



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»

Σπουδαστές: Πρίφτη Ίνα

Σιαλμά Ιωάννα

Επιβλέπων καθηγητής: Παπουτσής Ιωάννης

Καλαμάτα, 2017

ΈΓΚΡΙΣΗ

Υπογραφή

| | |
|------------------------------|--|
| Επιβλέπων: Ιωάννης Παπουτσής | |
| Μέλος εξεταστικής επιτροπής: | |
| Μέλος εξεταστικής επιτροπής: | |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν στη παρακάτω πτυχιακή εργασία με τη πολύτιμη στήριξη τους. Την κυρία Αθανασία Μπίκα υπεύθυνη στο τμήμα πληροφορικής & οργάνωσης στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά». Ιδιαίτερα θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στο καθηγητή κ. Ιωάννη Παπουτσή που μας καθοδήγησε στο να φέρουμε εις πέρας την παρούσα εργασία.

Ευχαριστούμε πολύ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται η διασαφήνιση του όρου των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) στην Ελλάδα ως σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων που αποσκοπεί στην ακριβέστερη τιμολόγηση των νοσηλίων και την καλύτερη ποιότητα αυτών.

Σκοπός: Το ενδιαφέρον εστιάζεται στο κατά πόσο τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια αφομοιώθηκαν και λειτούργησαν σαν καλύτερος τρόπος αποζημίωσης στο ελληνικό σύστημα Υγείας σε σχέση με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο που προϋπήρχε. Καθώς και ποια η διεργασία μέχρι να φτάσουν από άλλες χώρες στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Η μελέτη θα κινηθεί σε ένα ευρύ θεωρητικό επίπεδο ώστε να αναλυθούν οι λόγοι εφαρμογής των ΚΕΝ στο ελληνικό σύστημα Υγείας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο ώστε να καταγραφεί η αλλαγή της τιμολόγησης των νοσοκομείων βάση του καινούριου τρόπου, λαμβάνοντας υπόψη τρία χειρουργικά περιστατικά στο δημόσιο νοσοκομείο «Μεταξάς».

Συμπεράσματα: Η έρευνα που επιχειρήθηκε να γίνει αναδεικνύει καλύτερες επιδράσεις στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων όσο και μείωση των τιμών των νοσηλίων κατά την εφαρμογή τους και προλαμβάνει επιπλέον χρεώσεις που με το παλιό σύστημα δε μπορούσαν να το ελέγξουν. Η ποιότητα φροντίδας καλυτερεύει και η μέση διάρκεια νοσηλείας για κάθε ασθενή είναι συγκεκριμένη. Ωστόσο υπάρχουν μη αναμενόμενα προβλήματα λόγω έλλειψης βασικών υποδομών

Λέξεις – Κλειδιά: ΚΕΝ, DRGs, Σύστημα υγείας, Χρηματοδότηση, Ποιότητα, Ελλάδα, ΜΗΝ

ABSTRACT

Introduction: This dissertation deals with the clarification of the term Diagnosis-Related Groups (DRGs) in Greece as a compensation system for hospitals that aims at a more accurate pricing of health care services and their better quality.

Purpose: The focus is on whether DRGs were assimilated and functioned as a better way of compensating the Greek health system in relation to the pre-existing “closed daily hospitalization”. In addition, the process of their arrival from other countries to Greece is examined.

Methodology: The study will be conducted at a broad theoretical level in order to analyse the reasons for the application of DRGs to the Greek health system but also at a research level in order to record the change in hospital pricing based on the new method, taking into account three surgical operations in the "Metaxas" public hospital.

Conclusions: The attempted research shows improved results in the way hospitals are being compensated, as well as a reduction of hospitalisation prices and prevents additional charges that the old system was not able to control. The quality of care is improved and the average length of hospitalization for each patient is specific. However, there are unexpected problems due to the lack of basic infrastructure.

Key words: DRGs, Health care, Financing, Quality, Greece

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΙΝΑΚΕΣ

8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

| | |
|---|----|
| 1.1 Έννοιες και ορισμοί της Υγείας | 11 |
| 1.1.1 Ιστορική εξέλιξη της Υγείας | |
| 1.2 Συστήματα υπηρεσιών Υγείας | 13 |
| 1.2.1 Εισαγωγή της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα | |
| 1.2.2 Εισαγωγή της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ευρώπη | |
| 1.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας | 16 |
| 1.4 Βασικά χαρακτηριστικά των δομών Υγείας | 19 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|--|----|
| 2.1 Μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων Υγείας | 21 |
| 2.2.1. Παραδοσιακοί μέθοδοι αποζημίωσης | |
| 2.2.2. Σύγχρονοι μέθοδοι αποζημίωσης | |
| 2.2 Χρηματοδότηση από δημόσια ασφάλιση | 23 |
| 2.3 Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση | 26 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|---|----|
| 3.1 Εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων | 27 |
| 3.3.1. Ιστορική αναδρομή των Diagnosis Related Groups (DRGs) | |
| 3.3.2. Συστήματα Diagnosis Related Groups στον Ευρωπαϊκό χώρο | |
| 3.3.3 Μελέτες Περιπτώσεων | |
| 3.2 Νομοθετικό πλαίσιο των ΚΕΝ στην Ελλάδα | 34 |
| 3.3 Αντιστοίχιση των κωδικών International Classification of Diseases (ICD-10) και ιατρικών πράξεων με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια | 38 |
| 3.4 Μεθοδολογία μετάφρασης και προσαρμογής ονοματολογίας των ΚΕΝ | 41 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|---|----|
| 4.1 Το Ειδικό Αντικαρκινικό νοσοκομείο Μεταξά | 43 |
| 4.2 Υλοποίηση των ΚΕΝ στο νοσοκομείο «Μεταξά» | 45 |
| 4.3 Κοστολόγηση περιστατικών και αποτελέσματα | |

| | |
|---------------------|----|
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 51 |
|---------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 53 |
|---------------------|----|

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

KEN → Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

ICD-10 → International Classification Of Diseases

ΠΟΥ → Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

DRGs → Diagnosis Related Groups

ΙΚΑ → Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΕΚΑΣ → Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων

ΝΠΔΔ → Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΝΠΙΔ → Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

ΕΣΥ → Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΓΑ → Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΤΕΒΕ → Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος

Ο.Ο.Σ.Α → Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

GR-DRGs → Greece Diagnosis Related Groups

ΥΥΚΑ → Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης

AR-DRGs → Australian Diagnosis Related Groups

ΚΥΑ → Κοινή Υπουργική Απόφαση

ΦΕΚ → Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

ΣΑΚ → Σύστημα Κωδικοποίησης Αντιστοίχισης

ΟΠΣΥ → Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση ICD-10

Πίνακας 2: Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ (ΥΥΚΑ – ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 01/09/11)

Πίνακας 3: Επέμβαση με Ημερήσιο Νοσήλιο (2009)

Πίνακας 4: Επέμβαση με Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (2016)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη διασαφήνιση του όρου των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), ερμηνεύοντάς τον μέσα από τα στερεότυπα και τις καταστάσεις που παρουσιάζονται στα συστήματα υγείας. Με αυτή μας τη προσπάθεια προσέγγισης, πιστεύουμε ότι θα συμβάλλουμε με ένα "μικρό λιθαράκι" στον καλύτερο σχεδιασμό και στην αρτιότερη ενημέρωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Με την εργασία αυτή επιχειρούμαι μια σύντομη ιστορική αναδρομή στο θεσμό των ΚΕΝ στη χώρα μας και παρουσιάζουμε συμπεράσματα λαμβάνοντας υπόψη μας την υπάρχουσα βιβλιογραφική ελληνόγλωσση αλλά και ξενόγλωσση αναφορά σε θεωρητικό και εμπειρικό επίπεδο.

Το ενδιαφέρον εστιάζεται στη διερεύνηση των μεθόδων χρηματοδότησης που επικρατούν στο χώρο των νοσοκομειακών μονάδων αλλά και στην εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη γενικότερα.

Όσον αφορά την δομή της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο θα αναπτυχθεί η έννοια της υγείας, καθώς και η εξέλιξη των συστημάτων υπηρεσιών υγείας σε Ελλάδα και Ευρώπη βασιζόμενα στην κοινωνική ασφάλιση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο των μεθόδων χρηματοδότησης των φορέων υγείας, είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί.

Στο τρίτο κεφάλαιο, εξετάζεται η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στο ελληνικό σύστημα υγείας τα οποία στηρίχθηκαν στο International Classification of Diseases (ICD-10).

Εκτιμάται ότι αφενός θα επιβεβαιώσουμε προηγούμενες επιστημονικές προσπάθειες, αφετέρου θα εκφραστούν χρήσιμα και ασφαλή συμπεράσματα για το μέλλον του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Έννοιες και ορισμοί της Υγείας

Ο όρος «υγεία» αποτελεί θεμελιώδες αγαθό για την ζωή και την επιβίωση του ανθρώπου. Είναι πολυδιάστατος και κάθε άτομο τον αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο. Καθημερινά, ακούμε εκατοντάδες ανθρώπους να επικαλούνται στον όρο αυτό, αναφέροντας μάλιστα πως είναι πολύ σημαντικός για την ανάπτυξη μιας κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Κατσουγιαννόπουλο, η υγεία είναι η βάση της ευημερίας του γενικότερου συνόλου, της προόδου και της ευτυχίας των λαών (Κατσουγιαννόπουλος, 2001). Συνδέεται μάλιστα με την κοινωνική ή πολιτισμική κατάσταση του ατόμου, ανάλογα με τα πρότυπα και τις προσδοκίες ο κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί το δικό του τρόπο για να αξιολογήσει την υγεία.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ): «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Ο παραπάνω αποτελεί έναν θετικό ορισμό υγείας, στον οποίο η έμφαση εστιάζεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Στο εν λόγω ορισμό παρατηρείται ότι πέρα από τη σωματική υγεία συμπεριλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες, ψυχικοί και κοινωνικοί, που θεωρείται ότι συμβάλουν στον καθορισμό αυτού που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Με βάση το λειτουργικό ορισμό, υγεία θεωρείται η ικανότητα που διαθέτει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Εδώ παρατηρείται ότι η υγεία ορίζεται με βάση τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Από την άλλη σε αντίθεση με το λειτουργικό ορισμό, ο βιωματικός, εστιάζεται περισσότερο στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του υγιή ή μη.

1.1.1 Ιστορική εξέλιξη της Υγείας

Στην Ελλάδα, η ιστορική εξέλιξη της υγείας θεωρείται πολύ σημαντική. Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στην αρχαιότητα και στους Έλληνες παρατηρείται η σπουδαιότητα της θεάς Υγείας, η οποία με την πάροδο του χρόνου καταλήγει, στα σημερινά υπερσύγχρονα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο. Ο Ιπποκράτης, ο αρχαίος Έλληνας ιατρός αναφέρει σχετικά με την ασθένεια πως δεν αποτελεί μια τιμωρία από τους Θεούς προς τον άνθρωπο, αλλά είναι η συνέπεια περιβαλλοντικών παραγόντων, συνηθειών υγείας και διατροφής (Υφαντόπουλος 2003).

Στις μέρες μας η επιστήμη της Υγείας στην Ελλάδα είναι ίσως ο κλάδος που θα αντιμετωπίσει τις σημαντικότερες, από άποψη μεγέθους αλλαγών, προκλήσεις στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές προέρχονται από την ζήτηση των αυξημένων επιπέδων ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών δεδομένων των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων».

Βάση των παραπάνω προκλήσεων, παρουσιάζονται και προωθούνται τα νέα συστήματα αποζημίωσης, Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) τα οποία συνιστούν μια προσπάθεια να εισαχθεί στα νοσοκομεία ένας νέος τρόπος χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας.

Τα Ελληνικά Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) αποτελούν μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλίων ασθενών η οποία βασίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα Diagnosis Related Groups (DRGs).

1.2 Συστήματα υπηρεσιών Υγείας

Η Υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο παρέχεται σε όλους τους πολίτες μιας χώρας. Στην Υγεία έχουν δικαίωμα και εύκολη πρόσβαση όλοι οι πολίτες και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ισότητας και της δικαιοσύνης, καθώς όλοι ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής τάξης, πρέπει να έχουν μια σωστή ποιότητα ζωής. Όσο καλύτερα διαχειρίζονται οι πόροι από τους κρατικούς μηχανισμούς, στους οποίους στηρίζεται ένα σύστημα Υγείας τόσο καλύτερα εξυπηρετείται το σύνολο των πολιτών.

Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1999) και τον Λιαρόπουλο (1991) ως σύστημα Υγείας ορίζουμε το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της Υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο διοίκησης και οργάνωσης στοχεύει στη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Ο βασικός σκοπός του εκάστοτε συστήματος υγείας είναι το βέλτιστο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αυτό επηρεάζεται από τις περιβαλλοντικές, οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες του εκάστοτε συστήματος. Ένα σύστημα υγείας στηρίζεται στο επίπεδο ποιότητας ζωής του πληθυσμού και στην εξέλιξή του, τον τρόπο παραγωγής των υπηρεσιών και το σημαντικότερο από τον τρόπο που γίνεται η κάλυψη των δαπανών υγείας.

Επειδή οι δαπάνες αυτές στηρίζονται άμεσα με την κοινωνική ασφάλιση γίνεται μια προσπάθεια να αναλυθεί παρακάτω ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα και η εξέλιξή της, επηρεαζόμενη από τα συστήματα που προϋπήρχαν στην Ευρώπη.

1.2.1 Εισαγωγή της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα βασίζεται στην πολυπλοκότητα και στην γραφειοκρατία των υπηρεσιών, καθώς περιέχει έναν συνδυασμό των συστημάτων Bismarck και Beveridge, της έλλειψης της σωστής διαχείρισης υπάρχουν πολλά ελλείμματα παρόλο που γίνονται άκαρπες προσπάθειες μέχρι τώρα να αλλάξει η κατάσταση (Βοζίκης, 2006).

Η πορεία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα εξελίχθηκε σταδιακά και με σχετικά αργούς ρυθμούς. Από το 1836 έως και το 1961 άρχισαν να δημιουργούνται ξεχωριστά ταμεία ασφάλισης στους κλάδους εργασίας και αυτός ήταν ο κύριος λόγος που οδήγησε σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που δεν είχε συνοχή και συγκεκριμένη δομή, έχοντας ως αποτέλεσμα την μη κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων.

Τον Οκτώβριο του 1932 ιδρύθηκε το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο στην Ελλάδα το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Το Ίδρυμα αυτό κάλυπτε τους ασφαλισμένους από ατυχήματα στην εργασία, την ασθένεια, το γήρας, το θάνατο καθώς παρείχε και το επίδομα μητρότητας.

Οι βασικές δεσμεύσεις για την ασφάλιση, βάση συντάγματος είναι οι εξής δύο:

- i. Η κοινωνική ασφάλιση ασκείται είτε από το κράτος είτε από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου όπου υπάρχει υποχρεωτική ασφάλιση και αυτό γίνεται από υποχρεωτική καταβολή εισφορών.
- ii. Η κοινωνική ασφάλιση στηρίζεται σε μία αναλογιστική βάση ο ασφαλισμένος καταβάλλει κάποιες υποχρεωτικές εισφορές οι οποίες σε περίπτωση ανάγκης τον καλύπτουν.

Στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια προσπαθούν να εξυγιάνουν και να ρυθμίσουν τα χρηματοοικονομικά προβλήματα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Υπάρχουν πέντε βασικές περιόδους που έγιναν νομοθετικές παρεμβάσεις.

α) Η πρώτη περίοδος, από το 1990 έως το 1992, χαρακτηρίστηκε από την μείωση κάποιων παροχών, σε αντίθεση με τις ασφαλιστικές εισφορές που αυξήθηκαν είχε ως στόχο, την κάλυψη των ελλειμμάτων που είχαν προκύψει στα ασφαλιστικά ταμεία.

β) Η δεύτερη περίοδος, από το 1993 έως 1999, είχε ως κύριο γνώρισμα της την οργανωτική αναδιάρθρωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Η αναδιάρθρωση αυτή έγινε με συγχωνεύσεις ταμείων κύριας ασφάλισης των ελευθέρων επαγγελματιών, με δημιουργία νέου ασφαλιστικού καθεστώτος για τους αγρότες καθώς και την εισαγωγή Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ) για τους χαμηλοσυνταξιούχους.

γ) Η τρίτη περίοδος, από το 2000 έως το 2004, ήταν μια περίοδος που χωρίστηκε σε δυο φάσεις. Στην πρώτη φάση ξεκίνησαν οι συζητήσεις για να γίνουν κάποιες μεταρρυθμίσεις στα ασφαλιστικά ταμεία με σκοπό να αποκτηθεί μια κοινωνική συνοχή,

χωρίς αποκλεισμούς ατόμων, και κατά συνέπεια να βοηθήσει και στην ελληνική οικονομία. Στην δεύτερη φάση αφού πάρθηκαν οι τελικές αποφάσεις ψηφίστηκε ο νόμος βάση του οποίου περιορίστηκε η πολυδιάσπαση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, έχοντας και τη σύμφωνη γνώμη των Συνδικάτων.

δ) Η τέταρτη περίοδος, από το 2004 έως το 2008, αναγνωρίστηκε από την ενοποίηση δεκατριών (13) ασφαλιστικών ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης καθώς κύριο πρόβλημα αποτελούσε η οικονομική βιωσιμότητα τη Κοινωνικής Ασφάλισης.

ε) Η πέμπτη περίοδος, από το 2009 έως και σήμερα, χαρακτηρίζεται για την δυσμενή θέση που βρίσκεται όλο το κράτος, κατά συνέπεια και η κοινωνική ασφάλιση καθώς το Νομισματικό Ταμείο και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ζητούν ενιαίο μισθολόγιο, συνταξιοδοτικές μεταρρυθμίσεις και εργασιακή εφεδρεία (Τούντας, 2008, Βοζίκης και Λοπατατζίδης, 2006).

1.2.2 Εισαγωγή της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ευρώπη

Η κοινωνική ασφάλιση για την Ευρώπη ξεκίνησε από την ηπειρωτική της πλευρά. Η πρώτη εφαρμογή της κοινωνικής ασφάλισης ήταν υπό τον καγκελάριο Bismarck στην αυτοκρατορική Γερμανία.

Η Γερμανία απέκτησε γενική ασφάλιση για την μητρότητα και την ασθένεια το 1883. Ένα χρόνο μετά, το 1884, για τα ατυχήματα ενώ για το γήρας και την αναπηρία το 1889. Η κοινωνική ασφάλιση στην Γερμανία είχε ως στόχο να εξουδετερώσει το επαναστατικό δυναμικό και να αφομοιωθεί η εργατική κοινωνική τάξη στο καπιταλιστικό σύστημα. Ωστόσο για να μην μπορεί να αμφισβητηθεί η κοινωνική ασφάλιση προσπάθησαν να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ανταποδοτικοί στις κοινωνικές ανάγκες των εργαζομένων.

Σήμερα αρκετές χώρες της Ευρώπης στηρίζονται στο σύστημα της Γερμανίας για αυτό και έχουν αυτόνομα ταμεία που συγκεντρώνουν τις εισφορές από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους με αποτέλεσμα μετέπειτα οι συντάξεις να καταβάλλονται μόνο εάν έχουν πληρωθεί και οι ελάχιστες εισφορές.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και χώρες της Ευρώπης που έχουν υιοθετήσει το μοντέλο του Beveridge, το οποίο ξεκίνησε από την Βρετανία. Αυτό το μοντέλο

πρότεινε ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης, με βέλτιστες παροχές. Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης είναι δημόσιοι και εποπτεύονται από το ανάλογο υπουργείο. Όλο αυτό ο Beveridge το ξεκίνησε το 1942 με στόχο την αποτροπή της οικονομικής εξαθλίωσης των ατόμων καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Την δημιουργία αυτού του μοντέλου την «ευνόησαν» οι πόλεμοι καθώς μέσω αυτών άρχισε να λειτουργεί το σύστημα της πρόνοιας, σε πρώτο στάδιο σε αυτούς που έχριζαν άμεσης ανάγκης και μετά επεκτάθηκε στο σύνολο του πληθυσμού.

Η Ευρώπη σήμερα λόγω το ότι είχε σωστούς μηχανισμούς και έλεγχε την κατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης δεν άφησε να υπάρξουν διαρρεύσεις και να εκμεταλλευτούν διαφορετικά τα αποθέματα στα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης, σε αντίθεση με την Ελλάδα. Κύριο μέλημα στις χώρες της Ευρώπης είναι να προστατεύσουν την τρίτη ηλικία μέσα από τις εργατικές εισφορές τους αλλά και να ασφαλίσουν το σύνολο των ασφαλισμένων.

1.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας

Ποιότητα ονομάζεται το σύνολο που χαρακτηρίζει μια υπηρεσία ή ένα προϊόν και προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης». Η ποιότητα είναι αναμφισβήτητα η πιο σημαντική αξία σε όλους, σχεδόν, τους τομείς και την επιδιώκουν σε όλες τις δραστηριότητες στην ανθρώπινη δράση.

Η ποιότητα εξελίχθηκε από τη δεκαετία του 1950 και έπειτα στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Αντίθετα, στο χώρο της Υγείας η ανάγκη για ποιότητα εμφανίστηκε πολύ νωρίτερα από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος ήθελε να εξασφαλίσει την ποιότητα στις παροχές υπηρεσιών προς τον ασθενή (Οικονομοπούλου 2002). Η πρώτη προσπάθεια για τη καταγραφή της κατάστασης υγείας των ασθενών ξεκίνησε τον 19^ο αιώνα στην Αγγλία.

Η ποιότητα σαν έννοια έχει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς διότι υπάρχουν δύο διαφορετικές πλευρές και ερμηνεύεται διαφορετικά από τους αγοραστές/καταναλωτές της υπηρεσίας ή του προϊόντος και διαφορετικά από τους παραγωγούς/προμηθευτές.

Από τη μία πλευρά, αγοραστών/καταναλωτών ο βαθμός της ποιότητας και της ικανοποίησης καθορίζεται από τις απαιτήσεις που έχει ο καταναλωτής και αυτό βέβαια ορίζεται από τις ανάγκες του καθενός και πόσο ικανοποιημένος είναι, γιατί δεν ικανοποιούμαστε όλοι το ίδιο (Δερβιτσιώτης 1999).

Από την άλλη πλευρά, των παραγωγών/προμηθευτών ο βαθμός ποιότητας μετριέται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας και το κατά πόσο συμβάλει με τις αρχικές προδιαγραφές της διοίκησης για το συγκεκριμένο προϊόν ή την υπηρεσία. Σίγουρα το αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι πάνω στις απαιτήσεις των καταναλωτών και να ανταποκρίνεται σε αυτούς όταν θα προωθηθεί το προϊόν στην αγορά (Σιγάλας 1999).

Δίνονται πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για την ποιότητα. Κάποιοι την ορίζουν σε βαθμό ιατρικού αποτελέσματος και ιατρικών υπηρεσιών, ενώ άλλοι σε βιομηχανικό βαθμό σε σχέση με τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η ποιότητα για τη περίθαλψη έχει τα εξής παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Επαγγελματισμός σε υψηλό επίπεδο

- Αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Με βάση την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις της ποιοτικής φροντίδας οι οποίες είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας και η έγκαιρη παροχή της φροντίδας.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι περισσότερο σύνθετη στο τομέα της υγείας απ' ό,τι στο τομέα της βιομηχανίας – επιχειρήσεις διότι στο τελευταίο ασχολούνται με ένα προϊόν και το μόνο που θέλουν είναι να έχουν μηδενικά ελαττώματα τόσο κατά τη λειτουργία του όσο και στην αποτελεσματικότητα του. Ενώ, στο τομέα της υγείας το αποτέλεσμα είναι πιο περίπλοκο αφού έχει να κάνει με ασθενείς και υπάρχει ποικιλία αναγκών τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους όσο και της αποθεραπείας τους, δηλαδή η επιθυμία του ασθενή να μπορέσει να ικανοποιηθεί (Τούντας, 2003).

Ο Avedis Donabedian, ήταν καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας στο πανεπιστήμιο του Michigan και πρωτοπόρος στα θέματα βελτίωσης της ποιότητας. Ο Donabedian έκανε μια συγκεκριμένη ανάλυση για την έννοια της ποιότητας και επισήμανε κάποιες σημαντικές παραμέτρους. Η πρώτη αφορά την παροχή της φροντίδας και χωρίζεται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις:

- Το τεχνικό μέρος (technical). Αυτό αναφέρεται στο κομμάτι της τεχνολογίας και της εφαρμογής της επιστήμης για την καλύτερη αντιμετώπιση της υγείας του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal). Αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση, στη σωστή συμπεριφορά των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας για τη σωστή αντιμετώπιση των ασθενών και των προσδοκιών τους.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Αναφέρεται στην υποδομή, το περιβάλλον και τις σωστές συνθήκες και ανέσεις που προσφέρεται η φροντίδα των ασθενών.

Κατέληξε λοιπόν, στον παρακάτω ορισμό της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας με βάση αυτά τα δεδομένα: "ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία".

Επίσης, σημαντικές είναι και οι διαστάσεις της ποσότητας και του οικονομικού κόστους της ποιότητας. Η ποσότητα στο κομμάτι της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας (φροντίδα) και στις μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις και το κόστος στην επάρκεια των οικονομικών πόρων.

1.4 Βασικά χαρακτηριστικά των δομών Υγείας

Για να προσδιοριστεί ο ρόλος ενός νοσοκομείου μέσα στον σύστημα υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω χαρακτηριστικά: Η νομική μορφή του νοσοκομείου, το μέγεθος, το γεωγραφικό εύρος ευθύνης και δικαιοδοσίας, ο σκοπός, το παρεχόμενο επίπεδο εκπαίδευσης και το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Η νομική μορφή της εκάστοτε μονάδας επηρεάζεται από το ιδιοκτησιακό καθεστώς. Τα νοσοκομεία χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες, αυτά που έχουν ως ιδιοκτήτη νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), και αυτά που έχουν ως ιδιοκτήτη νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ). Ενδέχεται όμως ορισμένα νοσοκομεία να εντάσσονται και στις δυο παραπάνω κατηγορίες.
- Βάση μεγέθους τα νοσοκομεία ως κριτήριο χρησιμοποιούν τον αριθμό των κλινών. Η συνήθης κατάταξη των διαθέσιμων κλινών στα νοσοκομεία είναι η εξής: Μέχρι 299 κλίνες χαρακτηρίζονται μικρού μεγέθους νοσοκομειακές μονάδες. Από 300 έως 700 χαρακτηρίζονται μεσαίου μεγέθους νοσοκομειακές μονάδες. Από 700 και πάνω χαρακτηρίζονται μεγάλου μεγέθους νοσοκομειακές μονάδες. Οι παραπάνω διακρίσεις έχουν αξία αφού πρώτον μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα είτε λόγω κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, είτε λόγω πληθυσμού και δεύτερον, ανάλογα με το μέγεθος του εκάστοτε νοσοκομείου επηρεάζονται και οι προσφερόμενες ξενοδοχειακές, ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες.
- Βάση εύρους γεωγραφικής ευθύνης και δικαιοδοσίας τα νοσοκομεία χωρίζονται στις εξής τρεις (3) κατηγορίες:

Τοπικά, τα οποία εξυπηρετούν έως 50.000 κατοίκους και χαρακτηρίζονται ως μικρού μεγέθους νοσοκομεία.

Νομαρχιακά, τα οποία εξυπηρετούν έως 200.000 κατοίκους, δηλαδή αναφέρονται σε έναν νομό ή μια επαρχία.

Περιφερειακά, τα οποία εξυπηρετούν 1.000.000 κατοίκους, καλύπτοντας τις ανάγκες μιας περιφέρειας.

- Βάση σκοπού τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά ανάλογα με τις κλινικές ειδικότητες που διαθέτουν.

Από την μια τα γενικά νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν τις τέσσερις βασικές κλινικές ειδικότητες, δηλαδή παθολογική, χειρουργική, μαιευτική-γυναικολογική και

παιδιατρική και από την άλλη τα ειδικά νοσοκομεία εξειδικεύονται σε μια κλινική ειδικότητα παραδείγματος χάρι, το Ωνάσειο είναι καρδιοχειρουργικό κέντρο.

- Βάση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών τα νοσοκομεία διακρίνονται σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Τα δευτεροβάθμια είναι τα τοπικά νομαρχιακά ή γενικά, ενώ τα τριτοβάθμια χαρακτηρίζονται ως ειδικά και είναι τα πανεπιστημιακά ή περιφερειακά.
- Βάση του παρεχόμενου επιπέδου εκπαίδευσης τα νοσοκομεία διακρίνονται σε πανεπιστημιακά και μη. Τα πανεπιστημιακά σε αντίθεση με τα υπόλοιπα, διαθέτουν υποδομές βασικής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, όπως εξειδικευμένα εργαστήρια, αμφιθέατρα και βιβλιοθήκες, ενώ αποτελούν και το τελευταίο στάδιο αντιμετώπισης βαρέων περιστατικών. Αξίζει να σημειωθεί πως ελέγχονται διαχειριστικά και οικονομικά από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου στο οποίο εντάσσονται (Δρούμπαλης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων Υγείας

Σε κάθε χώρα υπάρχει ένα σύνολο από παρόχους υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικούς φορείς και πολίτες – ασθενείς, οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους με μία σχέση αλληλεπίδρασης. Για να μπορέσει να λειτουργήσει ορθά ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να δρα σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας διότι ο απώτερος στόχος του είναι η ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες, η αποδοτικότητα και τέλος η αποτελεσματικότητά του.

Στο σύστημα υγείας εντοπίζονται διάφορες μεθόδους χρηματοδότησης των νοσοκομείων με ποικίλες μορφές. Αναλυτικότερα, διακρίνουμε τις παραδοσιακές και σύγχρονες μεθόδους χρηματοδότησης, τις εσωτερικές και εξωτερικές χρηματοδοτήσεις και τις χρηματοδοτήσεις βάσει ασφάλισης, είτε είναι ιδιωτική είτε δημόσια η ασφάλιση.

2.2.1 Παραδοσιακές μέθοδοι αποζημίωσης

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων, διαχρονικά, είναι η «πληρωμή κατά πράξη», η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού», το «ημερήσιο νοσήλιο» και οι «σφαιρικοί προϋπολογισμοί». Η κάθε μέθοδος παρουσιάζει, αντίστοιχα, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, με τη μέθοδο της «πληρωμής κατά πράξη», η οποία είναι και η αρχαιότερη καθώς συμπίπτει με την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος (Σούλης 1999), υπάρχει μια τάση για υπερπροσφορά υπηρεσιών εκ μέρους των προμηθευτών ώστε να εξασφαλίσουν υψηλότερα έσοδα, εφ' όσον αποκομίζουν ένα καθαρό κέρδος για κάθε ξεχωριστή υπηρεσία που προσφέρουν.

2.2.2 Σύγχρονες μέθοδοι αποζημίωσης

Ένας σύγχρονος μηχανισμός αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, που χρησιμοποιείται πλέον στα σύγχρονα συστήματα υγείας με επί μέρους παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών Diagnosis Related Groups (DRGs).

Η μέθοδος αυτή, με ορισμένες παραλλαγές, κατέστη πολύ ελκυστική 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 την εν λόγω μέθοδο επιτυγχάνεται συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων, ενώ αποφεύγονται οι πολιτικές διαμάχες όπως στις περιπτώσεις των σφαιρικών προϋπολογισμών. Ειδικά σε χώρες όπου η κύρια μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, οι διοικήσεις δεν έχουν την ακριβή επίγνωση για το τελικό κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους ιατρούς. Η μέθοδος των DRGs, ταυτόχρονα με την κατάλληλη μηχανοργάνωση που απαιτείται, αποσκοπεί στην υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα παρακολούθησης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Π. Ξένος, 2014)

Έτσι, η μέθοδος χρηματοδότησης βάση των DRGs στηρίζεται σε μια καθορισμένη πληρωμή ανά ασθενή ανάλογα με την κύρια διάγνωσή του. Έχει αποδειχθεί, σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ότι αυξάνει τα κίνητρα για αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών.

2.2 Χρηματοδότηση από δημόσια ασφάλιση

Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας εντοπίζονται δύο δημόσιες πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία), και η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας). Με την πάροδο των χρόνων παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής των δυο αναφερόμενων πηγών, οι οποίες όμως δεν ανάγονται στις επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας.

Ξεκινώντας από τον κρατικό προϋπολογισμό, τη γενικότερη δηλαδή φορολογία, γνωρίζουμε ότι από τη δεκαετία του '70 κι έπειτα, η γενική φορολογία ξεκίνησε να συμμετέχει όλο και περισσότερο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα όταν η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας εκφράστηκε με τη μορφή του κλειστού νοσηλίου και με την καθιέρωση χαμηλότερων τιμών.

Όμως, γνωρίζοντας ότι τα νοσήλια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, η πολιτική αυτή δημιούργησε σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού στην καλύτερη περίπτωση τα έσοδα από νοσήλια δεν κάλυπταν πάνω από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την αυξημένη χρηματοδότησή τους από τους κρατικούς προϋπολογισμούς (Σουλιώτης, 2002)

Έτσι, έχουμε μια πολιτική που ενώ στόχευε κυρίως στη μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα, ουσιαστικά οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος. Η εμπλοκή αυτή εκφράστηκε μετά τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και την ένταξη όλων των κοινωφελών νοσηλευτικών ιδρυμάτων στο εν λόγω σύστημα, τα οποία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και η κάλυψη των εξόδων των νοσοκομείων γινόταν από το κράτος. (Σουλιώτης, 2000., Λιαρόπουλος, 1998).

Το κράτος και η πολιτεία παρόλα αυτά επεκτείνονται στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων αλλά και στην κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών, με δεδομένο ότι παρ' όλες τις αυξήσεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο ημερήσιο νοσήλιο δεν μπόρεσαν να καλύψουν το αντίστοιχο πραγματικό κόστος, το οποίο παρουσίαζε αυξητικές τάσεις με ποσοστό συμμετοχής πάνω από το 70%. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω, εφαρμόζεται ουσιαστικά ένα σύστημα που τείνει να εξελιχθεί σε μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι συγκεκριμένες διαδικασίες λειτουργίας του.

Σύμφωνα με την κοινή υπουργική απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία ήδη εφαρμόζεται από τον Οκτώβριο του 2011, ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπεραστεί από το προκαθορισμένο κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, ανάλογα την κατηγορία της ασθένειας στην οποία ανήκει. (ΦΕΚ2150/Β/27.9.2011).

Σκοπός είναι η συγκράτηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον γενικό προϋπολογισμό, ακόμα και η μείωση του ποσοστού χρηματοδότησης. Το ισχύον πλέον σύστημα, το οποίο ήδη εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, πλησιάζει πιο κοντά στο πραγματικό κόστος νοσηλείας και τη χρέωση προς τα ασφαλιστικά ταμεία, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη θεραπευτική πράξη αλλά με βάση τις μέρες νοσηλείας που προβλέπονται από το εκάστοτε ΚΕΝ.

Επιπλέον, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρό-τεχνολογικά υλικά που διενεργούνται και χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα των αντίστοιχων του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου και μετά τη μέση διάρκεια νοσηλείας που έχει οριστεί, χρεώνονται στα ταμεία, ως εξής:

- Τα φάρμακα σύμφωνα με τις ισχύουσες νοσοκομειακές τιμές
- Οι πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις σύμφωνα με την ισχύουσα τιμολογημένη κοινή υπουργική απόφαση
- Τα ιατρό-τεχνολογικά προϊόντα σύμφωνα με τις δοθείσες τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας

Οι πόροι δε που διατίθενται για την υγεία μέσα από τη γενική φορολογία, αφορούν όχι μόνο την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των δημόσιων νοσηλευτικών δομών, αλλά σε δαπάνες για επενδύσεις σε κτήρια και εξοπλισμό, για έρευνα και εκπαίδευση, για τη δημόσια υγεία, για την κεντρική διοίκηση και για τις επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα.

Και η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα είναι η κοινωνική ασφάλιση. Το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού σε μερικά

ταμεία, π.χ. ΟΓΑ, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, από τα μέσα της δεκαετίας του '80, οφείλεται σε μία σειρά από παράγοντες, όπως είναι οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση των επιδομάτων και η αύξηση των εισφορών. Τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το 1993 και έπειτα, οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για τη μείωση της συμμετοχής του κράτους στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση.

Για να καλυφθούν με τη σειρά τους όλα αυτά τα ελλείμματα αυξήθηκαν οι εισφορές, με αποτέλεσμα να υπάρξουν επιβαρύνσεις των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία.

2.3 Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση

Ακόμη μια ισχυρότερη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ιδιωτικές δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν ωστόσο, τα ατομικά ή οικογενειακά τους εισοδήματα.

Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, σχετίζονται κυρίως με τις αμοιβές των ιδιωτών ιατρών, των διαγνωστικών κέντρων που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων που προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, η οποία συμμετοχή εγκρίνεται από τους ασφαλιστικούς φορείς και τέλος στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην έξω-νοσοκομειακή και λιγότερο στη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των ιατρών και των νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό (Davaki et all, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΙΑ (ΚΕΝ) ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)

3.1 Εισαγωγή των ΚΕΝ

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 με απώτερο στόχο την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας για όλο τον πληθυσμό, αλλά με χαμηλό κόστος. Κάποιες δεκαετίες αργότερα, εξαιτίας της μη πλήρους ενεργοποίησης της σχετικής νομοθεσίας και της ανεξέλεγκτης και χωρίς κανόνες λειτουργίας του συστήματος, κατέληξε να είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Σχετικά με την χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, είναι κοινώς αποδεκτό πως μέχρι πριν από κάποια χρόνια στηριζόταν σε ένα υπερκοστολογούμενο, περίπλοκο και ανεπαρκές μοντέλο το οποίο έπασχε από έλλειψη σωστής διαχείρισης. Οι λάθος αυτοί χειρισμοί, είχαν ως αποτέλεσμα τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία να υποστούν σοβαρά οικονομικά ελλείμματα και συνεπώς να επέλθει η πτώχευση.

Στην προσπάθεια εκλογίκευσης των δαπανών του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος υγείας και αντιμετώπισης των υπέρογκων ελλειμμάτων, υπεγράφη η Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργείων Υγείας, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Οικονομικών για εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), των Ελληνικών Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs). Η σκοπιμότητα που εξυπηρετείται με τη νέα θεσμική ρύθμιση είναι η εδραίωση ενός συστήματος κοστολόγησης και χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών βάσει πραγματικών στοιχείων.

Με την εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), τα οποία βασίζονται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των “Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων” (DRGs), τα ελληνικά νοσοκομεία αποκτούν ένα καινοτόμο και πρωτόγνωρο για τα ελληνικά χρονικά σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η διαδικασία εισαγωγής τους δεν είναι απλή. Αντιθέτως, καθίσταται ιδιαίτερα περίπλοκη και δαπανηρή. Γι’ αυτόν ακριβώς το λόγο οι νοσοκομειακοί πόροι θα πρέπει να εξαρτώνται από τη βάση δεδομένων του εκάστοτε νοσοκομείου. Αυτό συνεπάγεται την τακτική ενημέρωση των λογισμικών που χρησιμοποιούνται, των συντελεστών βαρύτητας του κόστους καθώς και των πληροφοριακών συστημάτων.

Στην παρούσα μελέτη, λοιπόν, επιχειρείται διερεύνηση και ενημέρωση των προϋποθέσεων αλλά και των όρων εισαγωγής των ΚΕΝ στην Ελλάδα με την ανάλυση

της λειτουργίας τους, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες που ήδη έχουν προχωρήσει στην εφαρμογή τους.

Η διερεύνηση που θα λάβει χώρα, θα γίνει μέσω της ανάπτυξης του θεωρητικού πλαισίου των διαστάσεων αλλά και των παραγόντων εκείνων που πλαισιώνουν το περιβάλλον των ΚΕΝ ως μέρος των συστημάτων υγείας, επικεντρώνοντας και στη χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα. Στη συνέχεια, θα γίνει ανάπτυξη των πληροφοριών των DRGs στη χώρα μας σε συγκριτική ανάλυση με τις ευρωπαϊκές χώρες.

Το τελευταίο μέρος της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας καθώς και τον έλεγχο – αποδοχή ή απόρριψη - των υποθέσεων.

3.3.1 Ιστορική αναδρομή των Diagnosis Related Groups (DRGs)

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αποτελούν την ελληνική εκδοχή των DRGs (GR – DRGs), δηλαδή τη εισαγωγή συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Τα ελληνικά μάλιστα ΚΕΝ είναι μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης των νοσοκομειακών νοσηλειών των ασθενών η οποία ως βάση της έχει τα DRGs , που μάλιστα είναι και διεθνώς καθιερωμένα.

Τη δεκαετία του 1970, ο καθηγητής Robert Fetter και η ομάδα του, με βάση το πανεπιστήμιο του Yale στις ΗΠΑ αναπτύσσουν το σύστημα των Διαγνωστικών Ομοιογενών Κατηγοριών ως ένα καινοτόμο διαχειριστικό εργαλείο που θα είχε την ικανότητα να βελτιώσει τον έλεγχο του κόστους στα νοσοκομεία (Fetter&Freeman, 1986). Αρχικός στόχος ήταν η περιγραφή της νοσοκομειακής δραστηριότητας με επίκεντρο την αντίστοιχη παραγωγικότητα ,ως το τελικό παραγόμενο προϊόν, μετρούμενο ως τον αριθμό των εξαγωγών και οριζόμενο βάσει τη διάγνωσης του ασθενούς και σύμφωνα με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης των νόσων International Classification of Diseases (ICD –codes), αντανακλώντας παράλληλα το μέγεθος των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε περίπτωση.

Στη αρχική μορφή των DRGs που χρησιμοποιήθηκε, η ομαδοποίηση των ασθενών γινόταν μέσω ενός ειδικά σχεδιασμένου λογισμικού σε έναν ορισμένο αριθμό κατηγοριών βασιζόμενο στην κύρια διάγνωση, τους αντίστοιχους κωδικούς της κλινικής

διαδικασίας, την ηλικία και το φύλο του ασθενούς αλλά και την παρουσία επιπλοκών. Ειδικότερα, η διαδικασία αυτή ομαδοποίησης αρχικά κατηγοριοποιούσε τους ασθενείς σε 23-35 Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες με βασικό κριτήριο την κύρια διάγνωση. Στη συνέχεια, βάσει της διάγνωσης, γινόταν ο διαχωρισμός ανάμεσα σε χειρουργικά και ιατρικά περιστατικά.

Επόμενο στάδιο, η διεξαγωγή DRGs, λειτουργία των οποίων ήταν η κατηγοριοποίηση των ασθενών με τέτοιο τρόπο, ώστε κάθε ομάδα να είναι ομοιογενής σε επίπεδο κλινικών και οικονομικών απαιτήσεων σε νοσοκομειακούς πόρους.

Το 1983 λοιπόν, στα πλαίσια του συστήματος προοπτικής αποζημίωσης εφαρμόζεται για πρώτη φορά το σύστημα των DRGs στο πρόγραμμα Medicare. Από τότε, ανάλογα συστήματα για την χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης έχουν εφαρμοστεί σε έναν μεγάλο αριθμό χωρών.

Από τότε έχει γίνει η εφαρμογή τους σε διάφορους τομείς, είτε ως βάση ανάπτυξης ενδονοσοκομειακών διαχειριστικών συστημάτων είτε ως σχέδια για το σύστημα πληρωμών και χρηματοδότησης.

Σήμερα, παρατηρείται αξιόλογη διάδοση τους σε όλο τον κόσμο. Στα συστήματα υγείας όπως του Καναδά, της Αυστραλίας, της Ευρώπης ακόμα και της Ασίας τα DRGs κατέχουν ιδιαίτερη θέση.

Σύμφωνα με τους Busse et al, (2011), η σταδιακή εξάπλωση των DRGs έχει ως αποτέλεσμα να θεωρούνται η βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων στις περισσότερες προηγμένες χώρες, ειδικά στην Ευρώπη.

Σύμφωνα με τους Braun et al. (2007), οι παράγοντες που καθορίζουν την αναμενόμενη χρησιμότητα των DRGs είναι η αποτελεσματικότητα και η ανταποδοτικότητα.

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρόλο που τα DRGs διαφοροποιούνται αρκετά μεταξύ τους, κυρίως όσον αφορά τον αριθμό των διαγνωστικών ομάδων που καθορίζουν, τον τρόπο του εν λόγω καθορισμού και τον τύπο του ασθενούς που λαμβάνουν υπόψη υφίστανται διάφορες παραλλαγές.

Ο όρος DRGs αναλύεται ως Diagnosis Related Groups και στοχεύουν στην ομαδοποίηση όλων των νοσηλειών ασθενών σε 700 περίπου κατηγορίες με απώτερο σκοπό να απλοποιηθούν οι διαδικασίες ελέγχου, τιμολόγησης, εκκαθάρισης τιμολογίων και καθώς και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς

οργανισμούς. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΥΚΑ), εφαρμόζοντας καθολικά την διαδικασία αυτή, θα προκύψουν μεγάλα οφέλη όχι μόνο στο διαχειριστικό κόστος και χρόνο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά και των ασφαλιστικών οργανισμών. Σημαντικό καθίσταται το γεγονός ότι θα επιταχυνθούν και όλες οι σχετικές διαδικασίες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011)

3.3.2 Συστήματα Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRG) στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Ο τρόπος αποζημίωσης βάση των DRG στον Ευρωπαϊκό χώρο αναπτύχθηκε τα τελευταία είκοσι (20) χρόνια για την συγκρότηση των δαπανών στην υγεία καθώς και για την βελτίωση της αποδοτικότητας. Επίσης έχοντας αυξηθεί η πολυπλοκότητα των περιπτώσεων που εισέρχονται στα νοσοκομεία και χάρις την μελέτη της τεχνολογικής προόδου χρήζει απαραίτητο να γίνουν ορισμένες μεταρρυθμίσεις στην χρηματοοικονομική διαχείριση του συστήματος DRG.

Διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αναπτύξει τα συστήματα αποζημίωσης τους, με βάση το ειδικευμένο σύστημα των DRG. Παρόλα αυτά οι διαφοροποιήσεις, στις αναπτυξιακές δομές των DRG, εξακολουθούν να υπάρχουν. Το 1980 η Πορτογαλία ως πρωτοπόρος χώρα στην Ευρώπη, υιοθέτησε το σύστημα των DRG με σκοπό την πλήρη αποζημίωση του συστήματος υγείας που συνδεόταν άμεσα με την ασφάλιση. Ακολούθησαν η Αγγλία και η Γαλλία με πιο πρόσφατη την Γερμανία έχοντας ως στόχο την αποζημίωση των νοσοκομείων. Οι προηγμένες αυτές χώρες της Ευρώπης χρησιμοποίησαν τα DRG με σκοπό την μείωση του χρόνου αναμονής και της διάρκειας νοσηλείας καθώς και την ενίσχυση της ποιότητας φροντίδας της υγείας. Επιπλέον έχοντας ως κυρίαρχο στόχο την πυροδότηση του ανταγωνισμού των νοσοκομείων για την διαφάνεια αλλά και την αύξηση της αποδοτικότητας. Αντίθετα η Σουηδία και η Φινλανδία επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση της διάρκειας και την διαχείριση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Οι τρόποι εφαρμογής του συστήματος DRG είναι οι εξής δυο (2): Ορισμένες χώρες αναπτύσσουν δικιά τους λίστα βάση των αναγκών τους όπως η Φινλανδία, η Σουηδία και η Εσθονία που δημιούργησαν το North DRG.

Σε αντίθεση με άλλες οι οποίες αντιγράφουν τα DRG από την Αμερική ή την Αυστραλία όπως η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Πορτογαλία καθώς και η Ελλάδα.

3.3.3 Μελέτες Περιπτώσεων

Γερμανία

Η Γερμανία ως μια προηγμένη χώρα διαθέτει Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο στηρίζεται σε τετρακόσιες πενήντα τρείς (453) μη κερδοσκοπικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας τα οποία κατορθώνουν να καλύψουν το 88% του πληθυσμού. Το ποσό που υπολείπεται κατέχει ιδιωτική ασφάλιση. Κυριότερο γνώρισμα του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης της υγείας στην Γερμανία είναι η μετακύλιση αρμοδιοτήτων καθώς και αποφάσεων σε μη κρατικούς οργανισμούς αλλά και σε ποικίλες βαθμίδες διακυβέρνησης.

Το σύστημα υγειονομικής ασφάλισης διαχειρίζονται κατά βάση τα ταμεία ασθενείας και οι ιατρικοί σύλλογοι που διαπραγματεύονται για το όφελος των εκάστοτε συλλογικών συμβάσεων. Οι επαγγελματίες υγείας, τα ταμεία ασφάλισης, η μακροχρόνια φροντίδα, ο τρόπος λειτουργίας των συγκεκριμένων ταμείων αλλά και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται υπό την αιγίδα της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας καθιέρωσε το 2003 (Μπουρσανίδης, 2010) το German Diagnosis Related Groups (GE-DRG) τα οποία έχουν ως κυρία βάση τους το Australian Diagnosis Related Groups (AR-DRG). Τα GE-DRG αποτελούνται από χίλιες διακόσιες (1200) κατηγορίες οι οποίες χωρίζονται σε εικοσιπέντε (25) κύριες διαγνωστικές κατηγορίες. Η προαπαιτούμενη διαδικασία για την ταξινόμηση της εκάστοτε περίπτωσης βασίζεται σε έναν αλγόριθμο ο οποίος επεξεργάζεται τα δεδομένα του κάθε ασθενή, τις διαγνώσεις, τις ιατρικές πράξεις που έγιναν στον ασθενή, τον λόγο για τον οποίο εισήχθη στο νοσοκομείο, καθώς και για την διάρκεια νοσηλείας του.

Διαπιστώνεται ότι αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η εφαρμογή των DRG βελτίωσε την ποιότητα οργάνωσης της φροντίδας υγείας, ενισχύθηκε η διαφάνεια στα νοσοκομεία. Ωστόσο ορισμένοι επιστήμονες (Malzahn,

2009) επισημαίνουν κάποια προβλήματα όπως είναι η πολυπλοκότητα που διακατέχει το σύστημα αλγορίθμου και των μεγάλο αριθμό των διαγνωστικών ομάδων. Τέλος πρόβλημα δημιουργεί στην Γερμανία ότι σε κάθε περιφέρειά της ο αριθμός των εισροών στα νοσοκομεία είναι πολύ διαφορετικός, οπότε δεν υπάρχουν και συγκρίσιμα μεγέθη.

Τα DRG στην χώρα σύμφωνα με τους επιστήμονες υγείας, επέφεραν κάμποσα θετικά στοιχεία και βελτίωσαν τις παροχές υγείας στους ασθενείς. Υπάρχουν όμως ακόμα ζητήματα που πρέπει να επιλυθούν καθώς η πολυπλοκότητα του συστήματος ορισμένες φορές δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην λειτουργία των νοσοκομείων.

Αυστραλία

Η Αυστραλία παραμένει πρωτοπόρος χώρα σε ζητήματα υγείας καθώς κατέχει Εθνικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας στο οποίο υπάγονται όλοι οι Αυστραλιανοί υπήκοοι καθώς και οι μόνιμοι κάτοικοι της χώρας, το επονομαζόμενο Medicare.

Το Medicare στηρίζεται στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση της κοινοπολιτείας καλύπτοντας τις ανάγκες των δαπανών υγείας, επιχορηγώντας τις πολιτείες-περιοχές σε ότι αφορά την υγεία ενώ κατέχει και την εποπτεία των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων. Παρέχει άμεση επιχορήγηση σε οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία ενώ παράλληλα δίνει πρωταρχικό ρόλο στις εθνικές προτεραιότητες και προγράμματα.

Για την ομαλή επίτευξη των παραπάνω ενεργειών η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συνάπτει πενταετής (5) χρηματοδοτικές συμβάσεις με τις εκάστοτε υπηρεσίες στις οποίες ορίζονται οι υποχρεώσεις της κάθε πλευράς. Η εποπτεία στα επαγγέλματα υγείας, τις ψυχιατρικές υπηρεσίες καθώς και το νοσοκομείο γίνεται από την κάθε πολιτεία ξεχωριστά (Rice, 2006).

Αναζητώντας ένα πιο προηγμένο πρόγραμμα στήριξης του Medicare η Αυστραλία στηριζόμενη στην πρωτοπόρο Αμερική θέλησε να υιοθετήσει το 1988 σύστημα αποζημίωσης βάση των DRG. Έτσι, από το 1988 έως το 1993 σχεδίαζε και χρηματοδοτούσε τα Αυστραλιανά DRG (AN-DRG). Τα AN-DRG εισήχθησαν στα δημόσια νοσοκομεία τα 1992 με απώτερο σκοπό την ορθότερη διαχείριση των προϋπολογισμών.

Το σύστημα αυτό θεωρείται ιδιαίτερα πετυχημένο και αποδοτικό στην Αυστραλία καθώς από τα πρώτα κίολας χρόνια εφαρμογής του σημειώθηκαν

σημαντικές αυξήσεις στις εισαγωγές των νοσοκομείων σε αντίθεση με το κόστος που σημείωσε μεγάλη μείωση. Μειώθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παίρνουν πιο γρήγορα εξιτήριο. Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων είναι καλύτερη και έτσι βελτιώνεται και η νοσοκομειακή φροντίδα. Τα Αυστραλιανά DRG έχουν συνεισφέρει στην βελτίωση της απόδοσης των νοσοκομείων επιφέροντας σημαντικές μειώσεις στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα Αυστραλιανά DRGs θεωρούνται τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα καθώς πολλές χώρες τα έχουν μεταφράσει και τα χρησιμοποιούν στα δικά τους Εθνικά Συστήματα Υγείας. Τρανό παράδειγμα αυτών των χωρών αποτελεί και η Ελλάδα. Τα Αυστραλιανά DRGs δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα αρνητικά προβλήματα καθώς η Αυστραλία τα δημιούργησε εξ αρχής, με το πλεονέκτημα να μπορεί να επεμβαίνει στο σύστημα και να επιλύει τα τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται.

3.2 Νομοθετικό πλαίσιο των KEN στην Ελλάδα

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας βασιζόταν σε μία αναχρονιστική χρηματοδότηση η οποία δεν ανταποκρινόταν επαρκώς στις εξελίξεις των υπηρεσιών υγείας. Με την εφαρμογή των DRG ξεκίνησε μια φιλόδοξη προσπάθεια από το Υ.Υ.Κ.Α για την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Τα κυριότερα νομοθετήματα που έχουν θεσπιστεί στη χώρα μας για το DRG-KEN είναι τα ακόλουθα :

- ❖ Ν.2328/1995 13 παρ. 15 αντικαταστάθηκε με το άρθρο 48 παρ. 2 του Ν.3986/2011 «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ» ΦΕΚ. 1702/Β/1-8-2011
- ❖ ΥΠ.ΑΠ 85649/27-7-2011 «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ» ΦΕΚ. 1702/Β'/2011
- ❖ ΥΠ.ΑΠ 85649/27-7-2011 «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ» ΦΕΚ 1702/Β'/2011 τροποποιήθηκε με ΥΠ.ΑΠ 13740/27-3-2012 (ΦΕΚ 1702/Β'/2011) (ΦΕΚ 940/Β'/2012)
- ❖ Συμπλήρωση κοινής υπουργικής απόφασης. ΥΠ.ΑΠ 85649/27-7-2011 «κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ».
- ❖ Εγκύκλιος 17/06/2011 «οδηγίες πιλοτικής εφαρμογής ΚΕΝ-DRG στο ΕΣΥ από 01-07-2011»
- ❖ Εγκύκλιος 01-09-2011 «χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ενεργειών για την εφαρμογή ΚΕΝ-DRG το 2011»
- ❖ Εγκύκλιος 21/03/2012 «διευκρινήσεις σχετικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ»
- ❖ Υπηρεσιακό σημείωμα 31/05/2011 «διαβίβαση της υπ' αριθμό 12 απόφασης της 230^{ης} /16/05/2011 ολομέλειας του ΚΕΣΥ»

Αναλυτικότερα

Νόμος 2328/1995

«Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια Και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»

Στο νόμο αυτό αναφέρεται η εφαρμογή της νέας τιμολόγησης κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) και του ημερήσιου νοσηλίου για τους νοσηλευόμενους ασθενείς στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. π.χ.

| Κωδικός ΚΕΝ | ΚΕΝ περιγραφή | Κόστος ανά ΚΕΝ | ΜΑΝ |
|--------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| E05A | Μεταμόσχευση καρδιάς | 34.279 ευρώ | 40 |

Υπουργική απόφαση 85649/27-07-2011

«Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»

Στην υπουργική αυτή απόφαση αναφέρεται η αναπροσαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας για το ΕΣΥ από 01/02/2012. Έγινε συνολική υπό- κοστολόγηση των ΚΕΝ της τάξης του 10% και πλέον. Την επέκταση εφαρμογής της νέας τιμολόγησης ΚΕΝ και του ημερήσιου νοσηλίου στους νοσηλευόμενους ασθενείς στο ΓΝ Παπαγεωργίου και στο Ω.Κ.Κ. από 01/02/2012. Π.χ.

| Κωδικός ΚΕΝ | Νέο ΚΕΝ περιγραφή | Νέα ΜΑΝ | Νέο κόστος ΚΥΑ 01/02/2012 | Υφιστάμενο κόστος ανά ΚΕΝ ΚΥΑ 01/10/2011 |
|--------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|---|
| E05A | Μεταμόσχευση καρδιάς | 40 | 31.162 ευρώ | 34.279 ευρώ |

Την ίδια ακριβώς μέρα η παραπάνω κοινή υπουργική απόφαση ξανά τροποποιήθηκε για τη συμπλήρωση ορισμένων προλήψεων οι οποίες είναι η αλλαγή ονομασίας από κλειστά ενοποιημένα νοσήλια σε κλειστά ελληνικά νοσήλια καθώς και την αναπροσαρμογή των κλειστών ελληνικών νοσηλίων (ΚΕΝ) για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το ΓΝ Παπαγεωργίου και το Ω.Κ.Κ. από 01/03/2012.

Εγκύκλιος 17/06/2011

«Οδηγίες πιλοτικής εφαρμογής ΚΕΝ-DRG στο ΕΣΥ από 01/07/2011»

Σύμφωνα με αυτή την εγκύκλιο ορίζεται ο ακριβής τρόπος με τον οποίο τα νοσοκομεία θα πρέπει να λειτουργήσουν το λογισμικό τους βάση των κωδικοποιήσεων, καθώς γίνονται και κάποιες διευκρινήσεις.

Εγκύκλιος 01/09/2011

«Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ενεργειών για την εφαρμογή KEN-DRG το 2011»

Με αυτή την εγκύκλιο ορίζεται ότι μέχρι 09/09/2011 θα πρέπει όλες οι νοσοκομειακές μονάδες να προσαρμόσουν τα πληροφοριακά τους συστήματα ενώ αναφέρεται και η πιλοτική εφαρμογή στα 21 επιλεγμένα νοσοκομεία.

Εγκύκλιος 21/03/2012

«Διευκρινήσεις σχετικά με την εφαρμογή των KEN»

Βάση της εγκυκλίου αυτής διευκρινίζονται η έννοια του κλειστού ελληνικού νοσηλίου, καθώς και ο τρόπος που χρησιμοποιείτε το ICD-10. Ενώ διευκρινίζεται και ποιες ενέργειες πρέπει να ακολουθούνται σε ορισμένες κλινικές και ιατρικές πράξεις.

Υπηρεσιακό σημείωμα 31/05/2011

Διαβίβαση της υπ' αριθμό 12 απόφασης της 230^{ης} /16/05/2011 ολομέλειας του ΚΕΣΥ»

Αναφέρεται στην ομόφωνη απόφαση να χρησιμοποιηθούν τα KEN στην Ελλάδα αλλά κάνοντας ανακοστολόγηση στον πίνακα 700 ομάδων. Ενώ τέλος αναφέρει και κάποια νοσοκομεία στα οποία θα γίνει πιλοτική εφαρμογή.

Σύμφωνα με την παραπάνω καταγραφή παρατηρείτε ότι ενώ ο βασικός νόμος για το KEN στην Ελλάδα θεσπίστηκε γρήγορα σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα αλλάζονταν διάφορα δεδομένα με τις υπουργικές αποφάσεις οι οποίοι διαδέχονται η μία την άλλη. Αυτό δημιούργησε προβλήματα στην αρχή διότι τίποτα δεν ήταν σταθερό και κάθε μέρα στο νοσοκομείο υπήρχε μια αναταραχή.

3.3 Αντιστοίχιση των κωδικών International Classification of Diseases (ICD-10) και ιατρικών πράξεων με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Στο διεθνές σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων βάση των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (DRGs) αντιστοιχεί ένας κωδικός νόσου και ένας κωδικός ιατρικής πράξης για την κάθε κατηγορία KEN. Με αυτή την αντιστοίχιση μπορεί να διαμορφωθεί ο αλγόριθμος που αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο του συστήματος των DRGs.

Λόγω της πολυπλοκότητας των κωδικών που διαθέτει ένα σύστημα DRGs η εκάστοτε χώρα για να τα λειτουργήσει θα πρέπει να έχει και τις κατάλληλες εφαρμογές πληροφορικής.

Για να εξάγει ο αλγόριθμος την κατάλληλη χρέωση βάση του ΚΕΝ, χρησιμοποιεί μια σειρά κόμβων – δενδρικών αποφάσεων και αλληλουχιών. Με άλλα λόγια δηλαδή εισάγουμε στην ηλεκτρονική εφαρμογή τους κωδικούς, το είδος του εξιτηρίου και τα δημογραφικά στοιχεία και εκείνο εξάγει το ΚΕΝ που πρέπει να χρεωθεί στον ασθενή.

Τα λογισμικά διαχείρισης των αντιστοιχίσεων των DRGs με τους κωδικούς ονομάζονται groupers. Οι groupers είναι ένα πολύπλοκο λογισμικό που κάνει όλες τις πράξεις για να εξάγει τη χρέωση του κατάλληλου ΚΕΝ.

Η κάθε χώρα έχει διαφορετικό grouper και βασίζεται στην εμπειρία του. Λόγω της πολυπλοκότητας της αντιστοίχισης των χιλιάδων κωδικών με τον groupers, μια χώρα η οποία εισάγει τα ΚΕΝ για πρώτη φορά στο σύστημα αποζημίωσης της λαμβάνει έτοιμο το σύστημα από άλλη χώρα. Μια τέτοια περίπτωση είναι και η Ελλάδα η οποία υιοθέτησε το αυστραλιανό AR-DRGs σύστημα groupers και έκανε την αντίστοιχη των κωδικών ICD-10 και των ιατρικών πράξεων με τα ΚΕΝ.

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση ICD-10

ΤΟΜΟΣ 1

| Κεφάλαιο | Κωδικοί | Τίτλος κεφαλαίου |
|----------|-------------|--|
| I | A00- B99 | Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα |
| II | C00- D48 | Νεοπλάσματα |
| III | D50- D89 | Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού |

| | | |
|------|---------|--|
| IV | E00-E90 | Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις |
| V | F00-F99 | Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς |
| VI | G00-G99 | Παθήσεις του νευρικού συστήματος |
| VII | H00-H59 | Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του |
| VIII | H60-H95 | Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης |
| IX | I00-I99 | Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος |
| X | J00-J99 | Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος |
| XI | K00-K93 | Παθήσεις του πεπτικού συστήματος |
| XII | L00-L99 | Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού |

ΤΟΜΟΣ 2

| Κεφάλαιο | Κωδικοί | Τίτλος κεφαλαίου |
|----------|---------|--|
| XIII | M00-M99 | Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού |
| XIV | N00-N99 | Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος |
| XV | O00-O99 | Κύηση, τοκετός και λοχεία |
| XVI | P00-P96 | Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο |

ΤΟΜΟΣ 3

| Κεφάλαιο | Κωδικοί | Τίτλος κεφαλαίου |
|----------|---------|---|
| XVII | Q00-Q99 | Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες |
| XVIII | R00-R99 | Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού |
| XIX | S00-T98 | Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες |
| XX | V01-Y98 | Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας |

| | | |
|-----|-------------|--|
| XXI | Z00- Z99 | Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας |
|-----|-------------|--|

3.4 Μεθοδολογία μετάφρασης και προσαρμογής ονοματολογίας των ΚΕΝ

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

Σε πρώτο στάδιο έγινε μετάφραση από δύο μεταφραστές με την ελληνική ως μητρική τους γλώσσα, έτσι συντάχτηκε το πρώτο προσαρμοσμένο σχέδιο το οποίο στηρίχτηκε σε προηγούμενο έργο της Ειδικής Επιτροπής και με δεδομένη την ύπαρξη της

επίσημης λίστας των ελληνικών ΚΕΝ (ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011) η οποία βασίστηκε σε μετάφραση από έλληνα ιατρό, αυτή θεωρήθηκε ως η μία από τις δύο πρώτες μεταφράσεις. Ακολούθησε δεύτερη μετάφραση από έλληνα επαγγελματία στην υγείας με εμπειρία στη μεθοδολογία της μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής. Τέλος έγινε η σύγκριση των δύο παραπάνω μεταφράσεων, και επελέγησαν οι όροι και εκφράσεις που συνέκλιναν στην ορθότερη εννοιολογική απόδοση της αγγλικής ορολογίας στην ελληνική.

Στο δεύτερο στάδιο του προσαρμοσμένου σχεδίου έγινε αντίστροφη μετάφραση στα ελληνικά από έμπειρο ιατρό με μητρική γλώσσα την αγγλική, και ακολούθως έγινε σύγκριση των μεταφράσεων και επιλογή της ενδεδειγμένης ελληνικής ορολογίας και εκφράσεων.

Ενώ στο τρίτο στάδιο έγινε γνωστικός έλεγχος από πέντε Έλληνες ιατρούς όπου τους ζητήθηκε να μελετήσουν το δεύτερο προσαρμοσμένο σχέδιο και ακολούθησε συζήτηση γνωστικού ελέγχου στα σημεία στα οποία προέκυψαν ως χρήζονταν διευκρίνιση. Επιπλέον, από τις 25 ομάδες ειδικών οι οποίοι είχαν οριστεί ως υπεύθυνοι για κάθε εξειδικευμένο ΚΕΝ από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) ζητήθηκε να στείλουν τις προτάσεις τους για αναμόρφωση της ονοματολογίας των ΚΕΝ.

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

Τέλος, ακολούθησε η διόρθωση της κωδικοποίησης των ΚΕΝ αφού εντοπίστηκαν λάθη σε κωδικούς (ίδιος κωδικός σε διαφορετικά ΚΕΝ, λάθος κωδικός σε σχέση «με» ή «χωρίς» συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές, κ.λ.π.. Με την προαναφερθείσα διαδικασία διαμορφώθηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος ονοματολογίας και κωδικοποίησης των ΚΕΝ.

Σε σύγκριση με τον κατάλογο των ΚΕΝ της ΚΥΑ υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27-7-2011, προέκυψαν και έγιναν τα εξής:

- Διόρθωση γραμματικών και ορθογραφικών λαθών.
- Αλλαγή της ιατρικής ορολογίας και κατά προτεραιότητα υιοθέτηση της ορολογίας της ICD-10.

- Εννοιολογική αποσαφήνιση (π.χ. υιοθέτηση «άλλος/η/ές» αντί του «λοιπές/ά» με βάση την άποψη των ιατρών κατά τον γνωστικό έλεγχο).
- Διόρθωση της κωδικοποίησης.

Σημειώνεται ότι υπάρχουν ΚΕΝ τα οποία, παρόλη τη μετάφρασή τους, αφήνουν περιθώριο για εννοιολογική ασάφεια. Αυτό ήταν εμφανές τόσο κατά τον γνωστικό έλεγχο όσο και κατά τη συζήτηση με τους υπεύθυνους των ομάδων. Το εύρημα αυτό συνδέεται με την απουσία κουλτούρας και εμπειρίας χρήσης των ταξινομήσεων της ιατρικής πληροφορίας στην Ελλάδα. Επίσης, έχει άμεση σχέση με το ότι κάθε σύστημα ταξινόμησης έτσι και το σύστημα των Αυστραλιανών AR-DRGs το οποίο υιοθετήθηκε, έχει τη δική του φιλοσοφία και λογική, η οποία όμως δεν μπορεί να είναι γνωστή αφού το σύστημα των AR-DRGs καλύπτεται από copy right και δεν είναι δυνατόν να γίνουν γνωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αν δεν ζητήσει η Ελλάδα μέσω του ΥΥΚΑ επίσημη άδεια χρήσης των AR-DRGs πράγμα το οποίο δεν έχει γίνει από την ελληνική πλευρά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ «ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑΞΑ»

Το νοσοκομείο “ΜΕΤΑΞΑ”, εδώ και αρκετές δεκαετίες προσφέρει, εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, στον τομέα των ογκολογικών παθήσεων. Το νοσοκομείο ειδικεύεται στα αντικαρκινικά περιστατικά και στη αντιμετώπισή τους με τους πιο σύγχρονους τρόπους. .

Ωθηση για την πραγματοποίηση των στόχων αποτελούν, ως ένα βαθμό, οι ικανοποιητικές δομές του νοσοκομείου, η πολύχρονη και εξειδικευμένη εμπειρία των στελεχών, η υφιστάμενη και αναμφισβήτητη τεχνογνωσία, η ορθολογική διαχείριση των πόρων, η κινητοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και η αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών.

4.1 Το Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά

Το νοσοκομείο «ΜΕΤΑΞΑ» δημιουργήθηκε εξ αρχής ως αντικαρκινικό ίδρυμα από μια ομάδα νέων ιατρών του Πειραιά που οραματίστηκε τη δημιουργία ενός νέου Αντικαρκινικού Ιδρύματος με σκοπό την πρόληψη και καταπολέμηση των νεοπλασματικών νοσημάτων. Η ομάδα αυτή στηριζόμενη στην αντιμετώπιση του καρκίνου κυρίως με την ακτινοθεραπεία αλλά και με ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις ξεκίνησαν με την καθοδήγηση του Γεώργιου Κατσαφάδου και με την οικονομική στήριξη του Άγγελου Μεταξά το 1942.

Όταν πρωτολειτούργησε, το 1967, αρχικά με την ονομασία «Διαγνωστικό Θεραπευτικό Ίδρυμα Πειραιώς εις μνήμην Σπύρου και Δέσποινας Μεταξά» και στη συνέχεια ως «Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς εις μνήμην Σπύρου και Δέσποινας Μεταξά» υπήρξε πρωτοπόρο ειδικά στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου τα τμήματα που ξεχώριζαν ως τα πιο καινοτόμα ήταν:

- Η δημιουργία οργανωμένου αρχείου φακέλων ασθενών
- Η Κλινική μιας Ημέρας και η κατ' οίκον νοσηλεία, που είναι από τις πρώτες στην Ελλάδα
- Η δημιουργία ομάδας ψυχο-ογκολογικής υποστήριξης
- Η δημιουργία ιατρείου πόνου, το οποίο εξ αρχής στελεχώθηκε από παθολόγους/ογκολόγους, αναισθησιολόγους και ψυχίατρους.
- Η σύσταση και λειτουργία Ογκολογικών Συμβουλίων

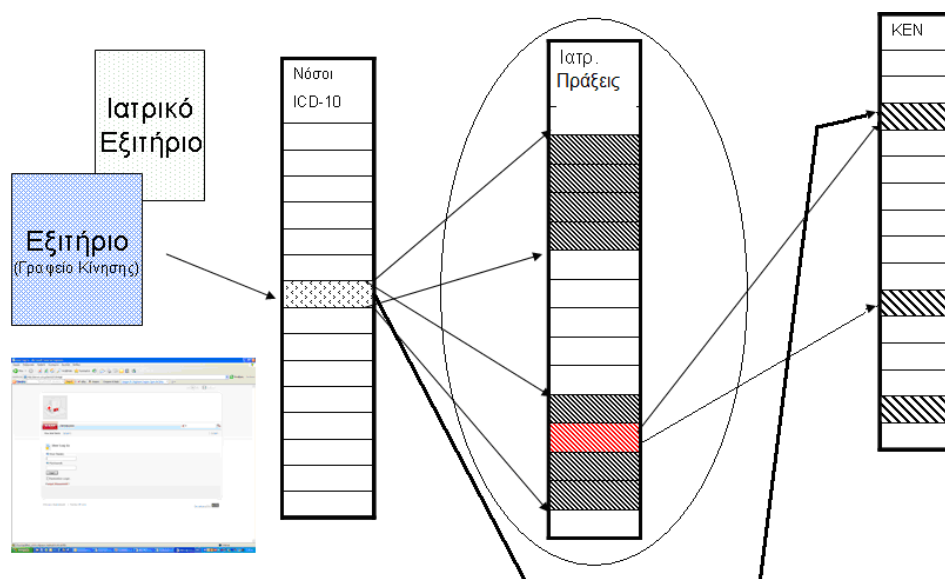
- Καινοτόμα για την εποχή της ήταν και η απόφαση εισαγωγής στην Αιμοδοσία πλαστικών ασκών αίματος μιας χρήσης και κατάργησης των γυάλινων φιαλών για πρώτη φορά στον ελλαδικό χώρο (περί το 1974)
- Επίσης στην Αιμοδοσία, η λειτουργία μιας από τις πρώτες συσκευές πλασμαφαίρεσης και διαχώρισης αιμοπεταλίων. Το μηχάνημα Haemonetics αγοράστηκε με δωρεά του ιδιοκτήτη της κλωστοϋφαντουργίας «ΑΙΓΑΙΟΝ» στα τέλη της δεκαετίας του 1970.

Το «Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς εις μνήμην Σπύρου και Δέσποινας Μεταξά» λειτούργησε ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) έως το 1982 υπαγόμενο στις διατάξεις του ΝΔ 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Το 1982 (με το ΠΔ 585/1982) μετατράπηκε σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΙΔΔ) και εντάχθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Από το 1986, που εκδόθηκε ο Οργανισμός του (ΦΕΚ 655 Β') διέθετε 500 κλίνες. Το νοσοκομείο ανήκει στη 2^η υγειονομική περιφέρεια.

4.2 Υλοποίηση των ΚΕΝ στο νοσοκομείο «Μεταξά»

Στο νοσοκομείο Μεταξά όπως σε όλα τα νοσοκομεία από το 2011 ξεκίνησε η εφαρμογή των ΚΕΝ ως το νέο σύστημα κοστολόγησης. Για την πραγματοποίηση της εφαρμογής του νέου συστήματος στο νοσοκομείο συστάθηκε ιατρική ομάδα σε αντιστοιχία με τις κύριες διαγνωστικές κατηγορίες για τη αντιστοίχιση ΚΕΝ → ICD-10 → ιατρικών πράξεων.

Πίνακας 2: Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ (ΥΥΚΑ – ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 01/09/11)



Ροή τιμολόγησης περιστατικών νοσοκομείων με ΚΕΝ

1. Στην εισαγωγή ενός ασθενή ο θεράπων ιατρός συμπληρώνει το έντυπο εισαγωγής με κωδικό διάγνωσης ICD-10.
2. Κατά την έξοδο του ασθενούς θα πρέπει στο εξιτήριο να αναγράφεται από το θεράποντα ιατρό η διάγνωση ICD-10 εξόδου καθώς και οι ιατρικές πράξεις που έχουν γίνει, χωρίς το ICD-10 αυτό δε μπορεί να προχωρήσει το εξιτήριο.
3. Το λογιστήριο ασθενών βάση του συστήματος κωδικοποίησης αντιστοίχισης (ΣΑΚ) του ΥΥΚΑ δύναται να εισάγει τον κωδικό ICD-10 και τις ιατρικές πράξεις και το σύστημα αυτόματα αναγράφει τους κωδικούς ΚΕΝ.
4. Ο κωδικός ΚΕΝ που έχει επιλεγεί μπαίνει στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας (ΟΠΣΥ) και γίνεται η χρέωση του ασθενή.
5. Στις περιπτώσεις όπου το λογιστήριο ασθενών δε μπορεί να βρει το κατάλληλο κωδικό ΚΕΝ, τότε ζητά βοήθεια από την ομάδα διαχείρισης των ΚΕΝ που υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο.
6. Η κατάσταση υποβολής των νοσηλευθέντων ασθενών εκτυπώνεται στις αρχές κάθε μήνα για τον προηγούμενο και αποστέλλεται στα ασφαλιστικά ταμεία.

7. Στις περιπτώσεις που η μέση διάρκεια νοσηλείας υπερβαίνει αυτή του ΚΕΝ αποστέλλεται συμπληρωματικό έγγραφο με την αιτιολογία.
8. Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για τους ιδιώτες ασθενείς οι οποίοι καλούνται να πληρώσουν τη δαπάνη νοσηλείας.

4.3 Κοστολόγηση περιστατικών

Τα κόστη της Υγείας διακρίνονται σε οικονομικά και κοινωνικά. Τα οικονομικά αποτελούνται από τα άμεσα και τα έμμεσα κόστη.

Άμεσο κόστος

Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει όσα σχετίζονται άμεσα με τη νοσηλεία ενός ασθενή, για παράδειγμα οι μισθοί των ιατρών, του λοιπού κλινικού νοσηλευτικού προσωπικού, τα φάρμακα και τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν.

Έμμεσο κόστος

Το έμμεσο κόστος περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω που χρησιμοποιήθηκαν για τον ασθενή και τα επιπλέον κόστη που μπορεί να προκύψουν από άλλα τμήματα.

$$\text{Συνολικό κόστος παραγωγής} = \text{Άμεσο κόστος παραγωγής} + \text{Έμμεσο κόστος παραγωγής}$$

Τα κοινωνικά κόστη αποτελούνται από το κόστος της μειωμένης παραγωγικότητας (αδυναμία απασχόλησης ή μειωμένη ικανότητα για εργασία).

Τα κόστη και τα αποτελέσματα ή αλλιώς εισροές και εκροές ενός νοσοκομείου αποτελούν τον κύριο παράγοντα της οικονομικής αξιολόγησης.

Οι εισροές ενός νοσοκομείου είναι οι οικονομικοί πόροι, το ανθρώπινο δυναμικό, οι κτιριακοί και μηχανολογικοί εξοπλισμοί καθώς και οι πηγές ενέργειας που χρησιμοποιούνται για να έχουμε ένα αποτέλεσμα. Στη προκειμένη περίπτωση την ίαση ενός ασθενή.

Οι εκροές ενός νοσοκομείου αφορούν το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών ή το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων. Τα αποτελέσματα των οποίων είναι δύσκολο να προσδιοριστούν.

Τα δύο βασικά μέρη που περιλαμβάνει η κοστολόγηση είναι η μέτρηση της ποιότητας των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν και ο καθορισμός του κόστους ανά μονάδα προϊόντος.

Τα βασικά έξοδα ενός νοσοκομείου είναι:

- Φάρμακα
- Υγειονομικό υλικό
- Λειτουργικές δαπάνες
- Δαπάνες επενδύσεων
- Δαπάνες μισθοδοσίας
- Αποθέματα

Αντικειμενικός σκοπός της κοστολόγησης μιας χειρουργικής επέμβασης είναι να εκτιμηθεί η αξία των πόρων που αναλώνονται κατά τη διάρκειά της.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που μας δόθηκαν από το νοσοκομείο «Μεταξά» για περιστατικά που κοστολογούνταν με ημερήσιο νοσήλιο έτος 2009 και το ίδιο για περιστατικά που σήμερα κοστολογούνται με ΚΕΝ έτος 2016 για τις επεμβάσεις ριζικής προστατεκτομής, νεφρεκτομής και βουβωνοκλήλης, προκύπτουν τα παρακάτω κόστη.

Πίνακας 3: Επέμβαση με Ημερήσιο Νοσήλιο (2009)

| ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ | ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ | ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ | ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ |
|-------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|
| ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ | 14 | 3.794,89 | ΒΑΡΕΙΑ |
| ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ | 14 | 3.449,33 | ΒΑΡΕΙΑ |
| ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ | 5 | 937,57 | ΜΕΣΑΙΑ |

Πίνακας 4: Επέμβαση με Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (2016)

| ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ | ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ | ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ | ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ |
|-------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|
| ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ | 13 | 4355,00 | ΒΑΡΕΙΑ |
| ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ | 7 | 1406,00 | ΒΑΡΕΙΑ |
| ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ | 2 | 739,00 | ΜΕΣΑΙΑ |

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παραπάνω περιστατικά είναι απλά περιστατικά χωρίς σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές έχουμε τις εξής μεταβολές.

Αναφορικά με τη μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών παρατηρείται ότι έχουμε μια μείωση αυτής και στις τρεις (3) επεμβάσεις με την εισαγωγή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων όπως ήταν προμελετημένο και από το ΥΥΚΑ.

Στα κόστη των περιστατικών ενώ στη ριζική προστατεκτομή και στη βουβονοκήλη παρουσιάζεται μείωση του κόστους όπως προβλεπόταν με τα ΚΕΝ, στη νεφρεκτομή έχουμε μία μη αναμενόμενη αύξηση στο ποσό μετά τα ΚΕΝ σε σχέση με το ημερήσιο νοσήλιο και αυτό είναι και ένα από τα παράδοξα που έχει γίνει στην αντιγραφή των ΚΕΝ από τα αντίστοιχα Αυστραλιανά.

Τέλος όσο αναφορά τον συντελεστή βαρύτητας και στις τρεις περιπτώσεις αυτός παραμένει ίδιος προ και μετά ΚΕΝ.

Πλεονεκτήματα

- Δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης του συνολικού και ανά κατηγορία νοσοκομειακού κόστους
- Με την ολοκληρωμένη γνώση του κόστους παρατηρείται βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης, συγκράτηση των δαπανών και ορθότερη χρηματοδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας
- Η δικαιολόγηση κάθε πράξης σύμφωνα με τα αντίστοιχα πρωτόκολλα προάγει την διαφάνεια σε κάθε πράξη
- Θεωρείτε μέθοδος δίκαιη και για τα νοσοκομεία και για τους ασφαλιστικούς φορείς
- Παρατηρείται μείωση της μέσης διάρκειάς νοσηλείας χωρίς υποβάθμισης της ποιότητας
- Βελτιώνουν την οργάνωση των νοσοκομειακών δομών

Μειονεκτήματα

- Υπάρχουν αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και απαιτούνται λεπτομερείς βάσεις δεδομένων που προϋποθέτουν επομένως και καλή προετοιμασία του διοικητικού και υγειονομικού προσωπικού

- Πολλές φορές προκύπτει το πρόβλημα μη επαρκούς κάλυψης του κόστους ιδιαίτερα για τις σοβαρότερες παθήσεις
- Στις περιπτώσεις που το σύστημα υγείας εφαρμόζει τη καθορισμένη χρηματοδότηση ενδέχεται να επηρεαστούν η διάρκεια νοσηλείας, ο χρόνος εισαγωγής και εξαγωγής του ασθενούς
- Η χρηματοδότηση με το σύστημα των ΚΕΝ δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να προτιμούν ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες με στόχο την αύξηση της αποζημίωσης τους

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύστημα υπηρεσιών υγείας θεωρείται ένας από τους πιο σύνθετους και πολύπλοκους τομείς στη κοινωνία. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά επηρεαζόμενη από τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις σε μία κοινωνία. Από τη μεταπολεμική περίοδο διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος λόγω του αυξημένου οικονομικού κόστους, της υγειονομικής ανισότητας και η μη τήρηση της ποιότητας που αναζητούσαν οι πολίτες. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των ασθενών και των ιατρών επίτειναν την αναποτελεσματικότητα του συστήματος δημιουργώντας το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Στη παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνήθηκε η οικονομική επίδραση της εφαρμογής των ΚΕΝ στο νοσοκομείο Μεταξά στη μέση διάρκεια νοσηλείας αναφορικά

με τρεις χειρουργικές πράξεις μέσω των οικονομικών στοιχείων που δόθηκαν από το λογιστήριο του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα στατιστικά ευρήματα καταγράφηκε θετική επίδραση της εφαρμογής των ΚΕΝ στη μέση διάρκεια νοσηλείας καθώς οι ημέρες νοσηλείας μειώθηκαν και στα τρία περιστατικά συγκεκριμένα στη ριζική προστατεκτομή, νεφρεκτομή και βουβονοκήλη. Συνεπώς μπορεί να υποστηριχθεί πως η εφαρμογή των ΚΕΝ επέφερε μία μείωση κατά μέσο όρο της μέσης διάρκειας νοσηλείας και στο κόστος του κάθε περιστατικού.

Τα προαναφερθέντα ευρήματα αν και είναι αδύνατον να γενικοποιηθούν, καταγράφουν μείωση της διάρκειας νοσηλείας και το κόστος των συγκεκριμένων χειρουργικών πράξεων μετά την εφαρμογή των ΚΕΝ, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της νοσοκομειακής αποδοτικότητας στην Ελλάδα και συγκρίνοντάς τα με τα ευρήματα των Busse (2013) οι οποίοι καταγράφουν την ίδια μείωση στην διάρκεια νοσηλείας στις χώρες που έχουν υιοθετήσει το συγκεκριμένο σύστημα αποζημίωσης. Ενώ όσον αφορά το κόστος αξίζει να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΚΕΝ βασίζεται σε δεδομένα πραγματικής κατανάλωσης των νοσοκομειακών πόρων που εκτιμούνται μέσω ακριβέστερων κοστολογικών δεικτών.

Αντίθετα έχει διαπιστωθεί μία μη ορθολογική ταξινόμηση των ασθενών στις ομάδες ΚΕΝ και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχει γίνει σωστή μετάφραση και αντιγραφή των κοστολογικών συντελεστών από τα αυστραλιανά DRG. Είναι προφανές ότι υπάρχει έλλειψη γνώσεων τόσο από το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ παράλληλα το ότι δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σύστημα μηχανογράφησης το οποίο να μπορεί να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του νοσοκομείου δυσχεραίνει το έργο το να ληφθούν διοικητικές αποφάσεις σχετικά με τις διαδικασίες.

Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και ότι τα νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν ανεπαρκές σύστημα σε ότι αφορά τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μεταξύ τους. Λόγω αυτού δεν υφίσταται και ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς με το πλήρες ιστορικό ώστε να υπάρχει έλεγχος των επανεισαγωγών.

Παρόλα αυτά η εισαγωγή του νέου συστήματος αποζημίωσης χαρακτηρίζεται και από μία σειρά θετικών επιδράσεων με πιο σημαντικό ότι η αποζημίωση είναι πιο κοντά στα κόστη του νοσοκομείου σε σχέση με το παλιό σύστημα. Εκτός αυτού η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει αποδείξει πως η εφαρμογή της αποζημίωσης με αυτό τον τρόπο παρόλο που είναι μία καινοτόμα πρακτική μπορεί να επιφέρει και θετικά αποτελέσματα.

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από μία σειρά περιορισμών, αρχικά το δείγμα είναι αρκετά περιορισμένο ενώ το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε

ένα νοσοκομείο δε μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένα αποτελέσματα. Επιπλέον η επιλογή των περιστατικών αυτών έγινε κατόπιν συνεννόησης και με τα επιτρεπόμενα στοιχεία που μπορούσαν να δοθούν γεγονός που συνεπάγεται σε έναν ακόμη ερευνητικό περιορισμό. Συνεπώς η εστίαση στις πιο συχνές χειρουργικές επεμβάσεις που αναλύθηκαν δε μπορούν να υποστηρίξουν ένα γενικό συμπέρασμα για τις επιδράσεις των ΚΕΝ στη μέση διάρκεια νοσηλείας αλλά και στα κόστη των υπόλοιπων ιατρικών πράξεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

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

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

Δρούμπαλης, Φ., (2010), Σύγχρονες Μονάδες Υγείας. Εκπαιδευτικές σημειώσεις.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα

Κατσουγιαννόπουλος, Β. (2001) . (2^η έκδοση) Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική. Τόμος πρώτος Υγιεινή. Αθήνα, Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε

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

Λιαρόπουλος Λ., 2007, «Οργάνωση Υπηρεσιών υγείας & Συστημάτων Υγείας», εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Μπουρσανίδης Χ., (2010): Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., (2014) Σύγχρονες μέθοδοι Χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, Review, Αθήνα

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

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στον χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24(1):34-47.

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

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

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

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

Σούλης Σ., (1999), «Οικονομική της Υγείας», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

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

Σουλιώτης Κ., «Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, 2006.

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

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

Τούντας, Γ., (2008), Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.

Ξένη Βιβλιογραφία

Braun, D., Gilardi, F., Fuglister, K., & Luyet, S. (2007). Ex pluribus unum: Integrating the different strands of policy diffusion theory. *Politische Vierteljahresschrift Sonderheft*, 38.

Braun, D. & Gilardi, F. (2006). Taking ‘Galton’ s Problem’ seriously: Towards a theory of policy diffusion. *Journal of Theoretical Politics*, 18(3).

Busse, R., & Quentin, W. (2011). Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: conclusions and recommendations. In: Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (eds.), *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (pp. 149-174). European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.

Davaki K, Mossialos E. Plus ca change: Health sector reforms in Greece. *J Health Polit Policy Law*, 2005, 30: 143–167

Fetter, R.B., & Freeman, J.L. (1986). Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals. *Academy of Management Review*, 11(1), 41-54.

Lawrence F. Wolper, 2001, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Α' τόμος Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα.

Lawrence F. Wolper, 2001, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Β' τόμος Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα.

Malzahn J. (2009): Diagnosis Related Groups: Leading the debate, The German DRG System from a health insurance’s perspective, EHMA and HOPE Conference Brussels 5 March

Thomas Rice, 2006, Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Ιστοσελίδες

<http://www.metaxa-hospital.gr>

<http://www.moh.gov.gr>