



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 αναπνευστικού συστήματος»

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΩΛΗΣ

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 αναπνευστικού συστήματος»

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΩΛΗΣ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιούλιος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΤΣΙΩΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, 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

Μαρία Τσιρώνη

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 γραμμές που μου έδινε. Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου κάνει την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το υπουργείο Υγείας της Ελλάδας, θεσπίζοντας τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN – DRGs) για κάθε κατηγορία παθήσεων παρουσίασε ένα νέο τρόπο αποζημίωσης, που στηρίζεται σε έναν κωδικό που αφορά στην κάθε κατηγορία πάθησης ασθενούς (η οποία χαρακτηρίζεται και από άλλα στοιχεία εκτός της βασικής διάγνωσης), στην οποία θα αντιστοιχεί ένα συγκεκριμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ανταπόκρισης των νοσοκομείων στα οριζόμενα από το ΦΕΚ 946 τ Β΄ μέσα από τη διερεύνηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας σε ημέρες καθώς και στις συσχετίσεις ανάμεσα στο μέσο κόστος σε ευρώ ανάλογα με τη πόλη, που βρίσκεται το νοσοκομείο (εκτός ή εντός Αθήνας και Θεσσαλονίκης) για τα ΚΕΝ που αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα, που χορηγήθηκαν από τα νοσοκομεία της 1ης, 3ης και 6ης ΥΠΕ. και αφορούν σε 23 ΚΕΝ του αναπνευστικού συστήματος (N=4.355). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 21.0 προκειμένου να εφαρμοστούν περιγραφικές δοκιμασίες και να διερευνηθούν συσχετίσεις.

Αποτελέσματα: Στα 20 ΚΕΝ η πραγματική ΜΔΝ βρέθηκε μεγαλύτερη έναντι της προκαθορισμένης από το νόμο ΜΔΝ, ενώ στα 22 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 16 από τα 23 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 κόστος και την πραγματική ΜΔΝ, γεγονός που καθιστά αναγκαία την πλήρη αναθεώρηση των ΚΕΝ.

Λέξεις κλειδιά: ΚΕΝ, DRGs, Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, Αποζημίωση Νοσοκομείων.

ABSTRACT

Introduction: The Greek Ministry of Health, by adopting Diagnosis-Related Groups (DRGs) for each category of disease presented a new way of pricing, based on a code that relates to each patient's condition (characterized by other elements outside the primary diagnosis) , which corresponds a certain cost for all hospitals.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the response of hospitals to those set out in section 946 FEK B through the investigation of the average duration of hospitalization in days and the correlations between the average cost in euros depending on the city, the hospital's location (outside or inside Athens and Thessaloniki) for DRGs related to respiratory diseases.

Methodology: The used data were provided by hospitals in 1st, 3rd and 6th Health Region and refer to 23 DRGs related to respiratory diseases (N = 4.355). For the statistical analysis the statistical package IBM SPSS 21.0 was used so that descriptive tests would be applied and correlations investigated.

Results: In 20 DRGs the real average duration of hospitalization was longer than the predefined one by the law, while in 22 DRGs the actual average cost was lower against the predetermined one. In 16 out of 23 DRGs the actual duration of hospitalization was found statistically significantly higher in hospitals in Athens / Thessaloniki compared to hospitals outside Athens / Thessaloniki.

Conclusions: The observed in this thesis differences between the actual costs and the duration of hospitalization to the fixed costs and duration can be attributed to numerous factors, which require further investigation and some of which may be the wrong encoding of DRGs in action and the actual mismatch of the default average cost and fixed Duration of Hospitalization to the actual average costs and real duration, which necessitates a complete revision of DRGs.

Key Words: Diagnosi Related Gropups, DRGs, Duration of Hospitalization, Hospital remuneration.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.1 Ορισμός συστήματος υγείας.....	15
1.2 Κράτος πρόνοιας	17
1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας	18
1.4 Οικονομικά Στοιχεία της Υγειονομικής Περίθαλψης - Οικονομικό Περιβάλλον	21
1.5 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων.....	27
1.5.1 Παραδοσιακές μέθοδοι.....	27
1.5.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης- DRGs.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	33
2.1 Εισαγωγή	33
2.2 Αναθεώρηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας Ελληνικών ΚΕΝ	34
2.3 Η περίπτωση της Ελλάδας.....	35
2.4 Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ.....	43
3.1 Εισαγωγή	43
3.2 Μεθοδολογία ανάπτυξης των ΚΕΝ.....	43
3.3 Περιορισμοί της μεθόδου	46
3.4 Επιπτώσεις στην πολιτική υγείας	47

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	48
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	49
Σκοπός της μελέτης	49
Υλικό και Μέθοδος.....	49
Δείγμα	49
Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης.....	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	50
Στατιστική ανάλυση	50
Περιγραφικά αποτελέσματα	51
Συσχετίσεις	65
Συζήτηση και συμπεράσματα	74
Συζήτηση	74
Συμπεράσματα.....	76
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78
Ξενόγλωσση	78
Ελληνική.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	82
Παράρτημα I: Αίτημα χορήγησης στοιχείων (υπόδειγμα)	82
Παράρτημα IV: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την 6η ΥΠΕ.....	86

ΠΙΝΑΚΕΣ-ΣΧΗΜΑΤΑ

Εικόνα 1: Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας	20
Εικόνα 2: Συνολικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	22
Εικόνα 3: Συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ.....	23
Εικόνα 4: Δημόσιες και Ιδιωτικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2007	24
Εικόνα 5: Ποσοστό Ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2007	25
Εικόνα 6: Φαρμακευτικές δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών υγείας	26
Εικόνα 7: Φαρμακευτικές δαπάνες ως % του ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ.....	27
Πίνακας Α: ΚΕΝ παθήσεων αναπνευστικού συστήματος.....	38
Πίνακας 1. Ο αριθμός των περιπτώσεων ανά ΚΕΝ.	53
Πίνακας 2. Η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ημέρες, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.....	56
Πίνακας 3. Μέσο πραγματικό κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ευρώ, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή αυτού.....	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Ελληνικά Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αντιπροσωπεύουν μια μορφή διαδικασίας σύμφωνα, με την οποία τιμολογούνται και διαχειρίζονται τα νοσοκομειακά νοσήλια ασθενών και η οποία στηρίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα DRGs (Diagnosis Related Groups). Η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού υποδείγματος για την οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων οδήγησε στη δημιουργία των DRGs, η οποία βασίστηκε σε δύο μηχανισμούς :

- 1) Τη δημιουργία ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου,
- 2) Τον καθορισμό της τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων.

Στην Ελλάδα η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τα ΚΕΝ λαμβάνει υπόψη κάποιους «οδηγούς κοστολόγησης», οι οποίοι προκύπτουν από το ομαδοποιημένο προϊόν.

Με την εφαρμογή των ΚΕΝ οι διάφοροι αρμόδιοι φορείς, όπως το Υπουργείο Υγείας, δίνουν βάση στον εντοπισμό του ακριβούς προσδιορισμού της εκμετάλλευσης των δαπανηθέντων πόρων, ώστε να δημιουργήσουν νέες διαδικασίες περισσότερο αποτελεσματικές. Πρέπει να τονίσουμε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ προσαρμόζεται όχι μόνο στα χαρακτηριστικά του κάθε εθνικού υγειονομικού συστήματος όπως για παράδειγμα του ελληνικού ΕΣΥ αλλά και στους στόχους που θέτουν τα Υπουργεία Υγείας και οι εκάστοτε φορείς χάραξης πολιτικής.

Στην σημερινή εποχή είναι γνωστό ότι ο μηχανισμός χρηματοδότησης με στόχο το ημερήσιο νοσήλιο είναι πληθωριστικός και κρύβει διάφορα προβλήματα και για το λόγο αυτόν έχει εγκαταλειφθεί η εφαρμογή του σχεδόν από το σύνολο των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Τα σημαντικότερα προβλήματα, που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος τρόπος χρηματοδότησης, είναι:

- δεν επιτρέπει την ενδελεχή παρακολούθηση των δαπανών του νοσοκομείου με αποτέλεσμα τη μόνιμη ανάγκη για εύρεση συμπληρωματικών προϋπολογισμών, και
- τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα.

Οι τιμές των νοσηλίων, που καθορίζονται από τους σχετικούς νόμους, αντιπροσωπεύουν ένα ελάχιστο αριθμό του αληθινού κόστους νοσηλείας μιας και προσαρμόζονται με υπουργικές

αποφάσεις σε αραιά χρονικά διαστήματα, γεγονός που έχει ως κατάληξη την ανά διαστήματα απομάκρυνσή τους από το πολλαπλάσιο πραγματικό κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών και την αναπόφευκτη εμφάνιση ελλειμμάτων. Το μέγεθος της ημερήσιας αποζημίωσης κλιμακώνεται αντίστροφα με τη διάρκεια νοσηλείας μετά την εισαγωγή του ασθενούς, άρα μετά από συγκεκριμένο αριθμό ημερών νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας -και ως εκ τούτου και η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς- μειώνεται. Σκοπός λοιπόν θα πρέπει να είναι η μείωση του διαχειριστικού χρόνου και του κόστους τόσο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών.

Με την παρούσα μελέτη γίνεται μία προσπάθεια να τονιστεί η σημαντικότητα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs στην ελληνική πραγματικότητα και πιο συγκεκριμένα για την περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος. Γίνεται προσπάθεια ανάδειξης των πλεονεκτημάτων καθώς και των αδυναμιών, που παρουσιάζονται μέσα από την εφαρμογή των DRGs στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Παρατίθεται βιβλιογραφική ανασκόπηση της εφαρμογής του θεσμού των DRGs, ώστε να παραχθεί βοήθεια στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ορισμός συστήματος υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1976 η υγεία ορίζεται ως *«η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά η απουσία της νόσου ή της αναπηρίας»*. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την υγειονομική σκοπιά, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κλπ. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα, το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν, αποκαθιστούν ή διατηρούν την υγεία των ανθρώπων. Οι θεμελιώδεις αρχές του δίκαιου της υγείας ιεραρχούνται σε τρεις βασικές αρχές:

- της ανθρώπινης αξιοπρέπειας,
- της ελευθερίας, και
- της ισοτιμίας.

και σε τρεις ειδικότερες αρχές:

- τη συναίνεση του ασθενούς,
- την ενημέρωση για την κατάσταση τα υγείας του και τη θεραπεία, που θα ακολουθηθεί, και
- την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες, των οποίων κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας. Υπάρχουν τρία συστήματα υγείας (Καλογεροπούλου κ. συν., 2007):

1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα, που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire. Οι βασικές αρχές της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας βασίζονται στην ελευθερία

οικονομικής επιλογής. Οι βασικές αρχές του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας, στο οποίο δεν εμπλέκεται το κράτος είναι οι εξής:

- Η ατομική ιδιοκτησία.
- Η οικονομική ιδιοκτησία.

2. Το υπόδειγμα Bismark, που διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος. Το μεικτό σύστημα υγείας θεσπίστηκε από τον Bismark το 1880. Κυριότεροι εκφραστές αυτού του μοντέλου είναι η Γαλλία και η Γερμανία. Τα χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος υγείας είναι:

- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική, με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης.
- Η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για το σύνολο του πληθυσμού, είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη .
- Η χρηματοδότηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο είτε σε ιδιώτες .
- Η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο του ΣΚΑ, είναι θεσμοθετημένη και συνιστάται τόσο στη χρηματοδότηση του ΣΚΑ όσο και στην λειτουργία του ΣΚΑ.

3. Το υπόδειγμα Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρετε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας διέπεται από τις αρχές του πρότυπου του Beveridge, που θεσμοθετήθηκε το 1946. Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού συστήματος υγείας είναι τα εξής:

- Η χρηματοδότηση του έρχεται κυρίως από τη φορολογία .
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική .
- Η δημιουργία υγειονομικής πολιτικής γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

Υπάρχει διαχωρισμός των επίπεδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο.

1.2 Κράτος πρόνοιας

Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται σε εκείνη τη μορφή κράτους, που δρα μέσω της κοινωνικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών (Lautier, 1987).

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί εκείνη τη μορφή κράτους, που συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να αναδιανείμει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Η επίλυση των διαφορών των ομάδων συμφερόντων γίνεται με μια διαδικασία διευθέτησως με το κράτος στο ρόλο του διαιτητή και διαμεσολαβητή.

Σύμφωνα με τον Mishra (1990), το κράτος πρόνοιας συντελεί μαζί με την εναλλαγή πολυσυλλεκτικών κομμάτων (κομμάτων με ρεαλιστικές προτάσεις και όχι έντονες ιδεολογικές διαφοροποιήσεις, που απορροφούν την πολιτική συμμετοχή) στη συνέχιση της φιλελεύθερης δημοκρατίας. Το κράτος πρόνοιας παρεμβαίνει στην οικονομία με σκοπό:

- την ενίσχυση της απασχόλησης,
- την διασφάλιση βασικών κοινωνικών υπηρεσιών(εκπαίδευση , κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική προστασία κ.α.), και
- την κατοχύρωση ενός κοινωνικού δικτύου ασφαλείας μέσω της εγγύησης ενός ελάχιστου βιοτικού επιπέδου.

Η παρέμβαση στην οικονομία ή αλλιώς «διαμόρφωση της μεικτής οικονομίας ή κοινωνικής οικονομίας της αγοράς συνεπάγεται ότι παράλληλα με την αναγνώριση της λειτουργίας της ιδιωτικής οικονομίας και της ελεύθερης δράσης των ιδιωτών αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα μιας μόνιμης πολιτικής παρέμβασης, με σκοπό την αποτροπή κρίσεων στην αναπαραγωγή του κοινωνικού και οικονομικού συστήματος».

Το κράτος πρόνοιας αντιδιαστέλλεται από το πρώιμο φιλελεύθερο κράτος. Η αντικατάσταση των παραδοσιακών θεσμών αλληλεγγύης και φιλανθρωπίας από κρατικά οργανωμένους

θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας συνιστά υπέρβαση του ωφελμιστικού φιλελεύθερου ατομικισμού.

1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό (Λιαρόπουλος, 2007).

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 ισότητας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

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 βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό καθώς 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 αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πιο συγκεκριμένα, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε το 1934 και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας (Θεοδώρου και συν., 2005).

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.

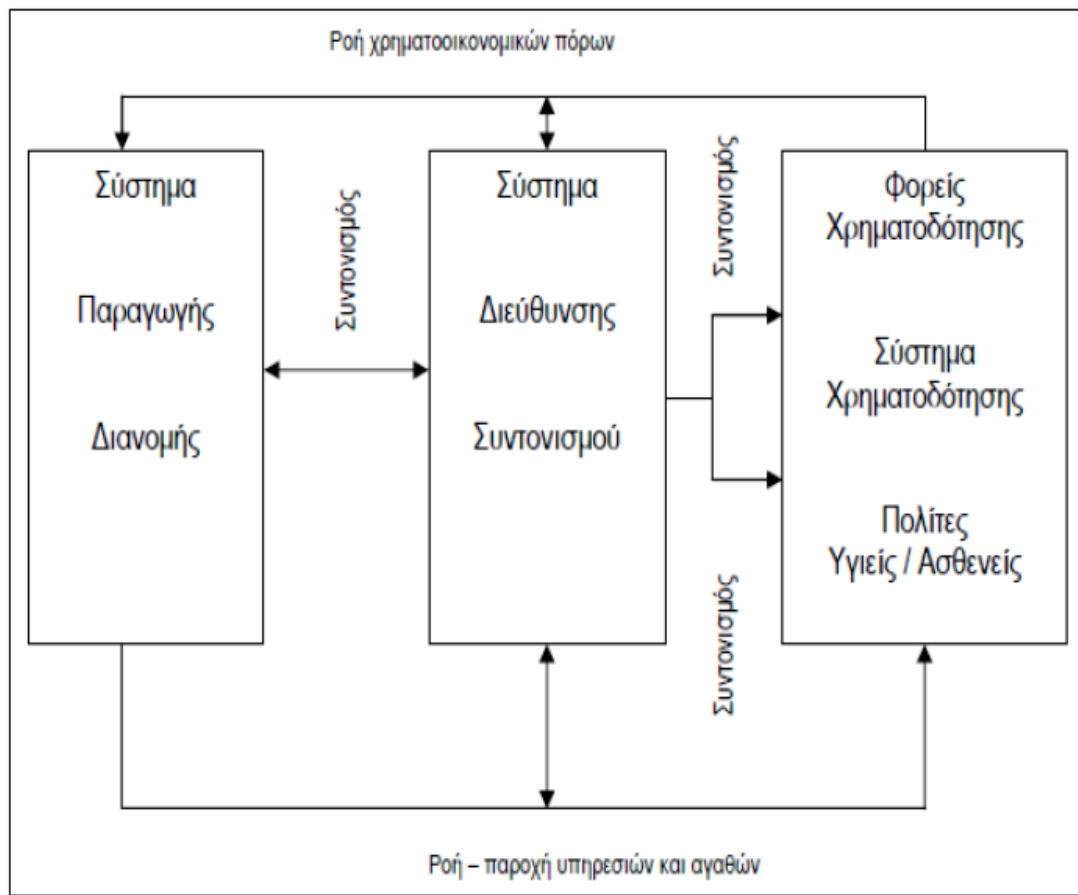
Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

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 τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, 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 και συν., 1992).

Στην παρακάτω Εικόνα (Εικόνα 1) παρουσιάζεται η δομή και η λειτουργία του συστήματος υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας -κατά την ίδρυσή του- αποτελείτο από τρία υποσυστήματα, τα οποία ήταν τα εξής (Θεοδώρου και συν, 2005):

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας



Εικόνα 1: Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας

Πηγή: Μπουρσανίδης, 1992.

Τα βασικά χαρακτηριστικά, που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας, είναι τα εξής (Καλογεροπούλου και συν, 2007):

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

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

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού

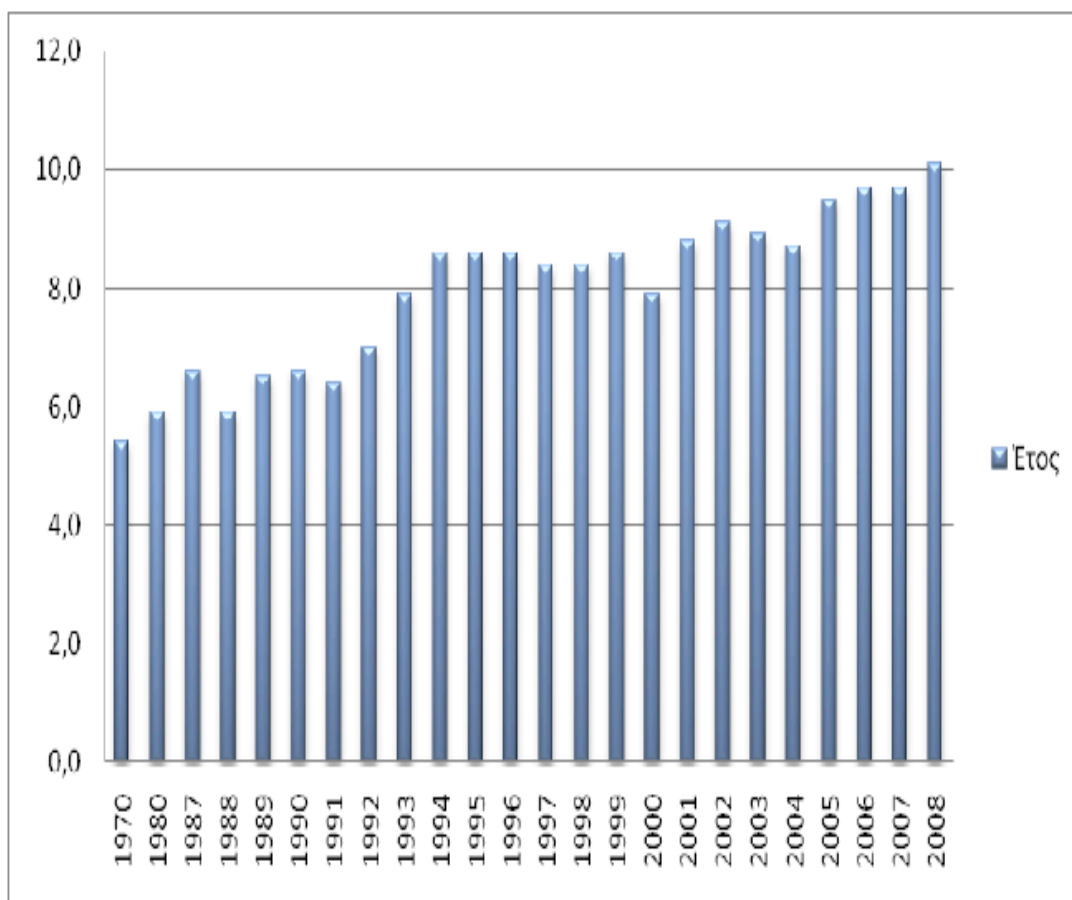
- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

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 σπαταλών 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 (Λιαρόπουλος, 2007).

1.4 Οικονομικά Στοιχεία της Υγειονομικής Περίθαλψης - Οικονομικό Περιβάλλον

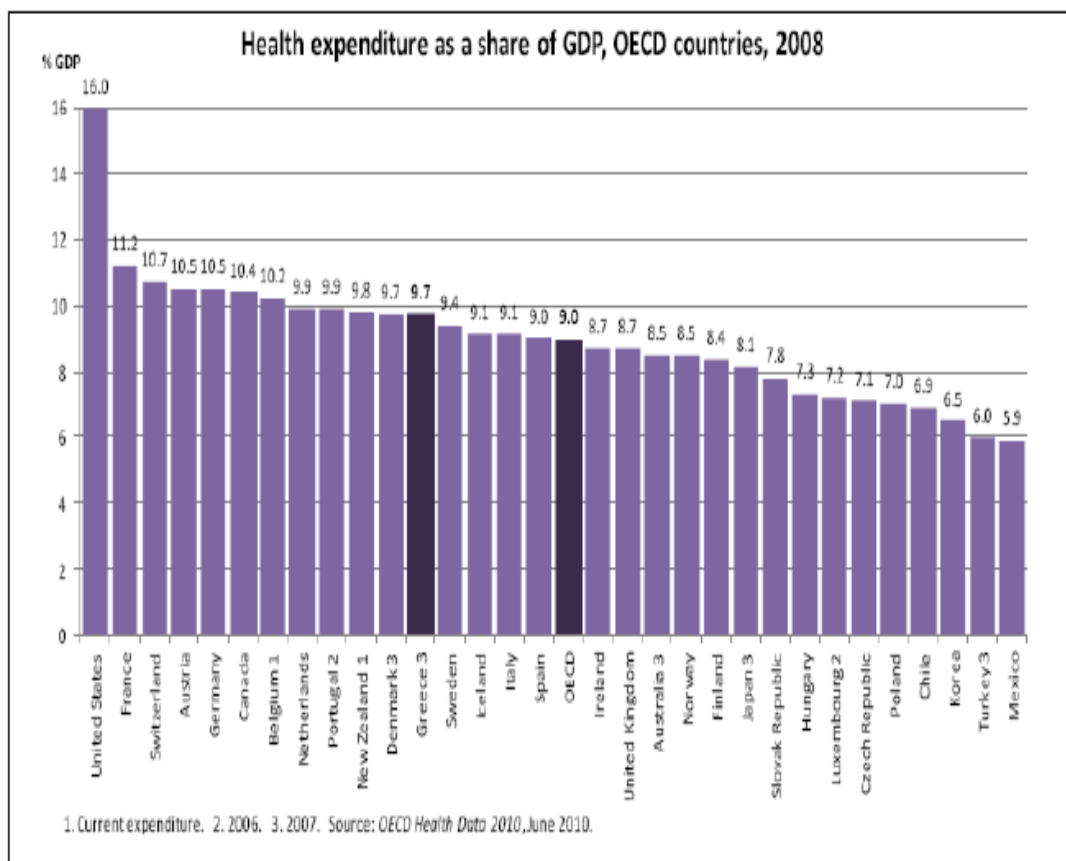
Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας. Η ταυτόχρονη αύξηση του μέσου όρου ζωής και των απαιτήσεων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των χωρών και δημιουργούν την ανάγκη εξοικονόμησης πόρων μέσω μιας ορθολογικής διαχείρισης των δαπανών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας δεν αποτελεί εξαίρεση, παρουσιάζοντας σημαντική αύξηση των δαπανών τα τελευταία 30 χρόνια.

Στην Εικόνα 2 παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια των ετών 1970-2008 οι συνολικές δαπάνες που αφορούν στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το 2007 οι συνολικές δαπάνες ανέρχονταν σε ποσοστό 9.7% του ΑΕΠ, ενώ το 2008 συνεχίζοντας την αυξητική τους τάση έφτασαν το 10.1% του ΑΕΠ.



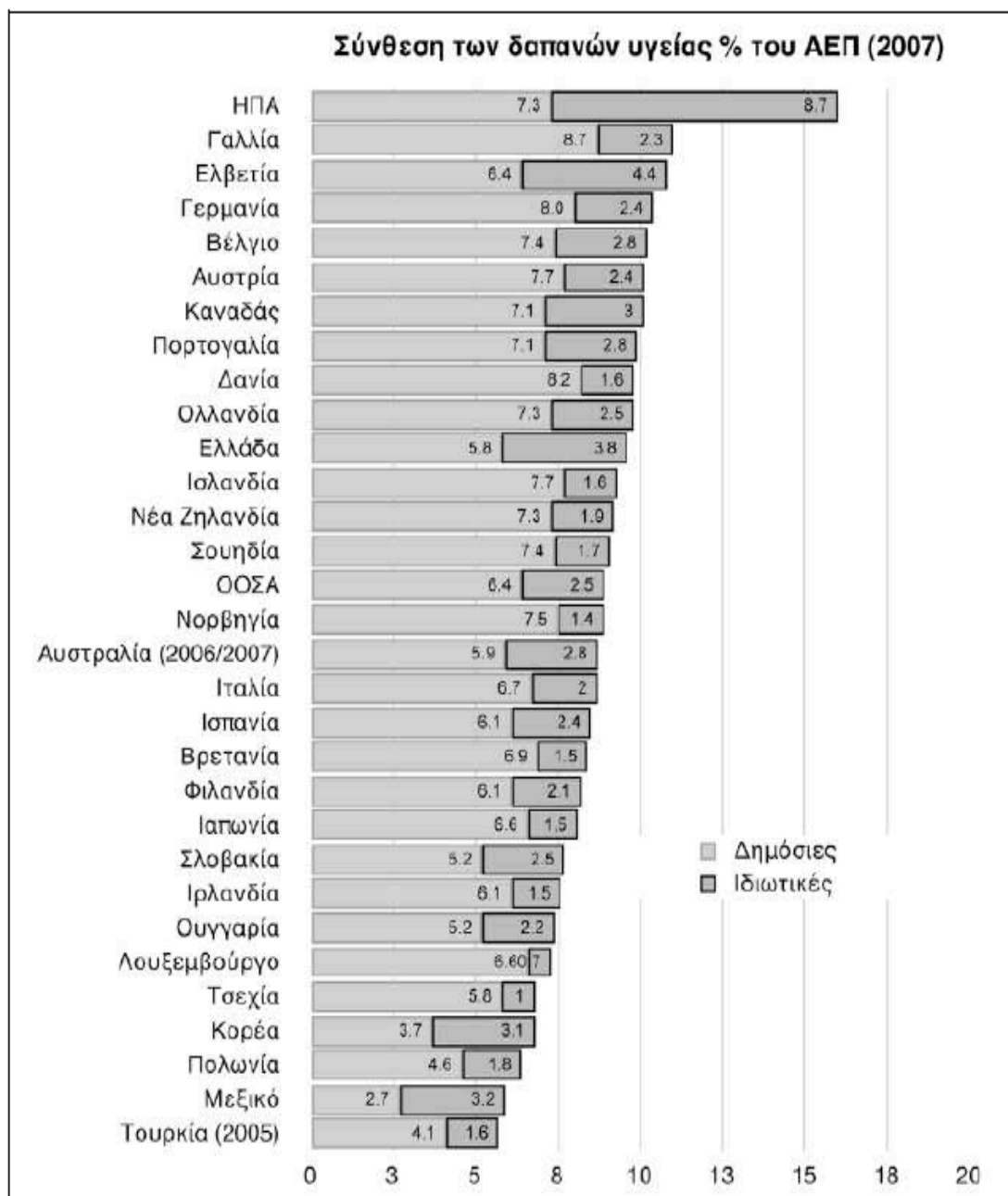
Εικόνα 2: Συνολικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ
 Πηγή: (OECD Health Data 2010)

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ξεπερνούν το μέσο όρο των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 3 η Ελλάδα βρίσκεται στη 12^η θέση με 9.7%, ενώ ο μέσος όρος ανέρχεται σε 9% για το έτος 2007.



Εικόνα 3: Συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ
 Πηγή: (OECD Health Data 2010)

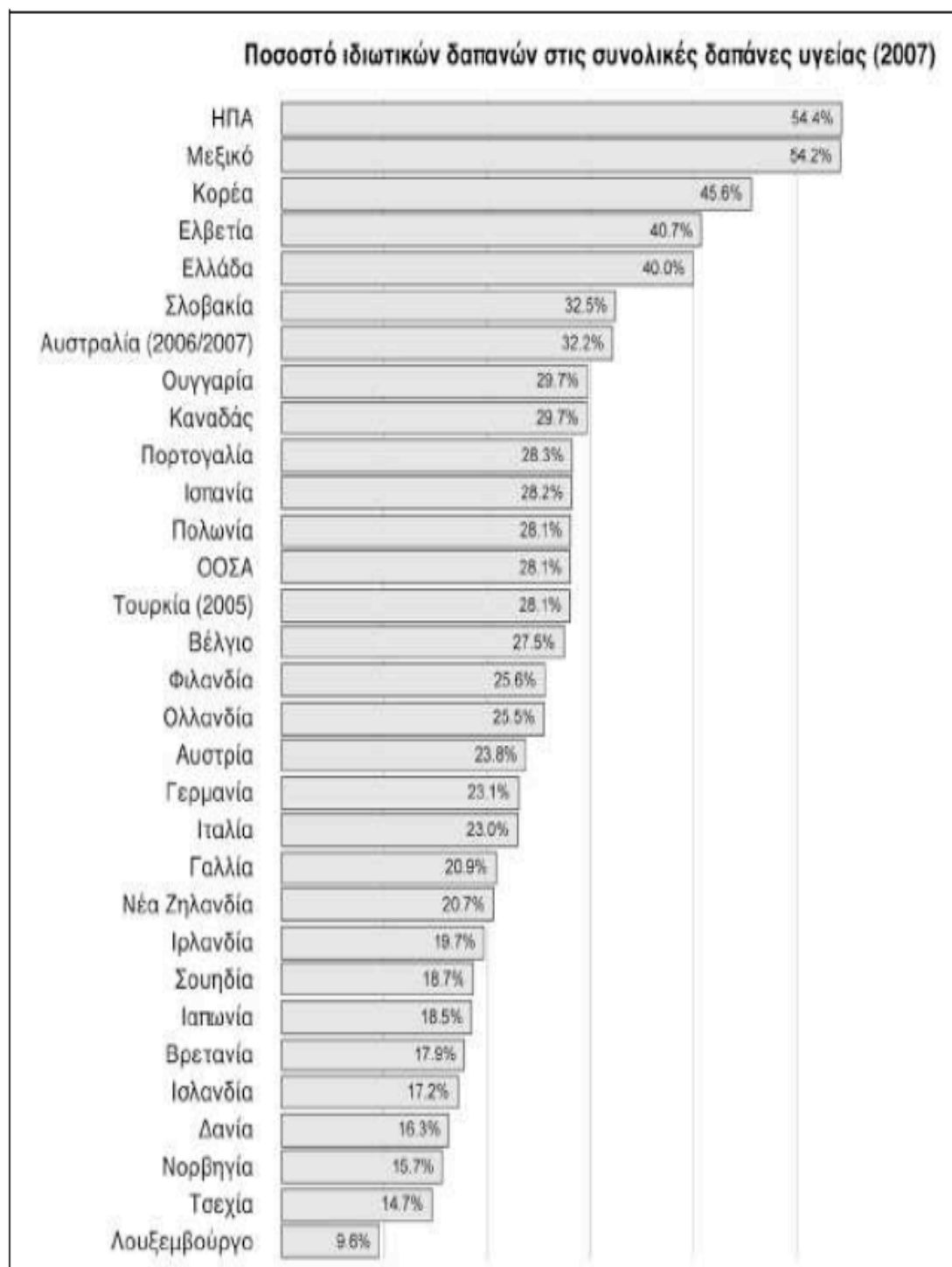
Ένα πολύ βασικό χαρακτηριστικό του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η ανισοκατανομή των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 4, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ανέρχονται σε 3.8% του ΑΕΠ, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε 5.8% του ΑΕΠ για το έτος 2007 (OECD Health Data, 2010). Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντιθέτως, οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι από τις υψηλότερες παγκοσμίως. Σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 κρατών το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 3%.



Εικόνα 4: Δημόσιες και Ιδιωτικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2007
 Πηγή: OECD Health Data, 2010

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, είναι η μεγάλη συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών. Το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονται σε 40% το έτος 2007, έναντι του 28.1%, που αποτελεί τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στην Εικόνα 5 η Ελλάδα κατέχει την 5^η θέση, μια από τις υψηλότερες μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών (OECD Health Data 2012).

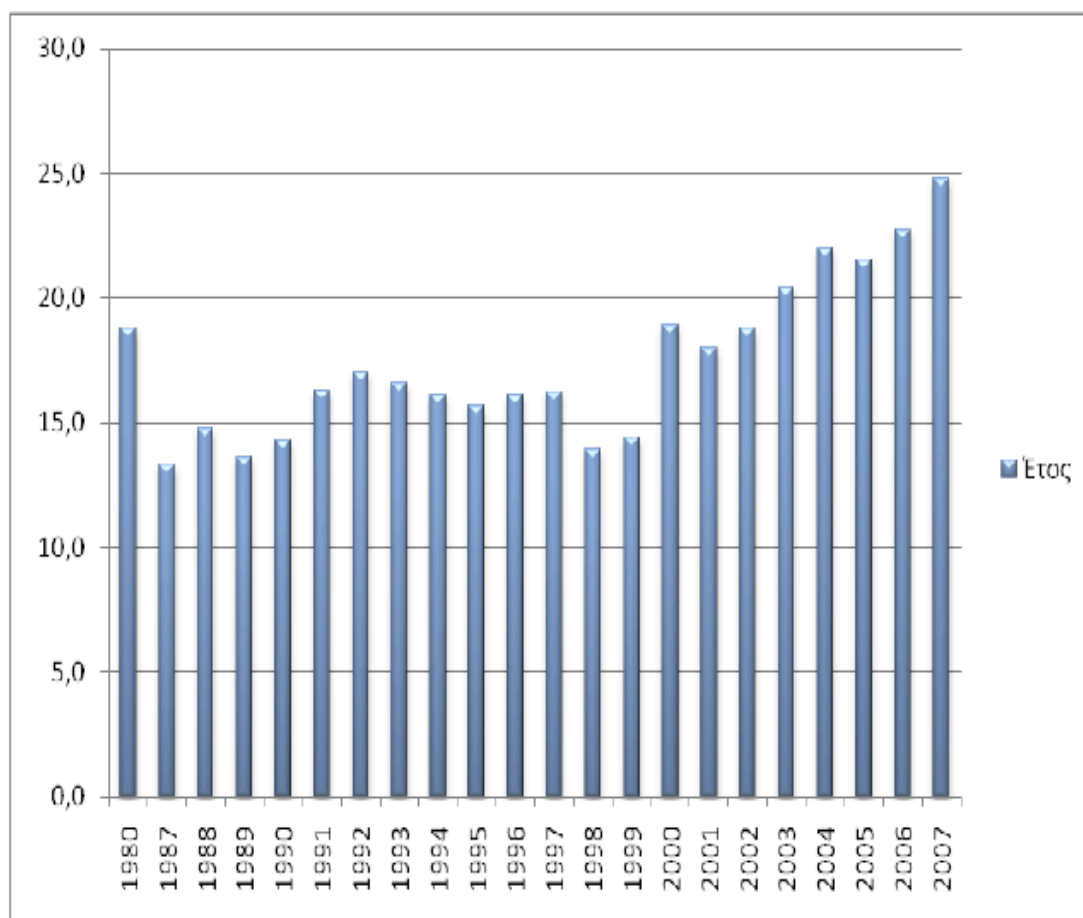
Συνεπώς, μπορούμε να ισχυριστούμε πως η Ελλάδα κατέχει ένα από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας ακολουθώντας χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ελβετία.



Εικόνα 5: Ποσοστό Ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2007

Πηγή: OECD Health Data, 2012

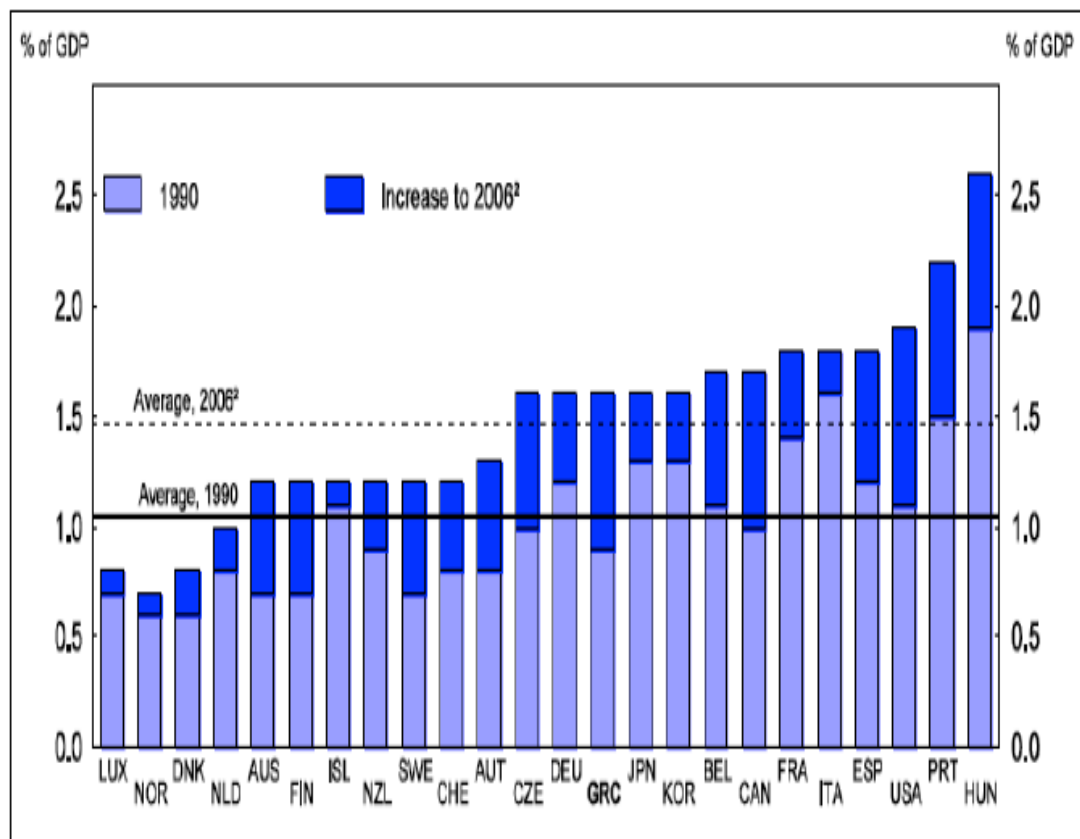
Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών τις τελευταίες δεκαετίες. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 6, οι φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών που αφορούν την υγεία παρουσιάζουν διαχρονικά αυξητική τάση. Πιο συγκεκριμένα, το έτος 2003 ξεπέρασαν για 1^η φορά το 20% και το 2007 ανέρχονταν στο 24.8% του συνόλου των δαπανών για την υγεία.



Εικόνα 6: Φαρμακευτικές δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών υγείας
Πηγή: OECD Health Data, 2010

Συγκριτικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ, οι φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν σημαντική αύξηση την τελευταία δεκαετία. Το 1990 η Ελλάδα βρισκόταν κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, με φαρμακευτικές δαπάνες της τάξεως του

0.8% του ΑΕΠ. Ωστόσο, το 2006 ξεπέρασε το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ με ποσοστό 1.7% του ΑΕΠ, όπως δείχνει η Εικόνα 7.



Εικόνα 7: Φαρμακευτικές δαπάνες ως % του ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ
 Πηγή: OECD Health Data, 2010

1.5 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων

1.5.1 Παραδοσιακές μέθοδοι

Οι παραδοσιακές διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι η «πληρωμή κατά πράξη», η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού», το ημερήσιο νοσήλιο και οι σφαιρικοί (ή ανά κατηγορία) προϋπολογισμοί. Η κάθε μέθοδος από αυτές εμφανίζει σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Λόγου χάριν, η μέθοδος της «πληρωμής κατά πράξη», η οποία είναι και η πιο παλιά, διότι έχει να κάνει με την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος (Klarman, 1965), δημιουργεί μια τάση για υπερπροσφορά υπηρεσιών από τους προμηθευτές

με σκοπό να διασφαλίσουν περισσότερα κέρδη, αφού πάρουν ένα καθαρό κέρδος από όλες τις ξεχωριστές υπηρεσίες, που παρέχουν (Bunker, 1970). Οπότε παρουσιάζεται αύξηση του κόστους και μείωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

Η διαδικασία της «αμοιβής κατά κεφαλή» είναι ουσιαστικά η καθορισμένη πληρωμή (prospective payment) των προμηθευτών υγείας, που αφορά σε ένα αριθμό ατόμων και για μια χρονική περίοδο, για την οποία αντιστοιχεί ένα πακέτο υπηρεσιών. Οι αριθμοί του πακέτου υπηρεσιών σχετικά με αυτή τη διαδικασία ισούνται με τον αριθμό που παρέχεται στον προμηθευτή προς τον αριθμό των ασφαλισμένων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σε περίπτωση που οι τιμές αυτές είναι λιγότερες από το κόστος που είχε υπολογιστεί, τότε οι προμηθευτές χρειάζεται να διορθώσουν τα ελλείμματά τους μειώνοντας τα αναμενόμενα κόστη με τη μείωση του χρόνου παρακολούθησης των ασθενών, την επιλογή ασθενών «χαμηλού κινδύνου» κλπ. Άρα, μεταφέρεται ο οικονομικός κίνδυνος (financial risk) από τον « τρίτο πληρωτή » στους προμηθευτές υγείας. Μερικές φορές η αμοιβή δεν είναι καθορισμένη αλλά διαμορφώνεται, τοποθετώντας μερικούς παράγοντες, που έχουν να κάνουν με κινδύνους του εγγεγραμμένου πληθυσμού, όπως για παράδειγμα το φύλο των ασθενών, την ηλικία κλπ. Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθά στην εξέταση του όγκου και του κόστους των υπηρεσιών, όμως ταυτόχρονα παρουσιάζεται και ο κίνδυνος της υπολειτουργίας (under-provision) των προμηθευτών και της παροχής υπηρεσιών κακής ποιότητας (Hornbook et al, 1983)..

Οι σφαιρικοί ή οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί είναι συγκεκριμένες συνολικές πληρωμές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο αριθμός των πληρωμών ουσιαστικά έχει να κάνει με προηγούμενες πληρωμές, που μπορεί να είναι προσαρμοσμένες στον πληθωριστικό παράγοντα. Οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, σε αντίθεση με τους σφαιρικούς, δεν δίνουν την ευκαιρία στις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων της επεξεργασίας των πόρων από τις σχετικές κατηγορίες των κονδυλίων (μισθοί, φάρμακα, εξοπλισμός, συντήρηση κλπ). Αποτέλεσμα είναι η έλλειψη κύριων υπηρεσιών υγείας, που ο αριθμός τους έχει να κάνει σε ιστορικά επίπεδα χρησιμοποίησης των πόρων. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι πιο πολύ γνωστή σε κράτη με μικρό και μέσο εισόδημα και ο λόγος είναι η απουσία συστημάτων πληροφόρησης, η οποία δίνει την δυνατότητα για λειτουργία περισσότερο αναπτυγμένων συστημάτων αποζημίωσης (Giokas, 2001)..

1.5.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης- DRGs

Μια εξελιγμένη διαδικασία αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού χρέους, που λειτουργεί στα καινούρια συστήματα υγείας με μικρές παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (Diagnosis Related Groups - DRGs). Η συγκεκριμένη διαδικασία λειτούργησε αρχικά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και είχε ως σκοπό τη πληρωμή των νοσοκομείων, που φιλοξενούσαν ασθενείς, που τους κάλυπτε το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare.

Η κύρια ιδέα των Fetter και Thompson, του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ (1979), ήταν ανακατάταξη του πολύ υψηλού μεγέθους ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με ίδια χαρακτηριστικά. Το κύριο θετικό είναι η δυνατότητα ορισμένης ανάλυσης, λόγω χάριν η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό.

Ακόμα, τα προηγούμενα βοήθησαν στην μεγέθυνση του βαθμού διαφάνειας σχετικά με την απόδοση των προμηθευτών και την εκμετάλλευση των πόρων, σε έναν χώρο όπου η άσκηση πολιτικής και διοίκησης είχε να κάνει με έλλειψη πληροφόρησης διότι οι διευθύνσεις και οι «τρίτοι» πληρωτές ήξεραν ελάχιστα για την εσωτερική διαδικασία των νοσοκομείων και κατείχαν συγκεκριμένα μέσα για να πραγματοποιήσουν σχετικές συγκρίσεις. Τα DRGs είναι ένας μηχανισμός κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που προσφέρουν, που ταυτόχρονα δεν συνιστά την παροχή περιττής ιατρικής περίθαλψης καθώς συνιστά την οικονομικά αποδοτική παροχή της συγκεκριμένης φροντίδας υγείας.

Η συγκεκριμένη διαδικασία με μικρές αλλαγές, είναι επιθυμητή για τους έχοντες την ευθύνη χάραξης πολιτικής στον τομέα των οικονομικών της υγείας τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τη συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος των δαπανών των νοσοκομείων και επιπλέον μπορούν να αποφευχθούν οι πολιτικές διαμάχες όπως στις περιπτώσεις των σφαιρικών προϋπολογισμών. Επιπλέον, περισσότερο σε χώρες όπου η βασική μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, οι διοικήσεις έχουν ελάχιστη επίγνωση για το είδος και το τελικό κόστος των υπηρεσιών, που παρέχονται από τους παραγωγούς υγείας. Η μέθοδος των DRGs, με τη χρήση της σωστής μηχανοργάνωσης

έχει ως στόχο την υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, δίνοντάς τους την ευκαιρία παρακολούθησης και ελέγχου του έργου των παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Όλες οι διαδικασίες χρηματοδότησης DRGs των νοσοκομείων (Schreyogg et. al., 2006) είναι υλοποιημένες από δυο διαφορετικούς μηχανισμούς:

(α) Στην κατάταξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών, που παρέχονται σε μεμονωμένα άτομα σε συγκρίσιμες ομοειδείς ομάδες, βρίσκοντας ουσιαστικά τις ομάδες των «προϊόντων» ενός νοσοκομείου. Η συγκεκριμένη διαδικασία έχει να κάνει με έναν συγκεκριμένο αριθμό κλινικών δεδομένων (όπως οι κλινικές διαγνώσεις και οι ιατρικές επεμβάσεις), δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, φύλο) και μετρήσεις της χρήσης των πόρων (κόστος, χρόνος παραμονής). Μερικές περιπτώσεις των συστημάτων DRGs, όπως για παράδειγμα στην Αυστραλία, στη Γερμανία και στην Ολλανδία, μετρούν και επιπλέον παράγοντες όπως το συνδυασμό όλων των επεμβάσεων, που έγιναν όταν το άτομο βρισκόταν ακόμα στο νοσοκομείο (Diagnosis-Treatment Groups).

(β) Σταθμίζοντας τις τιμές για κάθε κατηγορία προϊόντων.

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι η διαδικασία χρηματοδότησης βάσει DRGs έχει να κάνει με συγκεκριμένη πληρωμή ανά ασθενή σχετικά με την βασική διάγνωσή του (κι όχι μόνο) και έχει αποδειχθεί, από μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ότι βάζει επιπλέον τα κίνητρα για σωστή παροχή υπηρεσιών και απαγορεύει ακούσιες συμπεριφορές, όπως τα πρόωρα εξιτήρια των ασθενών.

Παρόλο που η οικονομική θεωρία εξηγεί ότι το σύστημα αποζημίωσης DRG των νοσοκομείων δίνει κίνητρα για μεγαλύτερη απόδοση, σύμφωνα με τον Street και τους συνεργάτες του (2011) υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθούν εμπόδια (όπως ο συγκεκριμένος σχεδιασμός και η λειτουργία του εκάστοτε συστήματος) για την πραγματοποίηση αυτών των κινήτρων στην πράξη.

Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες με στόχο να βρεθεί ο βαθμός επιρροής της αποδοτικότητας των νοσοκομείων από την λειτουργία των DRG στοχεύοντας στη εύρεση της τεχνικής

αποδοτικότητα (technical efficiency) και της παραγωγικότητας (productivity), που περιέχει και την αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency) (Ξένος και συν., 2014).

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τύπου DRG παρέχουν άρρητα (explicit) οικονομικά κίνητρα με σκοπό την επιρροή της αποδοτικότητας των παραγωγών. Η μέθοδος πρόσθετων αμοιβών (ή χρηματικών κρατήσεων σε περίπτωση μη επίτευξης του ελάχιστου προκαθορισμένου επιπέδου απόδοσης) παρέχονται ρητά (implicit) οικονομικά κίνητρα. Αυτά τα κίνητρα συνδέονται με το είδος, την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης, την ορθή κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών πόρων και την ποιότητα των ιατρικών αποτελεσμάτων (Ξένος και συν., 2014).

Τα DRGs και η εφαρμογή τους απαιτεί διαδικασία που θα πρέπει να προσαρμόζεται στις πολιτισμικές καταβολές της ιατρικής θεραπείας. Τα λογισμικά πρέπει να ενημερώνονται τακτικά καθώς και οι συντελεστές βαρύτητας του κόστους και των πληροφοριακών συστημάτων. Σύμφωνα με τον Schreyoegg και τους συνεργάτες του (2006), τα DRGs έχουν στόχο την κατηγοριοποίηση της παρέμβασης εντός του νοσοκομείου, το διαχωρισμό των ασθενών σε διαγνωστικές ομάδες και τη στόχευση της παρακολούθησης της ποιότητας, της χρήσης των υπηρεσιών υγείας καθώς και των απαιτούμενων πόρων.

Όσον αφορά στην τιμολόγηση, ξεκινάει κατά την διαδικασία εφαρμογής των DRGs ο ορισμός ενός συγκεκριμένου δείγματος νοσοκομείων από όπου θα εξαχθούν αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με το κόστος. Εν συνεχεία, ο υπεύθυνος φορές για την επεξεργασία δεδομένων υπολογίζει τους συντελεστές βαρύτητας ή τις τιμές των διαγνωστικών ομάδων. Ως ο πιο συχνός τρόπος τιμολόγησης είναι η άμεση προσέγγιση όπου υπολογίζονται οι συντελεστές βαρύτητας του κόστους δίνοντας αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ διαφορετικών ομάδων DRG σύμφωνα με τη συχνότητα και ένταση χρήσης των νοσοκομειακών πόρων (Scheller - Kreinsen et al, 2009).

Τα προβλήματα που πιθανά αντιμετωπίζουν τα συστήματα DRG είναι ότι οι διαγνωστικές ομάδες ενσωματώνουν ορισμένες περιπτώσεις θεραπείας, που η κατανάλωση πόρων είναι σημαντικά υψηλότερη από την τιμή ή το συντελεστή βάρους του κόστους της εν λόγω ομάδας (Pierdzioch, 2008).

Η εξίσωση, που ακολουθεί, παρουσιάζει τη γενική σχέση των καθοριστικών παραγόντων του κόστους νοσηλείας κατά την τιμολόγηση των DRGs σύμφωνα με τον Scheller- Kreinsen και τους συνεργάτες του (2009).

$$\text{Αποζημίωση DRG} = \text{Συντελεστής Βαρύτητας Κόστους} * (\text{Ποσοστό Βάσης} + \text{Συντελεστές Προσαρμογής})$$

Στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά DRGs, η εφαρμογή τους βασίστηκε πιο πολύ στην ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής του νέου αυτού συστήματος. Σκοπός ήταν η ελεγχόμενη αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, η ορθολογική κατάρτιση των προϋπολογισμών και απολογισμών των νοσοκομείων, η μείωση του νοσοκομειακού κόστους, η απελευθέρωση του προσωπικού από την γραφειοκρατία. Παράλληλα, υπήρξε σύνδεση της αποζημίωσης και των αντίστοιχων πληρωμών με το πραγματικό νοσοκομειακό παραγόμενο έργο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

2.1 Εισαγωγή

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) προτείνουν μια ευκαιρία για τοποθέτηση των DRGs (GR DRGs) στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ουσιαστικά αποτελούν την εισαγωγή συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία.

Το συγκεκριμένο εγχείρημα έχει να κάνει με την αυστραλιανή εκδοχή των DRGs, τα οποία δείχνουν να έχουν μεγαλύτερη αποδοχή και λειτουργούν σε πολλά κράτη ύστερα από συγκεκριμένες προσαρμογές. Άρα, και με βάση το πόρισμα της Ειδικής Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για το συγκεκριμένο θέμα διαλέχτηκε η ταξινόμηση των αυστραλιανών DRGs (AR DRG version 6), τα οποία χρειάζονταν να μεταφραστούν και να προσαρμοστούν στην ελληνική γλώσσα με σχετική μεθοδολογία.

Μεθοδολογία μετάφρασης και προσαρμογής της ονοματολογίας των KEN

Διαλέχτηκε η επιστημονικώς αποδεκτή μετάφραση και πολιτισμικής προσαρμογής (translation and cultural adaptation) οποιουδήποτε ξενόγλωσσου «εργαλείου» πχ ερωτηματολογίου, πρωτοκόλλου, κειμένου εργασίας κλπ).

Η ύπαρξη της ελληνικής ταξινόμησης νόσων και διαγνώσεων ICD 10, η οποία θα λειτουργεί για όλο τον τομέα υγείας στην Ελλάδα, ήταν η αρχή για την κεντρική μεθοδολογική επιλογή, για την οποία χρειάζεται να προκρίνεται η ορολογία της ICD 10.

Κλείνοντας, πραγματοποιήθηκε η αλλαγή της κωδικοποίησης των KEN διότι βρέθηκαν λάθη σε κωδικούς (ίδιος κωδικός σε διαφορετικά KEN, λάθος κωδικός σε σχέση «με» ή «χωρίς» συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές κλπ).

2.2 Αναθεώρηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας Ελληνικών ΚΕΝ

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) προτείνουν μια προσπάθεια δημιουργίας της ελληνικής εκδοχής των DRGs (GR DRGs), ουσιαστικά την τοποθέτηση συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Σχετικά με τη διεθνή πρακτική του συγκεκριμένου συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, για όλα τα DRGs χρησιμοποιείται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) οπότε και στον κατάλογο των ελληνικών ΚΕΝ χρησιμοποιείται και η ΜΔΝ για καθένα από αυτά (ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27/7/2011).

Παρατηρείται ότι η λογική των DRGs είναι η λογική του μέσου όρου. Άρα, η ΜΔΝ είναι ουσιαστικά ότι υποδηλώνει ο ορισμός της. Λόγου χάριν, τρία περιστατικά, που βρίσκονται στο ίδιο ΚΕΝ για αποζημίωση ίσως έχουν διαφορετική ΜΔΝ το καθένα, και επιπλέον διαφορετική τη ΜΔΝ που είναι για το ΚΕΝ, όμως ο μέσος όρος να συγκλίνει προς την οριζόμενη για το ΚΕΝ ΜΔΝ. Τα συστήματα άλλων κρατών, που λειτουργούν τη μέθοδο αποζημίωσης των DRGs για μακρό χρονικό διάστημα, έχουν υλοποιήσει τον καλύτερο δυνατό μηχανισμό παρακολούθησης όλων των νοσοκομειακών περιστατικών και αναθεώρησης των DRGs και για το κόστος αλλά και στη ΜΔΝ. Οπότε, η ΜΔΝ στηρίζεται σε απόρρητα πρωτογενή στοιχεία υψηλού αριθμού ασθενών (πχ στη Γερμανία καταγράφονται περί τα 18.000.000 περιστατικά νοσοκομειακής νοσηλείας κατ' έτος τα οποία αναλύονται). Και με αυτό το τρόπο, η ΜΔΝ είναι εντελώς τεκμηριωμένη.

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

Επιπλέον, στη διαδικασία των επόμενων φάσεων του συγκεκριμένου έργου θα μπορεί να πραγματοποιηθεί πιλοτική παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ, μαζί και με τη δημιουργία expert consensus panel groups. Παράλληλα, θα ξεκινήσει η παρακολούθηση της

ΜΑΝ των ΚΕΝ μέσω του ESYnet, με σκοπό αυτή να αναθεωρηθεί με μεγαλύτερη τεκμηρίωση.

2.3 Η περίπτωση της Ελλάδας

Στην Ελλάδα, το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτείται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (περιλαμβανομένων και των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων) και μετά από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες (Νεκτάριος, 2010). Για τα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, όπου περιέχει πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής με επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό του την έλλειψη θεσμοθετημένων κινήτρων παραγωγικότητας.

Ακόμα μια έλλειψη είναι αυτής του ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και του εν γένει υλοποιηθέντος έργου. Το Υπουργείο Υγείας δεν είχε σωστά αναπτυγμένη την ηλεκτρονική υποδομή, που κρίνεται απαραίτητη για τη συλλογή χρήσιμων και ολοκληρωμένων πληροφοριών, που είχαν να κάνουν με τη κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Το συγκεκριμένο γεγονός είχε ως αποτέλεσμα ένα περιορισμένο εύρος παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με στόχο να παύσει να υπάρχει αυτό, το Υπουργείο δημιούργησε, ανέπτυξε και έβαλε σε εφαρμογή μια διαδικτυακή πλατφόρμα πληροφοριών, με την ονομασία “ESY. net”, για τη συγκέντρωση αξιόπιστων και χρήσιμων πληροφοριών (ΥΥΚΑ, 2015). Όλα τα νοσοκομεία χρειάζεται να βρίσκονται στη συγκεκριμένη πλατφόρμα τα στατιστικά δεδομένα, που έχουν να κάνουν με την είσπραξη των εσόδων, τους μισθούς του προσωπικού, τα λοιπές δαπάνες καθώς και στοιχεία αναφορικά με το φόρτο εργασίας (όπως ο αριθμός εισαγωγών και ο αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση.

Επιπλέον, κρίνεται αναγκαίος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της «προσφοράς» και της «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας (πχ περίπτωση του βρετανικού ESY). Σχετικά με το Νόμο «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» του 2011, ο συντονισμός της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και οποιωνδήποτε διαφορετικών ταμείων λειτουργούν από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο (με τη

μορφή ΝΠΔΔ), όπου διαπραγματεύεται για όλα τα ταμεία τις τιμές και τις συμβάσεις, με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Τα ταμεία, με την βοήθεια του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - ΕΟΠΥΥ), έχουν μαζί ενιαία μηχανογράφηση και υψηλότερη διαπραγματευτική δύναμη. Τα νοσοκομεία που ήταν στο ταμείο του ΙΚΑ μεταφέρθηκαν οργανικά πλέον στο ΕΣΥ.

Το σύστημα υγείας από πάντα ήταν ανοικτό για τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά όλες τις ιατρικές πράξεις. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ είναι ουσιαστικά η συλλογή εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και κρατικής συμμετοχής (επιχορηγήσεις) και επιπλέον η σύναψη συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο βασικός σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι η υλοποίηση μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, όπως και της οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, εισάγοντας στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης (benchmerking (χωρίς yardstick)) στο ΕΣΥ και μονοψωνίου στην κοινωνική ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ) και το φάρμακο (Υπουργείο Υγείας).

Για την οικονομική λειτουργία των νοσοκομείων, κατά το έτος 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούνταν με βάση το σύστημα των DRGs (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία). Παράλληλα, σταμάτησαν να λειτουργούν τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες (Polyzos et. al., 2013). Για τη σχεδίαση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) χρησιμοποιήθηκε η εμπειρία από διάφορα κράτη κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του συγκεκριμένου μηχανισμού. Περισσότερη σημασία δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας συναφή με το ελληνικό αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η επιλογή του Υπουργείου Υγείας, όπως και των εξειδικευμένων επιστημόνων στα θέματα των Οικονομικών της Υγείας ήταν η εστίαση και η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού (version 6.0, 2008–2009) και του γερμανικού (version 2011) συστήματος ταξινόμησης DRG. Η κατάταξη με αρχή το γερμανικό μοντέλο, το οποίο στηρίζεται στην υλοποίησή του από το αυστραλιανό, διαλέχτηκε για το λόγο ότι η Ελλάδα έχει τα ίδια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης

σωστής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης (Schmid et. al., 2009). Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, διαλέχτηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία.

Ύστερα από την αρχική λειτουργία του καινούριου συστήματος αποζημίωσης και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους, όπου δημιουργήθηκε από τα DRGs-KEN, που υπήρχαν στα μεγάλα νοσοκομεία, πραγματοποιήθηκε μια προσαρμογή των τιμών στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Έτσι, παρουσιάστηκε μια μέση μείωση 10% στις αρχικές τιμές ανά κατηγορία (δεύτερη υπουργική απόφαση για τα KEN). Ακόμα, ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί σωστά διαχωρίστηκε σε παραπάνω κατηγορίες, μεγαλώνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.

Για το 33,1% των νοσηλείων, ο χρόνος νοσηλείας περνούσε την προτεινόμενη τιμή της (ακραίες τιμές), φανερώνοντας την ανάγκη για επιπλέον αποζημίωση. Για το σύνολο των νοσοκομείων (n=133), τα συνολικά έσοδα ήταν περίπου 175 εκατομμύρια € (Ξένος, 2007).

Επίσης, σημαντικό στάδιο στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας για τις διαδικασίες αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών χρειάζεται να είναι η αξιοποίηση του συστήματος DRG-KEN από τον ΕΟΠΥΥ με σκοπό να παρατηρεί το κόστος των νοσοκομείων του ΕΣΥ .

Μια κύρια έλλειψη του ΕΣΥ είναι η απουσία ενός επίσημου συστήματος πληροφόρησης των ασθενών για τις επιδόσεις των μονάδων υγείας. Οπότε, δεν γίνεται να πραγματοποιηθεί ούτε σύγκριση ούτε αξιολόγηση του κινδύνου. Από την άλλη, η πληροφόρηση πραγματοποιείται με το στόμα (world of mouth) και δεν είναι τεκμηριωμένη. Έτσι, ο χρήστης δεν βοηθάται για τις επιλογές του και οι προμηθευτές δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της απόδοσής τους. Αναγκαία χρειάζεται να είναι και η λειτουργία διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Η μη τήρησή τους θα έχει και τις σχετικές συνέπειες (Polyzos et al., 2013).

Η οικονομική συγκυρία αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα δεν αφήνει ανεπηρέαστο το σύστημα υγείας, διότι χρειάζονται τώρα περικοπές και συμπίεσεις του συνόλου των σχετικών δαπανών. Αυτό το γεγονός ίσως να λειτουργήσει ως ευκαιρία για να πραγματοποιηθούν οι

αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας και του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, που δεν έγιναν τα προηγούμενα χρόνια στο βαθμό που χρειαζόταν.

2.4 Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού 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, ακολούθησαν αναπροσαρμογές των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το ΓΝ Παπαγεωργίου και το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από 1/3/2012. Έκτοτε για τις παθήσεις και διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος ισχύει ο παρακάτω πίνακας:

Πίνακας Α: ΚΕΝ παθήσεων αναπνευστικού συστήματος

ΚΩΔ. ΚΕΝ	ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΔΝ από 1/3/2012	Κόστος από 1/3/2012
ΤΚΑ 04	Παθήσεις και διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος (Α)		
A01M	Μείζονες επεμβάσεις θώρακος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	15	4.274 €
A01X	Μείζονες επεμβάσεις θώρακος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	7	2.465 €
A02Μα	Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	16	3.565 €

A02Mβ	Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	1.450 €
A02X	Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	621 €
A10M	Πάθηση του αναπνευστικού συστήματος με μηχανική υποστήριξη αναπνοής με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	5.241 €
A10X	Πάθηση του αναπνευστικού συστήματος με μηχανική υποστήριξη αναπνοής χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	4.019 €
A11X	Πάθηση του αναπνευστικού συστήματος με μη επεμβατικό αερισμό	12	3.304 €
A12A	Βρογχοσκόπηση, ημερήσια νοσηλεία	1	240 €
A12M	Βρογχοσκόπηση σε καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	10	1.500 €
A12X	Βρογχοσκόπηση σε παθήσεις χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνέπειες - επιπλοκές	7	1.000 €
A20M	Κυστική ίνωση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	13	3.360 €
A20X	Κυστική ίνωση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	1.500 €
A21M	Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	11	1.988 €
A21X	Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	6	941 €
A22Mα	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες	10	1.762 €

	παθήσεις - επιπλοκές		
A22Mβ	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	8	1.040 €
A22X	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	5	573 €
A23A	Σύνδρομο άπνοιας ύπνου-Μελέτη διαταραχών ύπνου	1	200 €
A24M	Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	1.655 €
A24X	Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4	863 €
A25M	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	9	1.446 €
A25X	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	863 €
A26Ma	Μείζον τραύμα θώρακος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12	2.243 €
A26Mβ	Μείζον τραύμα θώρακος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	5	1.068 €
A26X	Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	552 €
A27M	Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4	785 €

A27X	Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	318 €
A28M	Πνευμοθώρακας με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	6	1.252 €
A28X	Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	566 €
A29M	Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4	792 €
A29X	Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	361 €
A30M	Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	1.210 €
A30X	Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	552 €
A31M	Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	9	1.634 €
A31X	Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	828 €
A32A	Αναπνευστικά προβλήματα αναδύμενα από τη νεογνική περίοδο	4	769 €
A33Μα	Πλευριτική συλλογή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	10	1.839 €
A33Μβ	Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	948 €
A33X	Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	451 €

A34Ma	Διάμεση πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	10	1.797 €
A34Mβ	Διάμεση πνευμονοπάθεια με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	7	1.266 €
A34X	Διάμεση πνευμονοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	580 €
A35Ma	Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	1.415 €
A35Mβ	Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	5	884 €
A35X	Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	2	432 €
A36A	Φυματίωση του αναπνευστικού συστήματος	14	1.800 €

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

3.1 Εισαγωγή

Τα ΚΕΝ στηρίζονται στην αρχή “money follows the patient” (“τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή”) από την οποία δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιηθεί η αποδοτική αλλά και δίκαιη κατανομή των πόρων και η κινητοποίηση μέγιστης προσπάθειας για τη καλύτερευση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπλέον στηρίζεται και στο κριτήριο “value for money” βάσει του οποίου δύναται να βελτιωθεί η οικονομική αποδοτικότητα και η αξία της επένδυσης στις συγκεκριμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες.

Σημαντικό ακόμα είναι να γνωρίζουμε ότι τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης μπορούν να επιδρούν στη λειτουργία του συστήματος υγείας όπως και στις διαδικασίες αξιολόγησης και επομένως το εγχείρημα δεν σταματά σε μια συγκεκριμένη τεχνική προσέγγιση, αλλά έχει ευρύτερης σημασίας διαρθρωτικό χαρακτήρα.

3.2 Μεθοδολογία ανάπτυξης των ΚΕΝ

Όπως προαναφέρθηκε, το όλο εγχείρημα στοχεύει στην αυστραλιανή εκδοχή των DRGs. Βάσει του πορίσματος της Ειδικής Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) για την υλοποίηση του εγχειρήματος διαλέχτηκε η ταξινόμηση AR-DRG version 6 στην οποία έγινε σχετική παρέμβαση με διπλή αντίστροφη μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα.

Στην χώρα μας δεν βρίσκονται αναλυτικές πληροφορίες των νοσολογικών περιπτώσεων στα ελληνικά νοσοκομεία, όπου να είναι καταγεγραμμένα με ηλεκτρονικό τρόπο και με βάση τις έγκυρες διεθνείς ταξινομήσεις (ICD-10, ICPC-2, EDMA, GMDN, CPT ή άλλες συναφείς) και κατά συνέπεια δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η κωδικοποιημένη και ταξινομημένη συγκέντρωση πληροφορίας από την οποία εμφανίζεται η σύνθεση και ο όγκος των

ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων οι οποίοι δεσμεύονται για την εκτέλεση ιατρικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών.

Ακόμα, δεν υπάρχει κάποιο σύστημα αναλυτικής κοστολόγησης ανά μονάδα κόστους και έτσι με τη σειρά του δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η ανάπτυξη μηχανισμού τεκμηριωμένης κοστολόγησης και τιμολόγησης. Επίσης, και σύμφωνα με αυτήν την άποψη η αναλυτική προσέγγιση δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ακόμα και αν μπορούσε να είναι διαθέσιμη η περιγραφική προσέγγιση των ιατρικών και άλλων κλινικών διαδικασιών. Η διαδικασία κοστολόγησης ενός DRG και η αντίστοιχη διερεύνηση της διαθεσιμότητας των απαραίτητων δεδομένων στη χώρα μας παρουσιάζεται παρακάτω.

Σχηματικά, η τιμολόγηση των DRGs παγκοσμίως πραγματοποιείται με μια πρακτική μικροκοστολόγησης στο επίπεδο του ασθενούς, σύμφωνα με τη διάγνωση και τους σχετικούς καταναλισκόμενους πόρους για τη θεραπεία. Για αυτό το λόγο διαλέγεται ένα δείγμα νοσοκομείων με αναλυτικό σύστημα καταγραφών, παρέχεται ένα περιθώριο προοπτικής καταγραφής των περιπτώσεων και, μετά πραγματοποιείται επεξεργασία και παραγωγή εκτιμητριών για τους πραγματικούς μέσους στον πληθυσμό. Η συγκεκριμένη επεξεργασία κατά την εισαγωγή ενός συστήματος DRG μπορεί να διαρκέσει από δύο έως και πέντε έτη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ομάδα εργασίας στηρίχθηκε σε αυτές τις παραδοχές (α) στην επιλογή της αυστραλιανής εκδοχής (AR-DRGs) ονοματολογίας και ταξινόμησης, όπως είχε γίνει αποδεκτή από το ΥΥΚΑ και (β) στη διερεύνηση του υπολογισμού των βαρών (cost weights) από κράτη τα οποία λειτουργούσαν συστήματα (Αυστραλία, Γερμανία, Ηνωμένες Πολιτείες και ΠΓΔΜ) μαζί με μεγάλη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας από άλλα κράτη. Η επιλογή αυτών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα εξής:

- (α) το κριτήριο ότι εκφράζουν διαφορετικά ιατροασφαλιστικά συστήματα,
- (β) την εμπειρία και την αποδοχή των συστημάτων DRGs όπως και την ικανότητα διαφοροποίησης και προσαρμογής του αυστραλιανού υποδείγματος,
- (γ) τη μόχλευση των ταξινομήσεων και των σχετικών ειδικών βαρών των συστημάτων DRGs των κρατών αυτών, όπου εμφανίστηκε η συσχέτιση ανάμεσα των διαφορετικών συστημάτων

των χωρών που εξετάστηκαν, όπου με ελάχιστες αποκλίσεις εμφανίζει ίδια περιθώρια κατανομής των τιμών DRGs στις εξεταζόμενες χώρες

(δ) τον υπολογισμό του πολλαπλασιαστή βάσης (base rate) σχετικά με τα απολογιστικά οικονομικά δεδομένα του 2010, τις εκτιμήσεις του 2011 και τις προβλέψεις του 2012 από τις σχετικές επίσημες πηγές,

(ε) την παραδοχή ότι οι στρατηγικές της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας είναι αντίστοιχες στις χώρες όπου στηρίχθηκε το υπόδειγμα,

(στ) στην εκτίμηση του ειδικού βάρους των συντελεστών παραγωγής (εργασία, τεχνολογία) ενός εκάστου ΚΕΝ σχετικά με το Αυστραλιανό υπόδειγμα και την στάθμισή του με εμπειρικά δεδομένα της ΕΣΔΥ και

(ζ) στην προσαρμογή των οικονομικών δεδομένων του τομέα της υγείας στην ελληνική οικονομική πραγματικότητα.

Η κύρια πηγή για τον υπολογισμό του κόστους ανά ΚΕΝ ήταν ο κατάλογος των ανάλογων βαρών των AR-DRGs Version 6.0. Η διαδικασία βασίστηκε στην εκτίμηση όλου του κόστους του κάθε ΚΕΝ βάσει του πολλαπλασιασμού του σχετικού βάρους, όπως παρουσιάζοταν στον Αυστραλιανό κατάλογο, επί τη σταθερά βάσης, η οποία είχε εκτιμηθεί για διαφορετικά έτη και για διαφορετικά επίπεδα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Αρκετά δύσκολη ήταν η διαδικασία παραγωγής καταλόγων τιμών των ΚΕΝ, όπου θα διαχώριζαν όλο το κόστος του κάθε ΚΕΝ στις συνιστώσες του κόστους εργασίας και του συνολικού κόστους μείον του κόστους εργασίας (κόστους τεχνολογίας). Η συγκεκριμένη ανάγκη προήλθε από την ιδιαιτερότητα του Ελληνικού συστήματος της νοσοκομειακής φροντίδας, όπου οι μισθοί του προσωπικού παρέχονται από διάφορες πηγές χρηματοδότησης, έναντι του υπόλοιπου κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου.

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

Αν και είναι πολύ σημαντική η ενσωμάτωση των μισθών στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, με σκοπό την καλυτέρευση της οικονομικής και της διοικητικής

αποδοτικότητας των οργανισμών, για το διάστημα που μεσολάβησε έως τη διαρθρωτική αυτή αλλαγή, χρειαζόταν να διαχωριστούν -για όλα τα ΚΕΝ- το τμήμα του κόστους, το οποίο έχει να κάνει με τη χρήση του συντελεστή "εργασία" και το τμήμα του κόστους, το οποίο έχει να κάνει με τη χρήση του συντελεστή "τεχνολογία". Η συγκεκριμένη διαδικασία παραμένει πολύ δύσκολη, εάν αναλογιστούμε ότι το μίγμα των συντελεστών είναι διαφορετικό σε κάθε πράξη (άλλες νοσηλίες είναι εντάσεως εργασίας ενώ αρκετές κατατάσσονται σε λεγόμενες εντάσεως τεχνολογίας). Για τη λύση της συγκεκριμένης απαίτησης η Επιτροπή των Ειδικών εκμεταλλεύτηκε τον επιμερισμό του κόστους ανά DRG στα cost components (επιμερισμός με βάση τα κέντρα κόστους) όπως εκτιμάται στον Αυστραλιανό κατάλογο.

3.3 Περιορισμοί της μεθόδου

Προείπαμε, ότι η έλλειψη αναλυτικών κλινικών δεδομένων καταγεγραμμένων με ηλεκτρονικό τρόπο, από τα ελληνικά νοσοκομεία και η δυσκολία υιοθέτησης οποιασδήποτε αναλυτικής ποσοτικής μεθόδου έχει ως κατάληξη το γεγονός ότι οι όποιες αλλαγές στην κλινική πρακτική δεν έχουν τη δυνατότητα να ενσωματωθούν στη βραχυπρόθεσμη προοπτική οπότε χρειάζεται μια μακρά και σύνθετη διαδικασία.

Για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών κατά το έτος 2014 ψηφίστηκε ο Ν 4286 (ΦΕΚ 194 / 19-09-2014) σύμφωνα με τον οποίο ιδρύθηκε η Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων ΑΕ. Σύμφωνα με το πρώτο άρθρο του Νόμου (παρ.2) το Σύστημα Αμοιβών Νοσοκομείων - ΣΑΝ αφορά σε όλες τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες εξαιρουμένων όσων παρέχονται σε ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων, σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων καθώς και σε κέντρα αποκατάστασης. Το ΣΑΝ βασίζεται στη μεθοδολογία του συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων. Βάσει πάντα του νόμου προβλεπόταν η πιλοτική του εφαρμογή σε συγκεκριμένα νοσοκομεία, που θα επιλέγονταν για το σκοπό αυτόν από την 1η Ιουνίου του 2015. Άλλες προβλεπόμενες ημερομηνίες ορόσημα ήταν η 1η Ιανουαρίου 2016 έως και την 31η Δεκεμβρίου 2016, διάστημα κατά το οποίο το σύστημα θα έπρεπε να είχε υιοθετηθεί από όλα τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Όμως λόγω των εθνικών εκλογών που έλαβαν χώρα κατά τις αρχές του 2015 και της αλλαγής της κυβέρνησης, ο νόμος δεν έχει τύχει ακόμη εφαρμογής, αλλά ούτε κι έχει καταργηθεί.

3.4 Επιπτώσεις στην πολιτική υγείας

Σε περίπτωση που το σύστημα των DRGs εφαρμοστεί κατά ολοκληρωμένο τρόπο θα δοθεί η ευκαιρία ανίχνευσης των μη αποδοτικών διαστάσεων της νοσοκομειακής περίθαλψης και συνακόλουθα η διερεύνηση της έκτασης και του χαρακτήρα ρυθμιστικών παρεμβάσεων με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων, καθώς και η εξοικονόμηση πόρων για επένδυσή τους σε άλλα επίπεδα φροντίδας όπως είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση της απόκλισης του νομικά προκαθορισμένου μέσου κόστους και της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ) από το πραγματικό μέσο κόστος και ΜΔΝ για τα ΚΕΝ, που αφορούν σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Στους στόχους της μελέτης περιλαμβάνεται η διερεύνηση παραγόντων (μέγεθος νοσοκομείου, έδρα νοσοκομείου κλπ) που σχετίζονται με τις δαπάνες και τη ΜΔΝ για τις συγκεκριμένες παθήσεις.

Αρχικά παρουσιάζονται οι περιπτώσεις ασθενών ανά κατηγορία ΚΕΝ αναφορικά με το αναπνευστικό σύστημα. Διερευνάται η διάρκεια νοσηλείας σε ομοειδείς ομάδες ασθενών σε ημέρες. Εν συνεχεία παρουσιάζεται το μέσο κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ευρώ. Ακολουθεί μία σύγκριση εύρους κόστους σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας/ Θεσσαλονίκης σε σχέση με τα νοσοκομεία σε Αθήνα/ Θεσσαλονίκη. Γίνεται αναφορά στη μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σύγκριση με τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα ΚΕΝ που αφορούσαν **παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος** για ασθενείς που προσήλθαν σε νοσοκομεία της 1ης, της 3ης και της 6ης ΥΠΕ.

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα

Το υπό μελέτη δείγμα αφορά σε περιπτώσεις με παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, οι οποίες νοσηλεύτηκαν στα Νοσοκομεία της 1ης, 3ης και 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας κατά το διάστημα από Φεβρουάριο 2012 μέχρι και 2013. Μετά από επεξεργασία στην ανάλυση των δεδομένων συμπεριλήφθηκαν μόνο 23 ΚΕΝ (N=4.355 περιπτώσεις) (από το σύνολο των 47 ΚΕΝ, που αφορούν στις παθήσεις του αναπνευστικού 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 ανταποκρίθηκαν θετικά και οι οποίες δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

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 μέσης διάρκειας νοσηλείας και του μέσου κόστους ανά ΚΕΝ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο 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.).

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 είχε ως εξής:

- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (9,1%).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (7,7%).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (6,9%).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (6,5%).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (6,1%).
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,5%).
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,2%).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5%).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,4%).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,2%).
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,2%).

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,8%).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,3%).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,2%).
- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,2%).
- Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,1%).
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,9%).
- Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,8%).
- Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,8%).
- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,6%).
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,6%).
- Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,5%).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,5%).

Πίνακας 1. Ο αριθμός των περιπτώσεων ανά ΚΕΝ.

ΚΕΝ	Περιπτώσεις ασθενών (%)
Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	114 (2,6)
Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	135 (3,1)
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	283 (6,5)
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	337 (7,7)
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	396 (9,1)
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	143 (3,3)
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	181 (4,2)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	165 (3,8)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	267 (6,1)
Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	120 (2,8)
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	190 (4,4)
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	302 (6,9)
Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	107 (2,5)
Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	113 (2,6)
Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	227 (5,2)
Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	125 (2,9)
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις -	183 (4,2)

επιπλοκές	
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	238 (5,5)
Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	138 (3,2)
Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	124 (2,8)
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	107 (2,5)
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	141 (3,2)
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	219 (5,0)

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:

- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (14,7 ημέρες).
- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (14,4 ημέρες).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (12,6 ημέρες).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (11,8 ημέρες).
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (11,1 ημέρες).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (10,8 ημέρες).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (9,5 ημέρες).

- Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (7,2 ημέρες).
- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (7 ημέρες).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (6,9 ημέρες).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,8 ημέρες).
- Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,7 ημέρες).
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,6 ημέρες).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (5,1 ημέρες).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,8 ημέρες).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,1 ημέρες).
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (4,1 ημέρες).
- Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,6 ημέρες).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3,1 ημέρες).
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (3 ημέρες).
- Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,8 ημέρες).
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,7 ημέρες).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (2,6 ημέρες).

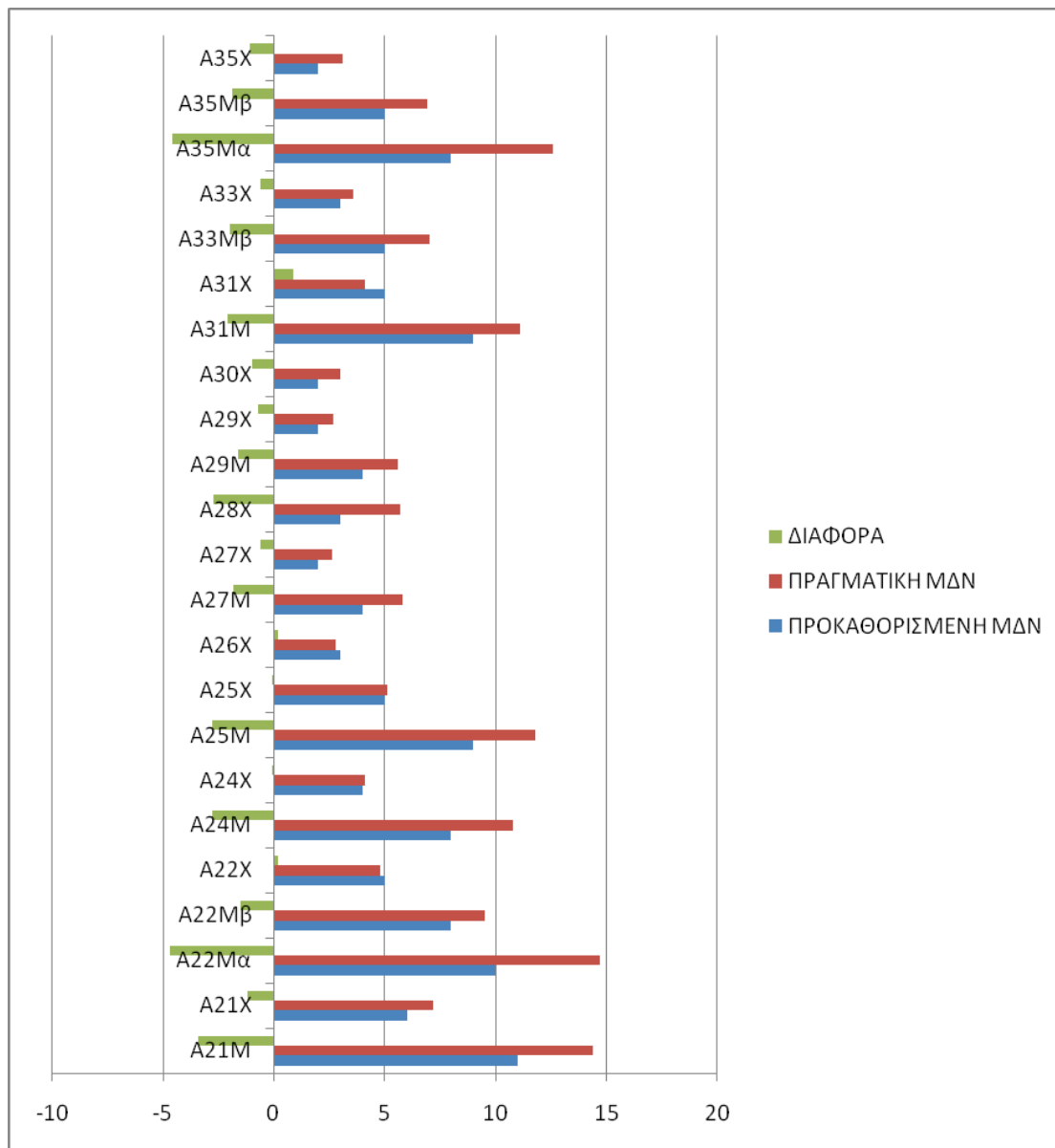
Πίνακας 2. Η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ημέρες, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

ΚΕΝ	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	14,4	5,7	14,0	1,0	31,0
Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	7,2	4,2	6,3	1,0	26,0
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	14,7	7,0	13,3	0,0	51,0
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	9,5	4,5	8,3	0,3	42,5
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	4,8	2,0	4,5	1,0	26,0
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	10,8	7,1	9,0	0,0	42,0
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4,1	2,0	4,0	1,0	14,0
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	11,8	5,8	10,5	1,0	30,0
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις -	5,1	3,7	4,7	0,0	42,0

επιπλοκές					
Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,8	2,0	2,5	1,0	14,0
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5,8	3,8	5,0	1,0	28,0
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,6	1,5	2,3	0,5	14,5
Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5,7	5,3	4,3	1,0	34,0
Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5,6	3,2	5,0	1,5	23,0
Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,7	1,3	2,4	1,0	7,0
Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3,0	1,4	3,0	1,0	7,0
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	11,1	7,4	9,0	1,0	62,0
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4,1	3,4	3,5	1,0	41,0
Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	7,0	3,8	6,0	2,0	26,0
Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3,6	2,8	2,7	1,0	17,0
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες	12,6	9,6	10,0	1,0	72,0

παθήσεις - επιπλοκές					
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	6,9	4,5	6,0	1,0	37,0
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3,1	2,8	2,3	1,0	28,0

Εικόνα 8. Σύγκριση προκαθορισμένης ΜΔΝ και πραγματικής ΜΔΝ καθώς και η διαφορά αυτών



Όπως διαπιστώνουμε από την Εικόνα 8 η πραγματική ΜΔΝ είναι μεγαλύτερη σε όλα τα σχετικά ΚΕΝ έναντι της προκαθορισμένης από το νόμο ΜΔΝ. Εξαιρέση αποτελούν τα ΚΕΝ με κωδικούς A22X (Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές), A26X (Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές) και A31X (Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές).

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται το μέσο πραγματικό κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ σε ευρώ, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή. Ξεκινώντας από το ΚΕΝ με το μεγαλύτερο μέσο κόστος νοσηλείας και κατά φθίνουσα σειρά, η κατάταξη των ΚΕΝ σύμφωνα με το μέσο κόστος νοσηλείας ήταν η εξής:

- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.908,00 €).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.750,00 €).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.578,00 €).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.446,00 €)
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.520,00 €).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.365,00 €).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (1.001,00 €).
- Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (929,00 €).
- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (896,00 €).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (848,00 €).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (814,00 €).
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (806,00 €).

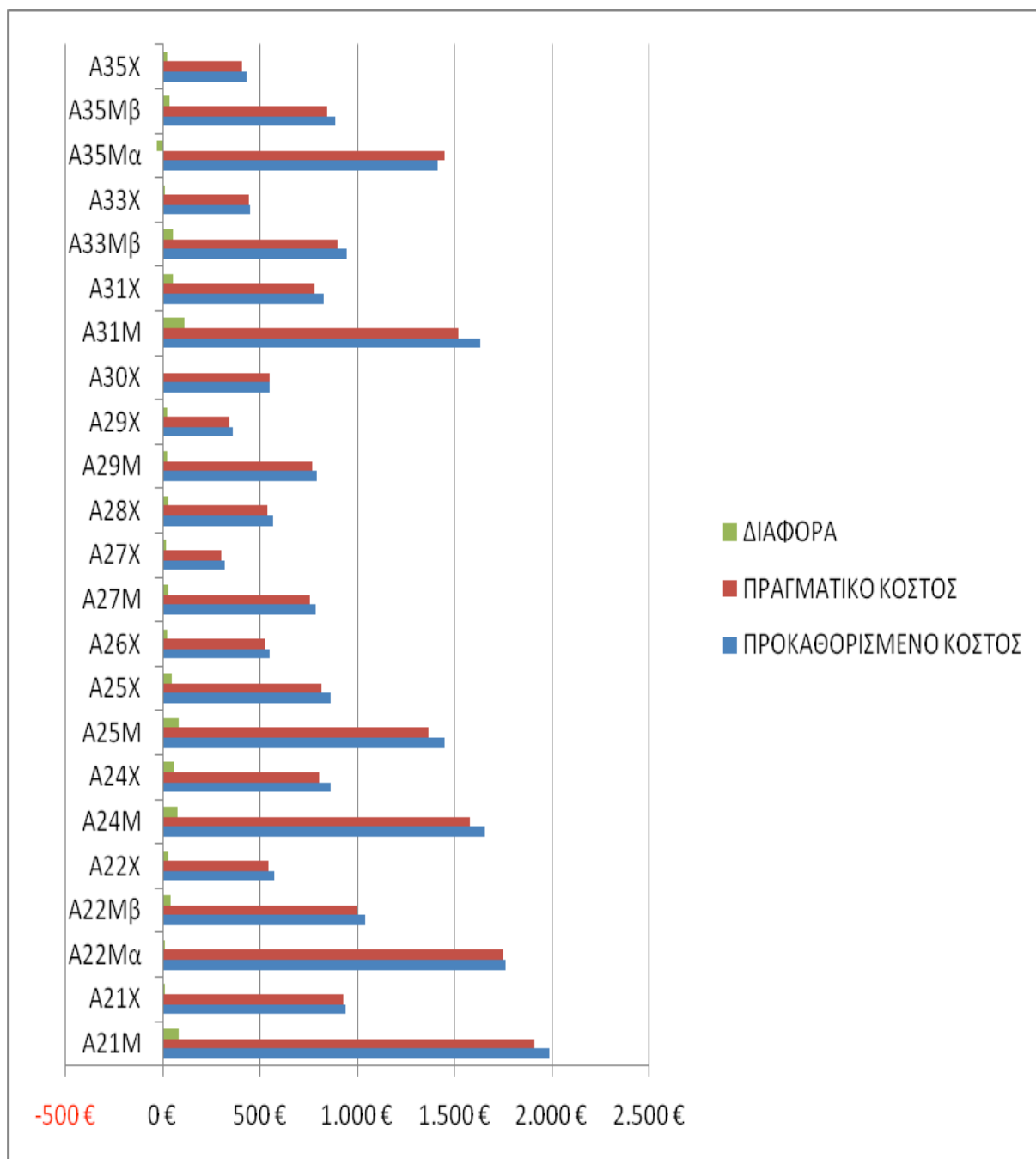
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (778,00 €).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (754,00 €).
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (766,00 €).
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (550,00 €).
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (546,00 €).
- Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (536,00 €).
- Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (528,00 €).
- Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (442,00 €).
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (410,00 €).
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (340,00 €).
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές (302,00 €).

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

ΚΕΝ	Μέσο κό
Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.908,0
Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	929,00
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.750,0
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.001,0
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	546,00
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.578,0
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	806,00
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.365,0
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	814,00
Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	528,00
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	754,00
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	302,00
Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	536,00
Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	766,00
Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	340,00
Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	550,00

Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.520,0
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	778,00
Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	896,00
Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	442,00
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1.446,0
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	848,00
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	410,00

Εικόνα 9. Σύγκριση προκαθορισμένου κόστους και πραγματικού μέσου κόστους καθώς και η διαφορά αυτών



Όπως διαπιστώνουμε από την Εικόνα 9 το πραγματικό μέσο κόστος ανά ΚΕΝ είναι μικρότερο σε όλα τα σχετικά ΚΕΝ έναντι του προκαθορισμένου από το νόμο κόστους. Εξάιρεση αποτελεί το ΚΕΝ με κωδικό A35 MA (Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές).

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο πραγματικό μέσο κόστος σε ευρώ ανά κατηγορία ΚΕΝ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο (εκτός ή εντός Αθήνας/Θεσσαλονίκης).

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 όλες τις κατηγορίες ΚΕΝ, το 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:

- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

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

- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάμεσα στο 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	
Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1988 (6088)	1988 (4407)	0,18
Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	941 (3794)	941 (478)	0,11
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1762 (5862)	1762 (10.056)	0,44
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1040 (2140)	1040 (4603)	0,13
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	573 (1034)	573 (780)	0,7
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1655 (4755)	1655 (2175)	0,14
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	863 (1563)	863 (1900)	0,1
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1446 (1884)	1446 (2501)	0,2
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	863 (1477)	863 (2125)	0,5
Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	552 (1124)	552 (166)	0,9
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	785 (1145)	785 (1589)	0,1

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	318 (422)	318 (543)	0,9
Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	566 (1183)	566 (349)	0,9
Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	792 (1167)	792 (1188)	0,5
Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	361 (558)	361 (330)	0,1
Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	552 (169)	552 (1104)	0,1
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1634 (2077)	1634 (2491)	0,7
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	828 (921)	828 (1180)	0,1
Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	948 (1333)	948 (1189)	0,4
Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	451 (697)	451 (291)	0,1
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1415 (8114)	1415 (5907)	0,8
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	884 (884)	884 (1785)	0,7
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	432 (1452)	432 (589)	0,5

^a έλεγχος Mann-Whitney

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στην πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες ανά κατηγορία ΚΕΝ και την πόλη, που εδρεύει το νοσοκομείο (εντός ή εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης).

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:

- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

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

- Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Το εύρος της διάρκειας νοσηλείας ήταν μεγαλύτερο στα νοσοκομεία, που εδρεύουν σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα νοσοκομεία που βρίσκονται σε άλλες πόλεις εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης στα εξής ΚΕΝ:

- Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
- Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
- Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

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

ΚΕΝ	Διάμεση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες (εύρος)		Τιμή p ^a
	Νοσοκομείο εκτός Αθήνας/Θεσσαλονίκης	Νοσοκομείο σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη	
Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	11 (30)	15 (27)	0,05
Πνευμονική εμβολή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	6 (25)	6,6 (25)	0,23
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	12 (49)	15 (51)	<0,001
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8 (31)	9 (39)	0,016
Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4 (16)	5 (25)	<0,001
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8 (42)	11 (31)	<0,001
Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3,5 (10)	5 (13)	<0,001
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	10 (29)	12 (22)	0,002
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4,3 (30)	5,4 (40)	<0,001
Μείζον τραύμα θώρακος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,5 (13)	2,5 (6)	0,9
Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4,5 (23)	5,3 (27)	0,09

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Σημεία και συμπτώματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2 (9)	3 (14)	<0,001
Πνευμοθώρακας χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4 (28)	5 (32)	0,3
Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4,2 (22)	5,6 (16)	<0,001
Βρογχίτιδα και άσθμα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,2 (5)	2,9 (6)	0,003
Υλακώδης βήχας και οξεία βρογχιολίτιδα χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2,5 (6)	3,7 (5,3)	<0,001
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	9 (61)	10 (42)	0,01
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3,3 (40)	4 (13)	0,02
Πλευριτική συλλογή με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	6 (24)	6,4 (16)	0,002
Πλευριτική συλλογή χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3 (13)	2,7 (16)	0,5
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	9 (71)	10 (34)	0,2
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5 (23)	6 (35)	0,01
Άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2 (14)	2,8 (27)	<0,001

^a έλεγχος Mann-Whitney

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση

Δεδομένων των προβλημάτων, που υπάρχουν στον τομέα υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα -λόγω του ό,τι αυτός ο τελευταίος είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στην Ελλάδα- και τα οποία προβλήματα συνεχώς μεγεθύνονται λόγω της οικονομικής και της εν γένει δημοσιονομικής κρίσης, η προσέγγιση του συγκεκριμένου εγχειρήματος χρήζει ιδιαίτερης προσοχής ώστε οι ανταλλαγές να γίνονται με αληθινές τιμές στην αμφίδρομη ροή υπηρεσιών και χρημάτων και να απεικονίζονται με πιο ολοκληρωμένη μορφή την παραγωγική δραστηριότητα του υγειονομικού τομέα.

Η αναλυτική προσέγγιση της παρούσας εργασίας, αναφέρεται στις προϋποθέσεις, που έχουν σημειωθεί και το σωστό και επαρκή χρόνο διαμόρφωσης ενός δείγματος με αξιοπιστία και ακρίβεια.

Σε αυτήν την κατεύθυνση ο προσδιορισμός ενός εστιακού σημείου για την παρακολούθηση, την προσαρμογή και εξέλιξη των ΚΕΝ είναι αναγκαστικός. Επιπλέον η προσθήκη ή η αναπροσαρμογή κάποιου/ων ΚΕΝ καλό είναι να γίνεται από αυτό το εστιακό σημείο, ύστερα από προσεκτική ανάλυση των δεδομένων σε συνδυασμό με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής. Υπό αυτήν την έννοια ο Ν 4286 δείχνει να είναι προς την ορθή κατεύθυνση. Αυτό δε σημαίνει ότι θα πρέπει κάποιος να κρίνει αυστηρά την μέχρι τώρα εφαρμογή του θεσμού των ΚΕΝ, αφού αυτή, πέρα από τις όποιες αδυναμίες της και περιορισμούς, ήδη κατάφερε να εισαγάγει στα νοσοκομεία ένα διαφορετικό τύπο οργανωσιακής κουλτούρας.

Επιπροσθέτως έχουν λάβει πνοή και άλλες μελέτες, που αφορούν στα ελληνικά ΚΕΝ και την εφαρμογή τους. Η Δρ Όλγα Σίσκου (2011) εκπόνησε μία μελέτη με σκοπό να αξιολογήσει το βαθμό, στον οποίο η καθορισμένη εκ των προτέρων μέση διάρκεια παραμονής αλλά και το κόστος ανά επιλεγμένο ΚΕΝ στην Ελλάδα συμμορφώνονται με την πραγματική χρήση των πόρων και να διερευνήσει τους παράγοντες (πχ το μέγεθος, τον τύπο και τη θέση του νοσοκομείου), το οποίο συσχετίστηκαν με το τελικό κόστος.

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Από την παραπάνω μελέτη αναδεικνύονται, ότι η εισαγωγή των ΚΕΝ-DRGs ήταν ένα χρήσιμο πρώτο βήμα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοστολόγησης των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της Σίσκου, ανέδειξαν ότι απαιτούνται περαιτέρω αναθεωρήσεις για την ανάπτυξη ενός μηχανισμού αμοιβών Νοσοκομείων, που τελικά εγκρίθηκε στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η δημιουργία (Ν 4286/2014 ΦΕΚ 194 / 19-09-2014) του φορέα που είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη ενός συστήματος αμοιβών για τα νοσοκομεία, Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (Ε.Σ.Α.Ν. Α.Ε.)» μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην επίτευξη του στόχου αυτού, καθώς, είναι καθολικό σύστημα κατανομής αμοιβών, οικονομικών πόρων μεταξύ νοσοκομείων, δημόσιων και ιδιωτικών, επί τη βάση των ειδικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών εισαγωγής, διάγνωσης και θεραπείας ασθενών που παρέχονται. Βασίζεται στη μεθοδολογία του συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG–Diagnosis Related Groups), προβλέπει ως κεντρική αρχή τον καθορισμό δίκαιης αμοιβής για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται, ανά περιστατικό ασθενούς, συνιστά ένα εθνικής εμβέλειας καθολικό σύστημα καθορισμού αμοιβών επί τη βάση διαγνωστικά ομοιογενών ομαδοποιήσεων των υπηρεσιών ανά περιστατικό, καθώς και συνυπολογισμού δαπανών κάθε είδους, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται, κατά το στάδιο της πλήρους θέσεώς του σε εφαρμογή. Το Σ.Α.Ν. τίθεται σε δοκιμαστική εφαρμογή την 1η Ιουνίου 2015, σε συγκεκριμένα νοσοκομεία που θα επιλεγθούν για το σκοπό αυτόν και από την 1η Ιανουαρίου 2016 έως την 31η Δεκεμβρίου 2016, σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές. Ως ημερομηνία καθολικής εφαρμογής του Σ.Α.Ν. ορίζεται η 1η Ιανουαρίου 2017. Από την 1η Ιουνίου 2015 έως και την 1η Ιανουαρίου 2017 εξακολουθούν να ισχύουν παράλληλα με το Σ.Α.Ν. οι κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Υγείας που έχουν εκδοθεί για τον καθορισμό των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ).

Τέλος, το αποτέλεσμα της στατιστικής ανάλυσης από την χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο πλαίσιο του συστήματος των ΚΕΝ, φανερώνει μια ασυμμετρία συμπεριφορών σε επίπεδο διαφορετικών νοσοκομείων και μια σειρά στοιχείων, που καταδεικνύουν την χρήση διαφορετικών εφαρμοζόμενων πρακτικών κατά την παροχή φροντίδας υγείας, οι οποίες μπορεί να αναπτύσσονται λόγω του διαφορετικού τρόπου οργάνωσης, στελέχωσης κλπ μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βρέθηκε ότι η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας για την πλειονότητα των υπό μελέτη ΚΕΝ είναι μεγαλύτερη από την προκαθορισμένη ΜΔΝ, ενώ αντίστροφα το πραγματικό μέσο κόστος βρέθηκε να είναι μικρότερο της προκαθορισμένης αποζημίωσης. Αυτή η παραδοξότητα που καταδεικνύεται από τα αποτελέσματα δεν είναι δυνατόν να διερευνηθεί από τα διαθέσιμα δεδομένα. Σίγουρα όμως αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα ΚΕΝ θα πρέπει να επαναξιολογηθούν, προκειμένου να ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια στα προκαθορισμένα αντίστοιχα μεγέθη.

Η πραγματική μέση διάρκεια νοσηλείας βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα νοσοκομεία σε Αθήνα/Θεσσαλονίκη για τα δώδεκα (12) από τα είκοσι τρία (23) ΚΕΝ. Αυτό βρέθηκε για όλες τις λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού, όλους τους τύπους πνευμονικού οιδήματος, στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και στη βρογχίτιδα/άσθμα είτε με είτε χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές, στα νεοπλάσματα του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές και τέλος στην πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές. Αυτό ιθανώς να οφείλεται στην καθυστέρηση διαχείρισης των περιστατικών λόγω μεγαλύτερου φόρτου εργασίας.

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εφαρμογή των DRGs (ΚΕΝ) δείχνει να αποτελεί μονόδρομο όσον αφορά στην αποζημίωση των νοσοκομείων. Η έναρξη εφαρμογής του θεσμού στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια, με τις όποιες αδυναμίες κι αν παρουσιάζει, αποτελεί ένα σημαντικό μέτρο, το οποίο δε σχετίζεται μόνο με τη βιωσιμότητα των νοσοκομείων και του τομέα της ασφάλισης της υγείας αλλά και με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αφού θέτει κανόνες ως προς τον τρόπο παροχής αυτών των υπηρεσιών και παράλληλα καθιστά όλους τους παρόχους φροντίδας υγείας περισσότερο υπεύθυνους κατά τη διαδικασία παροχής.

Παρά τους όποιους προβληματισμούς που παρουσιάστηκαν, οι ασθενείς δεν θα πληρώνουν από την «τσέπη τους» εάν παραμείνουν περισσότερο από την καθορισμένη μέση διάρκεια νοσηλείας, αλλά τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία είναι ασφαλισμένοι.

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

Το όλο εγχείρημα δεν απέχει πολύ από την ολοκλήρωσή του -λαμβάνομένου υπ' όψιν του δυναμικού χαρακτήρα του-, οπότε όλοι οι Έλληνες πολίτες ευχόμαστε αυτή η προσπάθεια να μη μείνει στα μισά του δρόμου.

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Bunker J. Surgical manpower,(1970), A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *N Engl J Med*, 282:135–144
- IHPA (2012), Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 6.x, Definitions manual addendum, INDEPENDENT HOSPITAL PRICING AUTHORITY.
- Inke Mathauer & Friedrich Wittenbecher (2013), Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries, *Bull World Health Organ*; 91:746–756A.
- Klarman H.,(1965), *The economics of health*. Columbia university Press, New York.
- OECD (2012), *Health at a Glance*, retrieved in May 2015 from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodimopoulos,(2013), N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy*, 109:14–22
- Richard F. Averill, Norbert Goldfield, Jack S. Hughes, Janice Bonazelli, Elizabeth C. McCullough, Barbara A. Steinbeck, Robert Mullin & Ana M. Tang (2003), ALL PATIENT REFINED DIAGNOSIS RELATED GROUPS (APR-DRGs) Version 20.0, Methodology Overview, National Association of Children’s Hospitals and Related Institutions, Inc.
- Scheller- Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). The ABC of DRGs. *Euro Observer*, 11, 1-5
- Schmid A, Gotze R.,(2009) Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev*, 62:21–40

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Schreyoegg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., & Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9, 215-23.

Thompson JD, Averill RF, Fetter RB.,(1979), Planning, budgeting and controlling – one look at the future: Case-mix cost accounting. *Health Serv Res*, 14:111–125

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 ΚΕΝ-DRGs in Greek Public Hospitals: The degree to which they reflect the actual expenditure and Alos”, National and Kapodistrian University of Athens, Athens Greece.

Ελληνική

Βαράκης Χ., (2011), Ανάλυση για χρηματοδότηση Δημόσιων Νοσοκομείων με τα ΚΕΝ-GRGs, Μελέτη ΕΔΟΕΑΠ, Αθήνα.

Γούλα, Α., (2007), Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. Ελληνική Εμπειρία και Πρακτική. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

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

Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαραστέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ.,(2005), Η οργάνωση και η διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Στο: *Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Γ΄ ΠεΣΥΠ Αττικής, Αθήνα.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κέφης, Β., (2005), Ολοκληρωμένο Management, Βασικές Αρχές για Σύγχρονες Οικονομικές Μονάδες, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Λιαρόπουλος Λ.,(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, *ΒΗΤΑ*.

Μανιαδάκης, Ν. και συν., Μάρτιος (2011), Επιτροπή ΥΥΚΑ για την Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα..

Μπουσαρνίδης, Χ., Μπαλασοπούλου, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (1992). Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προϋπολογισμού, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1 (4), σελ. 23-42.

Νεκτάριος Μ.,(2010), Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας. Επιθεώρησις Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης, *NB (12/622):1097–1108* ,Αθήνα.

Νεονάκης Ι., Λιλίντας Α., Μπαριτάκη Μ., Σεβαστάκη Ε. (2007), «Μέθοδος αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Σκέψεις ως προς τη μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRG's των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων», Αθήνα.

Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις

Περιοδικό Archives of Hellenic Medicine (2005), "Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη", Ιανουάριος-Φεβρουάριος, *Volume 22, No 1*.

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.

Τσατσούλη, Δ., (2008), *Εισαγωγή του Σφαιρικού Κλειστού και Κατά Τμήμα Προϋπολογισμού στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας*. s.l.:Μεταπτυχιακή Εργασία ΕΣΔΥ.

Υπουργική Απόφαση, ΔΥ1δ/104766 - 26/10/2012, ΑΔΑ: Β43ΘΘ-ΠΧΗ

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

ΥΥΚΑ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ (2015), Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-ei-sagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeia>

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

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Αίτημα χορήγησης στοιχείων (υπόδειγμα)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.2394... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ3.9.2014...

DL
L
74

Σπάρτη, 18 Ιουλίου 2014

Προς: Βασίλειο Κοντοζαμάνη
Διοικητή 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας

Θέμα: Αίτηση χορήγησης στοιχείων για διεξαγωγή μελέτης

Αξιότιμε κ. Διοικητά,

Ο κος Ιωάννης Τσιώλης, 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 Γενικά Νοσοκομεία της 1ης ΥΠΕ.».

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον συνυπογράφο, 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 Γενικά Νοσοκομεία ευθύνης σας. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Διεύθυνση : Ορθίας Αρτέμιδος και Πλαταιών, 23100 Σπάρτη
Τηλέφωνο : 27310-89720/89722 Fax : 27310-89721

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

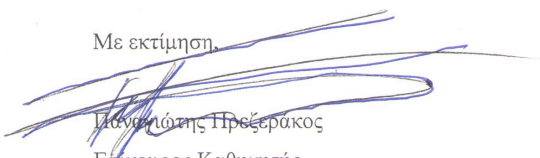
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

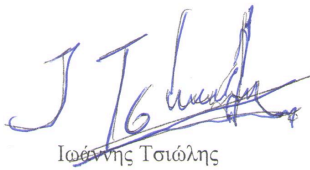
Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του μεταπτυχιακού φοιτητή είναι: 6949613108 - 2102435332 και η ηλεκτρονική του διεύθυνση: jhtsiolis@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,


Ιωάννης Τσιώλης
Επικουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου


Ιωάννης Τσιώλης
Μεταπτυχιακός Φοιτητής

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Παράρτημα II: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την 1η ΥΠΕ



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 : Ζαχάρωφ 3, Αθήνα Τ. Κ.: 11521
Πληροφορίες : Ε. Σταματίου
e-mail : estamatiou@1ypatt.gr
Τηλ. : 213-2010416
Fax : 213-2010435

Αθήνα 1/8/14
Αριθ. Πρωτ. : 24255

ΠΡΟΣ :
Τον κ. Τσιώλη Ιωάννη

ΘΕΜΑ : Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή στοιχείων για διεξαγωγή μελέτης
Σχετ.: Η υπ'αρ. πρωτ. 23941/30-7-14 αίτηση του κ. Τσιώλη Ιωάννη

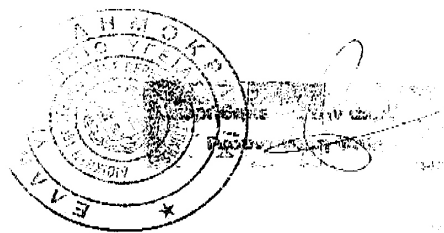
Σε απάντηση της παραπάνω αίτησης, σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από την 1^η ΥΠΕ Αττικής, στο πλαίσιο της αναδρομικής μελέτης που διεξάγετε ως μεταπτυχιακός φοιτητής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θέμα: «Αξιολόγηση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

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

Τμ. Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Δ.Σ. ✓



Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Παράρτημα ΙΙΙ: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την 3η ΥΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

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 Μουμόλη Μαρία, τηλ. 2313 320513), προκειμένου να αποσπάσει τα στοιχεία που επιθυμεί.


Ο Διοικητής
Ανδριόπουλος Δημοσθένης

Εσωτερική διανομή:

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Υποδιοικητών
3. Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, 54623 Θεσσαλονίκη. Τηλ.: 2313 320567 Fax : 2313 320508, email: npar@3ype.gr
Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας κ. Τσιώλη

Αξιολόγηση του θεσμού των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία: Η περίπτωση των
παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος

Παράρτημα IV: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την 6η ΥΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

ΠΑΤΡΑ 05/09/2014

Αριθμ. Πρωτ. 19655

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

- Σχετ:** 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 ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
α/α Ο Υποδιοικητής

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
κ. Παναγιώτη Πρεζεράκου
Επίκουρο Καθηγητή
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου