubes/>
2. <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-yeia/kwdikopoihseis/709-kleista-enopoihmena-noshlia-1>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα I: Υπόδειγμα αίτησης χορήγησης δεδομένων

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Σπάρτη, 14 Ιουλίου 2014

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Προς: Βασίλειο Κοντοζαμάνη

Διοικητή 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας

Θέμα: Αίτηση χορήγησης στοιχείων για διεξαγωγή μελέτης

Αξιότιμε Διοικητά,

Ο κος Μανούσος Καμπανέλλης, φοιτητής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα: «**«Αξιολόγηση της εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ στα Ειδικά Νοσοκομεία της 1ης ΥΠΕ.»**».

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον συνυπογράφοντα, μέλος ΔΕΠ (Επίκουρο Καθηγητή) του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί βάσει δεδομένων που αφορούν στα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια στα οποία κατετάγησαν ασθενείς με συγκεκριμένες διαγνώσεις και οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στα Ειδικά Νοσοκομεία ευθύνης σας. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του μεταπτυχιακού φοιτητή είναι: 6944412206 - 2106639106 και η ηλεκτρονική του διεύθυνση: manos.kampanellis@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

Παναγιώτης Πρεζεράκος
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Μανούσος Καμπανέλλης
Μεταπτυχιακός Φοιτητής

Παράρτημα II: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 1η ΔΥΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & ΔΣ
Ταχ. Δ/ση : Ζαχαρώφ 3, Αθήνα Τ. Κ.: 11521
Πληροφορίες : Ε. Σταματίου
e-mail : estamatiou@1ypatt.gr
Τηλ. : 213-2010416
Fax : 213-2010435

31-7-14
Αθήνα

Αριθ. Πρωτ.: 24136

ΠΡΟΣ :

Τον κ. Μανούσο Καμπανέλλη

ΘΕΜΑ : Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή στοιχείων για διεξαγωγή μελέτης
Σχετ.: Η υπ'αρ. πρωτ. 23940/30-7-14 αίτηση του κ. Καμπανέλλη Μανούσου

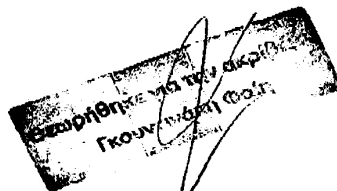
Σε απάντηση της παραπάνω αίτησης, σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από την 1^η ΥΠΕ Αττικής, στο πλαίσιο της αναδρομικής μελέτης που διεξάγετε ως μεταπτυχιακός φοιτητής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θέμα: «Αξιολόγηση της εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ στα Ειδικά Νοσοκομεία της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής», με την προϋπόθεση ότι θα τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας που διέπουν την ερευνητική διαδικασία.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

Τμ. Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Δ.Σ. ✓



Παράρτημα ΙΙΙ: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 3η ΔΥΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληρ.: Παπαδοπούλου Αναστασία
Τηλ: 2313 320567

Θεσσαλονίκη, 25.08.2014
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/20082

Προς: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Κοινοποίηση:
κ. Πρεζεράκος Παναγιώτης

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας του κ. Τσιώλη Ιωάννη
ΣΧΕΤ: Το από 05-08-2014 έγγραφο του επίκουρου καθηγητή του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής
Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Πρεζεράκου και του
μεταπτυχιακού φοιτητή κ. Τσιώλη προς την υπηρεσία μας

Η Υπηρεσία μας παρέλαβε το από 05-08-2014 έγγραφο, με θέμα «Αίτηση χορήγησης στοιχείων για τη διεξαγωγή μελέτης» και το συνημμένο σε αυτό ερευνητικό πρωτόκολλο. Με το ανωτέρω έγγραφο ζητήθηκε έγκριση για την πραγματοποίηση έρευνας του μεταπτυχιακού φοιτητή κ. Τσιώλη Ιωάννη, με θέμα «Αξιολόγηση της εφαρμογής του θεσμού των ΚΕΝ στα Γενικά Νοσοκομεία της 3^{ης} ΥΠΕ», υπό την επίβλεψη του επίκουρου καθηγητή κ. Πρεζεράκου Παναγιώτη.

Δεδομένα της έρευνας επισημάνθηκε ότι θα αποτελέσουν τα υποβληθέντα ΚΕΝ στην 3^η ΥΠΕ της περιόδου Φεβρουαρίου 2012 έως και 2013 από τα Γενικά Νοσοκομεία ευθύνης της, στην πλέον αναλυτική διαθέσιμη μορφή τους.

Σας ενημερώνουμε ότι η Υπηρεσία μας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας του κ. Τσιώλη και παρακαλούμε να ενημερωθεί ο ανωτέρω μεταπτυχιακός φοιτητής, ώστε να έρθει σε επικοινωνία με την αρμόδια Διεύθυνση της υπηρεσίας μας (Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης, Προϊσταμένη κα Μουμολή Μαρία, τηλ. 2313 320513), προκειμένου να αποσπάσει τα στοιχεία που επιθυμεί.

Εσωτερική διανομή:

1. Γραφείο Διοικήτη
2. Γραφείο Υποδιοικήτων
3. Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης

Ο Διοικήτης
Ανδριόπουλος Δημόσθενης

Παράρτημα IV: Άδεια χορήγησης δεδομένων από την 6η ΔΥΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ 05/09/2014

Αριθμ. Πρωτ. 19655

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 6^{ης} ΥΠΕ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

- Σχέτ:** 1) Οι από 03.09.2014 επιστολές του κ. Π. Πρεζεράκου – Επίκουρου Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
2) Η αριθμ.ΑΓ2/ΓΠ οικ.118062/13.12.2012 (ΦΕΚ 3494/31.12.2012 τ.Β) Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων Υποδιοικήτων της 6ης ΥΠΕ

Σε απάντηση των παραπάνω αναφερόμενων επιστολών, εγκρίνουμε τη συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων, στα πλαίσια των διπλωματικών εργασιών που πραγματοποιούν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ.κ. *Ιωάννης Τσιώλης* και *Μανούσος Καμπανέλης* με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΘΕΩΡΗΣΤΕ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
α/α Ο Υποδιοικητής

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο
Επίκουρο Καθηγητή
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου