



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΜΟΥΣΤΑΚΑ ΜΥΡΤΩ**

**ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ**

**Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝ**

**(ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ)**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΟΥΣΤΑΚΑ ΜΥΡΤΩ

**ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ**

**Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝ**

**(ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ)**

*Επιβλέπων Καθηγητής: Παπαηλίας Θεόδωρος, Καθηγητής*

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY OF  
PIRAEUS**

MASTER OF SCIENCE

**HEALTH MANAGEMENT**



**TEI OF PIRAEUS**

MOUSTAKA MYRTO

**DIAGNOSIS RELATED GROUPS**

**THE "KEN" CASE**

**(THE EFFORTS FOR THE DEVELOPMENT & IMPLEMENTATION OF THE  
DRGs SYSTEM IN GREECE)**

*Supervisor: Dr. Papailias Theodore*

Graduate Thesis Submitted for the Degree

MSc in Health Management

Piraeus, 2013

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η συγγραφή της παρούσας διατριβής θα ήταν ανέφικτη χωρίς την καθοδήγηση του επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παπαηλία, τον οποίο θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω για την επιστημονική και ηθική υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Θα επιθυμούσα, επίσης, να ευχαριστήσω όλους τους ανθρώπους που βοήθησαν στη συγκέντρωση του απαραίτητου για τη συγγραφή υλικού, αλλά και στο σχηματισμό πληρέστερης εικόνας για το μελετώμενο θέμα. Ιδιαίτερη μνεία θα ήθελα να κάνω στην κ. Μπαλασοπούλου, της οποίας οι συμβουλές υπήρξαν πολύτιμες, αλλά και στην κ. Αντωνίου, χωρίς τη βοήθεια της οποίας θα ήταν αδύνατη η συγκέντρωση μεγάλου μέρους του προς μελέτη υλικού.

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, τόσο για την αμέριστη στήριξη και κατανόηση, χωρίς τα οποία δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση των σπουδών μου, όσο και -κυρίως- για όσα μου έχουν εμφυσήσει από παιδί και αποτελούν σημεία αναφοράς μου.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους πολύ δικούς μου ανθρώπους, τον Βασίλη, τον Θάνο, την Κατερίνα, τον Κωστή, τη Νάνσυ, τον Νίκο και την Τίνα, που είναι πάντα κάπου κοντά, ενσαρκώνοντας τους κατά Κεrouac "τρελούς" ήρωές μου, τόσο "εδώ" όσο και στα ταξίδια μας..

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί στη μελέτη του συστήματος χρηματοδότησης των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, όπως αυτό έχει ενσωματωθεί στα Συστήματα Υγείας διάφορων χωρών, με έμφαση στην προσπάθεια εφαρμογής αυτού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Σκοπό της προσπάθειας αυτής αποτέλεσε η διερεύνηση των βημάτων που σχεδιάστηκαν και της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη και εφαρμογή του εν λόγω συστήματος στην Ελλάδα, ο εντοπισμός αδύναμων σημείων, αλλά και η ανάπτυξη προτάσεων σχετικά με μεθόδους βελτίωσης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων και της εφαρμογής αυτού στη διοίκηση και τη χρηματοοικονομική διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, με βάση τη διεθνή εμπειρία. Όσον αφορά την Ελλάδα, θεωρείται άξιο να αναφερθεί πως η έρευνα καλύπτει το διάστημα από τη φάση της διερεύνησης της εισαγωγής των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μέχρι και το τέλος του 2012.

Μολονότι τα συστήματα DRGs έχουν υιοθετηθεί από έναν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό χωρών παγκοσμίως, η κατανόηση του συστήματος παραμένει σε εντυπωσιακό βαθμό περιορισμένη. Παρά την ύπαρξη πολυάριθμων μελετών σχετικών με τη συμβολή του εν λόγω συστήματος στην επίτευξη των στόχων της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της τεχνολογικής καινοτομίας, τα αποτελέσματα αυτά παραμένουν σχετικά ασαφή, λόγω του ότι τα ειδικά χαρακτηριστικά του σχεδιασμού στις διάφορες χώρες σπάνια λαμβάνονται υπόψη.

Επιπροσθέτως, εξαιρετικά σπάνιες είναι οι συστηματικές συγκρίσεις μεταξύ Ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες να αφορούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των συστημάτων DRGs που εφαρμόζουν, καθώς και του τρόπου με τον οποίο τα χαρακτηριστικά αυτά συμβάλλουν στην επίτευξη των παραπάνω στόχων. Ως απόρροια, δεν υπάρχει συμφωνηθείσα συναίνεση στο ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος σχεδιασμού ενός τέτοιου συστήματος, μιας και οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων των χωρών παραμένουν ελάχιστα κατανοητές.

Παρ' όλα αυτά, η σε βάθος μελέτη και κατανόηση της διεθνούς εμπειρίας θα μπορούσε να αποτελέσει ισχυρό βοηθητικό εργαλείο για χώρες που βρίσκονται στη φάση της ανάπτυξης και βελτιστοποίησης των εθνικών τους συστημάτων.

Στο πλαίσιο της έρευνας αυτής διενεργήθηκαν συνεντεύξεις με μέλη των Επιτροπών, καθηγητές της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, καθώς και με ιθύνοντες και διοικητικούς υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι οποίοι μας παρείχαν πρωτογενές, αδημοσίευτο υλικό (πορίσματα των Επιτροπών, προτάσεις των Κωδικοποιητών, φύλλα κοστολόγησης ΚΕΝ, φύλλα αναλυτικής κοστολόγησης πράξεων για νέα προτεινόμενα ΚΕΝ, κα.) απαραίτητο για τη διεξαγωγή της έρευνας. Επιπροσθέτως, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη στο λογιστήριο του Γ. Νοσοκομείου Αλεξάνδρα με σκοπό την παρακολούθηση της διαδικασίας τιμολόγησης με τη νεοενταχθείσα μεθοδολογία, καθώς και τη συζήτηση με το προσωπικό αναφορικά με την εμπειρία τους από την εφαρμογή του νέου συστήματος και τις επιπτώσεις στον τρόπο εργασίας τους. Στο σχηματισμό πιο ολοκληρωμένης εικόνας, σημαντική κρίνεται, επίσης, η συμβολή σχετικών με το θέμα της εργασίας διαλέξεων και ειδικών φροντιστηρίων στο πλαίσιο συνεδρίων.

Η έρευνα αρχικά εστιάζεται στην ιστορική εξέλιξη του συστήματος των DRGs και στην προσπάθεια κατανόησης της λειτουργίας του. Στο δεύτερο κεφάλαιο έμφαση δίδεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή του συστήματος στα διάφορα συστήματα υγείας που το ενσωματώνουν, καθώς και στη συγκριτική -μεταξύ χωρών που το έχουν υιοθετήσει- ανάλυση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του. Έπειτα παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συστήματος. Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται (και περαιτέρω αξιολογείται) η προσπάθεια ανάπτυξης και εφαρμογής του συστήματος στην Ελλάδα.

## **Λέξεις - Κλειδιά**

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ)

Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες - DRGs

Προοπτική Χρηματοδότηση

Μέθοδος Αποζημίωσης

Σύνθεση Ασθενών

Δείκτης Σύνθεσης Ασθενών

Νοσοκομειακό προϊόν

Κλινική διαδρομή

# **DIAGNOSIS RELATED GROUPS**

## **THE "KEN" CASE**

**(THE EFFORTS FOR THE DEVELOPMENT & IMPLEMENTATION OF THE DRGs SYSTEM IN GREECE)**

MOUSTAKA MYRTO

Graduate Thesis Submitted for the Degree “MSc in Health Management”

University of Piraeus -TEI of Piraeus, Greece 2013

Supervisor: Dr. Papailias Theodore

## **ABSTRACT**

The aim of this Thesis is to study the Diagnosis Related Groups system (DRGs), as integrated in the Health Systems in different countries, focusing on the efforts for the development and implementation of the system in the National Healthcare Service in Greece. The main objective of this effort was to investigate the designed steps and the methodology used for the development and implementation of the DRG system in Greece, to identify vulnerabilities and to make proposals on methods for the improvement of the efficiency and the implementation of the system in the administrative and financial management of public hospitals in Greece, based on international experience.

Despite the fact that DRGs have been adopted in an increasingly large number of countries around the world, the understanding of DRG systems remains surprisingly limited. Regardless of the existence of numerous studies concerning the effects of the system on hospital efficiency, quality, transparency and technological innovation, these effects remain relatively unclear, as the specific design features in different countries are rarely taken into account.

Furthermore, comparative information from different European countries as regards the specific characteristics of their DRG systems and how these characteristics contribute to achieving the above mentioned aims is largely absent.

Consequently, there is no agreed consensus on how best to design DRG systems, because of the fact that the differences between countries' systems remain poorly understood.

Nevertheless, a thorough study and understanding of the international experience with DRG systems could form a useful tool used by countries when developing and optimizing their national systems.

### **Key - words**

Diagnosis Related Groups - DRGs

Prospective Payment

Cost accounting method

Case mix

Case mix index

Hospital output

Clinical pathway

Cream skimming

DRG creep/upcoding

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
Λέξεις - Κλειδιά .....	v
ABSTRACT .....	vi
Key - words .....	vii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	viii
ΠΙΝΑΚΕΣ – ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	x
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ.....	xii
1. Το Σύστημα των DRGs – ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες.....	5
1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	5
1.2. Εξάπλωση του συστήματος των DRGs.....	10
1.3. Κατανοώντας το σύστημα των DRGs.....	12
1.4. Πρακτική Εφαρμογή των DRGs.....	15
1.5. Υπολογισμός Κόστους.....	18
1.6. Κλινικές Διαδρομές/Κλινικά Μονοπάτια.....	22
1.7. Διαπραγματεύσεις .....	23
2. Εφαρμογή του συστήματος των DRGs σε επιλεγμένα Συστήματα Υγείας.....	24
2.1. Χρόνος Ανάπτυξης.....	26
2.2. Μεταβλητές Ταξινόμησης & Επίπεδα Βαρύτητας.....	28
2.3. Εξαιρούμενες Κατηγορίες Κόστους.....	29
2.4. Μέθοδος κοστολόγησης.....	30
2.5. Συχνότητα αναθεωρήσεων & αναπροσαρμογών .....	32
2.6. Groupers .....	34
2.7. EuroDRG PROJECT.....	39
3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ & ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ του συστήματος των DRGS.....	40
3.1. Πλεονεκτήματα .....	40
3.2. Μειονεκτήματα .....	42
3.3. Quicker & Sicker.....	44
4. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝ.....	45
4.1. Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ....	45

4.2. Παρακολούθηση Εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου στο Ε.Σ.Υ. ....	56
4.2.1. Εφαρμογή Λογισμικού για την Αντιστοίχιση ICD-10, Ιατρικών Πράξεων και ΚΕΝ.....	60
4.2.2. (α) Αξιολόγηση Μηχανισμού Αποτελεσμάτων & Διορθώσεων της Εφαρμογής των ΚΕΝ.....	66
4.2.3. (β) Ανακοστολόγηση ΚΕΝ .....	73
4.3. Εκδοθέντα ΦΕΚ .....	82
Συμπεράσματα .....	87
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	93
ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	102

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΠΙΝΑΚΕΣ – ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

### Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο στην Ευρώπη ...	2
Διάγραμμα 2: Δαπάνες υγείας ανά τομέα περίθαλψης.....	3
Διάγραμμα 3: Medicare Hospital Payments (1967 - 1983) - in Billions.....	5
Διάγραμμα 4: Από τη υιοθέτηση του συστήματος των DRGs στην με βάση τα DRGs κατανομή του προϋπολογισμού και αποζημίωση .....	9
Διάγραμμα 5: Τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας για τους ασθενείς του Medicare μειώθηκαν, αλλά οι περιπτώσεις εξόδου από το νοσοκομείο σε ασταθή κατάσταση αυξήθηκαν μετά την εφαρμογή του PPS.....	44
Διάγραμμα 6: Εξέλιξη νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα.....	45
Διάγραμμα 7: Επικράτεια: Υποσυστήματα σε Παραγωγική Λειτουργία.....	78
Διάγραμμα 8: Τα 18 πιο συχνά KEN στα ελληνικά νοσοκομεία με τις αντίστοιχες ΜΑΝ σε σύγκριση με τα Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs .....	89
Διάγραμμα 9: Τα 18 πιο συχνά KEN στα ελληνικά νοσοκομεία με το αντίστοιχο κόστος σε σύγκριση με τα Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs .....	90

### Πίνακες

Εικόνα 1: Ιστορική εξέλιξη των DRGs στις χώρες που συμμετέχουν στο EuroDRG project .....	11
Εικόνα 2: Παράγοντες διαμόρφωσης κόστους/αποζημίωσης ενός DRG .....	19
Εικόνα 3: Βασικά δομικά στοιχεία ενός συστήματος DRG.....	24
Εικόνα 4: Χρόνος ανάπτυξης των DRGs σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.....	27
Εικόνα 5: G-DRG Webgrouper .....	35
Εικόνα 6: G-DRG Webgrouper / DRG: E75C (ICD: R04.2, Ιατρική Πράξη: 1-620.0) ....	37
Εικόνα 8: G-DRG Webgrouper / DRG: E75C / Διάρκεια νοσηλείας: 12 ημέρες.....	38
Εικόνα 7: G-DRG Webgrouper / DRG: E75C / Διάρκεια νοσηλείας: 1 ημέρα.....	38
Εικόνα 9: Βασικά δομικά στοιχεία των DRG Systems .....	39
Εικόνα 11: Παράδειγμα Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού KEN .....	61
Εικόνα 12 Διαδικτυακή Εφαρμογή Εύρεσης Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων .....	62
Εικόνα 13 Αρχική σελίδα επιλογής «ΠΡΟΒΟΛΗ» .....	63
Εικόνα 14: Παράδειγμα: Αντιστοίχιση KEN N01M με όλους τους κωδικούς διαγνώσεων ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων .....	64
Εικόνα 15: Παράδειγμα: Εύρεση KEN εισάγοντας τον κωδικό ICD-10: A01 και την Ιατρική Πράξη: X704475 .....	65
Εικόνα 16: Μεθοδολογικό πλαίσιο για την κοστολόγηση & ανακοστολόγηση των KEN....	76
Εικόνα 17: Μεθοδολογικό πλαίσιο εκτίμησης της ΜΑΝ ανά KEN.....	81

## **Εξισώσεις**

Εξίσωση 1: <i>Εξίσωση υπολογισμού κόστους DRG</i> .....	18
Εξίσωση 2: <i>Τύπος υπολογισμού base rate</i> .....	20
Εξίσωση 3: <i>Υπολογισμός Δείκτη Σύνθεσης Ασθενών</i> .....	21
Εξίσωση 4: <i>Υπολογισμός αποζημίωσης νοσοκομείου</i> .....	21

## **Πίνακες**

Πίνακας 1: <i>Έτος εισαγωγής του συστήματος των DRGs στα συστήματα υγείας των χωρών που συμμετέχουν στο EuroDRG Project και οι σκοποί που εξυπηρέτησαν διαχρονικά</i> .....	8
Πίνακας 2: <i>Όροι εξίσωσης σύνθεσης κόστους DRG</i> .....	18
Πίνακας 3: <i>Μεταβλητές ταξινόμησης &amp; επίπεδα βαρύτητας σε ορισμένα συστήματα DRGs</i> .....	28
Πίνακας 4: <i>Εξαιρούμενες κατηγορίες κόστους σε χώρες της Ευρώπης</i> .....	29
Πίνακας 5: <i>Χαρακτηριστικά μεθόδων κοστολόγησης σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες</i> .....	31
Πίνακας 6: <i>Συχνότητα αναπροσαρμογών και χρονικών αποκλίσεων των δεδομένων σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες</i> .....	33
Πίνακας 7: <i>Κόστος και σχετικοί δείκτες βαρύτητας περιστατικών</i> .....	50
Πίνακας 8: <i>Αναπροσαρμογή των νοσηλίων της ΥΑ 1998 με δύο μεθοδολογίες</i> .....	53
Πίνακας 9: <i>Πίνακας από ESY.net για την παρακολούθηση των KEN στα νοσοκομεία του ΕΣΥ</i> .....	69
Πίνακας 10: <i>Αριθμός των KEN σε κάθε MDC και συνολικά, όπως αυτά έχουν δημοσιευτεί στα σχετικά ΦΕΚ</i> .....	86

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

<b>ΑΕΠ</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>ΔΥΠΕ</b>	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
<b>ΕΣΔΥ</b>	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>Η.ΔΙ.Κ.Α</b>	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΙΤΕ</b>	Ινστιτούτο Τεχνολογίας και Έρευνας
<b>ΚΕΝ</b>	Κλειστά Ενοποιημένα/Ελληνικά Νοσήλια
<b>ΚΕΣΥ</b>	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
<b>ΜΕΘ</b>	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
<b>ΜΔΝ</b>	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
<b>Μ.Κ.Ο</b>	Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός
<b>ΟΔΚΕΝ</b>	Ομάδα Διαχείρισης ΚΕΝ
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΣΥΤΕΝ</b>	Συλλογή-Ταξινόμηση-Επεξεργασία Νοσηλειών
<b>ΤΚΑ</b>	Ταξινόμηση σε Κατηγορία Ασθένειας
<b>ΥΥΚΑ</b>	Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
<b>Ω.Κ.Κ</b>	Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
<b>AR-DRGs</b>	Australian Refined Diagnosis Related Groups
<b>CMI</b>	Case Mix Index
<b>DRGs</b>	Diagnosis Related Groups
<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups
<b>GR-DRG</b>	Greek Diagnosis Related Groups
<b>HCFA</b>	Health Care Financing Administration
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>MDC</b>	Major Diagnostic Category
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>PCS</b>	Patient Classification System
<b>PPS</b>	Prospective Payment Systems

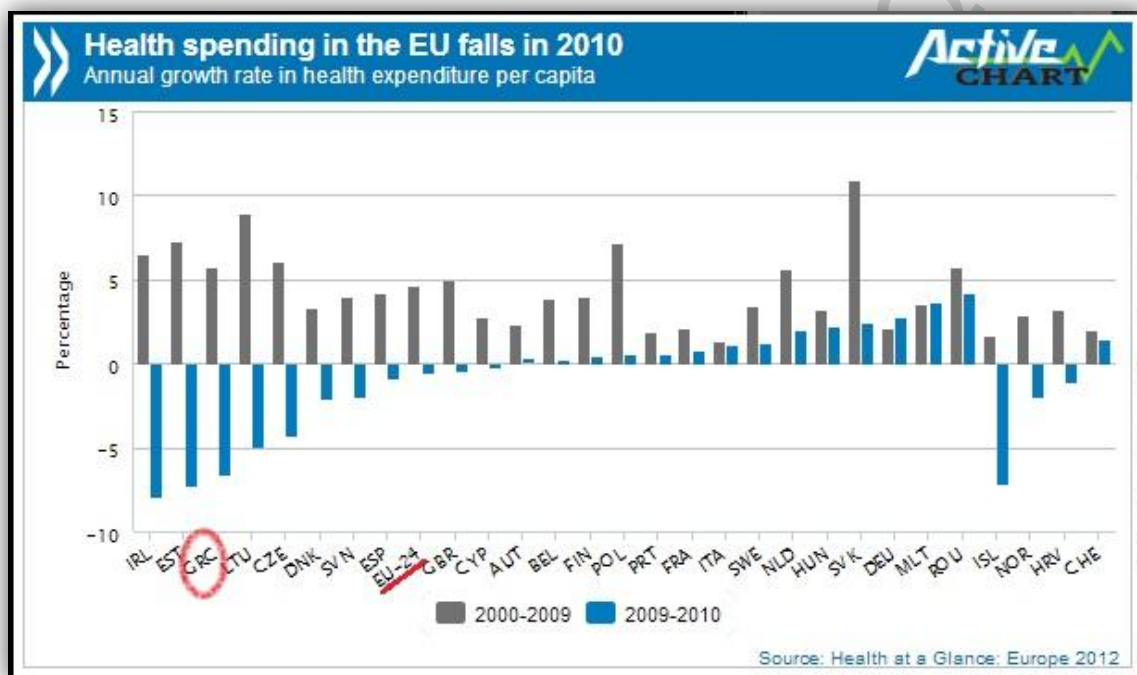
## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λήξη του Β' Παγκοσμίου πολέμου σηματοδότησε την έναρξη μίας σειράς αλλαγών, μέρος των οποίων οδήγησε στην αλματώδη ανάπτυξη του δημόσιου τομέα. Το γεγονός αυτό απασχόλησε έντονα τις οικονομικές και διοικητικές επιστήμες, έχοντας ως αποτέλεσμα τη σημαντική πρόοδο στην ανάπτυξη μεθόδων αξιολόγησης και βελτίωσης της αποδοτικότητας των πόρων στους τομείς της Άμυνας, των Μεταφορών, της Πολεοδομικής Ανάπτυξης στις προηγμένες χώρες, η οποία ακολουθήθηκε και στους τομείς του λεγόμενου «Κράτους - Πρόνοιας», μέρος του οποίου αποτελούν οι Υγειονομικές Υπηρεσίες (Πολύζος 1998).

Ειδικότερα όσον αφορά τη δημόσια υγεία, στις ευρωπαϊκές χώρες έχει επιτευχθεί αξιόλογη πρόοδος κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Πιο συγκεκριμένα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αυξήθηκε κατά περισσότερο από 6 χρόνια μεταξύ του 1980 και του 2010, ενώ η πρόωγη θνησιμότητα έχει μειωθεί δραστικά. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και οι αλλαγές σε ορισμένες συμπεριφορές που έχουν σχέση με την υγεία συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση της μακροβιότητας. Σημαντικό μερίδιο σε αυτό έχει και η πρόοδος στην ιατρική περίθαλψη, η καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη και η ποιότητα της περίθαλψης. Το μέγεθος και η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες αυξάνονται, ενώ οι δαπάνες στον τομέα της υγείας λόγω της αυξανόμενης ζήτησης των πολιτών για υπηρεσίες υγείας είχαν αυξητική τάση μέχρι το 2009 εξαιτίας των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και τεχνολογικών αλλαγών που αναφέρθηκαν, αντιστοιχώντας σε ένα όλο και μεγαλύτερο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος (OECD 2012).

Αντίρροπη δύναμη στην αυξητική τάση των δαπανών αποτέλεσε η εκδήλωση της οικονομική ύφεσης το 2008, καθώς πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ. Η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών στον τομέα της υγείας επιβραδύνθηκε ή ελαττώθηκε σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, αναστρέφοντας με τον τρόπο αυτό την τάση σταθερών αυξήσεων. Οι δαπάνες είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται το 2009 σε χώρες που πλήττονταν περισσότερο από την οικονομική κρίση (π.χ. Εσθονία, Ισλανδία), ακολουθούμενες από περαιτέρω μειώσεις το

2010 λόγω των αυξανόμενων δημοσιονομικών πιέσεων, καθώς και της αύξησης των δεικτών χρέους προς το ΑΕΠ. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, σε όλη την ΕΕ, οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά μέσο όρο κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές μεταξύ του 2000 και του 2009, ακολουθούμενες από πτώση κατά 0,6% το 2010 (Διάγραμμα 1) (OECD 2012).



**Διάγραμμα 1: Ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο στην Ευρώπη**

ΠΗΓΗ: OECD (2012)

Ως αποτέλεσμα, θέματα που σχετίζονται με τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο χρηματοδότησής τους (διαδικασίες άντλησης των πόρων και κατανομή αυτών) είναι σήμερα, περισσότερο από ποτέ, μείζονος σημασίας για τη βιωσιμότητα ενός συστήματος υγείας και την ικανοποίηση των πολιτών.

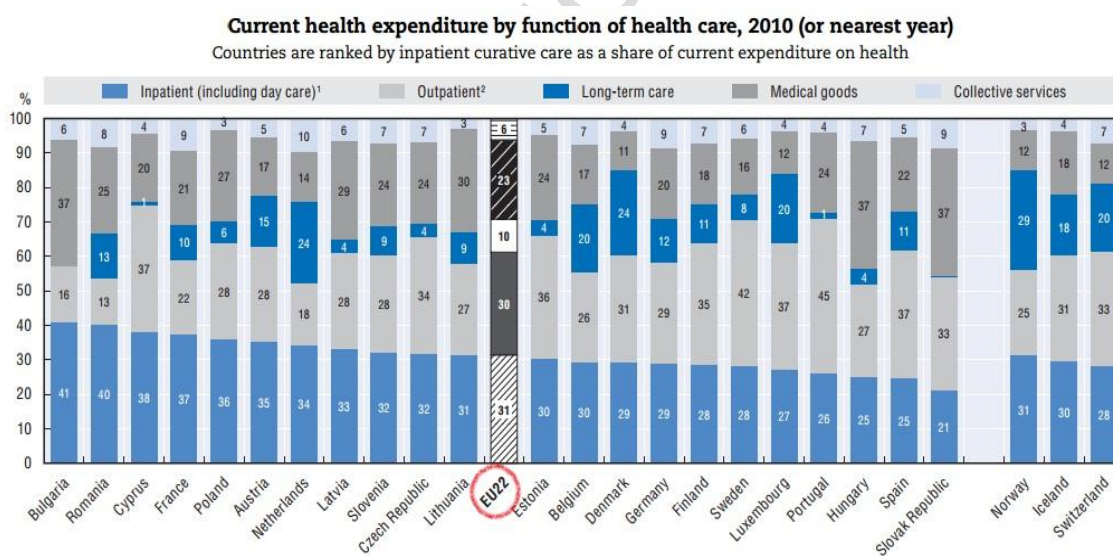
Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια της χρηματοδότησης λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο αφού συμπεριλαμβάνει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης, καθώς και τα κριτήρια κατανομής τους (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Το ζήτημα της κατανομής των πόρων και της αποδοτικής διαχείρισης των νοσοκομείων καταγράφεται στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας ως

καθοριστικό για την άσκηση ορθολογικής πολιτικής υγείας, μιας και η νοσοκομειακή δαπάνη αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα της συνολικής δαπάνης υγείας (ενδεικτικά: Διάγραμμα 2) (OECD 2012). Ειδικά σε χώρες που δεν είναι μέλη του **Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης**<sup>1</sup>, το ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας που διατίθεται για οξεία ενδονοσοκομειακή περίθαλψη συνήθως ξεπερνά το 50%. Στην Κίνα το ποσοστό αυτό αγγίζει το 58%, στη Βραζιλία ξεπερνά το 60% και στις χώρες τις πρώην Σοβιετικής Ένωσης ήταν συχνά πάνω από 70% (Busse et al. 2011).

Το ενδιαφέρον για την αναζήτηση λύσεων περιορισμού του κόστους και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας στον νευραλγικό και πολυδάπανο νοσοκομειακό τομέα είναι έντονο διεθνώς, γεγονός που αποδεικνύεται από τον όγκο των ερευνών και των αντίστοιχων δημοσιεύσεων.

Ο επιστημονικός προβληματισμός μέτρησης και αξιολόγησης της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων που εισήχθη, οδήγησε στην αναζήτηση μεθόδων κοστολόγησης και οικονομικής αξιολόγησής τους.



1. Refers to curative and rehabilitative inpatient and day care provided in hospitals, day surgery clinics, etc.

2. Refers to curative and rehabilitative care in doctors' offices, clinics, outpatient departments of hospitals, home care and ancillary services.

Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705520>

## Διάγραμμα 2: Δαπάνες υγείας ανά τομέα περίθαλψης

ΠΗΓΗ: OECD (2012)

<sup>1</sup> Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α., [αγγλ.](http://www.oecd.org/) OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development)



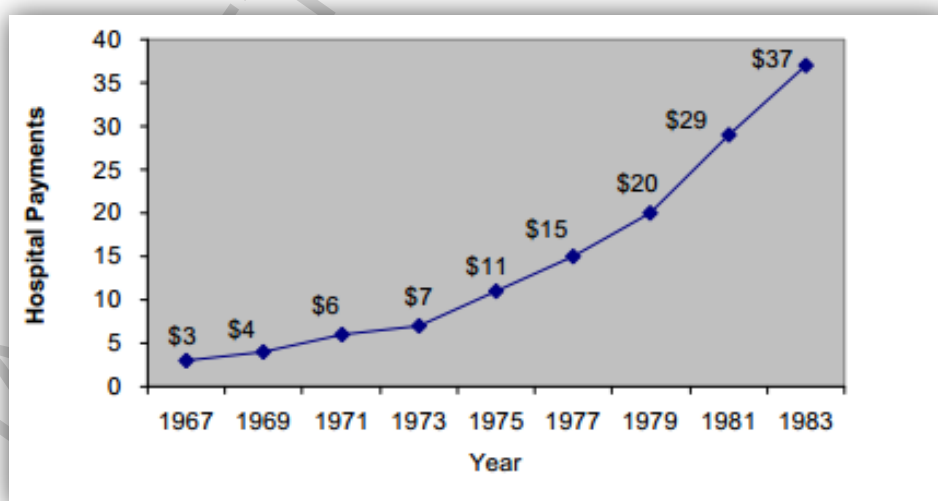
Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην υγειονομική περίθαλψη πραγματοποιείται με τη χρήση «επιχειρησιακών» εργαλείων μέτρησης του νοσοκομειακού «προϊόντος» και της αποδοτικότητάς του, δανειζόμενη στοιχεία από την επιχειρησιακή έρευνα, τη στατιστική και άλλα επιστήμες. Ο ιδιάζων χαρακτήρας της υγειονομικής περίθαλψης, όσον αφορά τη μέτρηση της αποδοτικότητάς της, έγκειται στο ότι υπεισέρχεται σε αυτήν η επιδημιολογική ή κλινική διάσταση. Πολυπαραγοντικό (multi-product) είναι, επίσης, το αποτέλεσμα (output-outcome) μιας νοσηλείας ή μιας απλής ιατρικής πράξης (Υφαντόπουλος 1998), γεγονός που καθιστά δύσκολη την πραγματοποίηση ενδονοσοκομειακών ή διανοσοκομειακών συγκρίσεων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

# 1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ DRGS – ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

## 1.1. Ιστορική Αναδρομή

Τα DRGs (Diagnosis Related Groups) αναπτύχθηκαν μετά από μελέτες του Πανεπιστημίου Yale (Yale University) τις δεκαετίες του '60 και του '70. Η μελέτη που ξεκίνησε από τον Codman (χειρουργό του Γεν. Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης) στις αρχές του 20ου αιώνα, αναθεωρήθηκε και αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον καθηγητή Robert Fetter και τους συνεργάτες του στο Yale, όταν κλήθηκαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός προγράμματος εκτίμησης της χρησιμότητας και διασφάλισης της ποιότητας για το τοπικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Από τα ερωτήματα που τέθηκαν από τον Fetter και τους συνεργάτες του σχετικά με τη μελέτη αυτή, ξεκίνησε αυτό που ο Fetter περιέγραψε αργότερα ως εικοσαετή διαδικασία «μέτρησης του νοσοκομειακού “προϊόντος” ως μέσο αξιολόγησης του τι λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο» (Fetter, 1991). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η αρχική πρωτοβουλία υπαγορεύτηκε από τις προϋποθέσεις εγγραφής στο μητρώο του προγράμματος Medicare<sup>2</sup> (που είχε καθιερωθεί το 1965) και ήταν το πρόγραμμα αυτό που υιοθέτησε πρώτο το σύστημα των DRGs (1983) που προέκυψε από αυτή τη μακρά διαδικασία ανάπτυξης (Busse et al. 2011).



**Διάγραμμα 3: Medicare Hospital Payments (1967 - 1983) - in Billions**

ΠΗΓΗ: Office of Inspector General, Office of Evaluation and Inspections (2011)

<sup>2</sup> **Medicare**: Πρόγραμμα της κυβέρνησης των Η.Π.Α. για παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ηλικιωμένους (>65), Α.Μ.Ε.Α. ή σε άτομα με μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση

Εξαιτίας των απαιτήσεων για επεξεργασία πολύ μεγάλου όγκου νοσοκομειακών δεδομένων, η ανάπτυξη της πληροφορικής ήταν κρίσιμης σημασίας για το έργο που έλαβε χώρα καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 αναφορικά με το να «ανακαλυφθεί μια μέθοδος μέτρησης και κοστολόγησης του νοσοκομειακού “προϊόντος”» (Fetter 1993).

Η πρώτη έκδοση αυτού που αργότερα ονομάστηκε σύστημα DRG αποτελούνταν από 54 Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (MDCs) και 333 ομάδες.

Η δεύτερη έκδοση αναπτύχθηκε για την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης και αποτελούνταν από 83 Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (MDCs) και 383 Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs) (Fetter et al. 1980), ενώ η Τρίτη έκδοση το 1978 αναπτύχθηκε για την Πολιτεία του New Jersey, η οποία βρισκόταν σε διαδικασία υιοθέτησης ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων βασισμένου στις Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες. Η τελική έκδοση του συστήματος DRG αναπτύχθηκε από την Ομάδα Διοίκησης Νοσοκομειακών Συστημάτων του Πανεπιστημίου Yale στο πλαίσιο σύναψης συμβάσεως με τη Διεύθυνση Χρηματοδότησης Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Financing Administration (HCFA)<sup>3</sup>, με σκοπό την ανάπτυξη συστήματος ταξινόμησης περιστατικών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο διαφοροποιούσε το ύψος των απαιτούμενων για την παροχή φροντίδας πόρων και ήταν κλινικά συνεπές, με την έννοια ότι οι ομάδες αναμένετο να οδηγήσουν στη λήψη σειράς κλινικών αποφάσεων που θα κατέληγαν σε παρόμοιο σχέδιο κατανάλωσης πόρων (Rodrigues 1993). Στο σύστημα DRG που αποτέλεσε τη βάση του Συστήματος Προοπτικής Χρηματοδότησης Medicare το 1983 στις Η.Π.Α. (White 2003), η αποζημίωση των νοσοκομείων βασίστηκε στην πρώτη έκδοση του συστήματος HCFA-DRG, το οποίο τη δεδομένη χρονική περίοδο αποτελούνταν από 23 Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες και 470 Ομάδες (Busse et al. 2011).

Από το 1983, που το Medicare υιοθέτησε τα DRGs ως μέσο συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των νοσοκομειακών δαπανών, που είχαν εκτροχιαστεί (Διάγραμμα 3), το σύστημα των DRGs έχει χρησιμοποιηθεί ως βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων

---

<sup>3</sup> *Health Care Financing Administration (HCFA)*: Ομοσπονδιακή υπηρεσία που διαχειρίζεται τα προγράμματα *Medicare*, *Medicaid* (ασφαλιστικό πρόγραμμα της Κυβέρνησης των Η.Π.Α. για άτομα όλων των ηλικιών, των οποίων το εισόδημα και οι πόροι δεν επαρκούν για να πληρώσουν για την υγειονομική τους περίθαλψη) και το *Προγράμματα Ασφάλισης Υγείας του Παιδιού*.

και τη μέτρηση της δραστηριότητάς τους στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος, αν και σε διαφορετικό βαθμό (Paris et al., 2010).

Ωστόσο, ο όρος DRG χρησιμοποιείται ευρέως με ποικίλες σημασίες στις διάφορες χώρες. Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν τα DRGs κυρίως ως μέτρο αξιολόγησης του μείγματος των ασθενών (για παράδειγμα, στη Σουηδία και τη Φινλανδία), ενώ σε άλλες χώρες τα DRGs χρησιμοποιούνται ως συνώνυμο των τιμών αποζημίωσης (π.χ. στη Γαλλία και τη Γερμανία). Αυτό οφείλεται, εν μέρει, στις διαφορετικές διαδικασίες εφαρμογής του συστήματος που έλαβαν χώρα σε διαφορετικές δεκαετίες και εν μέρει, στο γεγονός ότι τα συστήματα DRG υιοθετήθηκαν και σχεδιάστηκαν κατά κύριο λόγο με βάση τις ανάγκες του αντίστοιχου συστήματος υγείας (Busse et al. 2006, Schreyögg et al., 2006).

Ανεξάρτητα από τον τύπο του εγκαταστημένου νοσοκομειακού συστήματος, τα DRGs συστήματα έχουν διεθνώς εισαχθεί για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Πρώτον, ως μέσο αύξησης τη διαφάνειας των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομεία (μέσω της κατηγοριοποίησης των ασθενών, μέτρησης των νοσοκομειακών εκροών κλπ.) και δεύτερον, ως μέσο παροχής κινήτρων για την ορθή χρήση των πόρων μέσα στα νοσοκομεία, αποζημιώνοντας τα νοσοκομεία με βάση τον αριθμό και το είδος των περιπτώσεων που διαχειρίζονται. Επιπλέον, ο συνδυασμός της αυξημένης διαφάνειας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση - ή τουλάχιστον την εξασφάλιση - του επιπέδου της ποιότητας της περίθαλψης (Busse et al. 2011).

Η θέσπιση του συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης Medicare θεωρήθηκε από τον Mayes (2001) ως «*η μοναδική σημαίνουσα μεταπολεμική καινοτομία στη χρηματοδότηση των ιατρικών υπηρεσιών*», ο οποίος σημειώνει, επίσης, ότι το νέο σύστημα δίνει το έναυσμα για αλλαγή στην ισορροπία πολιτικής και οικονομικής εξουσίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομεία και ιατροί) και εκείνων που τους χρηματοδοτούν, εξουσία που είχε συσσωρευτεί στα χέρια των παρόχων για περισσότερο από μισό αιώνα (Busse et al. 2011).

Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη του συστήματος των DRGs θα μπορούσε να περιγραφεί ως παγκόσμιο φαινόμενο (Kimberly et al. 2008). Είναι ιδιαίτερα σπάνιο στο χώρο της ανάπτυξης συστημάτων υγείας να εντοπιστεί πρωτοβουλία που να έχει μεταβεί με τόσο

ραγδαίο ρυθμό από τη φάση της έρευνας στη φάση της εφαρμογής και της διάχυσής της διεθνώς (Busse et al. 2011).

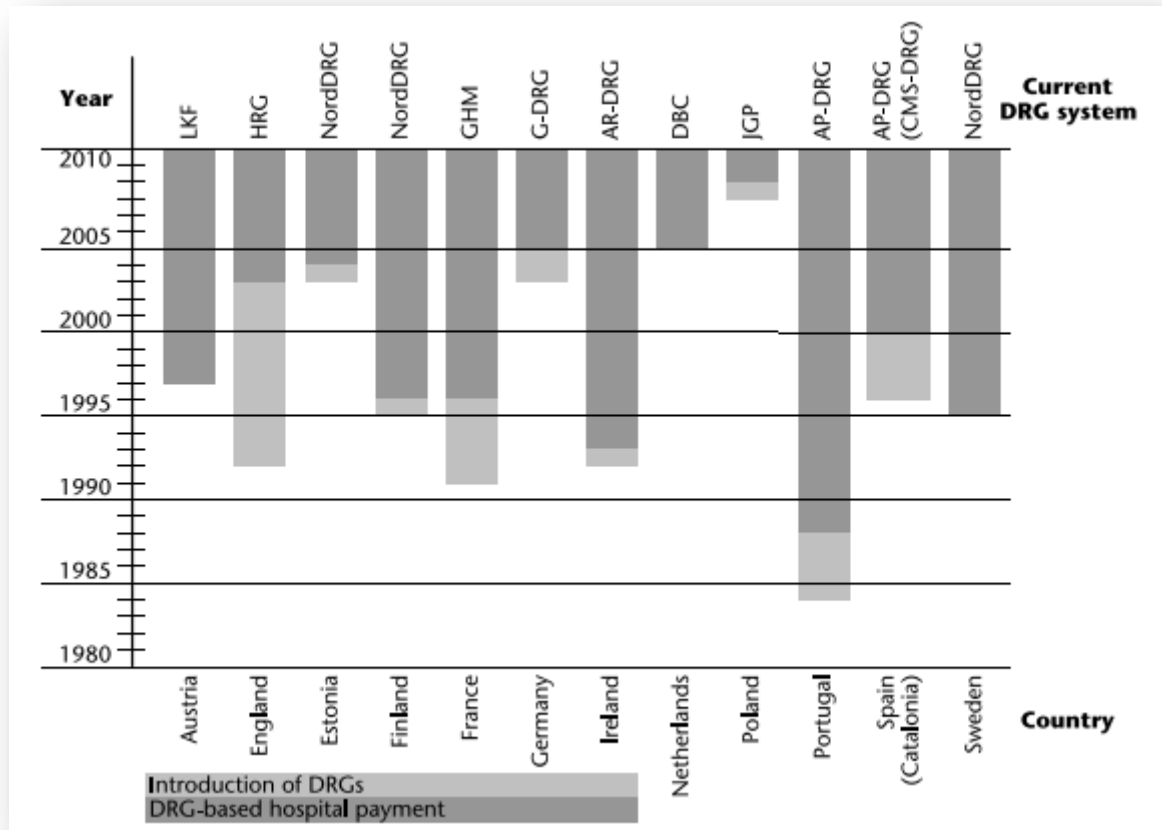
Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται το έτος εισαγωγής του συστήματος των DRGs στα συστήματα υγείας των χωρών που συμμετέχουν στο EuroDRG Project (βλ. παρακάτω "EuroDRG PROJECT"), καθώς και οι σκοποί που εξυπηρέτησαν διαχρονικά.

<i>Country</i>	<i>Year of DRG introduction</i>	<i>Original purpose(s)</i>	<i>Principal purpose(s) in 2010</i>
Austria	1997	Budgetary allocation	Budgetary allocation, planning
England	1992	Patient classification	Payment
Estonia	2003	Payment	Payment
Finland	1995	Description of hospital activity, benchmarking	Planning and management, benchmarking, hospital billing
France	1991	Description of hospital activity	Payment
Germany	2003	Payment	Payment
Ireland	1992	Budgetary allocation	Budgetary allocation
Netherlands	2005	Payment	Payment
Poland	2008	Payment	Payment
Portugal	1984	Hospital output measurement	Budgetary allocation
Spain (Catalonia)	1996	Payment	Payment, benchmarking
Sweden	1995	Payment	Benchmarking, performance measurement

**Πίνακας 1:** Έτος εισαγωγής του συστήματος των DRGs στα συστήματα υγείας των χωρών που συμμετέχουν στο EuroDRG Project και οι σκοποί που εξυπηρέτησαν διαχρονικά

ΠΗΓΗ: Busse et al. (2011)

Όπως φαίνεται και στον Διάγραμμα 4, παρά το γεγονός ότι ο κατά δήλωση πρωταρχικός σκοπός υιοθέτησης του συστήματος ήταν η αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση τα DRGs (Πίνακας 1), οι περισσότερες χώρες ξεκίνησαν τη διαδικασία αυτή μόνο μετά από μία πιλοτική περίοδο.



*Διάγραμμα 4: Από τη υιοθέτηση του συστήματος των DRGs στην με βάση τα DRGs κατανομή του προϋπολογισμού και αποζημίωση*

ΠΗΓΗ: Busse et al. (2011)

Σημείωση: Η Ιρλανδία ξεκίνησε με τα HCFA-DRGs το 1992 και το 2003 πέρασε στα AR-DRGs.

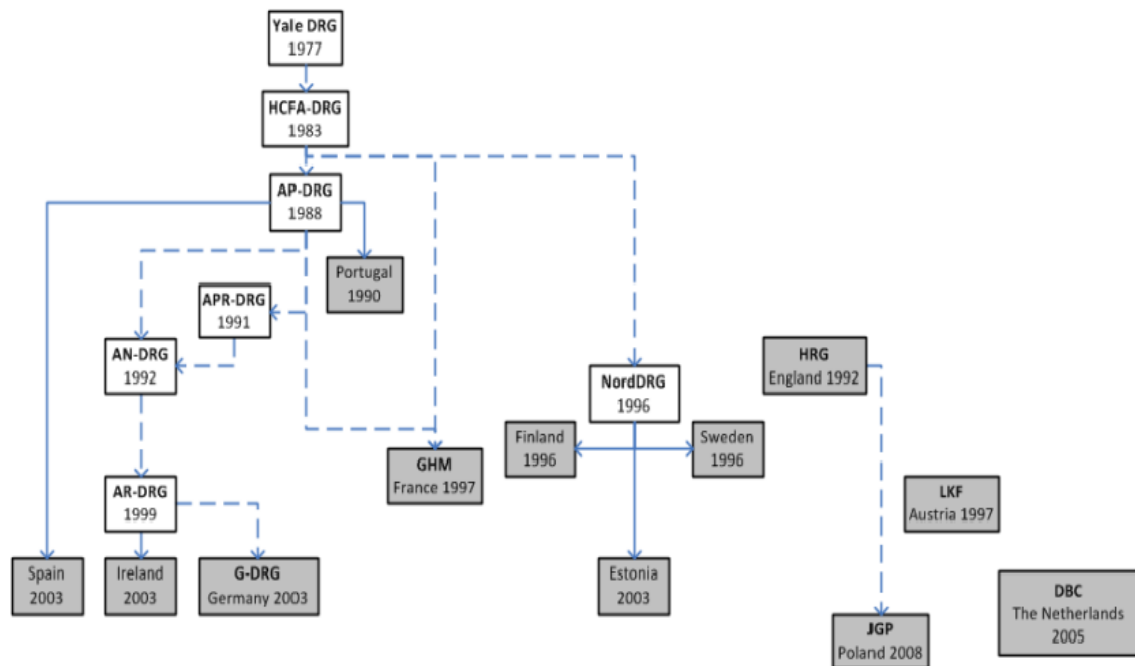
## 1.2. Εξάπλωση του συστήματος των DRGs

Η έκρηξη των δαπανών υγείας τη δεκαετία του '80 στην Ευρώπη, αλλά και παγκοσμίως, οδήγησε στη ραγδαία εξάπλωση του συστήματος των DRGs, το οποίο υιοθετήθηκε σε πολλές χώρες ως μέσο συγκράτησης του νοσοκομειακού κόστους. Η πρώτη πολιτεία της Αυστραλίας που εφήρμοσε το εν λόγω σύστημα ήταν η Βικτόρια το 1993 (Υφαντόπουλος 2011)

Το σύστημα εφαρμόστηκε στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες είτε αυτούσια, είτε σε συνδυασμό με άλλα συστήματα χρηματοδότησης (π.χ. σφαιρικός προϋπολογισμός). Η λίστα περιλαμβάνει πλέον χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Δανία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, αλλά και πολλές από τις γειτονικές της Ελλάδας χώρες, όπως είναι η Ιταλία, η Τουρκία, η Βουλγαρία, η Κύπρος και η Σερβία. Οι χώρες αυτές είτε έχουν ήδη εφαρμόσει πλήρως το συγκεκριμένο σύστημα χρηματοδότησης, είτε διέρχονται το στάδιο ανάπτυξης και εφαρμογής του (Επιτροπή ΥΥΚΑ για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs 2011). Αξιοσημείωτο είναι, πως συστήματα DRGs έχουν εφαρμόσει και χώρες χαμηλού ή μέσου εισοδήματος, όπως το Μεξικό, η Κροατία, η Εσθονία, η Βοσνία, η Σλοβενία, η Ουγγαρία, το Κιργιστάν, η ΠΓΔΜ, η Πολωνία, η Ρουμανία, η Τυνησία, η Ινδονησία, η Ταϊλάνδη και η Μογγολία (Mathauer, Wittenbecher, 2012). Όσον αφορά την Ευρώπη, η πρώτη χώρα που αποφάσισε την εισαγωγή του συστήματος των DRGs ήταν η Γαλλία (απόφαση εισαγωγής: 1986/εισαγωγή στα νοσοκομεία: 1991), ως συμπληρωματικό εργαλείο του σφαιρικού προϋπολογισμού (Φουστέρη 2011). Η πρώτη χώρα που ξεκίνησε να εφαρμόζει σύστημα αποζημίωσης βασισμένο στα DRGs ήταν η Πορτογαλία (1988). Η Νορβηγία εισήγαγε το σύστημα σε επιλεγμένα νοσοκομεία την περίοδο 1991-1993, ενώ η Ιρλανδία εισήγαγε το σύστημα για περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων οξείας φροντίδας το 1993 (Busse et al. 2011).

Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη των DRGs στις χώρες που συμμετέχουν στο EuroDRG Project (βλ. παρακάτω "EuroDRG PROJECT").

## Historical Development



Εικόνα 1: Ιστορική εξέλιξη των DRGs στις χώρες που συμμετέχουν στο EuroDRG project

(Austria, England, Estonia, Finland, France, Germany, Ireland, Netherlands, Poland, Portugal, Spain and Sweden)

Figure based on <http://www.fischer-zim.ch/textk-pcs/index.htm> & Schreyögg et al. (2006)

ΠΗΓΗ: Kobel et al. (2011)



### 1.3. Κατανοώντας το σύστημα των DRGs

Παρά το γεγονός ότι τα DRGs έχουν εφαρμοστεί σε πολύ μεγάλο αριθμό χωρών, η κατανόηση του συστήματος παραμένει σε εντυπωσιακό βαθμό περιορισμένη. Από τη μία πλευρά δεν υπάρχει καλή πληροφόρηση σχετικά με τις εναλλακτικές επιλογές σχεδιασμού του συστήματος, μιας και συστηματικές συγκρίσεις μεταξύ των ειδικών χαρακτηριστικών του συστήματος σε διάφορες χώρες είναι εξαιρετικά σπάνιες (France 2003). Κατά συνέπεια, δεν υπάρχει συμφωνηθείσα συναίνεση σχετικά με τον βέλτιστο τρόπο σχεδιασμού ενός τέτοιου συστήματος, επειδή οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων των διαφόρων χωρών παραμένουν σε πολύ μικρό βαθμό κατανοητές. Από την άλλη πλευρά, παρά την ύπαρξη πολυάριθμων μελετών σχετικά με τη θετική επίδραση του συστήματος στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, την ποιότητα και την τεχνολογική καινοτομία, τα αποτελέσματα αυτά παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ασαφή (Brügger 2010) (επίσης λόγω του ότι τα ειδικά χαρακτηριστικά σχεδιασμού του συστήματος στις διάφορες χώρες σπάνια λαμβάνονται υπόψη) (Busse et al. 2011).

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, τα DRGs αποτελούν μέθοδο προοπτικής αποζημίωσης, με βάση την οποία το ποσό της αποζημίωσης ορίζεται πριν την περίοδο κατά την οποία παρέχεται η φροντίδα (εκ των προτέρων καθορισμένες αμοιβές για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες) και θεωρείται ότι παρέχει το κατάλληλο έδαφος, ώστε να υπάρξει ένας ελεγχόμενος ανταγωνισμός μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα DRGs είναι ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών με τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

1. Η συλλογή των δεδομένων των περιπτώσεων νοσηλείας γίνεται σε τακτική βάση (κυρίως αφορούν χαρακτηριστικά του ασθενούς, θεραπεία, χαρακτηριστικά παρόχου)
2. Τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, οι οποίες προτίθεται να
3. έχουν νόημα από κλινικής απόψεως και να είναι οικονομικώς ομοιογενείς (Busse et al. 2011)

Η λογική των DRGs στηρίζεται στο γεγονός ότι ασθενείς με την ίδια ή παρόμοια διάγνωση και ίδιο προφίλ απαιτούν παρόμοιες διαδικασίες και αναλώνουν ίδιους νοσοκομειακούς πόρους (Υφαντόπουλος 2011). Τα DRGs "συνοψίζουν" τον πολύ

μεγάλο αριθμό διαφορετικών (μεμονωμένων) περιπτώσεων νοσηλείας σε έναν διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων (με τα παραπάνω χαρακτηριστικά), παρέχοντας με τον τρόπο αυτό ένα μέτρο της δραστηριότητας του νοσοκομείου (προσδιορισμός νοσοκομειακού “προϊόντος”). Ως εκ τούτου, διευκολύνουν τις συγκρίσεις των νοσοκομειακών δαπανών, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας και συμβάλλουν στην αύξηση της διαφάνειας.

Ιδανικά, τα συστήματα DRG θα πρέπει να θεωρούν ως μεταβλητές ταξινόμησης τους πιο σημαντικούς παράγοντες καθορισμού του κόστους, θα πρέπει δηλαδή να ορίζουν τις ομάδες με βάση τις διαγνώσεις, τις διαδικασίες ή άλλες μεταβλητές ταξινόμησης, που κάνουν τη θεραπεία ενός ασθενούς πιο ακριβή από τη θεραπεία ενός άλλου ασθενούς (Busse et al. 2011).

Ενώ η χρήση των DRGs για σκοπούς απολογισμού και διοίκησης των νοσοκομείων είναι σημαντική, οι περισσότερες χώρες τα χρησιμοποιούν κυρίως ως βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων. Σε γενικές γραμμές μπορούν να διακριθούν δύο τέτοια μοντέλα: από τη μία πλευρά είναι τα βασιζόμενα στα DRGs συστήματα αποζημίωσης κατά περίπτωση, όπου κάθε ασθενής ομαδοποιείται στο κατάλληλο DRG και τα νοσοκομεία λαμβάνουν αποζημίωση για κάθε περίπτωση, η οποία καθορίζεται από το σχετικό κόστος (cost weight) κάθε DRG. Από την άλλη πλευρά, είναι τα συστήματα κατανομής του προϋπολογισμού με βάση τα DRGs, όπου ο διαθέσιμος κρατικός (ή περιφερειακός) προϋπολογισμός κατανέμεται στα επιμέρους νοσοκομεία με βάση τον αριθμό και το είδος των DRGs που «παρήγαγαν» κατά τη διάρκεια ενός εκ των προηγούμενων ετών ή με βάση του τι αναμένεται να παράγουν μέσα στο επόμενο έτος. Το μίγμα των ασθενών (casemix)<sup>4</sup> και ο δείκτης μίγματος ασθενών (casemix index/ CMI)<sup>5</sup> αποτελούν, συνήθως, τους καθοριστικούς παράγοντες για την κατανομή του προϋπολογισμού.

---

<sup>4</sup> *Casemix*: το άθροισμα των σχετικών βαρών όλων των DRGs που “παρήγαγε” ένα νοσοκομείο μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο

<sup>5</sup> *Casemix index (CMI)*: το casemix διαιρούμενο με τον αριθμό των περιπτώσεων νοσηλείας  
Ο δείκτης CMI είναι, επομένως, ίσος με το μέσο σχετικό βάρος των DRGs για ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο και αποτελεί σημαντικό δείκτη της δαπανηρότητας των περιπτώσεων νοσηλείας που αντιμετώπισε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο. Μικρά νοσοκομεία έχουν συνήθως CMIs κάτω από 1, ενώ πανεπιστημιακά νοσοκομεία μπορεί να έχουν CMIs πάνω από 1,5 (Busse et al. 2011).

Υπάρχουν τρία βασικά κίνητρα για τα νοσοκομεία που προκύπτουν από την εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs:

1. μείωση κόστους ανά περίπτωση νοσηλείας,
2. αύξηση εσόδων ανά ασθενή και
3. αύξηση του αριθμού των ασθενών.

Οι κυριότερες επιδράσεις του συστήματος αφορούν:

- *Αύξηση αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης*  
(παροχή κινήτρων αύξησης της δραστηριότητας και μείωσης του κόστους)
- *Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*  
(διαδικασίες ελέγχου και σύγκρισης της ποιότητας μεταξύ των νοσοκομείων - απαραίτητη κρίνεται η συσχέτιση της αποζημίωσης με την ποιότητα της παρεχόμενης πληροφορίας για αποκλεισμό περιπτώσεων μείωσης της ποιότητας εκ μέρους των νοσοκομείων ως μέσο μείωσης του κόστους)
- *Τεχνολογική καινοτομία*  
(ενθαρρύνεται η χρήση τεχνολογικών καινοτομιών που μειώνουν το συνολικό κόστος ανά ασθενή, από το οποίο, όμως, προκύπτει το ερώτημα του κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα της περίθαλψης και συνεπώς, κατά πόσο είναι κοινωνικά επιθυμητό, στην περίπτωση που μια καινοτομία μειώνει την ποιότητα της υπηρεσίας)

Παρόλο που οι αποδείξεις παραμένουν περιορισμένες, το μεγαλύτερο μέρος των συγγραφέων από τη διεθνή βιβλιογραφία θεωρεί πως το σύστημα των DRGs έχει σχετικά θετική επίδραση στην αποτελεσματικότητα. Από την άλλη πλευρά μπορεί να εμφανιστούν απρόβλεπτες αρνητικές επιπτώσεις (cream skimming, up-coding, κα. – βλ παρακάτω "Μειονεκτήματα"). Εάν οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις δεν ληφθούν υπόψη από τις σχεδιαστικές προδιαγραφές του συστήματος, καθώς και από το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο, θα μπορούσαν να απειλήσουν με υπερκάλυψη των τυχόν βελτιώσεων στην αποτελεσματικότητα που αναμένονται ως αποτέλεσμα της υιοθέτησης του εν λόγω συστήματος (Busse et al. 2011).

## 1.4. Πρακτική Εφαρμογή των DRGs

Σε κάθε DRG (Ομοειδή Διαγνωστική Κατηγορία) αντιστοιχίζονται οι κωδικοί νόσων και οι κωδικοί των ιατρικών πράξεων. Η αντιστοίχιση αυτή αποτελεί τον σκελετό του συστήματος των DRGs και πάνω σε αυτήν στήνεται ο αλγόριθμος επιλογής του κατάλληλου DRG.

Συνεπώς, βασικός πυλώνας της εφαρμογής ενός συστήματος DRGs είναι η υιοθέτηση ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενών στα DRGs (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. 2011). Πρόκειται για έναν προκαθορισμένο αλγόριθμο, ο οποίος αποτελείται από μια σειρά κόμβων δενδρικών αποφάσεων και αλληλουχιών που επιτρέπουν τη σωστή επιλογή DRG μέσω της εισαγωγής των απαραίτητων κάθε φορά μεταβλητών από τον χρήστη και, εν τέλει, την κατάλληλη χρέωση για το περιστατικό νοσηλείας. Τα λογισμικά διαχείρισης των αντιστοιχίσεων των DRGs με τους κωδικούς νόσων και ιατρικών πράξεων ονομάζονται groupers (Υφαντόπουλος 2011).

Η εν λόγω εφαρμογή, εξάγει το DRG που πρέπει να χρεωθεί και το κόστος αυτού (ποσό αποζημίωσης του νοσοκομείου) όταν ο χρήστης εισάγει σε αυτήν την αναγκαία πληροφορία σχετικά με το με περιστατικό νοσηλείας [π.χ. φύλο, ηλικία, είδος εξιτηρίου (θάνατος, παραπομπή στο σπίτι, σε άλλο νοσοκομείο, σε κέντρο αποκατάστασης, κλπ), κωδικό/ούς διάγνωσης και ιατρικών πράξεων, κα.] (ΕΣΔΥ 2011), όπως παρουσιάζεται παρακάτω (ενδεικτικά):

- **Πρωταρχική διάγνωση** σύμφωνα με το επιλεγθέν κάθε φορά σύστημα ταξινόμησης (π.χ. σύστημα Bertillon/ Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών κατά ICD-10)
- **Χειρουργικές και λοιπές διαδικασίες ή Επεμβατικές Πράξεις:**  
Όπως, για παράδειγμα, χρήση χειρουργικής αίθουσας, αναρρωτηρίου, αναισθησίας, καθώς αυτές διαφοροποιούν αρκετά τη χρήση των πόρων και κατ' επέκταση το κόστος για το νοσοκομείο.

Στις ιατρικές πράξεις δεν περιλαμβάνονται ιατρικές πράξεις ή εξετάσεις ρουτίνας που απαιτούνται για τις περισσότερες νοσηλείες, αλλά μόνο αυτές που διαφοροποιούν το κόστος της νοσηλείας.

π.χ. Διάγνωση Στηθάγχη:

- Εάν δεν επιλεγεί ιατρική πράξη (συντηρητική αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή) καταλήγουμε σε ένα DRG χαμηλού κόστους.
- Εάν επιλεγεί αντιμετώπιση επεμβατικής καρδιολογίας με την ιατρική πράξη «Αγγειοπλαστική» καταλήγουμε σε DRG μέσου κόστους (με διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη ή μη επιπλοκών, τη χρήση ή μη STENT, κα.)
- Εάν επιλεγεί χειρουργική αντιμετώπιση με την ιατρική πράξη «Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη» καταλήγουμε σε DRG υψηλού κόστους (με τις αντίστοιχες διαφοροποιήσεις – βλ. παραπάνω)

- **Δευτερεύουσα διάγνωση:**

Αναφέρεται στην ύπαρξη σημαντικών επιπλοκών ή συννοσηροτήτων. Η σημαντικότητα της προσμέτρησης του συγκεκριμένου παράγοντα είναι μεγάλη, αν αναλογιστεί κανείς ότι, σύμφωνα με την Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του ΚΕΝ του Ε.Σ.Υ., η πιθανότητα αύξησης της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών της ΜDC λόγω της ύπαρξής τους είναι 0,75 (75%).

- **Ηλικία και φύλο του ασθενούς:**

Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα DRGs διαχωρίζονται όταν απαιτείται από τη νόσο λόγω διαφοροποίησης του κόστους της περίθαλψης από το όριο των 17 ή 18 ετών (Pediatric DRGs).

- **Διάρκεια νοσηλείας**

- **Τρόπος εισαγωγής**

π.χ. παραπομπή από γενικό ιατρό, επείγουσα εισαγωγή, κα.

- **Κατάσταση ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο κα.**

π.χ. μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο, παράβλεψη ιατρικών οδηγιών, θάνατος. (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. 2011)

Θα μπορούσε να πει κανείς, πως η λογική των DRGs είναι η λογική του μέσου όρου. Η διάρκεια νοσηλείας, για παράδειγμα, τριών περιστατικών που εντάσσονται στο ίδιο DRG μπορεί να είναι διαφορετική, αλλά ο μέσος όρος τους να συγκλίνει προς την οριζόμενη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) του συγκεκριμένου DRG (ΕΣΔΥ 2011).

Επιπροσθέτως, τα DRGs βασίζονται στην αρχή “*money follows the patient*” («τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή»), δια της οποίας μπορεί να επιτευχθεί αποδοτική και δίκαιη

κατανομή πόρων, αλλά και υποκίνηση για καταβολή προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παράλληλα, βασίζονται στο κριτήριο “*value for money*”, δια του οποίου μπορεί να διασφαλίζεται η οικονομική αποδοτικότητα και η αξία της επένδυσης στις συγκεκριμένες, κάθε φορά, διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες (ΕΣΔΥ 2011).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 1.5. Υπολογισμός Κόστους

Στην παρακάτω εξίσωση (Εξίσωση 1) φαίνεται η σύνθεση του κόστους ενός DRG στην πιο απλή περίπτωση εκτίμησης. Στον Πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2) αναλύονται οι όροι της εξίσωσης, καθώς και η διαθεσιμότητα των δεδομένων στην Ελλάδα (ΕΣΔΥ 2011). Σημειώνεται ότι η στήλη «*Διαθεσιμότητα στην Ελλάδα*» αφορά δεδομένα που καλύπτουν την περίοδο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2011 - σήμερα η μεταβλητή «*Ιατρική Πράξη*» είναι “εφικτή”.

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

**Εξίσωση 1: Εξίσωση υπολογισμού κόστους DRG**

ΠΗΓΗ: ΕΣΔΥ (2011)

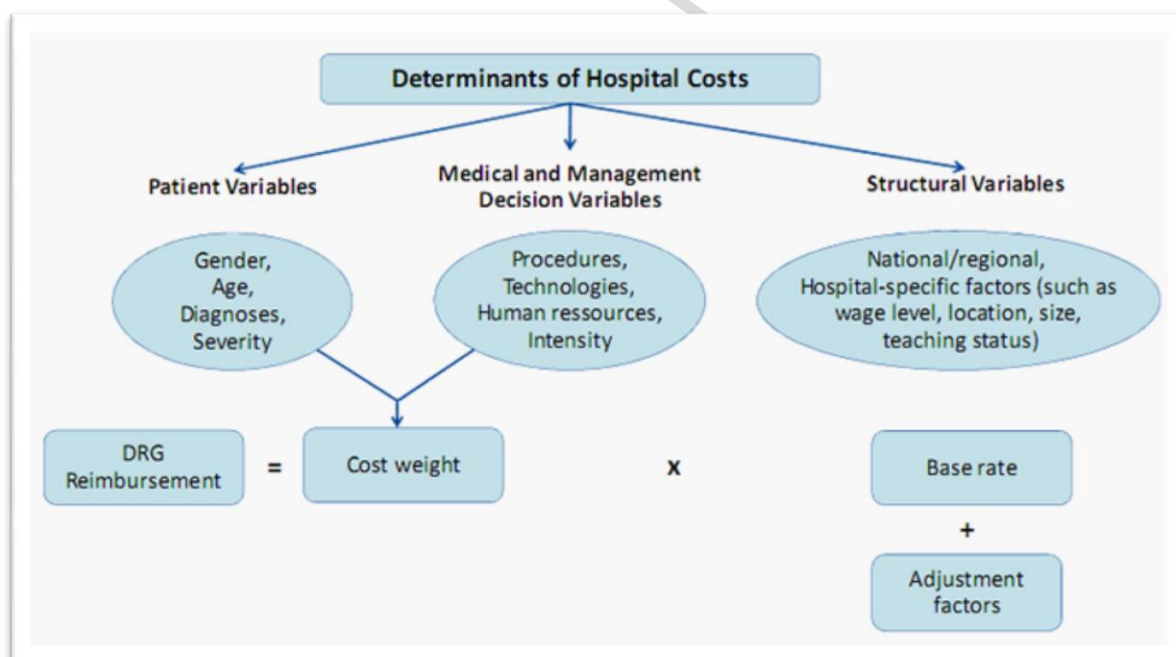
Μεταβλητή	Επεξήγηση	Διαθεσιμότητα στην Ελλάδα
$C_{OHD}$	Κόστος παγίων και διοικητικών υπηρεσιών	Εφικτή
LOS	Μέση διάρκεια νοσηλείας (ανά ΚΕΝ)	Εφικτή
MP	Ιατρική πράξη, κωδικοποιημένη με ένα σύστημα ταξινόμησης (έκαστη πράξη)	Δεν υπάρχει
$C_{MP}$	Κόστος της εκάστοτε ιατρικής πράξης (προερχόμενο από κοστολογημένη ταξινόμηση)	Δεν υπάρχει
$\sum(MP \times C_{MP})$	Το άθροισμα των γινομένων των πράξεων επί το μοναδιαίο κόστος κάθε πράξης	Μη εφικτό
D	Φάρμακα που χορηγούνται στον ασθενή, κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης	Αμφισβητούμενο
$C_D$	Κόστος για κάθε φάρμακο (με κάποιο τυποποιημένο τρόπο, όπως το ΚΗΘ, αλλά αντίστοιχο της ταξινόμησης φαρμάκων)	Εφικτό
$\sum(D \times C_D)$	Το άθροισμα των γινομένων των χορηγούμενων φαρμάκων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό
E	Αναλώσιμα (κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης και κοστολογημένα)	Δεν υπάρχει
$C_E$	Κόστος για κάθε υλικό	Δεν υπάρχει
$\sum(E \times C_E)$	Το άθροισμα των γινομένων των χρησιμοποιούμενων αναλωσίμων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό

**Πίνακας 2: Όροι εξίσωσης σύνθεσης κόστους DRG**

ΠΗΓΗ: ΕΣΔΥ (2011)

Το κόστος ανά DRG δεν διαμορφώνεται πάντα με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των εθνικών συστημάτων, ενώ σε πολλές χώρες παρατηρούνται διαφορετικές τιμές για τα DRGs στις υγειονομικές τους περιφέρειες. Η διαμόρφωση της τιμής καθορίζεται από τις τεχνικές κοστολόγησης, το δείγμα των νοσοκομείων που χρησιμοποιείται, τα διαθέσιμα δεδομένα, τις υπηρεσίες επί των οποίων εφαρμόζεται η συγκεκριμένη μέθοδος, τη σκοπιμότητα που εξυπηρετείται και από την ομοιογένεια των περιστατικών που απαιτείται (Σκοπελίτης, 2010). Παράλληλα, εξαιρούνται από την τιμολόγηση μέσω των DRGs, κυρίως, περιπτώσεις όπως τα επείγοντα περιστατικά, η μακροχρόνια φροντίδα, η ιατρική αποκατάσταση και η ψυχική υγεία. Επίσης δεν υπολογίζονται, συνήθως, το κεφαλαιουχικό κόστος, η εκπαίδευση και η έρευνα, καθώς και οι εξωτερικοί ασθενείς (Μπαλασοπούλου 2010).

Στην Εικόνα 2 φαίνεται η διαδικασία κοστολόγησης/τιμολόγησης ενός DRG:



**Εικόνα 2: Παράγοντες διαμόρφωσης κόστους/αποζημίωσης ενός DRG**

ΠΗΓΗ: Geissler A. (2011)



- ο Ο ειδικός συντελεστής Base rate διαφοροποιείται σε εθνικό, περιφερειακό ή ακόμα και σε επίπεδο νοσοκομείου (ανάλογα με το είδος, τη γεωγραφική θέση, κα.).

Ο συντελεστής αυτός αντιπροσωπεύει την τιμή με την οποία χρεώνεται κατά μέσο όρο ένα οποιοδήποτε περιστατικό που εντάσσεται σε ομοιογενή διαγνωστική κατηγορία και διαμορφώνεται από τη συλλογή και ανάλυση πραγματικών δεδομένων νοσηλείας.

Ο εν λόγω συντελεστής δύναται να είναι διαφορετικός (π.χ. ανά υγειονομική περιφέρεια) στην αρχή εφαρμογής του συστήματος, με απώτερο στόχο τη σταδιακή σύγκλιση των τιμών (ενιαίο base rate), όπως συμβαίνει για παράδειγμα στη Γερμανία, ή σε διαρκή βάση, ανάλογα με την πολιτική για εξίσωση ή όχι των τιμών (Pierdzioch 2008).

$$BR_t = \frac{HP_t}{\sum_h \text{Cases}_{h,t}}$$

$BR_t$	=	Base rate in year $t$
$HP_t$	=	Hospital pool in year $t$
$\text{Cases}_{h,t}$	=	Total number of cases in hospital $h$ in year $t-1$

### Εξίσωση 2: Τύπος υπολογισμού base rate

\*Hospital pool=ανώτατο όριο δαπανών για νοσοκομειακές υπηρεσίες, εξαιρουμένων των “out of pocket” πληρωμών

ΠΗΓΗ: Cashin et al. (2005)

- ο Τα σχετικά κόστη ανά DRG (cost weights) υπολογίζονται σε κεντρικό επίπεδο (ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των εθνικών συστημάτων) και αντιπροσωπεύουν την εθνική μέση κατανάλωση νοσοκομειακών πόρων για τους ασθενείς της συγκεκριμένης κατηγορίας, σε σχέση με την αντίστοιχη κατανάλωση για το σύνολο των DRGs. Πρόκειται, δηλαδή, για τον σταθμισμένο μέσο όρο πραγματικών δεδομένων που έχουν συλλεχθεί από το σύνολο ή από επιλεγμένο δείγμα νοσοκομείων. Όσο πιο συχνά υπολογίζονται τα σχετικά κόστη ανά DRG και από όσο το δυνατό μεγαλύτερο δείγμα, τόσο πιο ακριβής είναι και η αποτύπωση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Πρόκειται, δηλαδή, για μία “bottom up” προσέγγιση (μικροκοστολόγηση, ξεκινάμε από το επίπεδο του ασθενούς), η οποία προϋποθέτει ένα μηχανογραφημένο σύστημα, στο οποίο θα αποθηκεύονται όλα τα γεγονότα που

συμβαίνουν κατά τη διάρκεια φροντίδας ενός περιστατικού, καθώς και άλλα στοιχεία που αφορούν στοιχεία τον ασθενούς, όπως η ηλικία, το φύλο, η βασική και άλλες διαγνώσεις, η βαρύτητα του περιστατικού κα.

- Με βάση τα στοιχεία αυτά διαμορφώνεται ο Δείκτης Σύνθεσης Ασθενών (Case Mix Index-CMI) και υπολογίζονται οι τιμές των περιπτώσεων που εκφεύγουν του μέσου όρου (*outliers*).

Ο Δείκτης Σύνθεσης Ασθενών αποτελεί το μέσο σχετικό κόστος ανά DRG για ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο και ουσιαστικά απεικονίζει τη βαρύτητα κάθε κατηγορίας ως προς το case mix του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Η σημασία του είναι ιδιαίτερη, καθώς καθορίζει την αποζημίωση που θα λάβει κάθε νοσοκομείο και τυχόν σκόπιμη επιρροή του μεταβάλλει τα έσοδά του (βλ. παρακάτω "DRG creep/upcoding") (Σκοπελίτης, 2010).

$$\text{CIM (Case Mix Index) DRG} = \frac{\sum C_{\text{DRGi}}}{\text{Αριθμός Ασθενών}}$$

### Εξίσωση 3: Υπολογισμός Δείκτη Σύνθεσης Ασθενών

ΠΗΓΗ: Φουστέρη (2011)

Στη συνέχεια, η αποζημίωση του νοσοκομείου για κάθε DRG δίνεται από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{R (revenue)} = \text{CMI} \times \text{Αριθμός Ασθενών} \times \text{Ειδικός συντελεστής (Base rate)}$$

### Εξίσωση 4: Υπολογισμός αποζημίωσης νοσοκομείου

ΠΗΓΗ: Σκοπελίτης (2010)

## 1.6. Κλινικές Διαδρομές/Κλινικά Μονοπάτια

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί ο ρόλος των κλινικών διαδρομών/μονοπατιών (clinical pathways) στη διαμόρφωση του συστήματος των DRGs. Το κλινικό μονοπάτι είναι ένα σχέδιο παροχής υγειονομικής φροντίδας, βασισμένο στην εμπειρία των πρακτικών που εφαρμόζονται πάνω σε ομοιογενείς ομάδες ασθενών. Οι κλινικές διαδρομές αποτελούν ένα διοικητικό και κλινικό εργαλείο που έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της φροντίδας του ασθενούς. Οι τυποποιημένες διαδικασίες που διαμορφώνονται με τις κλινικές διαδρομές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ένταξη ενός νοσηλευόμενου σε ένα DRG, αλλά και στη διαμόρφωση του κόστους του συγκεκριμένου DRG (Φουστέρη 2011). Οι κλινικές διαδρομές ενσωματώνουν κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες (clinical protocols), οι οποίες βασίζονται στη βέλτιστη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση και πρακτική εμπειρία και αποτελούν *«συστηματικώς ανεπτυγμένες δηλώσεις που βοηθούν στη λήψη αποφάσεων των ιατρών και των ασθενών για την κατάλληλη φροντίδα υγείας σε ειδικές κλινικές περιπτώσεις»* (ορισμός Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ) (Τασιόπουλος, Αποστολάκης, 2010).

## 1.7. Διαπραγματεύσεις

Βασική παράμετρο του συστήματος των DRGs, όπως και όλων των συστημάτων προοπτικής αποζημίωσης, αποτελεί ο τρόπος καθορισμού των (προοπτικών) τιμών. Η μέθοδος που ακολουθείται, κυρίως, είναι ο μηχανισμός των διαπραγματεύσεων (Μπουρσανίδης 2010).

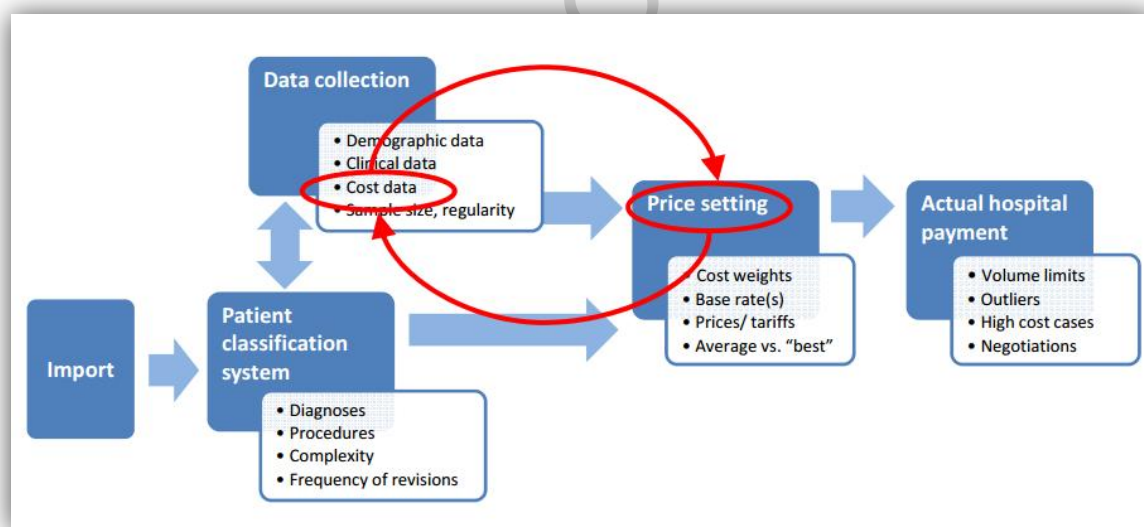
Οι διαπραγματεύσεις αποτελούν κοινωνικό μηχανισμό διάδρασης ισχυρών, ισότιμων δρώντων (σε οριζόντιο επίπεδο), οι οποίοι εκφράζουν διαφορετικά συμφέροντα και επιχειρούν την επίτευξη αμοιβαία αποδεκτών δεσμευτικών συμφωνιών μέσα από συναινετικές διαδικασίες. Ο μηχανισμός των διαπραγματεύσεων θεωρείται καταλληλότερος και πιο αποτελεσματικός από τους παραδοσιακούς μηχανισμούς συντονισμού και ρύθμισης του συστήματος σε πολύπλοκα κοινωνικά συστήματα, όπως είναι αυτό της υγείας.

Εν προκειμένω, η διαμόρφωση του ύψους των τιμών αποτελεί αντικείμενο θεσμοθετημένων διαδικασιών διαπραγμάτευσης και συμφωνίας μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και εκπροσώπων των προμηθευτών υγείας (νοσοκομεία) σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, υπό την επίβλεψη και σε ένα βαθμό συμμετοχή και παρέμβαση του κράτους, ο ρόλος και η εμπλοκή του οποίου διαφοροποιείται σημαντικά στα διάφορα συστήματα υγείας (Σώζου 2011).

## 2. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ DRGS ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όσον αφορά την ενσωμάτωσή τους στα διάφορα Συστήματα Υγείας, τα DRGs παρουσιάζουν διαφορές ως προς την ανάπτυξη και εφαρμογή τους σχετικά με τον χρόνο ανάπτυξής τους, τον συνολικό αριθμό τους, τους αλγόριθμους ταξινόμησης ασθενών, τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση, τις εξαιρούμενες κατηγορίες κόστους, τη συχνότητα αναθεωρήσεων και αναπροσαρμογών κα.

Από την άλλη πλευρά εμφανίζονται και αρκετές ομοιότητες μεταξύ των χωρών που τα έχουν υιοθετήσει αναφορικά με τη μεθοδολογία και τα στάδια ανάπτυξης και εφαρμογής τους. Αναλυτικότερα, με βάση στοιχεία του EuroDRG project (που θα αναφερθεί εκτενέστερα παρακάτω), η διαδικασία ομαδοποίησης, κοστολόγησης και τιμολόγησης των DRGs είναι συνήθως η ίδια.



Εικόνα 3: Βασικά δομικά στοιχεία ενός συστήματος DRG

ΠΗΓΗ: Geissler (2011)

Στην Εικόνα 3 παρουσιάζονται τα βασικά δομικά στοιχεία ενός συστήματος DRGs.

Αρχικά επιλέγεται το σύστημα ταξινόμησης και λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με τις διαγνώσεις, τις διαδικασίες, την πολυπλοκότητα και τη συχνότητα αναθεωρήσεων του υπό ένταξη συστήματος. Έπειτα, συγκεντρώνονται από ένα ορισθέν δείγμα νοσοκομείων

πραγματικά στοιχεία (κλινικά, κοστολογικά, δημογραφικά, κα.). Τα δεδομένα αυτά αξιοποιούνται για να υπολογισθούν τα σχετικά κόστη ανά DRG (cost weights), ο εθνικός/περιφερειακός μέσος όρος (base rate), κα., ώστε να υπολογιστούν οι τιμές αποζημίωσης ανά κατηγορία. Παράλληλα, συγκεντρώνονται στοιχεία για τα *outliers* (κλινικές περιπτώσεις που δεν μπορούν να συμπεριληφθούν σε κάποιο DRG).

Αξιοσημείωτο είναι, ότι κάθε νέα χώρα που προωθεί την εισαγωγή και εφαρμογή του συστήματος ταξινόμησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τα DRGs σπάνια ξεκινά από μηδενική βάση. Αντιθέτως, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι χώρες βασίζονται στην εμπειρία ενός υφιστάμενου συστήματος μιας άλλης χώρας, το οποίο προσαρμόζουν στις ανάγκες του. Το εν λόγω σύστημα επιλέγεται για συγκεκριμένους, κάθε φορά, λόγους και λειτουργεί ως σημείο αναφοράς (Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 2011).

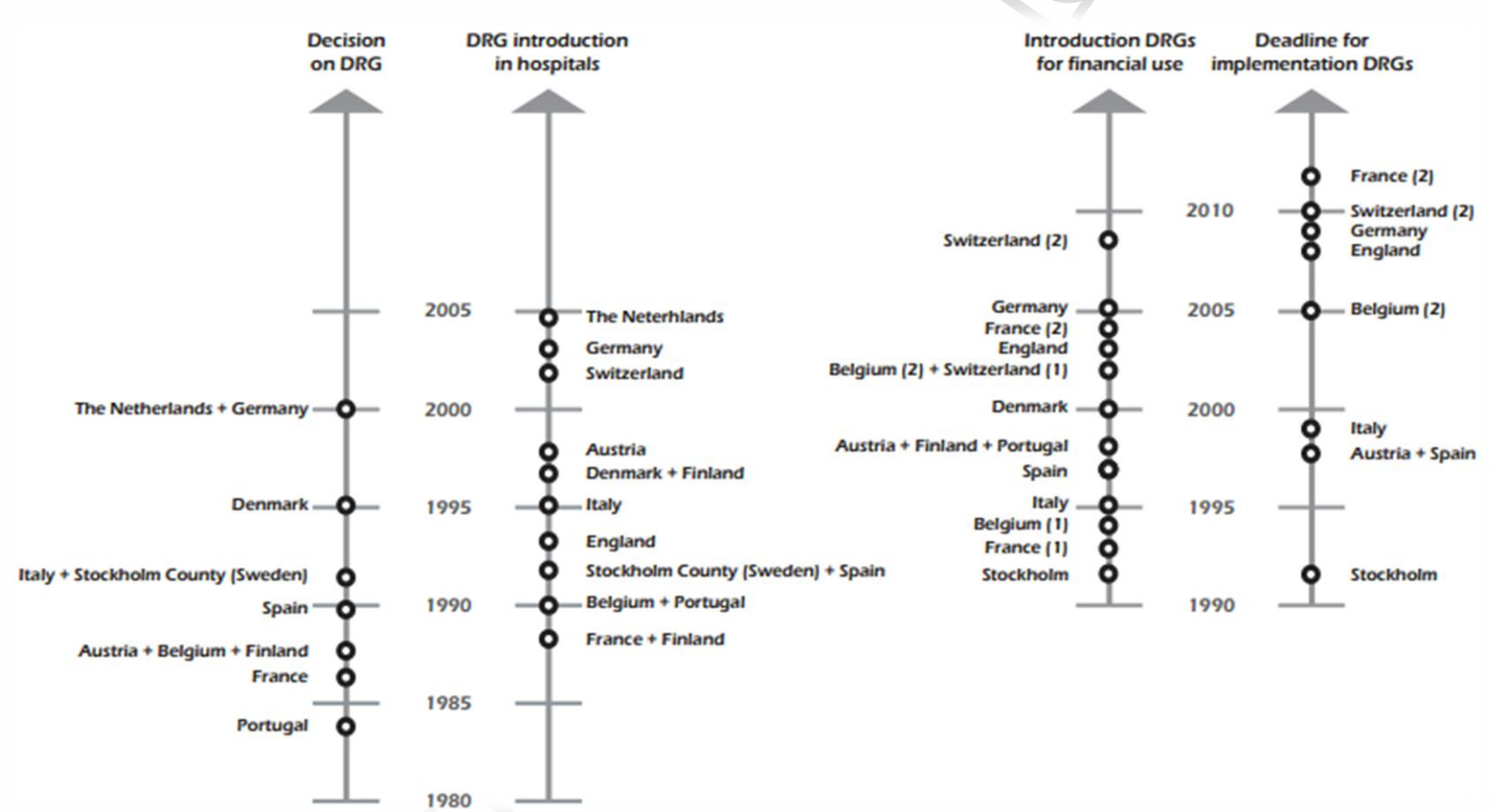
Στο παρόν κεφάλαιο αναλύονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του συστήματος των DRGs και η εμφάνιση αυτών στα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών που το έχουν υιοθετήσει.

## 2.1. Χρόνος Ανάπτυξης

Η διαδικασία εισαγωγής ενός συστήματος DRG διαρκεί, στις περισσότερες περιπτώσεις από δύο έως πέντε έτη, αναλόγως της ωριμότητας του συστήματος της χώρας που επιθυμεί να το εντάξει.

Στην Εικόνα 4 φαίνεται ο χρόνος ανάπτυξης των DRGs σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Εικόνα 4: Χρόνος ανάπτυξης των DRGs σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες

ΠΗΓΗ: HOPE (2006)



## 2.2. Μεταβλητές Ταξινόμησης & Επίπεδα Βαρύτητας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μεταβλητές ταξινόμησης και τα επίπεδα βαρύτητας (severity levels) σε ορισμένα συστήματα DRGs.

Systems	AP-DRG	AR-DRG	G-DRG	NordDRG
<b>Classification variables</b>				
<i>Clinical variables</i>				
Diagnoses	×	×	×	×
Procedures	×	×	×	×
Neoplasms/Malignancy	×	×	×	-
Type of care	-	-	-	-
<i>Administrative/demographic variables</i>				
Admission type	-	-	-	-
Age	×	×	×	×
Birth weight (newborn)	×	×	×	-
Discharge type	×	×	×	×
Gender	-	-	-	×
Mental health legal status	-	×	×	-
<i>Resource consumption variables</i>				
LOS/Same-day status	-	×	×	×
Mechanical ventilation	-	-	×	-
Setting	-	-	-	-
Stay at specialist departments	-	-	-	-
Medical specialty	-	-	-	-
Demands for care	-	-	-	-
Severity/complexity levels	3*	4	not limited	2
Aggregate case complexity measure	-	PCC	PCC	-

Sources: Authors' own compilation based on ATIH, 2010; InEK, 2009; Australian Government, 2004; 3M, Health and Social Care, 2010; Warners, 2008; data provided by the Nordic Casemix Centre (2011), as well as specific chapters of Part Two of this volume.

\*Not explicitly mentioned (major CCs at MDC level plus 2 levels of severity at DRG level)

**Πίνακας 3: Μεταβλητές ταξινόμησης & επίπεδα βαρύτητας σε ορισμένα συστήματα DRGs**

ΠΗΓΗ: Busse et al. (2011)

### 2.3. Εξαιρούμενες Κατηγορίες Κόστους

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που εξαιρούνται από την τιμολόγηση μέσω των DRGs. Τέτοιες περιπτώσεις είναι, κυρίως, τα επείγοντα περιστατικά, η μακροχρόνια φροντίδα, η ιατρική αποκατάσταση και η ψυχική υγεία. Επίσης δεν υπολογίζονται, συνήθως, το κεφαλαιουχικό κόστος, η εκπαίδευση και η έρευνα, καθώς και οι εξωτερικοί ασθενείς (Πίνακας 4) (Μπαλασοπούλου, 2010).

Στο παρακάτω πίνακα φαίνονται οι εξαιρούμενες κατηγορίες σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες.

	Excluded costs	Excluded treatments
<b>Austria</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Intensive care, Rehabilitation
<b>England</b>	Teaching, Research	Psychiatric services, Primary care services, Community services, Ambulance services
<b>Estonia</b>	Teaching, Research	----
<b>Finland</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Intensive and emergency care
<b>France</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Psychiatric services, Rehabilitation, Intensive and emergency care, Neonatology, Dialysis, Radiotherapy
<b>Germany</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Expensive drugs, Psychiatric services
<b>Ireland</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Rehabilitation, Geriatrics
<b>Poland</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Intensive and emergency care
<b>Portugal</b>	Teaching, Research	----
<b>Netherlands</b>	Teaching, Research	Expensive drugs
<b>Spain</b>	Teaching, Research	----
<b>Sweden</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Rehabilitation, Burns

**Πίνακας 4: Εξαιρούμενες κατηγορίες κόστους σε χώρες της Ευρώπης**

ΠΗΓΗ: Geissler (2011)

## 2.4. Μέθοδος κοστολόγησης

Στις περισσότερες χώρες που χρησιμοποιούν εθνικά δεδομένα κοστολόγησης για τον υπολογισμό των σχετικών βαρών των DRGs, ο υπολογισμός αυτός βασίζεται σε επιλεγμένο δείγμα νοσοκομείων, από τα οποία συλλέγονται και ομαδοποιούνται αξιόπιστα κοστολογικά δεδομένα. Τα επιλεγμένα νοσοκομεία χρησιμοποιούν συνήθως παρεμφερή συστήματα κοστολόγησης με προκαθορισμένα πρότυπα ποιότητας (π.χ. Γερμανία, Φιλανδία, Ολλανδία και Σουηδία). Άλλες χώρες απαιτούν από όλα τα νοσοκομεία να καταθέτουν ετησίως έκθεση σχετικά με τη δραστηριότητά τους, καθώς και με το ανά μονάδα κόστος στην αρμόδια ρυθμιστική αρχή (π.χ. Αγγλία).

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της διασφάλισης υψηλής ποιότητας δεδομένων και της εξασφάλισης αντιπροσωπευτικού δείγματος νοσοκομείων, από τα οποία συλλέγονται τα κοστολογικά δεδομένα.

Ωστόσο, ένας μικρός αριθμός νοσοκομείων με συγκριτικά υψηλής ποιότητας συστήματα κοστολόγησης, μπορεί να εξασφαλίσει υψηλότερη ποιότητα δεδομένων, αλλά με το μειονέκτημα ότι μπορεί να μην είναι διαθέσιμα δεδομένα που αφορούν σπάνιες περιπτώσεις περίθαλψης (Schreyögg et al. 2006).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται διάφορα χαρακτηριστικά των μεθόδων κοστολόγησης που εφαρμόζονται σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες (κατανομή γενικών εξόδων στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, κατανομή έμμεσων και άμεσων δαπανών στους ασθενείς, αριθμός νοσοκομείων συλλογής κοστολογικών δεδομένων, συχνότητα ελέγχων των δεδομένων).

	<i>Overhead cost allocation to medical departments</i>	<i>Indirect cost allocation to patients</i>	<i>Direct cost allocation to patients</i>	<i>Number (share) of cost-collecting hospitals</i>	<i>Data checks (regularity)</i>
Austria	Varying by hospital	Varying by hospital	Gross-costing	20 reference hospitals (~ 8% of all hospitals)	Regional authority (irregularly)
England	Direct	Weighting statistics	Top-down micro-costing	All hospitals	National authority (annually)
Estonia	Direct	Mark-up percentage	Top-down micro-costing	Hospitals contracted with the EHIF	National authority (annually)
Finland	Direct	Weighting statistics	Bottom-up micro-costing	5 reference hospitals meeting particular cost-accounting standards (~ 30% of specialized care)	No, responsibility of hospitals
France	Step down	Weighting statistics	Top-down micro-costing	99 volunteering hospitals participating in the ENCC (~ 13% of inpatient admissions)	Regional authority (annually)
Germany	Step down (preferably)	Weighting statistics	Bottom-up micro-costing	125 volunteering hospitals meeting InEK cost-accounting standards (~ 6% of all hospitals)	National authority (annually)
Netherlands	Direct	Weighting statistics	Bottom-up micro-costing	Unit costs: 15-25 volunteering general hospitals (~ 24% of all hospitals)	National authority (annually)
Sweden	Direct	Weighting statistics	Bottom-up micro-costing	Hospitals with case costing systems (~ 62% of inpatient admissions)	National and regional authorities (annually)

**Πίνακας 5: Χαρακτηριστικά μεθόδων κοστολόγησης σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες**

ΠΗΓΗ: Busse et al. (2011)

## 2.5. Συχνότητα αναθεωρήσεων & αναπροσαρμογών

Όπως παρατηρείται και στον πίνακα που παρατίθεται (Πίνακας 6), οι περισσότερες χώρες πραγματοποιούν ετήσιες αναπροσαρμογές του συστήματος ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification System/PCS). Υπάρχουν, ωστόσο, αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Το 2010 η Εσθονία πραγματοποίησε την πρώτη της αναθεώρηση από την εισαγωγή του συστήματος το 2003. Η Ιρλανδία πραγματοποιεί αναθεωρήσεις κάθε τέσσερα έτη. Όσον αφορά τις ανακοστολογήσεις των DRGs, επίσης γίνονται σε ετήσια βάση στις περισσότερες χώρες. Ενδιαφέρουσα εξαίρεση αποτελεί η Αυστρία, αφού δεν πραγματοποιεί τακτικές αναθεωρήσεις, παρά μόνο όταν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο από τους υπευθύνους και μόνο για συγκεκριμένα DRGs.

Επιπροσθέτως, σε σημαντικό βαθμό διαφέρουν και τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για τις αναθεωρήσεις. Στη Φιλανδία αξιοποιούνται στοιχεία από το τρέχον έτος για την αναθεώρηση του συστήματος το επόμενο έτος. Στις περισσότερες, όμως, χώρες τα δεδομένα αφορούν δύο κατ' ελάχιστο έτη.

<i>DRG-based hospital payment system</i>				
	<i>PCS</i>		<i>Payment rate</i>	
	<i>Frequency of updates</i>	<i>Time-lag to data</i>	<i>Frequency of updates</i>	<i>Time-lag to data</i>
Austria	Annual	2–4 years	4–5 years (updated when necessary)	2–4 years
England/ United Kingdom	Annual	Minor revisions annually; irregular overhauls about every 5–6 years	Annual	3 years (but adjusted for inflation)
Estonia	Irregular (first update after 7 years)	1–2 years	Annual or following update of fee-for-service fees	1–2 years
Finland	Annual	1 year	Annual	0–1 year
France	Annual	1 year	Annual	2 years
Germany	Annual	2 years	Annual	2 years
Ireland	Every 4 years, linked to Australian updates of AR-DRGs	Not applicable (imported AR-DRGs)	Annual (linked to Australian relative-weight updates)	1–2 years
Netherlands	Irregular	Not standardized	Annual or when considered necessary	2 years, or based on negotiations
Poland	Irregular (planned twice per year)	1 year	Annual update only of base rate	1 year
Portugal	Irregular	Not applicable (imported AP-DRGs)	Irregular	2–3 years
Spain (Catalonia)	Biennial	Not applicable (imported 3-year-old CMS-DRGs)	Annual	2–3 years
Sweden	Annual	1–2 years	Annual	2 years

**Πίνακας 6:** Συχνότητα αναπροσαρμογών και χρονικών αποκλίσεων των δεδομένων σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες

ΠΗΓΗ: Busse et al. (2001)

## 2.6. Groupers

Οι groupers που χρησιμοποιούνται στα διάφορα συστήματα διαφέρουν αρκετά ως προς την πολυπλοκότητά τους και την ποιότητα της εξαγόμενης πληροφορίας.

Παρακάτω παρουσιάζεται ο Webgrouper που χρησιμοποιείται στη Γερμανία (Εικόνα 5), η οποία θεωρείται ότι εφαρμόζει ένα από τα αρτιότερα συστήματα DRGs (G-DRGs), αν και αρκετά πολύπλοκο, το οποίο βασίζεται στο Αυστραλιανό πρότυπο. Αξιοσημείωτο είναι το πλήθος των μεταβλητών που εισάγονται από τον χρήστη, γεγονός που ελαττώνει την περίπτωση λάθους εκτίμησης DRG, ενώ δίνει μεγαλύτερη ακρίβεια στον υπολογισμό του κόστους του περιστατικού νοσηλείας. Το πλήθος των εισαγόμενων στο σύστημα μεταβλητών επιτρέπει, επίσης, την πραγματοποίηση (μέσω της σύνδεσης του συστήματος με άλλες βάσεις δεδομένων) στατιστικών αναλύσεων χρήσιμων για τη χάραξη ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας.

Παράλληλα, δίνονται και άλλες δυνατότητες, όπως είναι η εμφάνιση γραφήματος σχετικού με τη διάρκεια νοσηλείας, από το οποίο μπορεί να εξάγει κανείς εύκολα συμπεράσματα σχετικά με τους εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης του περιστατικού όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας.

## Webgrouper

WebGrouper für die Versionen 1.0, 2003/04, 2004, 2003/05, 2004/05, 2005, 2004/06, 2005/06, 2006, 2005/07, 2006/07, 2007, 2006/08, 2007/08, 2008, 2007/09, 2008/09, 2009, 2008/10, 2009/10, 2010, 2009/11, 2010/11, 2011, 2010/12, 2011/12, 2012, 2011/13, 2012/13, 2013

Für die Angabe der Seitenlokalisierung bei den Prozeduren ergänzen Sie ggf. den jeweiligen Prozedurencode mit :l (links), :r (rechts) oder :b (beidseits).

Geschlecht:	weiblich	<b>ΦΥΛΟ</b>	Alter:	40	Jahre	<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	
Aufnahmegew.:	0	Gramm	<b>ΒΑΡΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ</b>	Behandlung:	freiwillig		
Verweildauer:	5	Tage	<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>	Beatmungszeit:	0	Stunden	<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΑΡΟΧΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ</b>
Abteilungstyp:	Hauptabteilung		<b>ΤΥΠΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ</b>				<b>ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>
Aufnahmeart:	Krankenhausbehandlung, vollstationär						<b>ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>
Aufnahmeanlass:	Einweisung durch einen Arzt						<b>ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</b>
Entlassungsart:	Behandlung regulär beendet						<b>ΤΥΠΟΣ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ</b>
Diagnosen:	<b>ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ</b>						
(ICD)							
Prozeduren:	<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ</b>						
(OPS)							
(OPS)							
(OPS)							
(OPS)							
Basisfallwert:	3068.37	€	<b>BASE RATE</b>				
G-DRG 2013		Gruppieren	Neuer Fall				

Dieser Webgrouper nutzt die Grouping Engine GetDRG der Gesellschaft für den Einsatz offener Systeme mbH (GEOS).

*Die DRG Research Group haftet nicht für die direkte oder indirekte Schäden, einschließlich entgangenen Gewinns, die aufgrund von oder sonstwie in Verbindung mit Informationen entstehen, die auf dieser Website bereitgehalten werden.*

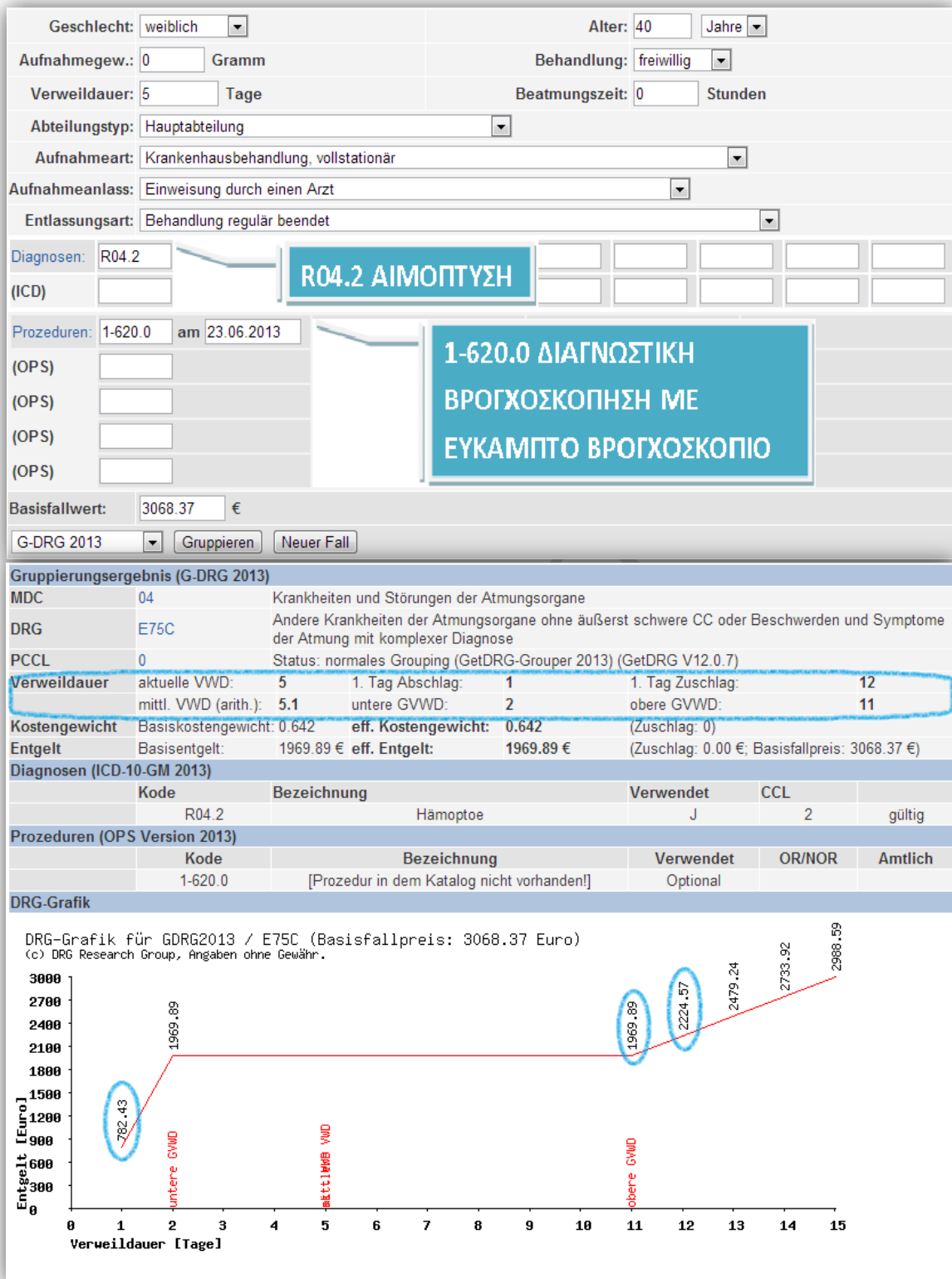
© 2001-2013 DRG Research Group - Prof. Dr. Norbert Roeder (Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster), Dr. Marcel Müller (Universitäts-Hautklinik, Universitätsklinikum Freiburg). Alle Angaben ohne Gewähr.

### Εικόνα 5: G-DRG Webgrouper

ΠΗΓΗ: Universitätsklinikum Münster, DRG Research Group Münster, [http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26)



Για παράδειγμα, εισάγοντας στο grouper διάγνωση «Αιμόπτυση» και Ιατρική Πράξη «Διαγνωστική Βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο» παίρνουμε ως αποτέλεσμα το γράφημα της Εικόνας 6. Όπως φαίνεται, το εύρος που δίνεται για τη νοσηλεία του συγκεκριμένου περιστατικού είναι από 2-11 ημέρες. Μέσα σε αυτό το διάστημα το ποσό, με το οποίο θα αποζημιωθεί το νοσοκομείο, είναι το ίδιο (1969,09€) δίνοντας, με τον τρόπο αυτό, κίνητρο για τη συντομότερη δυνατή παραμονή του (εντός του διαστήματος). Εδώ ενέχεται ο κίνδυνος εμφάνισης του φαινομένου "*quicker and sicker*", που αναλύεται παρακάτω. Σε περίπτωση που παραταθεί η διάρκεια νοσηλείας κατά μία ημέρα (12<sup>η</sup> ημέρα), το επιπλέον ποσό με το οποίο θα αποζημιωθεί το νοσοκομείο είναι πολύ μικρό ( $\approx 255\text{€}$ ) και δεν καλύπτει το πραγματικό του κόστος, λειτουργώντας, έτσι, ως αντικίνητρο για την παράταση της νοσηλείας του ασθενούς (Εικόνα 8). Συμπερασματικά, με βάση το διάγραμμα, δίνεται κίνητρο για ημερήσια νοσηλεία (one day) από πλευράς κόστους (και άρα από την πλευρά του χρηματοδότη). Από την άλλη πλευρά, όμως, κίνητρο για τον πάροχο αποτελεί η παραμονή του ασθενούς για 2 ημέρες ( $\approx 1.187\text{€}$  διαφορά από την ημερήσια νοσηλεία) (Εικόνα 7), έχοντας ως δεδομένο ότι το ποσό αυτό παραμένει το ίδιο και στην περίπτωση νοσηλείας του ασθενούς έως και 11 ημέρες, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω.



Εικόνα 6: G-DRG Webgrouper / DRG: E75C (ICD: R04.2, Ιατρική Πράξη: 1-620.0)

Γράφημα: διάρκεια νοσηλείας περιστατικού

ΠΗΓΗ: Universitätsklinikum Münster, DRG Research Group Münster

[http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26)

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2013)						
MDC	04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane				
DRG	E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2013) (GetDRG V12.0.7)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	12
	mittl. VWD (arith.):	5.1	untere GVWD:	2	obere GVWD:	11
Kostengewicht	Basiskostengewicht: 0.642	eff. Kostengewicht:	0.255	(Abschlag: -0.387)		
Entgelt	Basisentgelt: 1969.89 €	eff. Entgelt:	782.43 €	(Abschlag: -1187.46 €; Basisfallpreis: 3068.37 €)		

**Εικόνα 8: G-DRG Webgroupier / DRG: E75C / Διάρκεια νοσηλείας: 1 ημέρα**

ΠΗΓΗ: Universitätsklinikum Münster, DRG Research Group Münster

[http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgroupier&view=webgroupier&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgroupier&view=webgroupier&Itemid=26)

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2013)						
MDC	04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane				
DRG	E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2013) (GetDRG V12.0.7)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	12	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	12
	mittl. VWD (arith.):	5.1	untere GVWD:	2	obere GVWD:	11
Kostengewicht	Basiskostengewicht: 0.642	eff. Kostengewicht:	0.725	(Zuschlag: 0.083)		
Entgelt	Basisentgelt: 1969.89 €	eff. Entgelt:	2224.57 €	(Zuschlag: 254.67 €; Basisfallpreis: 3068.37 €)		

**Εικόνα 7: G-DRG Webgroupier / DRG: E75C / Διάρκεια νοσηλείας: 12 ημέρες**

ΠΗΓΗ: Universitätsklinikum Münster, DRG Research Group Münster

[http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgroupier&view=webgroupier&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgroupier&view=webgroupier&Itemid=26)

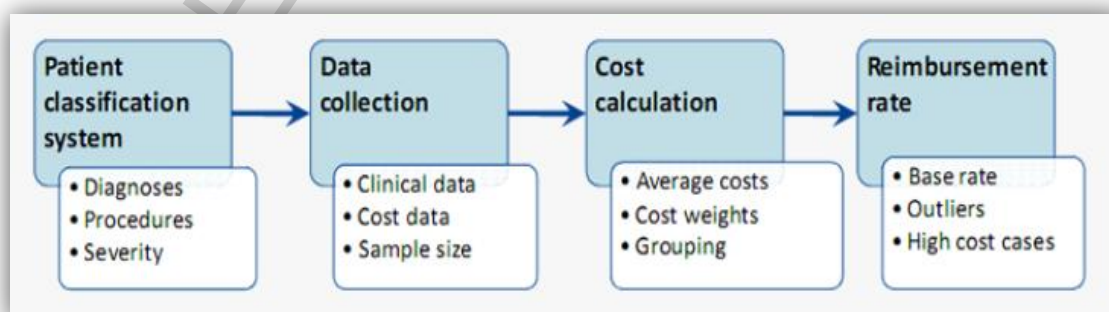
## 2.7. EuroDRG PROJECT

Το πρόγραμμα EuroDRG (χρηματοδοτούμενο από το 7ο Πρόγραμμα Πλαίσιο της ΕΕ - FP7) έχει ως απώτερο στόχο την ανάπτυξη και εφαρμογή του πρώτου πανευρωπαϊκού νοσοκομειακού συστήματος συγκριτικής αξιολόγησης ως μέσου για τον εντοπισμό κοινών ζητημάτων και συστημικών παραγόντων, οι οποίοι θεωρείται από τους ερευνητές ότι θα είναι ζωτικής σημασίας κατά τον σχεδιασμό επιτυχημένων πολιτικών για την πανευρωπαϊκή νοσοκομειακή αγορά που αναδύεται με αργούς ρυθμούς.

Το πρόγραμμα επιχειρεί μέσω της ανάλυσης των βασικών δομικών στοιχείων των συστημάτων DRG (Εικόνα 9) που εφαρμόζονται σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες με διάφορους τύπους συστημάτων υγείας (Αυστρία, Αγγλία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία), να αποκαλύψει τις ομοιότητες και τις διαφορές στους στόχους και τις μεθοδολογίες.

Παράλληλα επιχειρείται μέσω αναλύσεων κόστους (συγκριτική ανάλυση σε επίπεδο ασθενούς-->10-12 περιστατικά νοσηλείας διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων και διαγνωστικών/θεραπευτικών διαδικασιών), ο εντοπισμός πανευρωπαϊκών ζητημάτων σχετικά με την αποζημίωση ανά περιστατικό στα νοσοκομεία.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται από τους ερευνητές στην εξεύρεση τρόπων για τον υπολογισμό των αποζημιώσεων κατά τον προσήκοντα τρόπο, στην εξέταση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων τόσο σε εθνικό επίπεδο, όσο και μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ κόστους και ποιότητας της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.



**Εικόνα 9: Βασικά δομικά στοιχεία των DRG Systems**

ΠΗΓΗ: Busse et al (2011)

### 3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ & ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ DRGS

#### 3.1. Πλεονεκτήματα

- Βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης, συγκράτηση δαπανών και εξορθολογισμός της χρηματοδοτικής λειτουργίας του συστήματος, λόγω της πληρότητας της πληροφορίας αναφορικά με το κόστος, της δυνατότητας σύγκρισης και ελέγχου, καθώς και της παρακολούθησης των χρησιμοποιούμενων πόρων
- Συμβολή στην αύξηση της διαφάνειας
- Ο συνδυασμός της αυξημένης διαφάνειας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων θεωρείται ότι συμβάλει στη βελτίωση - ή τουλάχιστον στην εξασφάλιση - του επιπέδου της ποιότητας της περίθαλψης
- Δυνατότητα αξιολόγησης του συνολικού και ανά κατηγορία νοσοκομειακού κόστους μέσω της καταγραφής και ανάλυσης δεδομένων όπως το μείγμα των ασθενών και οι αναλυσκόμενοι πόροι (Segovia 2009)
- Αποτελεσματική κατανομή πόρων μεταξύ των νοσοκομείων μέσω μέτρησης του case-mix και της παραγωγικότητας
- Λογοδοσία στη διοίκηση λόγω της δικαιολόγησης κάθε πράξης από το διοικητικό και κυρίως το ιατρικό προσωπικό με βάση τα αντίστοιχα πρωτόκολλα και τις κλινικές διαδρομές
- Δυνατότητα σύγκρισης του κόστους, κλινικής αξιολόγησης (εσωτερικά και εξωτερικά του οργανισμού) και ελέγχου εκ μέρους του πληρωτή (λόγω της διαφάνειας που εισάγει)
- Δίκαιη μέθοδος τόσο για τα νοσοκομεία, όσο και για τους φορείς που πληρώνουν (κράτος, ταμεία, ασφαλιστικές εταιρείες), ενώ δίνεται η δυνατότητα ελέγχου και δικαιολόγησης του χρηματοοικονομικού ρίσκου για την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση (3<sup>rd</sup> payers)
- Εξασφάλιση συγκρισιμότητας (benchmarking) - με κοινή βάση και δεδομένα - ανάμεσα στα νοσοκομεία σε περιφερειακό, εθνικό και διεθνές επίπεδο (π.χ. EuroDRGs) και διαχρονικά
- Βελτίωση στο σύστημα παραγωγής – διανομής υπηρεσιών υγείας μέσω της μετατόπισης δραστηριοτήτων (αύξηση παραπομπών στην Πρωτοβάθμια

περίθαλψη, κατ' οίκον περίθαλψη, γηροκομεία και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες λιγότερο δαπανηρές σε σχέση με τα νοσοκομεία) (Πάβη 2012)

- Μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας (με τη δημιουργία κινήτρων, χωρίς αξιοσημείωτη υποβάθμιση της ποιότητας), το οποίο σε συνδυασμό με την αύξηση του αριθμού των περιστατικών και τη στροφή προς την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες ουρές αναμονής στα νοσοκομεία
- Τυποποίηση διαδικασιών και αποζημίωση με βάση τους καταναλισκόμενους πόρους (ορθολογική χρηματοδότηση υπηρεσιών)
- Διαμόρφωση πολιτικής βασισμένης στα αποτελέσματα
- Προτυποποίηση διαδικασίας → βοηθά τους ασφαλιστικούς φορείς και το κράτος να γνωρίζουν εκ των προτέρων το κόστος του προϊόντος που καλούνται να αγοράσουν προς εξυπηρέτηση των ασθενών-πελατών τους
- Προσδιορισμένο έσοδο, το οποίο λειτουργεί παρακινητικά για προσπάθεια διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές (π.χ. υλικών)
- Καλύτερη κλινική διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος
- Συσχέτιση ιατρικής διοίκησης με οικονομικό σχεδιασμό
- Βελτίωση οργανωτικοδιοικητικής λειτουργίας νοσοκομείων δημιουργώντας δομές και θέσεις υπευθυνότητας (Γείτονα 2009)
- Θετική επίδραση του συστήματος στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, την ποιότητα και την τεχνολογική καινοτομία

### 3.2. Μειονεκτήματα

- Αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης που απαιτούν πλήρεις και επακριβείς βάσεις δεδομένων (όχι μόνο σε επίπεδο μονάδας, αλλά και σε εθνικό-περιφερειακό επίπεδο), οι οποίες προϋποθέτουν καλή οργανωτική λειτουργία και σύγχρονα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα και επομένως, εκπαίδευση υγειονομικού & διοικητικού προσωπικού και διάθεση οικονομικών πόρων. Εδώ είναι σημαντική και η διαλειτουργικότητα των συστημάτων.
- *Cream skimming*: Εξυπηρέτηση της «αφρόκρεμας» των ασθενών. Δίνεται κίνητρο για αποδοχή μόνο ή κατά κανόνα των περιπτώσεων που ανήκουν σε ακριβές διαγνωστικές κατηγορίες και συνεπώς οικονομικά πιο συμφέρουσες με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (Μπαλασοπούλου 2009)
- Μη επαρκής, πολλές φορές, κάλυψη κόστους, ιδιαίτερα για τις σοβαρότερες παθήσεις (στις οποίες το κόστος είναι υψηλό) εξαιτίας του μεγάλου βαθμού ετερογένειας των περιστατικών, το οποίο τονίζει τη σημασία της κατάλληλης τιμολόγησης
- Απόρριψη (ως απόρροια του παραπάνω) -από τα ιδιωτικά, κυρίως, νοσοκομεία- σοβαρότερων περιστατικών με απρόβλεπτες επιπλοκές και προτίμηση περιστατικών με καθιερωμένες κλινικές διαδρομές
- Επίδραση στην ποιότητα της περίθαλψης: *Quicker and sicker* (βλ. παρακάτω "Quicker & Sicker")
- Ενδεχόμενος επηρεασμός από την προοπτική χρηματοδότηση κλινικών αποφάσεων, όπως είναι η διάρκεια νοσηλείας και ο χρόνος εισαγωγής & εξαγωγής του ασθενούς για λόγους περισσότερο οικονομικούς και λιγότερο κλινικούς
- Αύξηση αριθμού επανεισαγωγών των ασθενών λόγω ενδεχόμενης πρόωμης εξόδου
- *DRG creep-upcoding*: το φαινόμενο της κατάταξης των περιστατικών σε DRG μεγαλύτερου κόστους, μέσω του οποίου αυξάνεται ο δείκτης CMI και, συνεπώς, η αποζημίωση του νοσοκομείου. Με τον τρόπο αυτό δίνεται κίνητρο για οπορτουριστική συμπεριφορά των προμηθευτών. Το DRG creep αποτελεί την κορωνίδα της προσπάθειας του ελεγκτικού μηχανισμού
- Η στροφή προς τους εξωτερικούς ασθενείς αυξάνει το αντίστοιχο εκτός DRG κόστος

- Κίνδυνος υποεξυπηρέτησης του ασθενούς μέσα από λανθασμένη κωδικοποίηση των DRGs
- Υψηλό κόστος: χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας και υποδομών (groupers), εκπαίδευση προσωπικού (Πάβη 2012)

Τα αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα και η ευελιξία που έχουν αποκτήσει τόσο στη διαφοροποίηση της διάγνωσης, όσο και στη δυνατότητα εξέτασης των πράξεων μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο των αρνητικών αυτών εκφράσεων (Μπαλασοπούλου 2009)

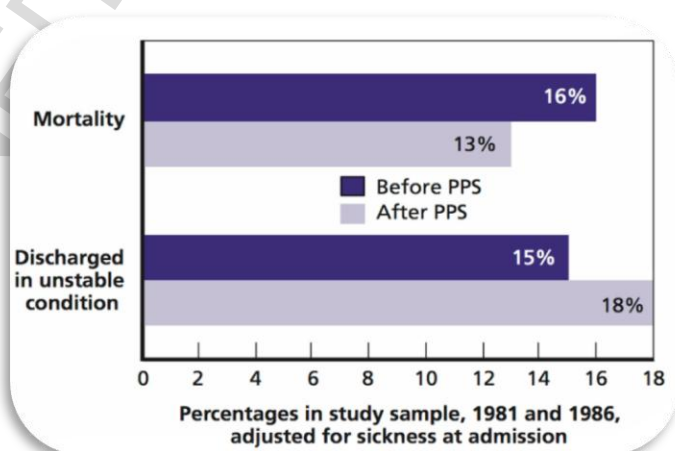
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



### 3.3. Quicker & Sicker

Σε έρευνα που έγινε από την RAND (M.K.O.) και το California University (Los Angeles) εξετάστηκε η επιρροή που είχε η υιοθέτηση προοπτικής μεθόδου αποζημίωσης (Prospective Payment Systems-PPS) στην ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης για του ασθενείς του Medicare. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι η εφαρμογή του PPS δεν υποβάθμισε την ποιότητα της περίθαλψης, ενώ παράλληλα συνεχίστηκε η πτωτική τάση των δεικτών θνησιμότητας. Από την άλλη πλευρά, όμως, οι ασθενείς του Medicare είχαν περισσότερες πιθανότητες να φύγουν από το νοσοκομείο πιο γρήγορα και πιο άρρωστοι-σε ασταθή κατάσταση ("quicker & sicker"), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5 (Draper et al. 2006).

Επίσης, έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό "The Journal of the American Medical Association" και είχε ως αντικείμενο τη μελέτη του φαινομένου αυτού μετά την εφαρμογή της προοπτικής μεθόδου αποζημίωσης έδειξε, πως στις 90 ημέρες μετά το εξιτήριο στο 16% των ασθενών που έφυγαν από το νοσοκομείο σε ασταθή κατάσταση επήλθε θάνατος, σε αντιπαραβολή με τους ασθενείς που έφυγαν σε σταθερή κατάσταση, για τους οποίους το αντίστοιχο ποσοστό είναι 10%. Παράλληλα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, πως οι περιπτώσεις εξόδου από το νοσοκομείο σε μη σταθερή κατάσταση αυξήθηκαν, κυρίως για τους ασθενείς που με το εξιτήριο τους παραπέμπονταν σπίτι. Πριν από την εφαρμογή του PPS το 10% των ασθενών που έπαιρνε εξιτήριο βρίσκονταν σε ασταθή κατάσταση, ποσοστό που ανέβηκε στο 15% με την εφαρμογή του PPS (μεταβολή της τάξης του 43%) (Kosecoff et al. 1990).



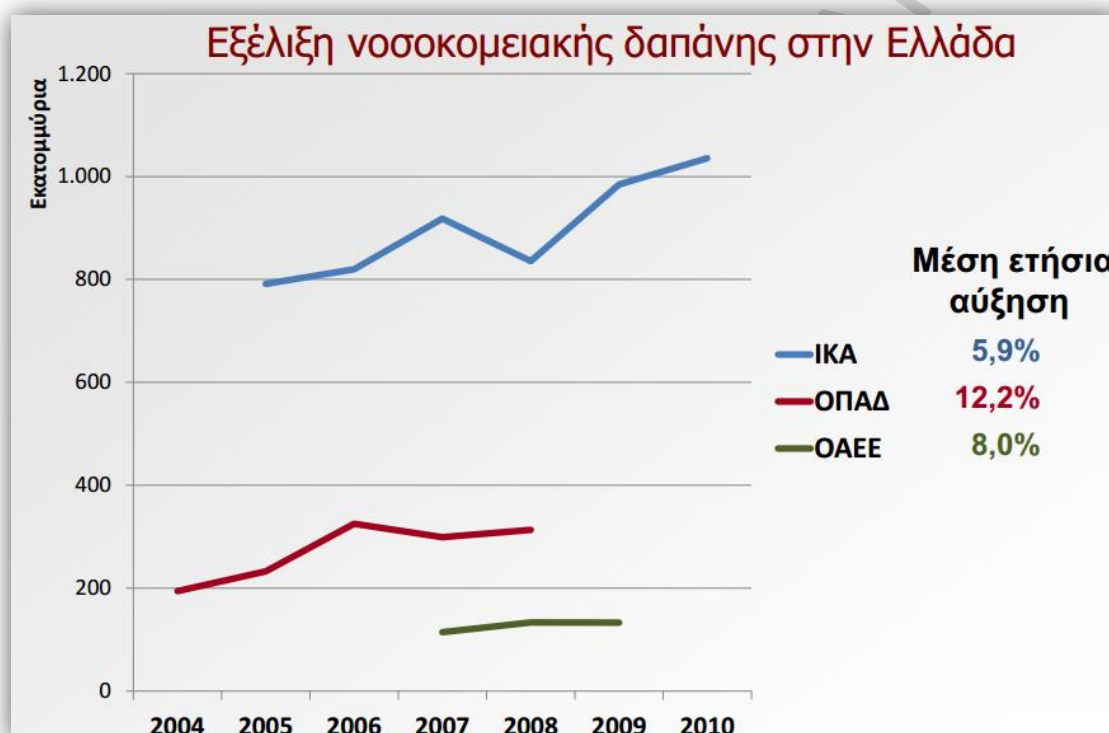
**Διάγραμμα 5: Τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας για τους ασθενείς του Medicare μειώθηκαν, αλλά οι περιπτώσεις εξόδου απο το νοσοκομείο σε ασταθή κατάσταση αυξήθηκαν μετά την εφαρμογή του PPS**

ΠΗΓΗ: Draper et al. (2006)

## 4. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝ

### 4.1. Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Η ραγδαία αύξηση της νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα (Διάγραμμα 6) καθιστούσε επιτακτική την ανάγκη υιοθέτησης ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με γνώμονα τη συγκράτηση του κόστους.



Διάγραμμα 6: Εξέλιξη νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα

ΠΗΓΗ: Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, (2011)/Διαμόρφωση Πάβη (2012)

Η αναγκαιότητα εφαρμογής των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών στο ΕΣΥ επισπεύθηκε κυρίως από την υποχρέωση που ανέλαβε η χώρα με το Μνημόνιο (MoU) για καθιέρωση ενός νέου τρόπου κοστολόγησης εσωτερικών ασθενών του ΕΣΥ μέχρι 31/3/2011 (Φουστέρη 2011). Έτσι, στις αρχές του 2010 ξεκίνησε μία προσπάθεια διερεύνησης της δυνατότητας εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό,

συστάθηκε Επιτροπή «για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs το 2010 στα νοσοκομεία ΕΣΥ» (Απόφαση ΓΓ ΥΥΚΑ: 129424 - 19/10/2010).

Ως μέλη της Επιτροπής ορίστηκαν τα κατωτέρω πρόσωπα:

<i>Ν. Μανιαδάκης</i>	Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΣΔΥ
<i>Δ. Μπαρτσώκας</i>	Διοικητής Γεν. Ογκολογικού Νοσ/μείου «Αγ. Ανάργυρου»
<i>Δ. Γούναρης</i>	Διοικητής Γεν. Νοσ/μείου Θεσ/νίκης «Αγ. Παύλος»
<i>Κ. Καρράς</i>	Αν. Διοικητής Γεν. Νοσ/μείου Αθηνών ΚΑΤ
<i>Μ. Βουδούρη</i>	Μέλος Επιτροπής Προμηθειών Υγείας
<i>Α. Κουφάκης</i>	Προϊστάμενος Τμήματος Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας ΥΥΚΑ
<i>Α. Λαναράς</i>	Υπάλληλος Δ/σης Διεθνών Σχέσεων ΥΥΚΑ
<i>Χ. Καρανίκας</i>	Ειδ. Σύμβουλος Πληροφορικής Γ.Γ. ΥΥΚΑ
<i>Γ. Πετρίκος</i>	Καθηγητής – Δ/ντης Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
<i>Σ. Φούσας</i>	Δ/ντής ΕΣΥ Καρδιολογίας, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»
<i>Χ. Δερβένης</i>	Δ/ντής Χειρ/κής, Γ.Ν. «Η Αγία Όλγα»

Σύμφωνα με την ανωτέρω αναφερθείσα Απόφαση, στην Επιτροπή αυτή ανατέθηκε το έργο της «δημιουργίας ελληνικής λίστας DRGs, μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που ταιριάζει στο ΕΣΥ, και η κοστολόγησή της συνολικά και χωρίς τη μισθοδοσία (με αντιστοιχίες υλικών – φαρμάκων)», με καταληκτική ημερομηνία για την ολοκλήρωσή του την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου του 2010.

Κατωτέρω παρουσιάζονται το έργο και οι προτάσεις της Επιτροπής, της οποίας η αξιολόγηση, σύμφωνα με το Πόρισμά της, είχε ως αντικείμενο τη δυνατότητα ανάπτυξης ενός λιγότερο περίπλοκου Ελληνικού συστήματος προοπτικής ταξινόμησης και αποζημίωσης, στο οποίο η καταγραφή και ταξινόμηση των περιστατικών θα βασίζεται κυρίως στην αρχική διάγνωση και θεραπεία και όχι σε σύνθετους πολύ-παραγοντικούς αλγόριθμους.

*i. Δημιουργία Ελληνικής λίστας DRGs (GR-DRGs)*

Το σύστημα που επέλεξε η Επιτροπή ως πιο πρόσφορο για εφαρμογή στην Ελλάδα είναι το Αυστραλιανό σύστημα (AR-DRGs), το οποίο είναι και το επικρατέστερο, δεδομένου

ότι έχει χρησιμοποιηθεί ως βάση στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες (περίπου σε 20 χώρες συνολικά), συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας, της οποίας το σύστημα θεωρείται ένα από τα αρτιότερα (αν και αρκετά σύνθετο και πολύπλοκο) στη διεθνή βιβλιογραφία. Η προτίμηση αυτή οφείλεται στη δομή του Αυστραλιανού συστήματος, το οποίο είναι σχετικά απλό και κατανοητό, εν συγκρίσει με άλλα συστήματα DRGs και έχει λίγες -αναλογικά- διαγνωστικές κατηγορίες (Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 2011). Στο σημείο αυτό θεωρείται άξιο να σημειωθεί, πως στις περισσότερες περιπτώσεις χωρών που εφάρμοσαν τα AR-DRGs, υπογράφηκαν συμφωνίες συνεργασίας με τις Αρχές της Αυστραλίας για την προμήθεια (έναντι τιμήματος) της λίστας με τα AR-DRGs, τους αλγόριθμους ταξινόμησης των περιστατικών, τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και τους αντίστοιχους συντελεστές βαρύτητας κόστους. Παράλληλα, προμηθεύτηκαν το αντίστοιχο λογισμικό από εξειδικευμένες σε αυτό εταιρείες και έπειτα προχώρησαν στην ανάπτυξη και εφαρμογή τοπικών συστημάτων ταξινόμησης και αποζημίωσης.

Εν συνεχεία, μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν στα Ελληνικά τα AR-DRGs και η Επιτροπή προχώρησε σε προτάσεις για την ανάπτυξη και εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

ii. Κοστολόγηση της ως άνω λίστας

Οι πράξεις που κοστολογήθηκαν είναι εκείνες που περιλαμβάνονται στην Υπουργική Απόφαση του 1998 [Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β'99)], η οποία αποτελούσε τη βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων μέχρι τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Η κοστολόγηση βασίστηκε σε δυο διαφορετικές μεθοδολογίες:

Η πρώτη αφορούσε *μικροκοστολόγηση* με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από επιλεγμένα Ελληνικά νοσοκομεία (κυρίως σε στοιχεία του ΚΑΤ για ορθοπεδικά & λαπαροσκοπικά περιστατικά, του Ιπποκρατείου Αθηνών και του Ευαγγελισμού για καρδιακά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά & κατάλυση και του ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης για κατάλυση, ενώ για τις μεταμοσχεύσεις χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων).

Η δεύτερη βασίστηκε στην *κοστολόγηση με βάση τους Αυστραλιανούς δείκτες βαρύτητας κόστους*, δηλαδή στην εφαρμογή στο μέσο κόστος Ελληνικού περιστατικού (μοναδιαίο ή μέσο GR-DRG) των Αυστραλιανών δεικτών κόστους για τις αντίστοιχες πράξεις.

Οι δύο αυτές μεθοδολογίες έδωσαν, σύμφωνα με την Επιτροπή, παρόμοια αποτελέσματα.

Απαραίτητο κρίνεται να τονιστεί, πως οι δείκτες που εκτιμήθηκαν αντανακλούν το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου και δεν περιλαμβάνουν το κόστος προσωπικού. Ωστόσο, σύμφωνα με την Επιτροπή δύναται «να χρησιμοποιηθούν και για την εκτίμηση του συνολικού κόστους νοσηλείας ασθενών καθότι το κόστος του προσωπικού αφορά περίπου το 50% του συνολικού κόστους νοσηλείας ανά περιστατικό» (Επιτροπή ΥΥΚΑ για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 2011).

---

Προς υλοποίηση της παραπάνω προσέγγισης απαιτήθηκε:

(α) *Αποτίμηση του μέσου μοναδιαίου κόστους DRG (base rate) στην Ελλάδα*

Από μελέτη των στοιχείων όλων των νοσοκομείων της χώρας, που διενήργησε ομάδα υπό τον Γ.Γ. του ΥΥΚΑ, το μέσο κόστος περιστατικού στην Ελλάδα το 2010 (πλην μισθοδοσίας και επιδομάτων προσωπικού) βρέθηκε ότι ήταν **€1.200**.

(β) *Πρόσβαση στους δείκτες βαρύτητας (cost weight) για κάθε AR-DRG*

(γ) *Παραδοχή ότι η σχετική βαρύτητα ανά DRG είναι ίδια στις δύο χώρες*

Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει, όπως αναφέρει η Επιτροπή στο πόρισμά της, πως στο βαθμό που η άσκηση της ιατρικής πρακτικής ενδεχομένως να είναι παρόμοια, τότε πιθανόν οι σχετικοί δείκτες καθορισμού κόστους-τιμής αποζημίωσης να είναι παρόμοιοι.

Στο σημείο αυτό, χρήζει αναφοράς τα γεγονότα ότι σε πολλές χώρες κατά την πρώτη φάση ανάπτυξης και εφαρμογής του συστήματος και έως την οριστική ανάπτυξη δικών τους τιμών αποζημίωσης, επιλέγεται η χρήση προσαρμοσμένων δεικτών από άλλες χώρες, ειδικότερα της χώρας από την οποία δανείζονται τη σχετική λίστα των DRGs.

Η Επιτροπή, προκειμένου να εξεταστεί η δυνατότητα χρήσης των συντελεστών βαρύτητας κόστους της Αυστραλίας, ώστε να προταθεί μια έμμεση λύση στο θέμα της κοστολόγησης, προχώρησε σε κοστολογήσεις επιλεγμένων διαγνωστικών και επεμβατικών κατηγοριών και στην εκτίμηση συντελεστών με βάση τα Ελληνικά δεδομένα, οι οποίοι συγκρίθηκαν με τους αντίστοιχους Αυστραλιανούς. Η ανάλυση της Επιτροπής έδειξε ότι ενδεχομένως οι συντελεστές (δείκτες) βαρύτητας κόστους των Αυστραλιανών DRGs να είναι εφαρμόσιμοι υπό προϋποθέσεις και στην Ελλάδα.

Όπως φαίνεται και στον πίνακα που προέκυψε από τη μελέτη (Πίνακας 7), οι συντελεστές των AR-DRGs που αφορούν περιστατικά χωρίς σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές, έχουν στην πλειοψηφία τους μικρή απόκλιση από τους αντίστοιχους Ελληνικούς. Ωστόσο, το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις, όπου εμφανίζονται μικρές ή μεγαλύτερες διαφορές εξάρει τη σημασία της περαιτέρω ανάλυσης αξιολόγησης και τεκμηρίωσης.

Παράλληλα, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι εκτιμήσεις του Πίνακα 7 αφορούν στοιχεία του τελευταίου τριμήνου του 2010. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη το δεδομένο των συνεχών αναπροσαρμογών στις τιμές υγειονομικού υλικού & φαρμάκων, συνάγεται το συμπέρασμα της ανάγκης ύπαρξης μόνιμου μηχανισμού επανεκτίμησης του κόστους και αναθεώρησης των συντελεστών και των σχετικών τιμών αποζημίωσης.

	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (€)	ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ Σ	ΔΕΙΚΤΗΣ AR-DRG	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΔΕΙΚΤΗΣ AR- DRGs*
ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	6.774	5,65	5,32	-0,32	7,37
ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ & ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	12.718	10,60	10,37	-0,23	14,78
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΘΕ ,ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	12.134	10,11	9,30	-0,81	14,30
ΑΟΡΤΙΚΑ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	15.504	12,92	10,97	-1,95	10,98
ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΛΗ	3.315	2,76	1,31	-1,45	1,75
ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΣΤΕΝΤ	4.671	3,89	1,60	-2,29	2,42
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1.943	1,62	1,42	-0,20	2,77
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.435	3,70	4,26	0,56	5,98
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.345	4,45	4,26	-0,19	5,98
ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.874	3,23	3,44	0,21	5,78
ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.726	3,94	3,44	-0,50	5,78
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.971	4,14	4,07	-0,07	4,76
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.992	4,99	4,07	-0,92	4,76
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	12.305	10,25	7,41	-2,84	7,41
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	17.482	14,57	11,88	-2,69	11,88
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	18.587	15,49	11,88	-3,61	11,88
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	26.047	21,71	30,76	9,05	30,76
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	39.783	33,15	21,32	-11,83	21,32
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	25.982	21,65	28,82	7,17	28,82
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ	27.842	23,20	28,82	5,62	28,82
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ	4.000	3,33	1,54	-1,79	2,93
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>		<b>8,96</b>	<b>8,62</b>	<b>-0,03</b>	<b>9,66</b>

\*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές

### Πίνακας 7: Κόστος και σχετικοί δείκτες βαρύτητας περιστατικών

ΠΗΓΗ: Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2011)

*iii. Υποβολή ολοκληρωμένης πρότασης για την εφαρμογή και ανάπτυξη Ελληνικού συστήματος DRGs, στη βάση της διεθνούς εμπειρίας*

Πρόταση της Επιτροπής αποτέλεσε η λήψη άδειας χρήσης των AR-DRGs από την Κυβέρνηση της Αυστραλίας (στο πλαίσιο επίσημης συνεργασίας με τον σχετικό φορέα της Αυστραλίας που διαχειρίζεται τα AR-DRGs) όχι μόνο όσον αφορά τη λίστα AR-DRGs, αλλά το σύνολο του Αυστραλιανού συστήματος (του οποίου τα εγχειρίδια καλύπτονται από αυστηρό διεθνές copyright) και κυρίως των αλγορίθμων ταξινόμησης των ασθενών. Αξίζει να αναφερθεί πως όταν μία χώρα προτίθεται να εφαρμόσει το Αυστραλιανό σύστημα ταξινόμησης και αποζημίωσης, της παρέχεται η δυνατότητα να ζητήσει άδεια (κατόπιν κατάθεσης αιτήματος από επίσημο Κυβερνητικό φορέα) δωρεάν χορήγησης, αξιολόγησης και πιλοτικής εφαρμογής του (για διάστημα έως έξι μήνες), πριν προχωρήσει στην αγορά του, προκειμένου να εξεταστεί η δυνατότητα αποτελεσματικής εφαρμογής του.

Ως δεύτερη εναλλακτική προτάθηκε να γίνει αντίστοιχη προσπάθεια με το Γερμανικό μοντέλο, «*δεδομένης και της υφιστάμενης συνεργασίας μεταξύ των δύο χωρών σε τεχνικό επίπεδο σε θέματα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας*» (Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 2011).

Η Επιτροπή έκρινε, επίσης, σκόπιμη τη διάθεση των δεικτών σε δύο εκδόσεις (με και χωρίς κόστος προσωπικού), ώστε να χρησιμοποιούνται στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα αντίστοιχα. Η ανάγκη διαχωρισμού του κόστους εργασίας από την τιμή των ΚΕΝ προκύπτει από την ιδιαιτερότητα του Ελληνικού συστήματος νοσοκομειακής φροντίδας, όπου οι μισθοί του προσωπικού προέρχονται από διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης έναντι του υπόλοιπου κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου. Συνεπώς, πληρωμή του συνολικού κόστους λειτουργίας των ΚΕΝ από την ασφάλιση θα είχε ως αποτέλεσμα «*διπλές χρεώσεις*» (ΕΣΔΥ 2011).

Παράλληλα, κρίθηκε απαραίτητη η ανάπτυξη του αντίστοιχου λογισμικού για την ταξινόμηση των ασθενών και την αποζημίωση των νοσοκομείων.

Τέλος, λόγω των χρονικών και οικονομικών δεσμεύσεων της χώρας, προτάθηκε οι ανωτέρω διαδικασίες και μεθοδολογίες να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αναπτυχθούν τιμές αποζημίωσης για τα ΚΕΝ βασιζόμενες σε πρώτη φάση στο νόσημα και την παρέμβαση στον ασθενή και, ενδεχομένως, σε μια πιο διευρυμένη εκδοχή στις



τυχόν επιπλοκές και σύνοδες παθήσεις. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η κατάταξη των ασθενών γίνεται με απλή ταξινόμηση, χωρίς σύνθετους αλγορίθμους

*iv. Αντιστοίχιση των GR-DRGs και των κοστολογήσεών τους με τα ICD-10 (πρόσφατη μετάφραση στα Ελληνικά) και τις κατηγορίες της Υπουργικής Απόφασης του 1998*

Στην Ελλάδα διατίθεται επισήμως η ελληνική μετάφραση της Διεθνούς Ταξινόμησης νόσων και Διαγνώσεων ICD-10 2008 (σύστημα Bertillon) (ΕΣΔΥ 2011).

Πραγματοποιείται επιμερισμός όλων των πιθανών πρωταρχικών διαγνώσεων σε 25 αμοιβαίως αποκλειόμενες Βασικές/Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (Major Diagnostic Categories – MDCs, Παράρτημα ΣΤ), κάθε μία από τις οποίες αντιπροσωπεύει ένα βασικό σύστημα οργάνων (π.χ. Αναπνευστικό, Πεπτικό, Κυκλοφορικό σύστημα, κλπ.).

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται το κόστος ανά περιστατικό με βάση την ισχύουσα μέχρι στιγμής τιμή (Υπουργική Απόφαση 1998), με βάση τους συντελεστές που προέκυψαν από την ανάλυση της Επιτροπής (μικροκοστολόγηση) και με βάση τους δείκτες των AR-DRGs (εφαρμογή των δεικτών βαρύτητας των AR-DRGs των αντίστοιχων κατηγοριών στο μέσο λειτουργικό κόστος ανά περιστατικό στο ΕΣΥ το 2010).

	ΝΟΣΗΛΙΟ ΥΑ 1998	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΜΔΝ	ΚΟΣΤΟΣ AR-DRGs	ΚΟΣΤΟΣ AR- DRGs*
A1. ΔΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	4.989	6.774	7	6.895	9.552
A2. ΔΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ & ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	7.337	12.718	16	13.440	19.155
A3. ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΘΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	5.896	12.134	13	12.053	18.533
A4. ΔΟΡΤΙΚΑ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	7.337	15.504	13	14.217	14.230
A5. ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΑΡΥΘΜΙΟΓΟΝΩΝ ΕΣΤΙΩΝ - ΔΕΜΑΤΙΟΥ HISS	2.935	9.920	6	0	0
B1. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΛΗ	2.935	3.315	4	1.698	2.268
B2. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΣΤΕΝΤ	4.989	4.671	2	2.074	3.136
Γ. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1.321	1.943	4	1.840	3.590
Δα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.668	4.435	7	5.521	7.750
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.842	5.345	7	5.521	7.750
Εα. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	2.788	3.874	7	4.458	7.491
Εβ. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.228	4.726	7	4.458	7.491
ΣΤα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.696	4.971	7	5.275	6.169
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.429	5.992	7	5.275	6.169
Ζα. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	7.337	12.305	8	9.603	9.603
Ζβ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	8.804	17.482	16	15.396	15.396
Ζγ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ- ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	11.739	18.587	16	15.396	15.396
Ζδ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	22.010	26.047	26	39.865	39.865
Ζε. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	13.206	39.783	30	27.631	27.631
Ζστ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	11.739	25.982	20	37.351	37.351
Ζζ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ	14.674	27.842	35	37.351	37.351
Ζη. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ	1.614	4.000	3	1.996	3.797
Ια. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	181	181
Ιβ. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	402	402
Ιγ. ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ	147	200	1	181	181
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	6.158	10.758	11	10.723	12.018

\*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές

### Πίνακας 8: Αναπροσαρμογή των νοσηλίων της ΥΑ 1998 με δύο μεθοδολογίες

ΠΗΓΗ: Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2011)

Από τον Πίνακα προκύπτει πως το κόστος παροχής των υπηρεσιών, όπως αυτό έχει εκτιμηθεί από την Επιτροπή, είναι αρκετά υψηλότερο, στις περισσότερες περιπτώσεις από τη μέχρι στιγμής αποζημίωση των νοσοκομείων, γεγονός που συνέβαλλε στη δημιουργία σοβαρών ελλειμμάτων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (Επιτροπή ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2011)).

---

Παραδοτέο της Επιτροπής ήταν η συγκρότηση 701 προτεινόμενων ΚΕΝ, τα οποία εγκρίθηκαν από την ολομέλεια του ΚΕΣΥ (Μάιος 2011). Φορέας υλοποίησης της μελέτης, από την οποία πρόέκυψαν οι προτεινόμενες κατηγορίες ΚΕΝ, ήταν η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, με επικεφαλής τον καθηγητή κ. Ν. Μανιαδάκη (Υφαντόπουλος 2011).

Με βάση το πόρισμα της Επιτροπής επιλέχθηκε το Αυστραλιανό σύστημα ταξινόμησης (AR-DRGs, version 6).

---

Ακολούθως, εκδόθηκε Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Εργασίας, Οικονομικών και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την «εφαρμογή νέας τιμολόγησης Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) και του Ημερήσιου Νοσηλίου για τους νοσηλευόμενους ασθενείς στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ» βάσει του πίνακα με τα εγκεκριμένα από το ΚΕΣΥ ΚΕΝ. (Υπ. Α. Υ4α/οικ. 85649/01-08-2011, ΦΕΚ Β' 1702/Β'/01-08-2011 – «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»).

Η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ ισχύει μόνο για τις νοσηλείες εσωτερικών ασθενών και καλύπτει μόνο τη νοσηλεία διάρκειας όσο η ΜΔΝ. Όσον αφορά τα περιστατικά όπου η διάρκεια νοσηλείας ξεπερνά τη ΜΔΝ του αντίστοιχου ΚΕΝ του πίνακα που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ, αλλά και για κάθε νέο ΚΕΝ και μέχρις ότου αυτό λάβει αντίστοιχη κοστολόγηση, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), σύμφωνα με Υπουργική Απόφαση του 1998, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και με βάση την αναπροσαρμογή του ημερήσιου ενοποιημένου κλειστού νοσηλίου που δημοσιεύτηκε στο ανωτέρω αναφερθέν ΦΕΚ.

Επιπροσθέτως, η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ καλύπτει μόνο τη νοσηλεία για τη δικαιούμενη θέση του ασθενούς. Τυχόν νοσηλεία σε θέση ανώτερη της δικαιούμενης τιμολογείται όσον αφορά τη διαφορά κόστους με τον παλιό τρόπο.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 4.2. Παρακολούθηση Εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου στο Ε.Σ.Υ.

Με την από 2/6/2011 απόφαση του Γενικού Γραμματέα ΥΥΚΑ συστάθηκε Ομάδα Εργασίας για να συνεχίσει το έργο της ανωτέρω αναλυθείσας επιτροπής (Επιτροπή Κοστολόγησης 2011). Αντικείμενο της Επιτροπής αυτής ήταν η παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ και αναλυτικότερα, η εισαγωγή, η προετοιμασία, η δοκιμαστική λειτουργία, η εφαρμογή και οι τελικές προσαρμογές των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο εργασίας της Επιτροπής συγκροτήθηκαν δύο επιμέρους υποεπιτροπές (Οκτώβριος 2011). Η πρώτη είχε ως σκοπό την παρακολούθηση και παρατήρηση της λειτουργίας των ΚΕΝ μετά την 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου συγκεντρώνοντας συγκεκριμένα στοιχεία: αναθώρηση ονοματολογίας, επανεξέταση ΜΔΝ, επιπλέον ΚΕΝ, αντιστοιχίσεις (ICD-10 - ΚΕΝ, Ιατρικές Πράξεις - ΚΕΝ), ενώ η δεύτερη επιτροπή είχε ως σκοπό την κοστολόγηση των ΚΕΝ και την επιβεβαίωση της ΜΔΝ της πρώτης επιτροπής. Παρακάτω στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται το έργο της κάθε μίας εκ των υποεπιτροπών (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. 2011).

---

Ως δεδομένα για το έργο της η Επιτροπή έλαβε:

- Κατάλογο των εγκεκριμένων από το ΚΕΣΥ ΚΕΝ της ΚΥΑ
- Εγκεκριμένη από το ΚΕΣΥ μετάφραση της διεθνούς κωδικοποίησης των νόσων και διαγνώσεων ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)
- Στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από το ESY.net του ΥΥΚΑ

---

Σύμφωνα με το πόρισμα της Επιτροπής οι δυσκολίες που συνάντησε ήταν οι εξής:

- Πληροφοριακά Συστήματα διαφορετικής κατασκευαστικής προέλευσης και με διαφορετικές τεχνολογικές πλατφόρμες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία παρουσιάζουν έλλειψη τυποποίησης όσον αφορά:
  - τις εσωτερικές νοσοκομειακές διαδικασίες
  - τα έντυπα
  - τη μέτρηση της αξιοποίησης και της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών

- Νοσοκομεία κατανεμημένα σε ολόκληρη την επικράτεια που καθιστούσαν αδύνατη την πρόσβαση σε καθένα από αυτά, ώστε να διευθετηθούν οι τοπικές ιδιαιτερότητές τους.
- Μεγάλος αριθμός ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που χρειαζόταν να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί στη χρήση συγκεκριμένων κωδικοποιήσεων, αντιστοιχίσεων, διαδικασιών και μεθόδων.
- Περιορισμένος χρονικός ορίζοντας της επιτροπής (συνολική διάρκεια μικρότερη των 5 μηνών: Ιούλιος 2011 – Δεκέμβριος 2011).
- Έλλειψη χρηματοδότησης για την επίτευξη του εγχειρήματος.

Παρακάτω παρουσιάζεται το χρονοδιάγραμμα του έργου της Επιτροπής:

- **Ιούλιος 2011: ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**
  - Σχεδιασμός και προετοιμασία για δοκιμαστική λειτουργία σε 21 επιλεγμένα νοσοκομεία από τις 7 Υ.Πε (Παράρτημα Ε)
- **Σεπτέμβριος 2011: ΔΟΚΙΜΑΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**
  - Σχεδιασμός κοινών εντύπων:  
*Ιατρικό Εξιτήριο*  
*Διοικητικό Εξιτήριο*  
*Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών*  
*Υπόδειγμα Υποβολών προς Ασφαλιστικούς φορείς*
  - Προσαρμογή λογισμικού όλων τα αναδόχων στα Πληροφοριακά Συστήματα των νοσοκομείων (υιοθέτηση των τυποποιημένων εντύπων)
  - Ορισμός Ομάδων υποστήριξης σε κάθε νοσοκομείο (ΟΔΚΕΝ – Ομάδα διαχείρισης ΚΕΝ), αποτελούμενες από στελέχη του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, οριζόμενα από τη Διοίκηση κάθε νοσοκομείου του ΕΣΥ.  
 Έργο των ΟΔΚΕΝ αποτέλεσε η ενημέρωση και υποστήριξη του προσωπικού και η κατάθεση ερωτήσεων προς την Επιτροπή πάνω σε θέματα που αφορούσαν τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν στην εισαγωγή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία.
  - Τηλε-εκπαίδευση των ΟΔΚΕΝ από την ΕΣΔΥ με χρήση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Saba-Centra Live

- Υποστήριξη δράσης από ιστοσελίδα ΥΥΚΑ
  - i. Οργάνωση ειδικού χώρου στην ιστοσελίδα του ΥΥΚΑ για ευρεία, άμεση και ενιαία πληροφόρηση των ΟΔΚΕΝ και όλων των εμπλεκόμενων στην εφαρμογή των ΚΕΝ στελεχών (Υπουργικές αποφάσεις και Εγκύκλιοι Γ.Γ. ΥΥΚΑ, Οδηγίες, Κωδικοποιήσεις, Δελτία τύπου & Ενημερωτικά σημειώματα, Πρότυπα έντυπα, Demo των εταιρειών πληροφοριακών συστημάτων, βίντεο Τηλε-εκπαιδεύσεων, κα.). Επιπροσθέτως, ο τόπος αυτός λειτούργησε κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα εφαρμογής των ΚΕΝ στα Νοσοκομεία (Οκτώβριος 2011) και ως ένας κοινός τόπος υποβολής ερωτημάτων και διαλόγου για τα Νοσοκομεία.
  - ii. Σύνταξη Οδηγιών χρήσης της Διαδικτυακής Εφαρμογής αντιστοίχισης των ΚΕΝ
  - iii. Σύνταξη αρχείου Συχνών Ερωτήσεων (Frequently Asked Questions) από τις συγκεντρωθείσες από τις ΟΔΚΕΝ ερωτήσεις, απαντημένες από τις Ιατρικές Ομάδες Εμπειρογνομόνων και την Επιτροπή, το οποίο εστάλη σε όλες τις ΔΥΠΕ και τα Νοσοκομεία της χώρας (Παράρτημα Ζ)
- ο **Οκτώβριος 2011: ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**
  - Παρακολούθηση χρήσης ΚΕΝ
  - Ανάπτυξη μηχανισμών συγκέντρωσης στοιχείων από τη χρήση (ΙΤΕ, ΗΔΙΚΑ, ESY.NET)
- ο **Δεκέμβριος 2011: ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ – ΕΚΔΟΣΗ ΝΕΑΣ ΚΥΑ**

Παραδοτέα της Επιτροπής ήταν τα εξής:

- **Αναθεωρημένη ονοματολογία ΚΕΝ** (παρουσιάζεται παρακάτω)
- **Αναθεωρημένη ΜΔΝ** (ομοίως)
- **Προσθήκη επιπλέον ΚΕΝ** (ομοίως)
- **Αντιστοίχιση Διαγνώσεων-ΚΕΝ και Ιατρικών Πράξεων-ΚΕΝ:**

Προς επίτευξη του έργου της, η επιτροπή δρομολόγησε την αντιστοίχιση των νόσων και των διαγνώσεων (10.000 ICD-10) με τα ΚΕΝ (Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2011). Για την αντιστοίχιση αυτή επιλέχθηκε η εγκεκριμένη από το ΚΕΣΥ μετάφραση της διεθνούς κωδικοποίησης των νόσων και διαγνώσεων ICD-10 (International Classification of Diseases, ver. 10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Η μετάφρασης/προσαρμογή στα ελληνικά αποτελεί έργο της

ΕΣΔΥ. Εν συνεχεία, συγκροτήθηκαν ομάδες εμπειρογνομόνων ιατρών κλινικών νοσοκομείων του ΕΣΥ και του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα (Εγκύκλιος του ΓΓ ΥΥΚΑ, Αρ.Πρωτ. οικ.68460, 17/6/2011) και ορίσθηκε ως υπεύθυνος ο Διευθυντής της αντίστοιχης κλινικής για κάθε μία εκ των 25 νοσολογικών κατηγοριών (MDCs) των ΚΕΝ (Παράρτημα Δ). Η επίβλεψη της εργασίας των ομάδων αυτών ανατέθηκε στην ΕΣΔΥ, ενώ αναπτύχθηκε παράλληλα λογισμικό διαδικτύου προς ενημέρωση όλων των συμμετεχόντων του έργου (ιατροί, επιτηρητές ΕΣΔΥ, μέλη επιτροπής).

Η αντιστοίχιση Ιατρικών Πράξεων-ΚΕΝ αποφασίστηκε, λόγω του όγκου της εργασίας, να πραγματοποιηθεί σε δεύτερη φάση (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2011). Η αντιστοίχιση από τις ιατρικές ομάδες ολοκληρώθηκε στις 7/12/2012 και η επεξεργασία των αρχείων από την Ομάδα Εργασίας στις 12/12/2012.

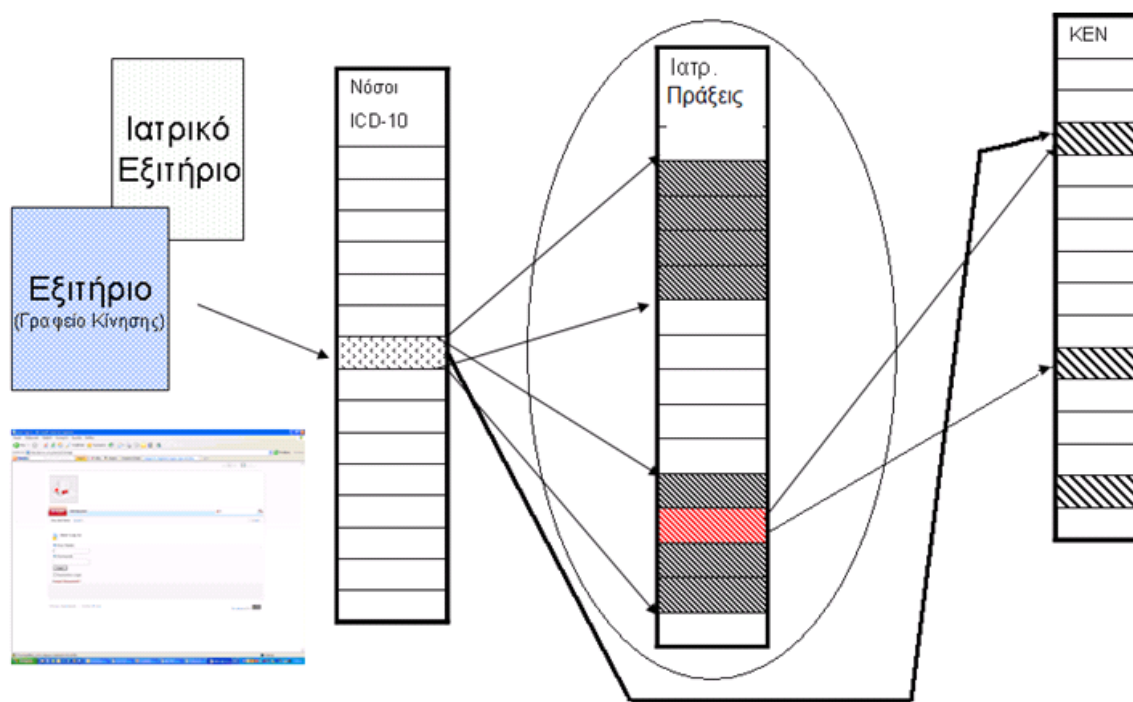
Σε επόμενες ενότητες του παρόντος κεφαλαίου παρουσιάζεται το έργο των 2 υπο-Επιτροπών.



#### **4.2.1. Εφαρμογή Λογισμικού για την Αντιστοίχιση ICD-10, Ιατρικών Πράξεων και ΚΕΝ**

Σε ολοκληρωμένα συστήματα DRGs που λειτουργούν στο εξωτερικό προβλέπεται η στελέχωση του λογιστηρίου ή του γραφείου κινήσεως ασθενών με εξειδικευμένα στελέχη (κωδικοποιητές – coders), τα οποία εισάγουν κωδικοποιημένα στοιχεία (χαρακτηριστικά ασθενούς, διάγνωση/διαγνώσεις, ιατρικές πράξεις, έκβαση νοσηλείας, κα.) σε ειδικό λογισμικό (grouper), το οποίο κατατάσσει τον ασθενή σε συγκεκριμένη κατηγορία DRG. Εν συνεχεία, το νοσοκομείο χρεώνει στο ασφαλιστικό ταμείο το ποσό που αναλογεί στο συγκεκριμένο DRG και το οποίο αποτελεί, συνήθως, προϊόν ετήσιας συμφωνίας ανάμεσα στα ταμεία και νοσοκομεία.

Στην εφαρμογή του συστήματος ΚΕΝ στην Ελλάδα, προκειμένου να βοηθηθούν οι υπάλληλοι του Λογιστηρίου Ασθενών (ή Γραφείου Νοσηλίων) των Νοσοκομείων στην εφαρμογή της τιμολόγησης των ασθενών με βάση τα ΚΕΝ, δημιουργήθηκε μία διαδικτυακή μηχανογραφική εφαρμογή (τύπου grouper) για την εύκολη εύρεση των ΚΕΝ. Η εν λόγω εφαρμογή, που δημιουργήθηκε για την κατάταξη των ασθενών στο κατάλληλο ΚΕΝ, ονομάζεται ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΕΩΝ (ΣΑΚ) και αντιστοιχίζει τις διαγνώσεις εξόδου (κωδικοποιημένες κατά ICD-10), καθώς και τις ιατρικές πράξεις (κωδικοποιημένες σύμφωνα με την κωδικοποίηση του ΚΕΣΥ – 11.100 κωδικοί (ΕΣΔΥ 2011) με τους κωδικούς των ΚΕΝ. Παράδειγμα της Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού των ΚΕΝ απεικονίζεται στην Εικόνα 11 (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ 2011).



**Εικόνα 10: Παράδειγμα Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ**

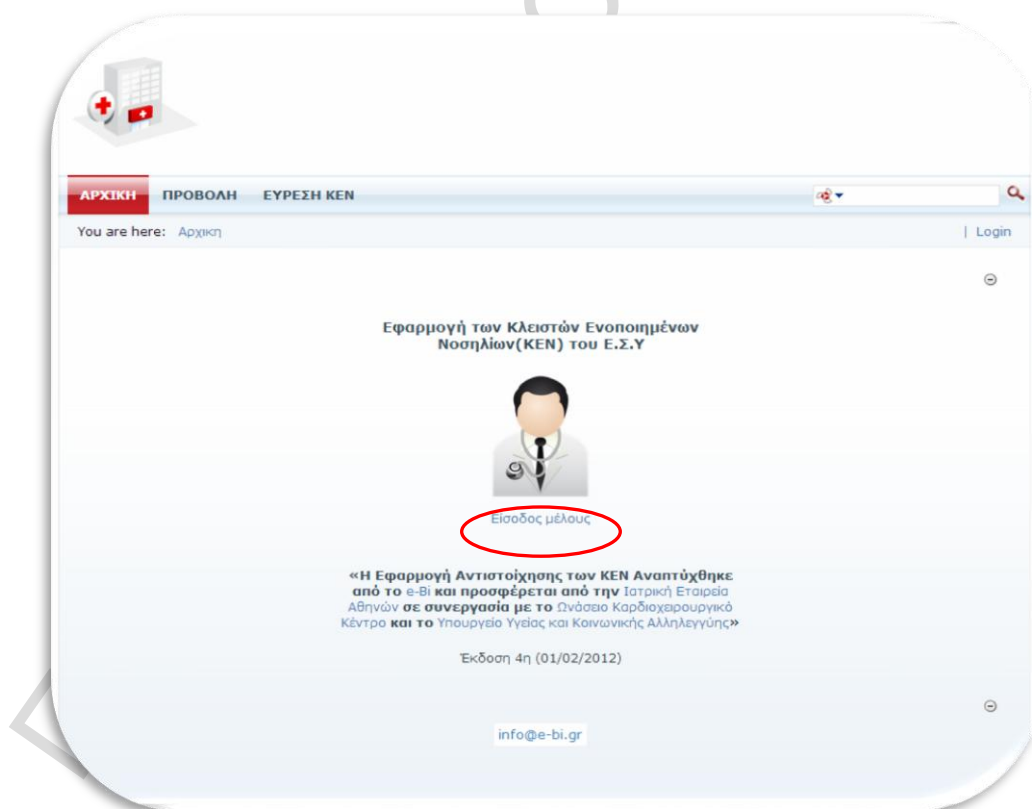
ΠΗΓΗ: ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ με ΘΕΜΑ : «Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ενεργειών για την εφαρμογή ΚΕΝ-DRGs to 2011», ΑΔΑ: 4ΑΧ5Θ-Μ0, 30 /09/2011

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί, πως οι 25 ιατρικές ομάδες που πραγματοποίησαν τις αντιστοιχίσεις, παρέδωσαν - στις περισσότερες περιπτώσεις - την εργασία τους σε .xls αρχείο (Excel) διαφόρων μορφοποιήσεων (format). Η ομάδα εργασίας έλεγξε και διόρθωσε τα αρχεία αυτά από τεχνικής απόψεως (έλεγχος πληρότητας αρχείου, έλεγχος διπλοεγγραφών, έλεγχος και αντικατάσταση αγγλικών και ελληνικών χαρακτήρων σύμφωνα με τις συμβάσεις των κωδικοποιήσεων, ενιαία γραμμογράφηση, κα.), δημιούργησε μία σειρά αρχείων έτοιμα προς εισαγωγή (import) στη Βάση Δεδομένων της διαδικτυακής εφαρμογής και πραγματοποίησε, σε συνεργασία με την Ομάδα Ανάπτυξης της εφαρμογής, τη φόρτωση των δεδομένων, ώστε να είναι έτοιμα προς χρήση από τους χρήστες της εφαρμογής στα Νοσοκομεία.

Επιπροσθέτως, στο σχεδιασμό της Εφαρμογής υπάρχει πρόβλεψη για εισαγωγή στοιχείων φαρμάκων, υλικών και εξετάσεων, ώστε να δημιουργηθούν ολοκληρωμένα πρωτόκολλα ιατρικής φροντίδας για κάθε ΚΕΝ και να ελέγχεται, με τον τρόπο αυτό, πληρέστερα το κόστος και η χρήση πόρων που πραγματοποιείται για κάθε νοσηλεία. (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. 2011).

Ο σχεδιασμός της Εφαρμογής και της Βάσης Δεδομένων, καθώς και της διεπαφής χρήστη (User Interface) πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφοριακών Συστημάτων του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, ενώ η ανάπτυξή του αποτελεί έργο του Εργαστηρίου Ηλεκτρονικής Επιχειρηματικής Ευφυΐας (e-business intelligence lab/e-Bi) του Τμήματος Εμπορίας και Διαφήμισης του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης και προσφέρεται από την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών σε συνεργασία με το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και το ΥΥΚΑ. Η πρώτη έκδοση της εφαρμογής αναπτύχθηκε το διάστημα Ιούλιος-Αύγουστος 2011 και λειτούργησε από 1/9/2011, ενώ η δεύτερη (με επικαιροποιημένες αντιστοιχίσεις κωδικών και user interface) λειτούργησε από 1/10/2011, οπότε και ξεκίνησε η οριστική εφαρμογή των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Η εφαρμογή βρίσκεται στο δικτυακό τόπο του ΥΥΚΑ ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)) ακολουθώντας τον σύνδεσμο [«Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια \(KEN-DRGs\)»](#) και αυτή τη στιγμή χρησιμοποιείται η 4<sup>η</sup> έκδοση (ver. 4) της εφαρμογής (01/02/2012) (Εικόνα 12).



**Εικόνα 11 Διαδικτυακή Εφαρμογή Εύρεσης Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων**

Πηγή: δικτυακός τόπος ΥΥΚΑ ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)), προσπέλαση 15/6/2013

Η Επιλογή «Είσοδος Μέλους» (Εικόνα 12) αφορά τις 25 Ομάδες Κωδικοποιητών που πραγματοποιούν τις αντιστοιχήσεις και όχι τους χρήστες των νοσοκομείων. Έχουν δοθεί 25 κωδικοί από το ΥΥΚΑ (ένας για κάθε Ιατρική Ομάδα στην οποία έχει ανατεθεί η επεξεργασία και αντιστοίχιση των ΚΕΝ μιας Κύριας Διαγνωστικής Κατηγορίας – MDC), με τους οποίους οι ιατρικές ομάδες μπορούν να εισέλθουν στο ειδικό τμήμα του συστήματος (module) και να εισάγουν απ’ ευθείας τις αντιστοιχήσεις των κωδικοποιήσεων που πραγματοποιούν.

Ο υπάλληλος του λογιστηρίου εισάγει στην εφαρμογή τους κωδικούς ICD-10 (υποχρεωτικά) και Ιατρικών Πράξεων (προαιρετικά), οι οποίοι συμπληρώνονται για κάθε περιστατικό νοσηλείας από τον ιατρό που υπογράφει το Ιατρικό Εξιτήριο, και η εφαρμογή του δίνει τον/τους κωδικούς ΚΕΝ που αντιστοιχούν στις διαγνώσεις και ιατρικές πράξεις αυτές (επιλογή «Εύρεση ΚΕΝ», Εικόνα 15). Η εμφάνιση των προτεινόμενων ΚΕΝ γίνεται με σειρά συνάφειας προς τις επιλογές του χρήστη, δηλαδή πρώτο εμφανίζεται αυτό που έχει τους περισσότερους συσχετισμούς με τους κωδικούς ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων που έχουν εισαχθεί. Σε περίπτωση αμφιβολίας για την

The screenshot shows the 'ΠΡΟΒΟΛΗ' (Display) page of the Yyka system. At the top, there are navigation tabs: 'ΑΡΧΙΚΗ', 'ΠΡΟΒΟΛΗ' (selected), and 'ΕΥΡΕΣΗ ΚΕΝ'. Below the tabs, there is a search bar for 'Αναζήτηση ΚΕΝ' and a 'Login' link. The main content area is divided into two sections: 'Διαθέσιμα MDCs' and 'Διαθέσιμα KENS'. The 'Διαθέσιμα MDCs' section lists 8 MDC categories with their respective patient counts. The 'Διαθέσιμα KENS' section shows the selected MDC: MDC 01 and a table of available KEN codes and their descriptions.

ΚΩΔΙΚ.ΚΕΝ	ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
<a href="#">N01M</a>	Αναθεώρηση (επανεπέμβαση) κοιλιακής παραχέτευσης με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N01X</a>	Αναθεώρηση (επανεπέμβαση) κοιλιακής παραχέτευσης χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N02Mα</a>	Επεμβάσεις κρανίου με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N02Mβ</a>	Επεμβάσεις κρανίου με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N02X</a>	Επεμβάσεις κρανίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N03M</a>	Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N03X</a>	Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N04M</a>	Εξωκράνιες αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N04X</a>	Εξωκράνιες αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές
<a href="#">N05A</a>	Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα

Εικόνα 12 Αρχική σελίδα επιλογής «ΠΡΟΒΟΛΗ»

Πηγή: δικτυακός τόπος ΥΥΚΑ ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)), προσπέλαση 15/6/2013

ορθότητα των ΚΕΝ που εμφάνισε η εφαρμογή ή σχετικά με το ποιο ΚΕΝ θα πρέπει να επιλεγεί, η προτροπή της ομάδας εργασίας είναι να απευθύνεται ο υπάλληλος στην ΟΔΚΕΝ του Νοσοκομείου στο οποίο εργάζεται.

Η χρήση της επιλογής «Προβολή» (Εικόνα 13) είναι για πληροφοριακούς λόγους. Ο χρήστης μπορεί να δει την πλήρη αντιστοίχιση ενός επιλεγμένου ΚΕΝ με όλους τους κωδικούς διαγνώσεων ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων με τα οποία έχει αντιστοιχηθεί από τις 25 ομάδες κωδικοποιητών (Εικόνα 14).

The screenshot shows a web application interface with a navigation bar containing 'ΑΡΧΙΚΗ', 'ΠΡΟΒΟΛΗ', and 'ΕΥΡΕΣΗ ΚΕΝ'. Below the navigation bar, it indicates 'You are here: ΚΕΝ Αναλυτικά' and a 'Login' link. The main content area is titled 'ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ (ΚΕΝ)'. A highlighted box contains the following information: 'ΚΕΝ: N01M-Αναθεώρηση (επανεπέμβαση) κοιλιακής παροχέτευσης με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές' and 'ΜΔΝ: 7 ημέρες ΚΟΣΤΟΣ:2298 €'. Below this, there are two tables. The first table, titled 'ICD-10:', has columns 'Α/Α', 'Κωδικός', and 'Περιγραφή'. It contains one entry: '1', 'G91', 'Υδροκέφαλος'. The second table, titled 'Ιατρικές Πράξεις:', has columns 'Α/Α', 'Κωδικός', and 'Περιγραφή'. It contains 11 entries, including codes like A400001, A400005, A400007, A400041, A400053, X704347, X704409, X704419, X704463, X704471, and X704475, with corresponding descriptions of medical procedures.

**Εικόνα 13: Παράδειγμα: Αντιστοίχιση ΚΕΝ N01M με όλους τους κωδικούς διαγνώσεων ICD-10 και Ιατρικών Πράξεων**

Πηγή: δικτυακός τόπος ΥΥΚΑ ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)), προσπέλαση 15/6/2013

### ΕΥΡΕΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ (ΚΕΝ)

Κωδικοί ICD-10:

#### ICD-10:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
1	A01	Τυφοειδείς και παρατυφοειδείς πυρετοί

Αντιστοιχούν 1 ICD10.

Κωδικοί Ιατρικών Πράξεων:

#### Ιατρικές Πράξεις:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
1	X704475	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ, ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤ.

Αντιστοιχούν 1 Ιατρικές Πράξεις.

Στην περίπτωση που δεν προταθεί ΚΕΝ, θα πρέπει να επιλεγεί ΚΕΝ με την βοήθεια της ομάδας διαχείρισης ΚΕΝ του Νοσοκομείου.

#### Προτεινόμενα ΚΕΝ:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή	ΜΔΝ	Κόστος	Συνάφεια
1	P44M	Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	997	21
2	P44X	Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκ	2	563	21
3	P47M	Οισοφαγίτιδα και γαστρεντερίτιδα με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβι	5	933	21
4	N01M	Αναθεώρηση (επανεπέμβαση) κοιλιακής παροχέτευσης με καταστροφικές (σ	7	2298	11
5	N01X	Αναθεώρηση (επανεπέμβαση) κοιλιακής παροχέτευσης χωρίς καταστροφικέ	5	1913	11

**Εικόνα 14: Παράδειγμα: Εύρεση ΚΕΝ εισάγοντας τον κωδικό ICD-10: A01 και την Ιατρική Πράξη: X704475 (Παρουσίαση προτεινόμενων ΚΕΝ από την εφαρμογή)**

Πηγή: δικτυακός τόπος ΥΥΚΑ ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)), προσπέλαση 15/6/2013

#### 4.2.2. (α) Αξιολόγηση Μηχανισμού Αποτελεσμάτων & Διορθώσεων της Εφαρμογής των ΚΕΝ

Στις 19 Οκτωβρίου 2011 και σε συνέχεια της Επιτροπής για την εισαγωγή των ΚΕΝ νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ορίστηκε από τον Γενικό Γραμματέα του ΥΥΚΑ Ομάδα Εργασίας Αξιολόγησης Μηχανισμού Αποτελεσμάτων και Διορθώσεων Εφαρμογής ΚΕΝ (υπο-επιτροπή της Επιτροπής «για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs το 2010 στα νοσοκομεία ΕΣΥ»).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η σύσταση της Ομάδας:

Γ.Κ. Σαριβουγιούκας	Υποδιοικητής ΙΚΑ
Ν. Μανιαδάκης	Καθηγητής ΕΣΔΥ
Α. Συγγελάκης	Αν. Διοικητής 1 <sup>ης</sup> ΥΠΕ
Χ. Καρανίκας	Συνεργάτης Γ.Γ. ΥΥΚΑ
Χ. Πλάτσης	Αν. Διοικητής 1 <sup>ης</sup> ΥΠΕ
Χ. Μηλώνης	Προϊστάμενος Δ/σης Πληροφορικής & Απλούστευσης Διαδικασιών ΥΥΚΑ
Μ. Παπαδάκης	Προϊστάμενος Πληροφορικής Ω.Κ.Κ.
Γ. Μητρόπουλος	Καθηγητής ΤΕΙ
Α. Παιδή	Υπεύθυνη Πληροφορικής 1 <sup>ης</sup> ΥΠΕ
Χρ. Δερβένης	Χειρουργός του ΓΝΠ «Κωνσταντοπούλειο»
Ελπίδα Πάβη	Τομέας Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ

Σκοπός της εν λόγω ομάδας ήταν:

- η ανάπτυξη μηχανισμού για τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων από τη χρήση των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ
- η αντιστοίχιση των Ιατρικών Πράξεων με τα ΚΕΝ (συλλογή και αξιολόγηση των αντιστοιχίσεων από τις 25 ομάδες Κωδικοποιητών)
- ο εντοπισμός και επίλυση των όποιων δυσλειτουργιών εφαρμογής (ονοματολογία, ΜΔΝ, κόστος, κλπ)

## **1. Ανάπτυξη μηχανισμού για τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων από τη χρήση των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ΚΕΝ Οκτωβρίου – Νοεμβρίου)**

Το πλήθος των στοιχείων, αλλά και των πηγών προέλευσης αυτών (νοσοκομεία) απαιτούσε τη χρήση ειδικής εφαρμογής λογισμικού για τη συλλογή και επεξεργασία τους.

Η εφαρμογή λογισμικού αυτή (Συλλογής-Ταξινόμησης-Επεξεργασίας Νοσηλειών – ΣΥΤΕΝ) αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ). Με την εν λόγω εφαρμογή, το Πληροφοριακό Σύστημα κάθε νοσοκομείου μπορεί να εξάγει - σε τυποποιημένη μορφή (τύπος αρχείου XML) - ανωνυμοποιημένα στοιχεία για το σύνολο των νοσηλειών που έχουν καταχωρηθεί. Η συγκέντρωση των στοιχείων πραγματοποιείται χωρίς την παρέμβαση των χρηστών του Πληροφοριακού Συστήματος και η λήψη αναφορών στοιχείων καθίσταται δυνατή με την προϋπόθεση της εξουσιοδότησης πρόσβασης μέσω ιστοσελίδας. Τα στοιχεία αυτά αφορούν:

- Τη νοσηλεία (Ιατρικό Εξιτήριο, Διοικητικό Εξιτήριο, Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών & συγκεντρωτική Κατάσταση Απαιτήσεων από Ασφαλιστικά Ταμεία)
- Τη φαρμακευτική κίνηση
- Τη χορήγηση υλικών
- Τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων (βιοπαθολογικών και ακτινολογικών)

Τα βήματα που πραγματοποιήθηκαν στην κατεύθυνση της ορθής λειτουργίας του λογισμικού ήταν τα παρακάτω:

- *Ορισμός τυποποιημένων εντύπων (4) σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ (Ιατρικό Εξιτήριο, Διοικητικό Εξιτήριο, Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών & συγκεντρωτική Κατάσταση Απαιτήσεων από Ασφαλιστικά Ταμεία)*
- *Ένταξη των τυποποιημένων εντύπων στα Πληροφοριακά Συστήματα των Αναδόχων των νοσοκομείων*
- *Προτροπή προς τις Διοικήσεις των νοσοκομείων να εντάξουν τη νέα έκδοση του Πληροφοριακού Συστήματος στο νοσοκομείο τους (ήταν ήδη έτοιμη από τους Αναδόχους)*



- *Ορισμός ΟΔΚΕΝ* (Επιτροπή αξιολόγησης μηχανισμού αποτελεσμάτων & διορθώσεων της εφαρμογής των ΚΕΝ 2011)

Παράλληλα, έγινε χρήση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από το ESY.net του ΥΥΚΑ (συγκέντρωση στοιχείων μέσα από τις τακτικές διαδικασίες ενημέρωσης του ΥΥΚΑ από τα νοσοκομεία), καθώς και στοιχείων που διέθεσε η Η.ΔΙ.Κ.Α. (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης) από τα νοσοκομεία που υποστηρίζει (χειροκίνητη διαδικασία για τη συγκέντρωση στοιχείων από τη χρήση των ΚΕΝ) (Ομάδα Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. 2011).

Παρακάτω παρουσιάζεται ο πίνακας που δημιουργήθηκε στο ESY.net για την παρακολούθηση των ΚΕΝ. Ο πίνακας συμπληρώνεται μηνιαία από όλα τα Νοσοκομεία της χώρας.

Πίνακας 9: Πίνακας από ESY.net για την παρακολούθηση των ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ

ΚΕΝ	Χειρουργικός Τομέας		Παθολογικός τομέας		Ψυχιατρικός τομέας		Αριθμός εξιτηρίων		Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	Εκτιμώμενα έξοδα εντός ΚΕΝ			
	Αριθμός εξιτηρίων	Ημέρες Νοσηλείας	Αριθμός εξιτηρίων	Ημέρες Νοσηλείας	Αριθμός εξιτηρίων	Ημέρες Νοσηλείας	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ		Νοσήλια	Φάρμακα	Υλικά	Ιατρικές πράξεις

Στον συγκεντρωτικό πίνακα που δημιουργήθηκε για τις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες οι νοσηλείες διακρίνονται σε νοσηλείες χαρακτηρισμένες ή μη με κωδικό ΚΕΝ και παρουσιάζονται τα έσοδα και για τις δύο κατηγορίες. Για τις εκτός ΚΕΝ νοσηλείες οι κατηγορίες εσόδων είναι τα Νοσήλια, τα Φάρμακα, τα Υλικά και οι Ιατρικές Πράξεις.

Επίσης, έχουν καταγραφεί οι ημέρες νοσηλείας ανά τομέα (Χειρουργικός, Παθολογικός, Ψυχιατρικός) και οι νοσηλείες διακρίνονται σε εντός ή εκτός ΜΔΝ. Σε ξεχωριστό πίνακα διακρίνονται οι αποκλίσεις από την ορισθείσα ΜΔΝ ανά ΚΕΝ.

Τέλος, όσον αφορά τα υλικά, τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις, λόγω της περιορισμένης αξιοποίησης των Πληροφοριακών Συστημάτων, δεν παρέχεται μεγάλο πλήθος δεδομένων προς ανάλυση και επεξεργασία.

## **2. Αντιστοίχιση των Ιατρικών Πράξεων με τα ΚΕΝ**

Η αντιστοίχιση των Ιατρικών Πράξεων (8.748 Ιατρικές Πράξεις) με τα ΚΕΝ ανατέθηκε στους ιατρούς (Διευθυντές κλινικών νοσοκομείων του ΕΣΥ και ειδικών νοσοκομείων) που ανέλαβαν την αντιστοίχιση των νόσων και διαγνώσεων της διεθνούς ταξινόμησης ICD-10 με τα ΚΕΝ. Η κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων που επιλέχθηκε είναι αυτή που αναπτύσσεται από το ΚΕΣΥ με συνεργασία με τις επιστημονικές ιατρικές εταιρείες κάθε ιατρικής ειδικότητας.

Τη συγκέντρωση των στοιχείων των αντιστοιχίσεων και τον συντονισμό του έργου της αντιστοίχισης επιμελήθηκε η ΕΣΔΥ.

## **3. Εντοπισμός προβλημάτων από τη λειτουργία των ΚΕΝ**

Στόχο αποτέλεσε η επίλυση των δυσλειτουργιών που προέκυψαν κατά την εφαρμογή των ΚΕΝ (ονοματολογία, ΜΔΝ, κόστος, κα.).

Η εξέταση της ορθότητας της ονοματολογίας των ΚΕΝ έγινε τόσο από τους 25 ιατρούς – εμπειρογνώμονες κατά την εργασία αντιστοίχισης Ιατρικών Πράξεων-ΚΕΝ, όσο και από Διευθυντές ειδικών κλινικών του ΕΣΥ, με τους οποίους ήρθε σε επαφή η ΕΣΔΥ. Τα στελέχη της ΕΣΔΥ και - ταυτόχρονα - μέλη της Επιτροπής, κ. Πάβη και κ. Μανιαδάκης, επέβλεψαν τη συνεργασία των 25 ιατρών με την ΕΣΔΥ.

Από την εξέταση αυτή προέκυψε η αναγκαιότητα διευκρίνισης του περιεχομένου ορισμένων ΚΕΝ, αλλά και η δημιουργία νέων ΚΕΝ, ώστε να καλύπτονται πληρέστερα οι

διάφορες κατηγορίες νόσων και να επιτρέπεται η αντικειμενικότερη εκτίμηση του κόστους νοσηλείας. Η ενσωμάτωση ειδικών περιπτώσεων (π.χ. με βάση τις ελάχιστες απαιτήσεις χρήσης εξειδικευμένων υλικών) βοηθά στην αποφυγή υπερτιμολογήσεων σε βάρος των Ασφαλιστικών Ταμείων ή υποτιμολογήσεων σε βάρος των εσόδων των νοσοκομείων.

Για την ένταξη των νέων ΚΕΝ ζητήθηκε από τις 25 ομάδες εμπειρογνομόνων ιατρών να καταθέσουν τις τεκμηριωμένες προτάσεις τους σχετικά με τα πρόσθετα ΚΕΝ που εικάζουν ότι θα πρέπει να συμπεριληφθούν στην ΜDC της υπευθυνότητάς τους, οι οποίες συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν, στη συνέχεια, από την Επιτροπή

Η ομάδα Πάβη πρότεινε την προσθήκη 43 νέων ΚΕΝ.

Στο πλαίσιο της διαβούλευσης με τους 25 ιατρούς προτάθηκε, επίσης, η δημιουργία 17 παιδιοκαρδιοχειρουργικών ΚΕΝ (Υφαντόπουλος 2011).

Παράλληλα, έγινε διόρθωση κάποιων κωδικών ΚΕΝ, αλλά και αναθεώρηση της ΜΔΝ με βάση τα συλλεχθέντα στοιχεία από τις νοσηλείες που πραγματοποιήθηκαν κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2011 στα νοσοκομεία που αξιοποίησαν τα Πληροφοριακά τους Συστήματα. Οι προτεινόμενες ΜΔΝ αποτελούν αποτέλεσμα εργασίας και των 2 υπο-επιτροπών.

---

Προτάσεις της Επιτροπής αποτελούν επίσης:

- Η σύσταση μόνιμου μηχανισμού παρακολούθησης της λειτουργίας των ΚΕΝ πέραν του διαθέσιμου λογισμικού, το οποίο θα μπορούσε να επιτευχθεί με:
  - ο μεγαλύτερη αυτοματοποίηση στη συνεργασία νοσοκομείων - ΥΥΚΑ - Ασφαλιστικών ταμείων
  - ο ανάθεση σε εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό του έργου της διαρκούς αναθεώρησης (σε τακτά χρονικά διαστήματα) του καταλόγου των ΚΕΝ

Αξίζει να σημειωθεί, πως στη Γερμανία καταγράφονται κάθε χρόνο περί τα 180.000.000 περιστατικά νοσηλείας, τα οποία αναλύονται στο πλαίσιο της συνεχούς παρακολούθησης και αναθεώρησης των G-DRGs (ΕΣΔΥ 2011).

- Η υιοθέτηση επιλεγμένων προτύπων και πρωτοκόλλων.

- Η παροχή οδηγιών στα νοσοκομεία για τεκμηρίωση των επιπρόσθετων απαιτήσεών τους σε περιπτώσεις υπέρβασης των ΚΕΝ.
- Η αποστολή αιτήματος στην Αυστραλιανή Κυβέρνηση για τη διάθεση εγχειριδίου (handbook) αντιστοιχίσεων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

### 4.2.3. (β) Ανακοστολόγηση ΚΕΝ

Στο πλαίσιο της ομάδας για την παρακολούθηση του ΚΕΝ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ συστάθηκε Ομάδα Εργασίας (19 Οκτωβρίου 2011) για την κοστολόγηση των ΚΕΝ (Επιτροπή Κοστολόγησης, υπο-επιτροπή της Επιτροπής «για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs το 2010 στα νοσοκομεία ΕΣΥ»), το έργο της οποίας ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τη χρήση των ΚΕΝ (σύγκριση του παλαιού με τον νέο τρόπο τιμολόγησης) και συμπεριλάμβανε την εξωλογιστική κοστολόγηση των ΚΕΝ, καθώς και μεθόδων για την εσωλογιστική κοστολόγηση και συγκρότηση των ΚΕΝ (Επιτροπή Κοστολόγησης 2011).

Στόχο της ομάδας αποτέλεσε, επίσης, η εκτίμηση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), σε συνεργασία με την Επιτροπή αξιολόγησης μηχανισμού αποτελεσμάτων & διορθώσεων της εφαρμογής των ΚΕΝ.

Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας Κοστολόγησης των ΚΕΝ επιτέλεσε ο Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ι. Υφαντόπουλος, ενώ μέλη διετέλεσαν οι παρακάτω:

<i>Ν. Μανιαδάκης</i>	Καθηγητής ΕΣΔΥ
<i>Γ.Κ. Σαριβουγιούκας</i>	Υποδιοικητής ΙΚΑ
<i>Κ. Ρόμπας</i>	Προϊστάμενος Δ/σης Οικονομικών ΥΥΚΑ
<i>Π. Βασιλάκης</i>	Αντιπρόεδρος ΕΟΦ
<i>Δ. Μπαρτζώκας</i>	Διοικητής Νοσοκ. "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"
<i>Μ. Βουδούρη</i>	Μέλος Δ.Σ. ΕΠΥ
<i>Κ. Καρράς</i>	Αν. Διοικητής ΓΝ "ΚΑΤ"
<i>Ρ. Λουκίσα</i>	Ορκωτή Λογίστρια ΣΟΛ
<i>Ό. Μπαλαούρα</i>	Διοικήτρια ΓΝΝΙ "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"
<i>Π. Λαζάρου</i>	Υπεύθυνη Ποιότητας του ΠΓΝ "ΑΤΤΙΚΟ"

Η κατάθεση της επιτελικής σύνοψης της Ομάδας Εργασίας Κοστολόγησης των ΚΕΝ πραγματοποιήθηκε στις 13/12/2011.

## ➤ **ΕΞΩΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΚΕΝ**

Για την Εξωλογιστική κοστολόγηση των ΚΕΝ συγκεντρώθηκαν στοιχεία από τα Πληροφοριακά Συστήματα των νοσοκομείων (*ΗΔΙΚΑ*: Αμαλία Φλέμιγκ, Ευαγγελισμός, Γ.Γεννηματάς, Ιωαννίνων, Ιπποκράτειο Θεσ/κης, ΚΑΤ, Μεταξά, Νίκαιας, Ρόδου, Τζάνειο, *ΙΤΕ*), με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό της κοστολόγησής των ΚΕΝ, έτσι όπως έχει δημοσιευτεί στο σχετικό ΦΕΚ (ΦΕΚ 1702/Β'/ 01-08-2011).

Η ανακοστολόγηση των ΚΕΝ βασίστηκε στη χρήση της ίδιας μεθόδου προσδιορισμού του κόστους των ΚΕΝ στο ΦΕΚ (Αυστραλιανοί δείκτες). Ως τιμή βάσης θεωρήθηκε το **1.001€** αντί του 1.200€.

Η νέα τιμή βάσης προέκυψε από στοιχεία του ESY.net (Σύστημα Συλλογής Στατιστικών Δεδομένων Μονάδων Υγείας) του τελευταίου 10-μήνου (1/1/2011 – 31/10/2011). Τα στοιχεία αυτά αφορούσαν το λειτουργικό κόστος των νοσοκομείων του ΕΣΥ, χωρίς να συμπεριλαμβάνεται σε αυτό το εργατικό κόστος.

Σύμφωνα με την Ομάδα Εργασίας Κοστολόγησης των ΚΕΝ, η νέα τιμή βάσης προέκυψε λόγω:

- Μείωσης των τιμών των φαρμάκων (ηλεκτρονική δημοπρασία)
- Μείωσης των τιμών των υλικών
- Εξορθολόγησης του συστήματος κατανάλωσης και χρήσης των μέσων και των πόρων (συνταγογράφηση)

Η νέα τιμή εξακολουθεί να είναι ενιαία για το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, ανεξαρτήτως μεγέθους (με βάση τις κλίνες), είδους (πανεπιστημιακά, γενικά, ειδικά) και τοποθεσίας των νοσοκομείων, το οποίο όμως -σύμφωνα με την Επιτροπή- δύναται, με σχετική ευκολία, να αλλάξει, ώστε να αντανακλάται η διαφοροποίηση του κόστους ανάλογα με τις ανωτέρω αναφερθείσες μεταβλητές. (Επιτροπή Κοστολόγησης 2011).

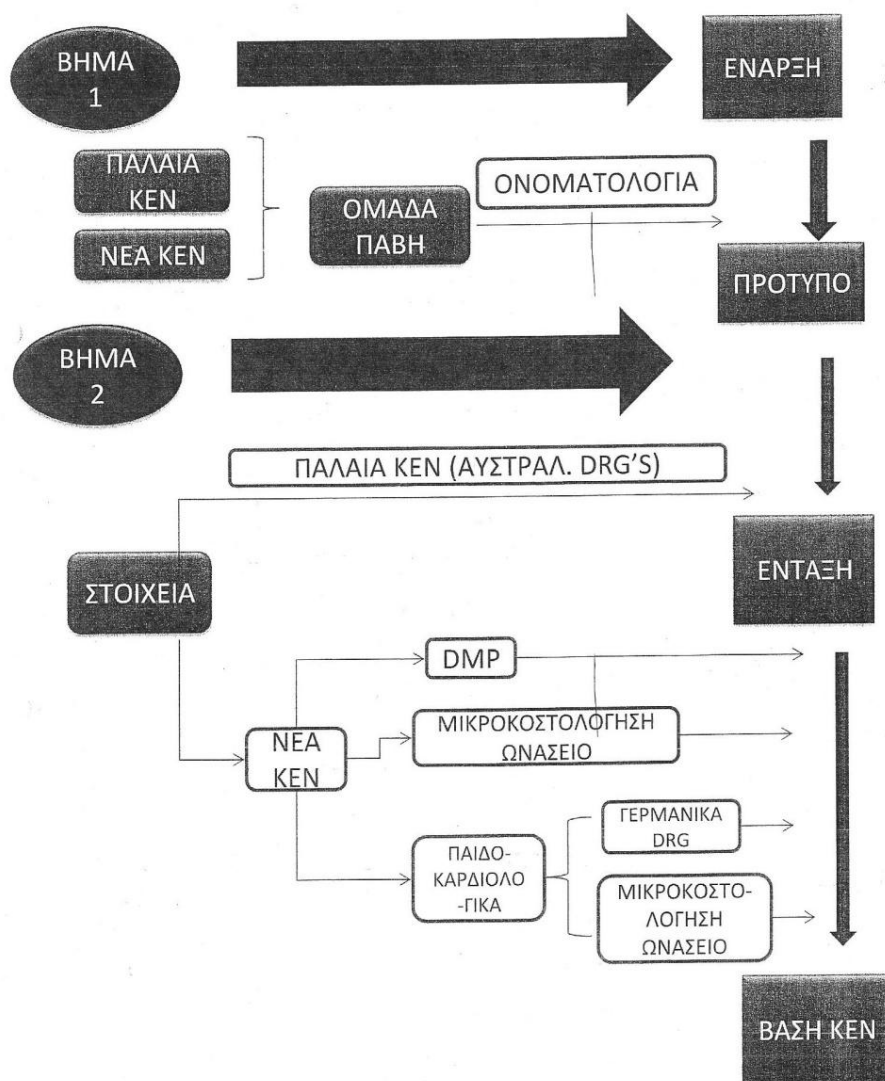
Παράλληλα, για τα νέα ΚΕΝ που προτάθηκαν από την ομάδα Πάβη, χρησιμοποιήθηκε ως βάση προσδιορισμού του κόστους η μικροκοστολόγηση από στοιχεία δείγματος ασθενών του Ωνασείου, οι δείκτες βαρύτητας κόστους της Γερμανίας, όπως και τα disease management pathways (DMP) από εμπειρογνώμονες..

Πιο συγκεκριμένα:

- 701 παλαιά ΚΕΝ ανακοστολογήθηκαν  
[Αυστραλιανοί δείκτες βαρύτητας \* Εθνικό μέσο όρο (national base rate=1,001€)]
- 43 νέα ΚΕΝ διαφόρων νοσολογικών κατηγοριών προστέθηκαν (πρόταση Επιτροπής)
  - *Disease Management Pathways*  
Ο προσδιορισμός των κλινικών πρωτοκόλλων (clinical pathways) βασίστηκε στην κλινική εμπειρία των 25 ιατρών-εμπειρογνομόνων.
  - *Μικροκοστολόγηση* με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- 17 νέα παιδοκαρδιοχειρουργικά ΚΕΝ προστέθηκαν (πρόταση Επιτροπής)
  - *Γερμανικοί δείκτες*
  - *Μικροκοστολόγηση* (Ωνάσειο)

Στην Εικόνα 16 παρουσιάζονται τα μεθοδολογικά βήματα που αναπτύχθηκαν από την Ομάδα Εργασίας του Υπουργείου και την ερευνητική ομάδα του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Σχολή Νομικών Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών, Τομέας Διοικητικής Επιστήμης) για την κοστολόγηση και ανακοστολόγηση των ΚΕΝ.





**Εικόνα 15: Μεθοδολογικό πλαίσιο για την κοστολόγηση & ανακοστολόγηση των ΚΕΝ**

ΠΗΓΗ: Υφαντόπουλος (2011)

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί, πως σε περιπτώσεις που υπήρχαν στοιχεία από περισσότερες μεθοδολογίες εκτίμησης του κόστους ενός ΚΕΝ, επικρατούσε η τιμή που δόθηκε από τη μέθοδο της μικροκοστολόγησης, καθώς θεωρείται πιο ακριβής. Παρακάτω φαίνεται η μορφή του πίνακα (πεδία), όπως παραδόθηκε από την Επιτροπή στο ΥΥΚΑ.

### ➤ ΕΣΩΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΚΕΝ

Η εσωλογιστική κοστολόγηση πραγματοποιείται μέσω της συλλειτουργίας των κυκλωμάτων της Γενικής και της Αναλυτικής Λογιστικής. Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει την υποστήριξη της από κατάλληλο λογισμικό πρόγραμμα. (Δαβαρίας, Λάζαρης, Λιάπης, 2001) και αποτελεί συνάρτηση της λειτουργίας του Πληροφοριακού Συστήματος του νοσοκομείου. Η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι η καταγραφή των εισροών κόστους (στη περίπτωση των ΚΕΝ φάρμακα, υλικά, εξετάσεις, κλπ.) και η ενημέρωση του κυκλώματος της Αναλυτικής Λογιστικής (ταυτόχρονα με την ενημέρωση του κυκλώματος της Γενικής Λογιστικής) σε επίπεδο ανάλυσης είδους (υπηρεσίες – ΚΕΝ). Από την εφαρμογή της ως άνω μεθοδολογίας προκύπτει το οικονομικό αποτέλεσμα (κέρδος/ζημία) από κάθε παρεχόμενη υπηρεσία.

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών του Ωνασείου αφορούσαν την αναλυτική κοστολόγηση ιατρικού και μη ιατρικού προσωπικού, εργαστηριακών εξετάσεων, αναλωσίμων και ειδικών υλικών, φαρμάκων, αλλά και κόστη όπως Γενικά Έξοδα, Αποσβέσεις και Έξοδα Λειτουργίας Βοηθητικών και Διοικητικών Τμημάτων ανά περιστατικό.

Στο Παραρτήματα Α, Β & Γ παρουσιάζονται οι φόρμες που συμπληρώθηκαν από το Ωνάσειο για κάθε νέο προτεινόμενο ΚΕΝ.

Στο Παράρτημα Α υπάρχουν οι πίνακες κοστολόγησης του νέου προτεινόμενου ΚΕΝ (Κόστος Αναλωσίμων-Εξετάσεων, Κόστος Απασχολούμενων, Γενικά Έξοδα, Αποσβέσεις, Έξοδα Λειτουργίας Βοηθητικών & Διοικητικών Τμημάτων).

Στο Παράρτημα Β παρουσιάζεται η Συνοπτική Κοστολόγηση ανά τμήμα, ενώ στο Παράρτημα Γ η Αναλυτική Κοστολόγηση ανά τμήμα για Εργαστηριακές εξετάσεις, Αναλώσιμα Υλικά, Φάρμακα και Ειδικά Υλικά.

---

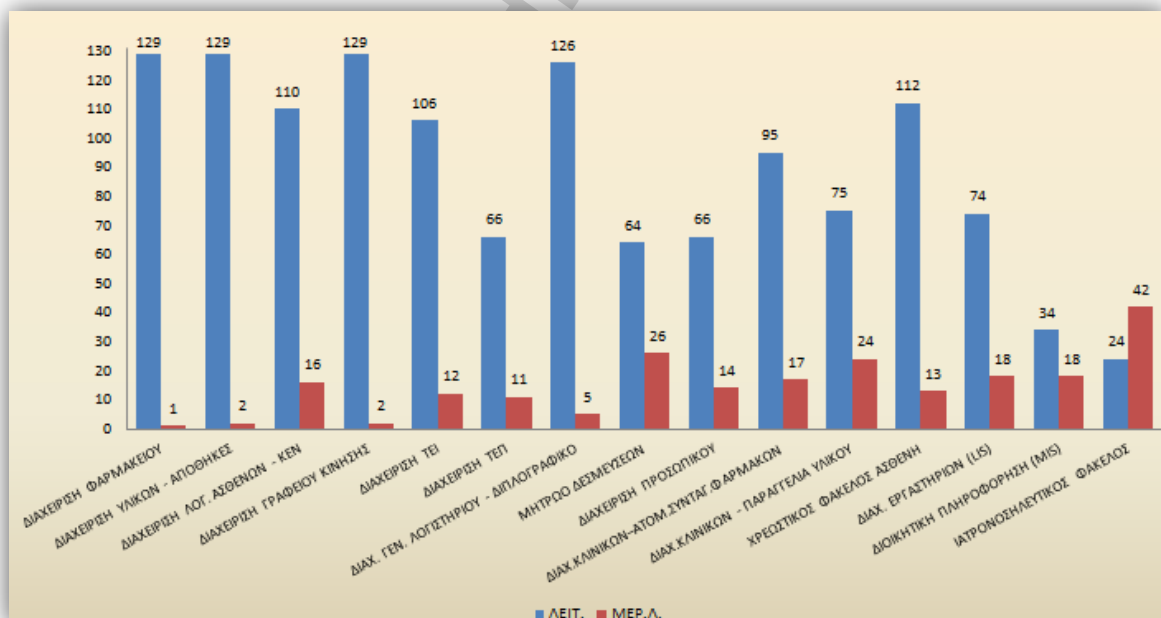
Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή του έργου της Επιτροπής ανέδειξαν ότι:

- ο Δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς τα εγκαταστημένα Πληροφοριακά Συστήματα των νοσοκομείων (καταγραφή καταναλώσεων φαρμάκων, υλικών και εξετάσεων)

- Δεν τηρείται πλήρως ο ηλεκτρονικός φάκελος νοσηλείας ασθενούς, δεν υφίσταται σε όλες τις μονάδες διαχείριση των κέντρων κόστους (αποθήκη κλινικής ή χειρουργείου, ενώ δεν πραγματοποιείται, επίσης, καταγραφή παραγγελιών και καταναλώσεων

Αξιοσημείωτο είναι, πως έρευνα που διεξήχθη με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΣΠΑ 2007-2013) στα Νοσοκομεία της επικράτειας, έδειξε, πως από τα 131 νοσοκομεία (επισκέψεις συνεργατών του έργου το διάστημα 01/05/2011 – 30/11/2011), μόνο σε 24 λειτουργούσε πλήρως το Πληροφοριακό Υποσύστημα «ιατρονοσηλευτικός φάκελος ασθενούς» του, ενώ σε 42 βρισκόταν υπό μερική λειτουργία. Σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας, το Υποσύστημα "Διαχείρισης Κλινικών-Παραγγελία Υλικού" λειτουργούσε πλήρως σε 75 νοσοκομεία και μερικώς σε 24 (Διάγραμμα 6) (Νικολακόπουλος 2011).

- Έλλειψη κοινών κωδικοποιήσεων μεταξύ νοσοκομείων, αλλά και εντός του ίδιου νοσοκομείου
- Οι Διοικήσεις των νοσοκομείων δεν έχουν απευθείας πρόσβαση σε ενιαίο νοσοκομειακό πληροφοριακό σύστημα



**Διάγραμμα 7: Επικράτεια: Υποσυστήματα σε Παραγωγική Λειτουργία**

ΠΗΓΗ: Νικολακόπουλος (2011)

Πρόταση της επιτροπής αποτέλεσε η εντός του 1<sup>ου</sup> 4μήνου λειτουργίας των ΚΕΝ αναλυτική κοστολόγηση σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ΚΕΝ μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων, ούτως ώστε να γίνει μία εμπειριστατωμένη προσέγγιση του πραγματικού κόστους. Σε περίπτωση εμφάνισης αποκλίσεων (και λόγω πιθανής μελλοντικής διαφοροποίησης των τιμών υλικών και φαρμάκων), η επιτροπή πρότεινε την επέκταση της έρευνας στο σύνολο των ΚΕΝ των νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, κρίθηκε σκόπιμο κατά την επανακοστολόγηση να περιληφθεί και η αναλογία του εργατικού κόστους (Επιτροπή Κοστολόγησης 2011).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

### ➤ **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΔΝ**

Οι πηγές των βάσεων δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της ΜΔΝ ήταν οι εξής:

- Προηγούμενη εκτίμηση ΜΔΝ (ΦΕΚ 1702/Β' / 01-08-2011)
- Βάση δεδομένων του ΙΤΕ
- Βάση δεδομένων της ΗΔΙΚΑ
- Εκτίμηση ΜΔΝ βάσει συνεντεύξεων με ειδικούς Εμπειρογνώμονες

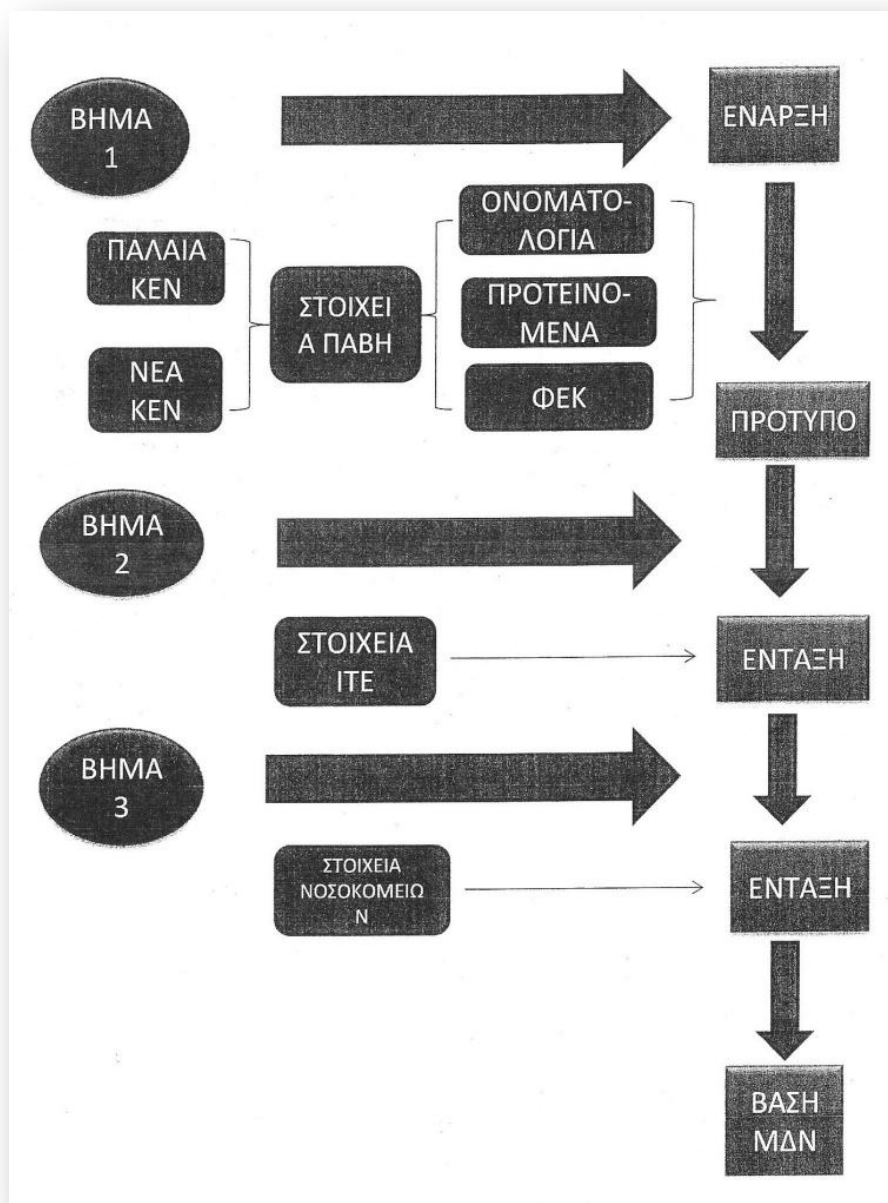
Στην Εικόνα 17 παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο εκτίμησης της ΜΔΝ ανά ΚΕΝ χρησιμοποιώντας τις παραπάνω βάσεις δεδομένων.

Από τον αναθεωρημένο κατάλογο ΜΔΝ που διαμορφώθηκε και περιλαμβάνεται στο σχετικό ΦΕΚ (ΦΕΚ 946, 27 Μαρτίου 2012) γίνεται φανερό πως αναθεώρηση ΜΔΝ προτάθηκε για μικρό αριθμό ΚΕΝ.

Κατά τη διαδικασία της αναθεώρησης προέκυψαν τα εξής στοιχεία:

- i. Οι ομάδες των γιατρών έτειναν, κατά κανόνα, να εστιάζουν στις υψηλότερες πιθανές ΜΔΝ των περιστατικών τους.
- ii. Ένας αριθμός των ομάδων αυτών παραδέχτηκε πως, λόγω των στρεβλώσεων, των προβλημάτων στην οργάνωση και της μη αποδοτικής λειτουργίας του ΕΣΥ, περιστατικά που θα μπορούσαν να διεκπεραιωθούν ταχύτερα τείνουν να καθυστερούν και να αυξάνουν, με τον τρόπο αυτό, την εκτιμηθείσα ΜΔΝ.

Σημειώνεται, επίσης, πως η παρούσα μεθοδολογία χαρακτηρίζεται από περιορισμούς, αφού βασίζεται κυρίως στην κλινική εμπειρία των ιατρών των ΜΔCs, των οποίων οι προτάσεις αποτελούν εμπειρογνωμοσύνη (expert opinion) των συγκεκριμένων ειδικών. Δεν έγινε καμία διαδικασία ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας συναίνεσης (expert consensus panel group) (ΕΣΔΥ 2011).



**Εικόνα 16: Μεθοδολογικό πλαίσιο εκτίμησης της ΜΔΝ ανά ΚΕΝ**

ΠΗΓΗ: Υφαντόπουλος (2011)

### 4.3. Εκδοθέντα ΦΕΚ

- Στο σχετικό ΦΕΚ που εκδόθηκε (ΦΕΚ 940/Β'/27 Μαρτίου 2012) αποφασίστηκε η αναπροσαρμογή των Κ.Ε.Ν. με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας για το Ε.Σ.Υ από 1/2/2012. Η συνολική υποκοστολόγηση των Κ.Ε.Ν, σύμφωνα με το ΦΕΚ, ήταν της τάξης του 10% και πλέον. Παράλληλα αποφασίστηκε η επέκταση εφαρμογής της νέας τιμολόγησης Κ.Ε.Ν. και του Ημερήσιου Νοσηλίου στους νοσηλευόμενους ασθενείς στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου και στο Ω.Κ.Κ. από 1/2/2012. Για το διάστημα από 1/2/2012 – 29/2/12 η έκπτωση στα ΚΕΝ θα ήταν 30%.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ, όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ΚΕΝ που αναφέρεται στο ΦΕΚ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού), βάσει της τιμής του νοσηλίου, όπως αυτή είχε τροποποιηθεί (υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 κοινή υπουργική απόφαση (Β' 99), όπως έχει τροποποιηθεί με βάση την αναπροσαρμογή του νοσηλίου της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 και Υ4α/οικ.105604/27-9-11 κοινών υπουργικών αποφάσεων), πλέον ιατροτεχνολογικών προϊόντων ή ιατρικών εξετάσεων με βάση το παρατηρητήριο του άρθρου 24 του Ν. 3846/10 και το κοστολόγιο του δημοσίου αντιστοίχως (στο 80% της πρώτης στήλης του κρατικού τιμολογίου).

Για κάθε νέο ΚΕΝ και μέχρις ότου αυτό λάβει αντίστοιχη κοστολόγηση, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη [ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού] με βάση την αναπροσαρμοσμένη τιμή του ημερήσιου νοσηλίου, πλέον φαρμάκων, ιατροτεχνολογικών προϊόντων και ιατρικών εξετάσεων.

---

- Σε ΦΕΚ που εκδόθηκε την ίδια ημέρα σχετικά με την αναπροσαρμογή των κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) για τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Γ.Ν. Παπαγεωργίου και το Ω.Κ.Κ. από 1/3/2012 (ΦΕΚ 946/Β'/27 Μαρτίου 2012) εντάχθηκαν 44 νέα ΚΕΝ, εκ των οποίων τα 7 είναι παιδιοκαρδιοχειρουργικά ΚΕΝ.

Στο ίδιο ΦΕΚ τα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια» μετονομάστηκαν σε «Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια».

Στην έννοια του ΚΕΝ δεν συμπεριλαμβάνονται: η προμήθεια μοσχευμάτων μυελού των οστών (αιμοποιητικό μόσχευμα), υλικά εμβολισμού εγκεφάλου, διακαθετηριακές καρδιακές βαλβίδες, καθώς και αντινεοπλασματικά φάρμακα, φάρμακα που έχουν ένδειξη ως επικουρικά της χημειοθεραπείας, παρεντερικά-αντιπηκτικά και κορτικοειδή, φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, συστηματικά δρώντες ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες, ινωδολυτικά και θρομβολυτικά φάρμακα, αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες, ενδοφλέβια αντιαμοπεταλιακά φάρμακα, ανθρώπινη φυσιολογική ή anti-D ανοσοσφαιρίνη για ενδοφλέβια χρήση, υποκατάστατα του επιφανειοδραστικού παράγοντα και ραδιοφάρμακα.

Παράλληλα το ΦΕΚ όριζε, πως στις περιπτώσεις που απαιτείται εισαγωγή σε ΜΕΘ η χρέωση θα γίνεται με το ημερήσιο νοσήλιο ΜΕΘ της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 κοινής υπουργικής απόφασης πλέον ιατροτεχνολογικών προϊόντων, ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων. Στις περιπτώσεις επεμβάσεων καρδιακών βαλβίδων η τιμή του ΚΕΝ αφορά την αντικατάσταση μιας βαλβίδας και σε περισσότερες της μιας χρεώνεται επιπλέον το ιατροτεχνολογικό προϊόν.

Στην εφαρμογή των ΚΕΝ των ΤΚΑ 19 & 20 η χρέωση θα γίνεται με το ψυχιατρικό ημερήσιο νοσήλιο της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 ΚΥΑ πλέον φαρμάκων.

Σε κάθε εξιτήριο ασθενούς χρεώνεται το ΚΕΝ της κύριας νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης χρεώνονται μέχρι δύο ΚΕΝ, με το κύριο ΚΕΝ να τιμολογείται κανονικά και το δεύτερο ΚΕΝ να τιμολογείται στο 50% του κόστους του.

Η ισχύς της παρούσας απόφασης άρχισε από την 1/3/2012. Για το διάστημα από 1/3 έως 30/6/2012 χορηγούνταν έκπτωση 30% προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης για κάθε ΚΕΝ.

Εξαιρούνταν της ανωτέρω έκπτωσης τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια της παρούσας που αναφέρονταν και στην υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 κοινή υπουργική απόφαση (Β' 99).

---

- Με επόμενο ΦΕΚ (ΦΕΚ 3096/Β'/23 Νοεμβρίου 2012) προστέθηκε παράγραφος αναφορικά με περιπτώσεις πολιτών των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των τρίτων χωρών, μη μόνιμων κατοίκων Ελλάδος, σύμφωνα με την οποία η τιμή των



Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) υπολογίζεται με συντελεστή μισθολογικού κόστους 2,09 επί της τιμής που αναγράφεται στον πίνακα Κ.Ε.Ν.

Ο υπολογισμός αυτός εφαρμόζεται και στην τιμή του Ημερήσιου Νοσηλίου, όπως αυτό ισχύει, όταν γίνεται χρήση αυτού στα νέα Κ.Ε.Ν. και στις περιπτώσεις που η νοσηλεία υπερβαίνει τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας του Κ.Ε.Ν.

---

Στον Πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ο αριθμός των ΚΕΝ σε κάθε ΜDC και συνολικά, όπως αυτά έχουν δημοσιευτεί στα ΦΕΚ. Στη στήλη με την ονοματολογία των ΜDC αναγράφεται με γκρι χρώμα η ονοματολογία που αναγράφεται στο πρώτο ΦΕΚ (1702/1-8-2011).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

M D C		ΦΕΚ	ΦΕΚ	ΦΕΚ
		1702 1-8-11	940 27-3-12	946 27-3-12
-	Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας (E)	19	28	19
1	Παθήσεις και διαταραχές του νευρικού συστήματος (N) Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος (N)	61	61	61
2	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (O) Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών (O)	20	20	20
3	Παθήσεις και διαταραχές ωτός, ρινός, στόματος και λάρυγγος (Ω) Παθήσεις και δυσλειτουργίες ΩΡΛ, στόματος (Ω)	27	27	27
4	Παθήσεις και διαταραχές αναπνευστικού συστήματος (A) Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος (A)	47	47	47
5	Παθήσεις και διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος (K) Παθήσεις και δυσλειτουργίες του κυκλοφορικού (K)	82	113	113
6	Παθήσεις και διαταραχές του πεπτικού συστήματος (Π) Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (Π)	46	46	46
7	Παθήσεις & διαταραχές ηπατοχολικού συστήματος και του παγκρέατος (Η) Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και του παγκρέατος (Η)	28	28	28
8	Παθήσεις και διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνεκτικού ιστού (M) Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και του συνεκτικού ιστού (M)	83	99	99
9	Παθήσεις & βλάβες του δέρματος, του υποδόριου ιστού & του μαστού (Δ) Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του μαστού (Δ)	34	35	35
10	Ενδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα και διαταραχές (Θ) Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές & μεταβολικές παθήσεις & δυσλειτουργίες(Θ)	28	28	28
11	Παθήσεις και διαταραχές νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ) Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	37	38	38
12	Νοσήματα και διαταραχές του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (B) Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (B)	16	17	17
13	Νοσήματα & διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ) Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (Γ)	18	18	18
14	Εγκυμοσύνη, τοκετός και λοχεία (Λ) Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχεία (Λ)	14	14	14
15	Νεογέννητα και άλλα νεογνά (Τ)	25	25	25
16	Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες (Ξ)	9	9	9
17	Νεοπλάσματα (αιματολογικά και συμπαγείς όγκοι) (Σ) Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες(αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα) (Σ)	16	16	16
18	Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (Ρ) Μολυσματικές και παρασιτικές αρρώστιες (Ρ)	18	18	18

19	Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ) Διανοητικές ασθένειες και δυσλειτουργίες (X)	11	11	11
20	Χρήση οινόπνευματωδών/ψυχοδραστικών ουσιών και οι οφειλόμενες σε αυτή οργανικές ψυχικές διαταραχές (I) Χρήση αλκοόλ/ ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών (I)	6	6	6
21	Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (Φ)	29	29	29
22	Εγκαύματα (Z)	8	8	8
23	Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (X) Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (S)	13	13	13
24	Άλλες ομάδες (G)	3	3	
25	Λάθη και Προβλήματα(W)	3	3	
	<b>Σύνολο</b>	<b>701</b>	<b>760</b>	<b>745</b>

**Πίνακας 10: Αριθμός των KEN σε κάθε MDC και συνολικά, όπως αυτά έχουν δημοσιευτεί στα σχετικά ΦΕΚ**

ΠΗΓΕΣ: ΦΕΚ 1702/1-8-11, ΦΕΚ 940/27-3-12, ΦΕΚ 946/27-3-12

Ιδία διαμόρφωση

Σημείωση: Στη στήλη με την ονοματολογία των MDC αναγράφεται με γκρι χρώμα η ονοματολογία του πρώτου ΦΕΚ (1702/1-8-2011).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή του συστήματος των DRGs απαιτεί κατάλληλη προετοιμασία τόσο του περιβάλλοντος στο οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί, όσο και στα βήματα που θα ακολουθηθούν μέχρι την πλήρη εφαρμογή του. Η υιοθέτηση, λοιπόν, σύγχρονων δομών διακυβέρνησης και νέων εργαλείων μανατζμεντ κρίνεται ως απαραίτητη πριν ή παράλληλα με την εισαγωγή του συστήματος. Παράλληλα, αναγκαία είναι η προσαρμογή του συστήματος στις ανάγκες του μηχανισμού χρηματοδότησης και στις δυνατότητες του συστήματος κοστολόγησης της εκάστοτε χώρας, όπως και ο καθορισμός των στόχων για κάθε μεταβατική φάση μέχρι την ώριμη φάση ανάπτυξης (Φουστέρη 2011).

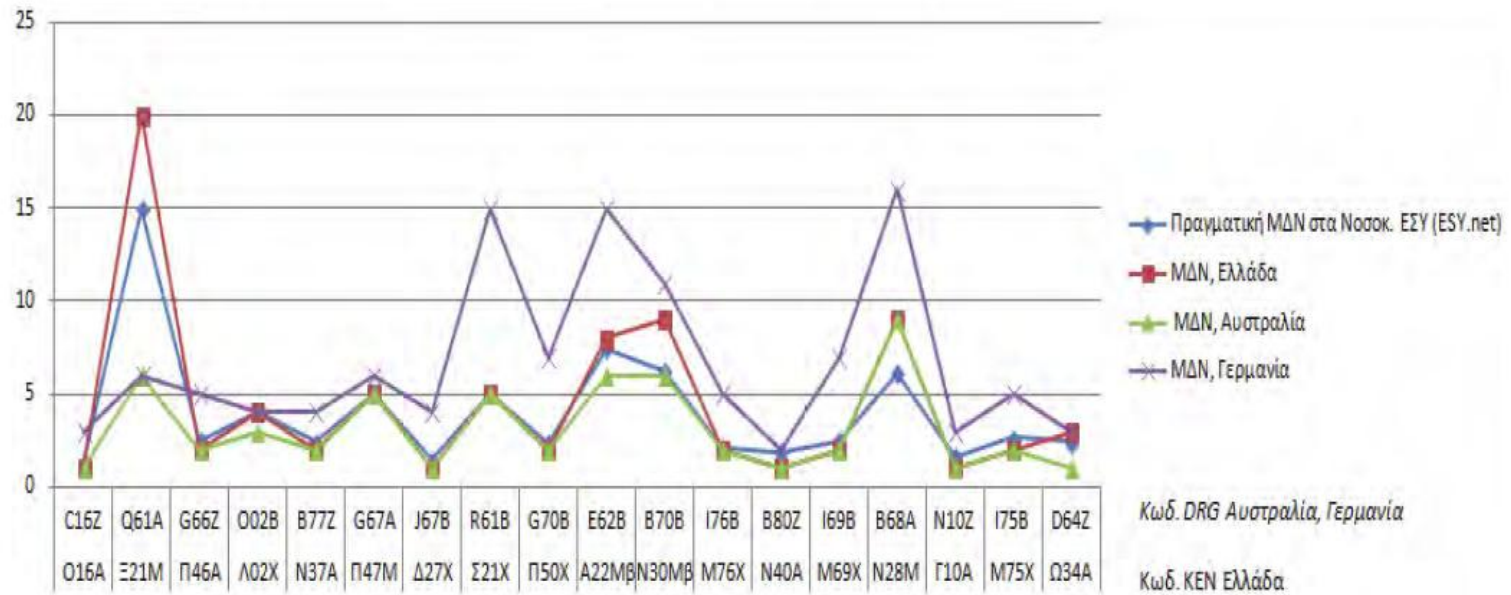
Στην περίπτωση των ΚΕΝ, η προσπάθεια εφαρμογής τους έγινε σε ένα περιβάλλον που δεν λειτουργούσε ευνοϊκά για την ομαλή ένταξή τους. Η πολιτική ασυνέχεια, η έλλειψη εθνικής πολιτικής για την υγεία, όπως και η έλλειψη στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού καθιστούσαν δύσκολη κάθε προσπάθεια μεταρρυθμιστικής παρέμβασης στον τομέα της Υγείας. Παράλληλα, εμφανή ήταν φαινόμενα όπως η "υπερφόρτωση" της νοσηλείας (όχι για ιατρικούς λόγους) και η αδιαφορία αναφορικά με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σοβαρή τροχοπέδη ήταν, επίσης, η έλλειψη ιατρικών πρωτοκόλλων και διαδικασιών (όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω), αλλά και η έλλειψη κουλτούρας κωδικοποιήσεων στο ΕΣΥ και συνεπακόλουθα, εμπειρίας και εκπαίδευσης του προσωπικού στη χρήση αυτών. Επιπροσθέτως, τα εγκατεστημένα στα νοσοκομεία Πληροφοριακά Συστήματα δεν λειτουργούσαν πλήρως. Τέλος, η έλλειψη χρηματοδότησης δυσχέραινε σε πολύ μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του συστήματος, ενώ δεν δημιουργήθηκαν οι απαραίτητοι μηχανισμοί και θεσμοί για τη στήριξη των μέτρων, τα οποία κλήθηκαν να εφαρμοστούν μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Το διάστημα μεταξύ της απόφασης υιοθέτησης του συστήματος μέχρι την εισαγωγή του στα νοσοκομεία ήταν ένα έτος και η πιλοτική εφαρμογή του στα επιλεγμένα νοσοκομεία διήρκησε έξι μήνες, εν αντιθέσει με την εφαρμογή του σε Συστήματα Υγείας άλλων χωρών, όπου ο χρόνος από την απόφαση υιοθέτησης του συστήματος μέχρι την εισαγωγή αυτού στα νοσοκομεία, αλλά και μέχρι την έναρξη της πλήρους εφαρμογής του ήταν πολύ μεγαλύτερος). Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι στην όλη προσπάθεια υιοθέτησης του συστήματος δεν υπήρχε όραμα και ολοκληρωμένο σχέδιο, αλλά μόνο θέσπιση μέτρων μη εντασόμενων -απαραίτητα- σε έναν δομημένο επιχειρησιακό σχεδιασμό.

Αναφορικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ, η χρήση κοστολογικών στοιχείων που αφορούν το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών ως κριτήριο για την αξιολόγηση της μέχρι τώρα εφαρμογής τους δεν κρίνεται ορθή, τόσο λόγω της έλλειψης στοιχείων (διαθέσιμα μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας ήταν τα στοιχεία προϋπολογισμού του 2012). Επομένως, τα εξαγόμενα συμπεράσματα βασίζονται σε ποιοτικά κυρίως κριτήρια που έχουν σχέση με χαρακτηριστικά στοιχεία του συστήματος των DRGs και τον τρόπο που αυτά εμφανίστηκαν/εφαρμόστηκαν στην περίπτωση των ΚΕΝ. Ωστόσο, στο πλαίσιο της ανάλυσης της πρώτης εφαρμογής των ΚΕΝ, πραγματοποιήθηκε σύγκριση, από πλευράς κόστους (εκτός μισθοδοσίας προσωπικού), των 18 πιο συχνών ΚΕΝ-DRGs στα ελληνικά νοσοκομεία με τα αντίστοιχα Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs (Διάγραμμα 9). Παρόμοια μελέτη έγινε και για λόγους σύγκρισης από πλευράς ΜΔΝ (Διάγραμμα 8).

Όσον αφορά την τιμή, παρατηρείται πως, εν συγκρίσει με τα Αυστραλιανά DRGs (AR-DRGs), στις περισσότερες περιπτώσεις DRGs οι τιμές είναι παρόμοιες, ενώ στις λίγες περιπτώσεις, όπου υπάρχει διαφορά, τα Αυστραλιανά DRGs παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή κατά περίπου 20%. Από την άλλη πλευρά, τα Γερμανικά DRGs (G-DRGs) φαίνεται να είναι πιο ακριβά, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε σύγκριση με τα Ελληνικά και τα Αυστραλιανά DRGs.

Όσον αφορά τη ΜΔΝ, η γερμανική ΜΔΝ παρουσιάζεται υψηλότερη για την πλειονότητα των περιπτώσεων, ενώ η αυστραλιανή ΜΔΝ είναι η χαμηλότερη συνολική. Η ελληνική ΜΔΝ φαίνεται να ακολουθεί τον μέσο όρο των δύο άλλων χωρών, με αξιοσημείωτη εξαίρεση το ΚΕΝ: *Ε21Μ - DRG: Q61Α*. (Πολύζος 2012).

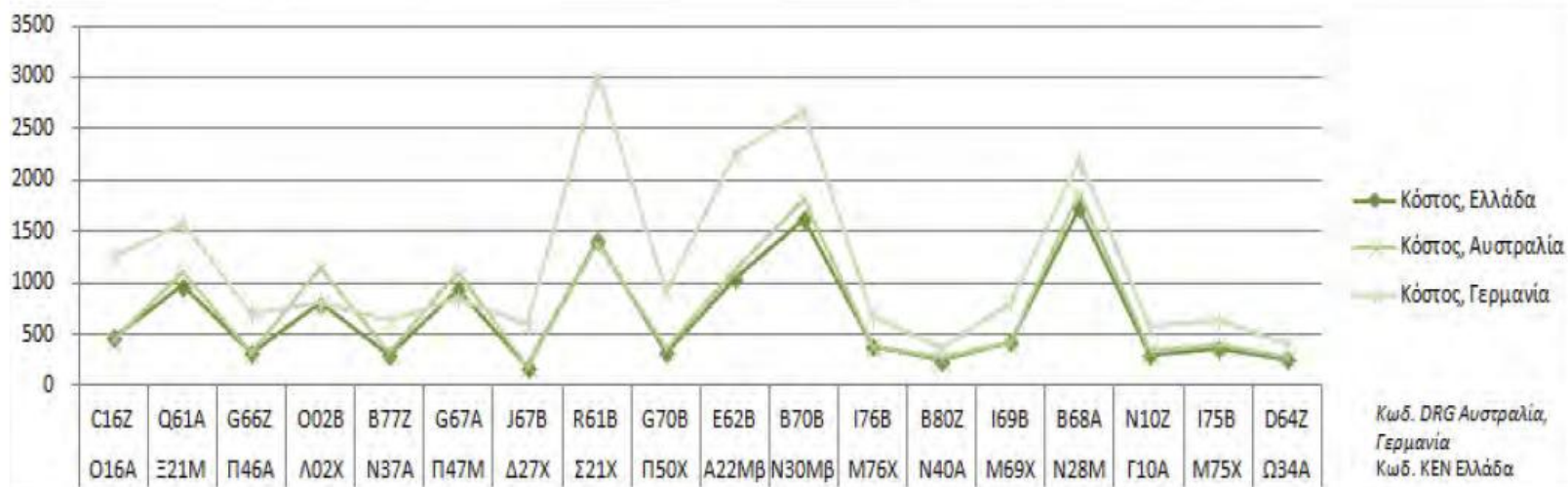
## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΔΝ



**Διάγραμμα 8: Τα 18 πιο συχνά ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία με τις αντίστοιχες ΜΔΝ σε σύγκριση με τα Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs**

ΠΗΓΗ: ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΥΓΚΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ ( 2012)

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ



**Διάγραμμα 9: Τα 18 πιο συχνά ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία με το αντίστοιχο κόστος σε σύγκριση με τα Αυστραλιανά και τα Γερμανικά DRGs**

ΠΗΓΗ: ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΥΥΚΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ (2012)

Η έλλειψη κουλτούρας κωδικοποιήσεων στο ΕΣΥ και η απειρία είχαν αντίκτυπο στο έργο των κωδικοποιητών, των οποίων η προσπάθεια ήταν ομολογουμένως αξιόλογη. Η έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας κάποιων ΚΕΝ δεν επέτρεπε την πλήρη αντιστοίχιση με κωδικό ICD-10. Παρατηρήθηκαν λάθη σε κωδικούς (πχ. ελληνικοί αλφάριθμοι αντί για αγγλικούς), καθώς και κωδικοί που δεν υπάρχουν στο ICD-10 2008.

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι με τον τρόπο που λειτουργούν στην παρούσα φάση τα ΚΕΝ, δεν μπορούμε να μιλήσουμε για αλγόριθμο (και κατά συνέπεια ούτε για grouper) υπολογισμού του κόστους ενός περιστατικού νοσηλείας, αλλά για απλή αντιστοίχιση. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται είναι ελάχιστες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος λάθους εκτίμησης του κόστους.

Εκ παραλλήλου, τα κίνητρα και αντικίνητρα δεν παρουσιάζονται με μεθοδικό τρόπο στο προσωπικό (πχ. διάγραμμα ΜΔΝ στο γερμανικό grouper - βλ. παραπάνω "Groupers"), με αποτέλεσμα να μην προσανατολίζεται με κάποιο τρόπο η συμπεριφορά τους στην κατεύθυνση της μείωσης του κόστους. Δεν υπάρχει η πληροφορία (ούτε η εκπαίδευση) που να βοηθά το προσωπικό στη λήψη τέτοιων αποφάσεων. Η έλλειψη της πληροφορίας δυσχεραίνει, ή ακόμα και καθιστά ανέφικτη τη δυνατότητα ελέγχου.

Επίσης, ο διαχωρισμός του κόστους εργασίας από τα ΚΕΝ είναι αδύνατον να είναι ακριβής, αφού το μίγμα των παραγωγικών συντελεστών είναι διαφορετικό σε κάθε πράξη (άλλες πράξεις είναι εντάσεως εργασίας, ενώ άλλες εντάσεως τεχνολογίας).

Αναφορικά με την αναθεώρηση της ΜΔΝ, το γεγονός ότι δεν ακολουθήθηκε διαδικασία ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας συναίνεσης (expert consensus panel groups), αλλά αποτελεί expert opinion, δημιουργεί ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια υπολογισμού της.

Όσον αφορά την κοστολόγηση των νέων ΚΕΝ που προτάθηκαν προς ένταξη στον προηγούμενο κατάλογο, παρατηρήθηκε πως η κοστολόγησή τους ανατέθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο, γεγονός που ελαττώνει την αξία της πληροφορίας.

Ακόμα, η απουσία χρονοδιαγράμματος αναπροσαρμογών δεν επιτρέπει την ακριβή εικόνα για το κόστος και την ενσωμάτωση σε αυτό των αλλαγών που γίνονται διαχρονικά στα κοστολογικά δεδομένα.



Επιπροσθέτως, η απουσία ιατρικών πρωτοκόλλων και διαδικασιών αποτελεί κατάλληλο έδαφος για ενδεχόμενο ιατρικό υποκειμενισμό.

Παράλληλα, η έλλειψη βάσεων δεδομένων (λειτουργεί μόνο το ESY.net) δεν μπορεί να παράσχει ολοκληρωμένη πληροφόρηση. Ανάλογη επίπτωση έχει και η απουσία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

Ελλιπής κρίνεται, ακόμα, η εκπαίδευση του προσωπικού, δεδομένης και της απειρίας του. Η εκπαίδευση, σύμφωνα με μαρτυρίες του προσωπικού του λογιστηρίου του Γεν. Νοσοκομείου Αλεξάνδρα (σε πρώτη τουλάχιστον φάση) διήρκησε 3 ώρες (τηλε-εκπαίδευση), συνοδευόμενη από παροχή εγχειριδίων. Η έλλειψη κουλτούρας κωδικοποιήσεων του προσωπικού απαιτεί μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση (εφαρμογή "Διοίκησης Αλλαγής").

Σύμφωνα επίσης με μαρτυρίες του προσωπικού του λογιστηρίου του Γεν. Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, έρχονταν συχνά αντιμέτωποι με προβλήματα σχετικά με τον grouper. Το σύστημα "έπεφτε" εν ώρα εργασίας έχοντας ως αποτέλεσμα μεγάλες καθυστερήσεις στην έκδοση εξιτηρίων.

Ακόμα, παρατηρήθηκε το φαινόμενο της ασυνέχειας στις πολιτικές ηγεσίες αναφορικά με την μεταφερόμενη πληροφορία σχετικά με τα βήματα που είχαν πραγματοποιηθεί κατά την υιοθέτηση και εφαρμογή του συστήματος.

Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, ότι οι προτάσεις των Επιτροπών δεν έγιναν, σε μεγάλο βαθμό, αποδεκτές από την πολιτική ηγεσία.

Τέλος, η απουσία μηχανισμού παρακολούθησης και ελέγχου ενέχει τον κίνδυνο μετατροπής του συστήματος από προοπτική σε αναδρομική μέθοδο χρηματοδότησης προσομοιάζουσας με την κατά πράξη και περίπτωση μέθοδο αποζημίωσης.

Στο πλαίσιο αυτό και εν απουσία μηχανισμού καθορισμού ιατρικών πράξεων, παρεμβάσεων και θεραπευτικών πρωτοκόλλων αποδυναμώνεται ή ακόμα και ακυρώνεται η διαπραγματευτική δύναμη του πληρωτή (ταμεία, ασφαλιστικές εταιρείες).

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως παρουσιάστηκε και ανωτέρω, βασικό δομικό πρόβλημα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs στην Ελλάδα αποτελεί η έλλειψη *μακροχρόνιου επιχειρησιακού σχεδιασμού*, στον οποίο να εντάσσεται και χρονοδιάγραμμα τακτικών ελέγχων και αναπροσαρμογών.

Προς την κατεύθυνση αυτή, σκόπιμη θεωρείται η θέσπιση *Κεντρικού Οργάνου Συντονισμού και Ελέγχου*, το οποίο να λειτουργεί ως αυτόνομος και ανεξάρτητος οργανισμός παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Σχετικά με τις αναθεωρήσεις, παράλληλα με την απόκτηση δεδομένων από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων, θα μπορούσε να ακολουθηθεί και η διαδικασία ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας συναίνεσης (expert consensus panel groups).

Ιδιαίτερος σημαντική κρίνεται και η θέσπιση *κλινικών πρωτοκόλλων και διαδρομών*, ως διοικητικό και κλινικό εργαλείο, με στόχο (εκτός της βελτιστοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών) την τυποποίηση των διαδικασιών και τη δυνατότητα ελέγχου του έργου του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού. Σκόπιμο θα ήταν, ακόμα, να διερευνηθεί η πιθανότητα ροπής προς την κατεύθυνση της κοστολόγησης με βάση το "best practice" αντί του μέσου κόστους (μακροχρόνια), ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παράλληλα, σημαντική αρωγή θα ήταν, όπως προτάθηκε και από τις Επιτροπές, η λήψη άδειας χρήσης των εγχειριδίων των AR-DRGs και κυρίως η απόκτηση άδειας χρήσης του αλγόριθμου ταξινόμησης των ασθενών, αλλά και η χρήση εξειδικευμένων συμβούλων με εμπειρία από τη χώρα προέλευσης του συστήματος (εν προκειμένω από την Αυστραλία) για την ανάπτυξη της εφαρμογής και την κατάρτιση του προσωπικού.

Όσον αφορά τον grouper, ο εμπλουτισμός αυτού με κάποιο μηχανισμό που να περιορίζει στο ελάχιστο την πιθανότητα λάθους ταξινόμησης θα ήταν πολύ χρήσιμη. Σε αυτό θα βοηθούσε πολύ και η επέκταση του αριθμού των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την εξαγωγή του κατάλληλου KEN. Επίσης, η γραφική απεικόνιση συγκεκριμένων μεταβλητών (π.χ. για τη ΜΔΝ κατά το παράδειγμα του γερμανικού grouper) θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τη λήψη ορθολογικότερης απόφασης σχετικά με τη διαχείριση ενός περιστατικού.

Στο σημείο αυτό τονίζεται η ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης του προσωπικού στις νέες διαδικασίες, καθώς και η δημιουργία χρονοδιαγράμματος τακτικών επανεκπαιδεύσεων.

Η εισαγωγή, επίσης, στην εφαρμογή στοιχείων φαρμάκων, υλικών και εξετάσεων, βοηθά στη δημιουργία ολοκληρωμένων πρωτοκόλλων ιατρικής φροντίδας για κάθε ΚΕΝ και στον πληρέστερο, με τον τρόπο αυτό, έλεγχο του κόστους και της χρήσης των πόρων που πραγματοποιείται για κάθε νοσηλεία.

Η προσθήκη νέων βάσεων δεδομένων τόσο για τη διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών, όσο και για την παρακολούθηση άλλων λειτουργιών του νοσοκομείου (π.χ. αποθήκη, παραγγελίες, κα.), αλλά και η σύνδεση των βάσεων αυτών μεταξύ τους θα έδινε προστιθέμενη αξία στην εξαγόμενη πληροφορία (πιο ολοκληρωμένη πληροφόρηση). Σε μακροχρόνιο ορίζοντα ιδιαίτερα χρήσιμη θεωρείται και η διαλειτουργικότητα των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων.

Σε πρώτη φάση, η διαφοροποίηση του base rate σε περιφερειακό ή ακόμα και σε επίπεδο νοσοκομείου (ανάλογα με το είδος, τη γεωγραφική θέση, κα.) θα έδινε πιο ακριβή αποτελέσματα. Η σύγκλιση θα μπορούσε να αποτελέσει τμήμα του μακροχρόνιου σχεδιασμού.

Σημαντική θα ήταν, επίσης, η ύπαρξη ειδικών εκπτώσεων (de-costs) για τα νοσοκομεία μεγάλης εξειδίκευσης.

Η ενσωμάτωση ειδικών περιπτώσεων (outliers) βοηθά στην αποφυγή υπερτιμολογήσεων σε βάρος των Ασφαλιστικών Ταμείων ή υποτιμολογήσεων σε βάρος των εσόδων των νοσοκομείων.

Η αναλυτική κοστολόγηση θα ήταν σκόπιμο να γίνει σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ΚΕΝ μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων, ούτως ώστε να γίνει μία πιο εμπειριστατωμένη προσέγγιση του πραγματικού κόστους. Εν συνεχεία προτείνεται η επέκταση της έρευνας στο σύνολο των ΚΕΝ των νοσοκομείων.

Επιπροσθέτως, κρίνεται σκόπιμο η τιμή των ΚΕΝ να συμπεριλαμβάνει το εργατικό κόστος.

Σε μακροοικονομικό επίπεδο έχουν διαμορφωθεί σύγχρονες δομές διακυβέρνησης, στις οποίες τα νοσοκομεία έχουν τον πρώτο λόγο στην υπεράσπιση των συμφερόντων τους, γεγονός που τονίζει τον σημαίνοντα ρόλο των διαπραγματεύσεων των νοσοκομείων με το

κράτος και τις αποκεντρωμένες δομές του, αλλά και με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Ένα κατάλληλο ρυθμιστικό και νομοθετικό πλαίσιο θα λειτουργούσε ως μέσο εξασφάλισης της κατά το δυνατόν ταύτισης του αποτελέσματος των διαπραγματεύσεων αυτών με το κοινωνικά επιθυμητό.

Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ και εφόσον υπάρξει αποδέσμευση αυτού από το ΥΥΚΑ, θα μπορούσε να είναι πιο ενεργός, αναπτύσσοντας έναν ισχυρό ελεγκτικό μηχανισμό για λόγους βελτίωσης της οικονομικής και διοικητικής αποδοτικότητας και μείωσης εμφάνισης φαινομένων όπως το cream skimming, το upcoding κα. Ειδικό σώμα εμπειρογνομόνων θα μπορούσε, επίσης, να ελέγχει το «προφίλ» των ιατρών ως προσπάθεια αποδυνάμωσης φαινομένων υποκειμενικής ή οπορτουνιστικής συμπεριφοράς τους.

Ακόμα θα πρέπει να εξεταστεί η παράλληλη θέσπιση του κλειστού σφαιρικού προϋπολογισμού στην κατεύθυνση της παροχής κινήτρων για ορθολογικότερη οικονομική διαχείριση.

Τέλος, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι βήματα βασικά για την ανάπτυξη του εν λόγω συστήματος, όπως είναι η επένδυση πόρων και χρόνου, οι μεταρρυθμίσεις σε θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, δεν ακολουθήθηκαν.

Στη φάση της εφαρμογής του συστήματος (παίρνοντας ως δεδομένο ότι κινείται προς την προσομοίωσή του με ένα ολοκληρωμένο σύστημα DRGs) απαιτούνται πόροι και μόνιμες δομές, στις οποίες να συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, προκειμένου να υφίσταται μια συνεχής, εμπεριστατωμένη και συμμετοχική διαδικασία διατήρησης και ανανέωσής τους.

## ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ⌘ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2009) «Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ τόμος 48, τεύχος 1, 2009, σελ : 37 – 49
2. Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας (2011) Ενδιάμεση Έκθεση
3. Γείτονα Μ. (2009) *Οικονομικά της Υγείας και Πολιτικές Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις –Typescript, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
4. Δαβαρίας Α., Λάζαρης Θ., Λιάπτης Σ. (2001) «*Η μετάβαση από το απλογραφικό σύστημα του δημόσιου λογιστικού στο διπλογραφικό σύστημα (Τα Κρατικά Νοσοκομεία μπροστά στην νέα πραγματικότητα)*» ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, τεύχος 71, 2001, σ. 20-22 και 24
5. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011) *Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα. Αναθεώρηση καταλόγου ελληνικών DRGs με κοστολόγηση και κατηγοριοποίηση αυτών αλφαβητικά κατά κωδικό και κατά κύρια κατηγορία MDC και προτάσεις περαιτέρω βελτίωσης και συντήρηση παραχθέντων ελληνικών DRGs*
6. Επιτροπή Αξιολόγησης Μηχανισμού Αποτελεσμάτων & Διορθώσεων της Εφαρμογής των ΚΕΝ, ΥΥΚΑ (2011), Επιτελική σύνοψη.
7. Επιτροπή Κοστολόγησης ΥΥΚΑ (2011), Επιτελική Σύνοψη 2011
8. Επιτροπή ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2011), Πόρισμα-Πρόταση
9. Μπαλασοπούλου Α. (2010) *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου* Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
10. Μπουρσανίδης Χ, (2010) *Συγκριτική Πολιτική Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
11. Νικολακόπουλος Ι. (2011) *Εμπειρία, αδυναμίες και προτάσεις στον τομέα πληροφορικής και μηχανογραφικής υποστήριξης υποσυστημάτων οικονομικής λειτουργίας νοσοκομείων*, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΕΣΠΑ 2007-2013, με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας & της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Παρουσίαση στο πλαίσιο του 7ου

Πανελληνίου συνεδρίου της ΕΣΔΥ για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας), Αθήνα

12. Ομάδα Εργασίας για την Εφαρμογή των Ελληνικών Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN-DRGs) στο ΕΣΥ (2011) *Η Διαδικτυακή Εφαρμογή Εύρεσης Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων [Σύστημα Αντιστοίχισης Κωδικοποιήσεων (ΣΑΚ), ΥΥΚΑ, Εγχειρίδιο Χρήσης Ver.4.0, 30/9/ 2011*  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 27/5/2013):  
<http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-yygia/kwdikopoihseis/709-kleista-enopoihmena-noshlia-1>
13. Ομάδα Εργασίας ΥΥΚΑ για την Παρακολούθηση της Εφαρμογής του Κλειστού Ευέλικτου Νοσηλίου του Ε.Σ.Υ. - Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (KEN-DRGs) (2011), Πόρισμα-Προτάσεις
14. Πάβη Ε. (2012) *Το σύστημα των ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs): δομικά στοιχεία και προϋποθέσεις- τι υπήρχε στην Ελλάδα*, 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγείας. Οικονομία και Υγεία σε κρίση: αδιέξοδα και υπερβάσεις, ΕΣΔΥ, 13-15 Δεκεμβρίου 2012, Αθήνα 2012
15. Πάβη Ε. (2012) Διαμόρφωση Πάβη (2012) *Η αποζημίωση των νοσοκομείων: EL-DRGs ή KEN*, 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγείας. Οικονομία και Υγεία σε κρίση: αδιέξοδα και υπερβάσεις, ΕΣΔΥ, 13-15 Δεκεμβρίου 2012, Αθήνα 2012
16. Πολύζος Ν. (1998) *Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην οργάνωση και τη χρηματοδότηση νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Διδακτορική Διατριβή, Σχολή Νομικών Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης.  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 27/5/2013):  
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/17132#page/116/mode/2up>
17. Πολύζος Ν., Θηραΐος Ε., Καρανίκας Χ., Κακαράς Χ., Καστανιώτη Α., Γεωργακόπουλος Γ., Μανιαδάκης Ν., Παντελάκη Κ. (2012) *Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011, Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013*, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ), Αθήνα

18. Σκοπελίτης Ε. (2010) *Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές χώρες*, Τελική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
19. Σώζου Α, (2011) *Ο ρόλος της σύναψης Συμβάσεων Υγείας (Contracting) ως εργαλείου Management στα σύγχρονα Συστήματα Υγείας, Τα παραδείγματα της Γαλλίας και της Ισπανίας*, Τελική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
20. Τασιόπουλος Σ., Αποστολάκης Ι. (2010) «Η σημασία των Κατευθυντηρίων Κλινικών Οδηγιών»  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 5/5/2013):  
[http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=607](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=607)
21. Υφαντόπουλος Ι. (1998) Πρόλογος στη Διδακτορική Διατριβή *Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην οργάνωση και τη χρηματοδότηση νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα* (Πολύζος 1998)
22. Υφαντόπουλος Ι. (2011) *Προτάσεις της Επιτροπής Κοστολόγησης για τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια*, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε. (Νομικών Οικονομιών και Πολιτικών Επιστημών) - Τομέας Διοικητικής Επιστήμης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
23. Φουστέρη Α. (2011) *Εισαγωγή Συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (KEN DRGs), Διαδικασίες και Προϋποθέσεις Εφαρμογής τους*, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα

#### ⊗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Botz CK, Sutherland J, Lawrenson J.( 2006). «Cost Weight Compression: impact of cost data precision and completeness», 27(3):111-22. London Health Sciences Center, University Campus, Ontario, Canada.  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 27/5/2013):  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17290652>
2. Busse R., Geissler A., Quentin W. , Wiley M., (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University

Press McGraw-Hill Education (Copyright World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Series)

Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 27/5/2013):

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)

3. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2008). Variability in health care treatment costs among nine EU countries – results from the HealthBASKET project. *Health Economics*, 17(Suppl. 1):1–8. 62(1):21–55
4. Cashin C, Sheila O’Dougherty S., Samyshkin Y., Alexander Katsaga A., Ibraimova A., Kutanov Y., Lyachshuk K., Zuys O. (2005), *CASE-BASED HOSPITAL PAYMENT SYSTEMS: A STEP-BY-STEP GUIDE FOR DESIGN AND IMPLEMENTATION IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES*, USAID
5. Draper D, Rogers WH, Kahn KL, Keeler EB, et al., (2006). "Effects of Medicare's Prospective Payment System on the Quality of Hospital Care," RB4519-1, RAND.
6. Euro DRG project: *Diagnosis-Related Groups in Europe: Towards Efficiency and Quality*  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 7/2/2013):  
<http://www.eurodrgeu/about.html>
7. Fetter, R.B. (1991), DRGs “Their Design and Development”. Ann Arbor, MI: Health Administration Press
8. Fetter, J., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18 (Suppl. 2):1–53
9. Fetter, R.B. (1993) Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag
10. Fetter, R.B. (1991) *Diagnosis-related groups – understanding hospital performance*. *Interfaces*, 21:6–26
11. France, F.H.R. (2003) Casemix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure. *International Journal of Medical Informatics*, 70(2–3):215–19
12. Geissler A., (2011) Euro DRG project, *DRGs and cost accounting across Europe: Which is driving which?*  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 27/5/2013): <http://www.eurodrgeu/>
13. Gottlob P., (2001) “Medicare Hospital Prospective Payment System, How DRG Rates Are Calculated and Updated”, Office of Inspector General, Office of Evaluation and Inspections, Region IX



14. HOPE – European Hospital and Healthcare Federation (2006) *Report on DRG as a financing tool*, Brussels  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 9/5/2013):  
[http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77\\_drg\\_report/77\\_drg\\_report\\_2006.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf)
15. Kobel C., Thuilliez J., Pfeiffer K.-P. & Bellanger M. (2011), «Diagnosis Related Group (DRG) systems and similar Patient Classification Systems in Europe»  
Διαθέσιμο στη διεύθυνση (Προσπέλαση 2/5/2013):  
[http://eurodrg.projects.tu-berlin.de/publications/kobel\\_dgg%C3%B6.pdf](http://eurodrg.projects.tu-berlin.de/publications/kobel_dgg%C3%B6.pdf)
16. Kimberly, J.R., de Pouvourville, G., D’Aunno, T., eds. (2008) *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press
17. Kosecoff J., Kahn K., Rogers W., Reinisch E., Sherwood M., Rubenstein L., Drape D., Roth C., Chew C., Brook R. (1980-1983). «Prospective Payment System and Impairment at Discharge, The 'Quicker-And-Sicker' Story Revisited» (Published in: JAMA, The Journal of the American Medical Association, v. 264, no. 15, Oct. 17, 1990, p.)
18. Mathauer I. and Wittenbecher F., (2012). « DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges», World Health Organisation,. Department "Health Systems Financing" (HSF), Cluster "Health Systems and Services" (HSS). Discussion Paper, Number 1 - 2012, Geneva
19. Mayes, R. (2007) The origins, development and passage of Medicare’s revolutionary prospective payment system. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*
20. OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing,  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
21. Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010) *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 50)
22. Pierdzioch S., (2008) *Price and Volume Measures of Hospital Services for Germany* Federal Statistical Office, Germany, OECD Working Party on National Accounts in Paris, 14 - 16 October

23. Rodrigues, J.M. (1989) L'Europe des DRG. *Sozial- und Präventivmedizin*, 34:152–5
24. Rodrigues, J.M. (1993) DRGs: origin and dissemination throughout Europe, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag
25. Segovia C., (2009) “Hospital Financing: Diagnosis Related Groups: Leading the debate”, EHMA and HOPE Conference, Brussels 5 March 2009
26. Schreyögg, 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
27. Universitätsklinikum Münster, (2001-2013) DRG Research Group, *Medizinisches Management*, Münster,  
[http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26)
28. White W. (2003) *Compelled by Data: John D. Thompson - Nurse, Health Services Researcher, and Health Administration Educator*, Department of Epidemiology and Public Health, Yale School of Medicine, Yale University

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟΚοστολόγηση Καρδιολογικής Πράξης

MDC 05

ΚΕΝ: ΝΕΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΚΕΝ

Διαδερμική Επέμβαση τοποθέτησης καρδιακής βαλβίδας1. Κόστος Αναλωσίμων - Εξετάσεων (Χωρίς Ειδικά Υλικά)

		Κόστος Αναλωσίμων
α.	Εργαστ. Εξετάσεις	€
β.	Αναλώσιμα Υλικά	€
γ.	Φάρμακα	€
δ.	Ειδικά Υλικά	€
Σύνολο		€

2. Κόστος Απασχολουμένων

		Κόστος Απασχολουμένων
α.	Ιατρικό Προσωπικό	€
β.	Μη Ιατρικό Προσωπικό	€
Σύνολο		€

3. Γενικά Έξοδα

		Κόστος Απασχολουμένων
Σύνολο		€

4. Αποσβέσεις

		Κόστος Απασχολουμένων
Σύνολο		€

5. Έξοδα Λειτουργίας Βοηθητικών & Διοικητικών Τμημάτων

		Κόστος Απασχολουμένων
Σύνολο		€

Συνολικό Κόστος Διαδερμικής Επέμβασης

		Κόστος Απασχολουμένων
Σύνολο		€

ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Κοστολόγηση Καρδιολογικής Πράξης

Διαδερμική Επέμβαση

Συνοπτική Κοστολόγηση ανά Τμήμα

Τμήμα	Εργαστ. Εξετάσεις	Αναλώσιμα Υλικά	Φάρμακα	Ειδικά Υλικά	Μισθοδοσία & Αμοιβές Ιατρικού Προσωπικού	Μισθοδοσία & Αμοιβές Μη Ιατρικού Προσωπικού	Γενικά Έξοδα	Αποσβέσεις	Έξοδα Λειτουργίας Βιθηθτικών & Διοικητικών Τμημάτων	Σύνολο
Αιμοδυναμικό	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Μ.Ε.Θ. (1,5 ημέρα)	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Οροφοι (4,5 ημέρες)	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Σύνολο	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

**ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ****Κοστολόγηση Καρδιολογικής Πράξης****Διαδερμική Επέμβαση****Αναλυτική Κοστολόγηση ανά Τμήμα για Εργαστ. Εξετάσεις, Αναλώσιμα Υλικά και Φάρμακα****Εργαστηριακές Εξετάσεις**

Τμήμα	Κωδικός	Περιγραφή	Ποσότητα	Τιμή Μον.	Τιμή
Νοσηλεία - Οροφои	4	ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	150	Α/Α ΘΩΡΑΚΟΣ ΕΠΙ ΚΛΙΝΗΣ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	877	TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	C203	ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΕΝΙΚΗ	4,00		
Νοσηλεία - Οροφои	C210	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S214	ΟΥΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	4,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S215	ΣΑΚΧΑΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ	3,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S216	ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S217	ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S218	ΑΣΒΕΣΤΙΟ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S220	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗΣ	4,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S221	ΝΑΤΡΙΟ	4,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S222	ΚΑΛΙΟ	4,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S223	ΦΩΣΦΟΡΟΣ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S225	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΟΛΙΚΩΝ ΛΕΥΚΩΜΑΤΩΝ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S253	ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ SGOT	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S254	ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ SGPT	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S257	THROMBOFAX PTT-APTT	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S262	ΙΝΩΔΟΓΟΝΟ ΑΙΜΑΤΟΣ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S272	γ-GT	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S274	ΚΡΕΑΤΙΝΟ-ΦΩΣΦΟΡΙΚΗ-ΚΙΝΑΣΗ-CPK	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S278	ΑΛΚΑΛΙΚΗ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S324	ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΑΦΥΔΡΟΓΟΝΑΣΗ (LDH)	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S328	CPK ΜΒ ΚΛΑΣΜΑ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S344	ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S360	ΜΑΓΝΗΣΙΟ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S363	ΑΜΕΣΗ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S393	CRP-ΠΟΣΟΤΙΚΗ	2,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S609	ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ Ι ΟΡΟΥ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφои	S644	NT-proBNP	1,00		

Κόστος Εργαστηριακών Εξετάσεων Ορόφων

€

Μ.Ε.Θ. Κ/Α	4	ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	C203	ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΕΝΙΚΗ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	C210	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S214	ΟΥΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S215	ΣΑΚΧΑΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S218	ΑΣΒΕΣΤΙΟ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S220	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗΣ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S221	ΝΑΤΡΙΟ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S222	ΚΑΛΙΟ	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S223	ΦΩΣΦΟΡΟΣ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S253	ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ SGOT	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S254	ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΕΣ SGPT	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S257	THROMBOFAX PTT-APTT	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S272	γ-GT	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S274	ΚΡΕΑΤΙΝΟ-ΦΩΣΦΟΡΙΚΗ-ΚΙΝΑΣΗ-CPK	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S278	ΑΛΚΑΛΙΚΗ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S324	ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΑΦΥΔΡΟΓΟΝΑΣΗ (LDH)	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S328	CPK ΜΒ ΚΛΑΣΜΑ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S360	ΜΑΓΝΗΣΙΟ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S393	CRP-ΠΟΣΟΤΙΚΗ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	S609	ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ Ι ΟΡΟΥ	1,00		

Κώδικας Εργαστηριακών Εξιτάσεων ΜΕΘ Κ/Α

Επισημοποιημένος Κώδικας Εργαστηριακών Εξιτάσεων

### Αναλώσιμα Υλικά

Υπόμνημα	Κωδικός	Περιγραφή	Ποσότητα	Τιμή Μον.	Τιμή
Νοσηλεία - Οροφοι	520-02-004	ΜΑΣΚΑ Ο2 ΕΝΔΕΙΚΤΩΝ ΑΕΡΟΖΟΛ	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-04-004	ΣΥΣΚΕΥΗ DIAL-A-FLO ΣΤΑΓΔΗΝ ΧΟ	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-04-009	ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΡΡΟΥ ΑΠΛΗ	4,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-06-014	ΣΥΡΙΓΤΕΣ ΑΝΤΙΔΙΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ PERFU	0,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-06-051	TEGADERM 1623 6X7cm ΑΠΟΣΤΕΙΡ.Ε	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	520 06-052	TEGADERM 1626 10X12cm ΑΠΟΣΤΕΙΡ	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-06-053	TEGADERM 1628 15X20 cm ΕΠΙΔΕΣΜ	0,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-06-077	ΑΙΣΘΗΤΗΡΑΣ ΟΞΥΜΕΤΡΩΝ D-25	0,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	520-06-136	ΣΤΗΡΗΓΜΑΤΑ ΦΛΕΒΟΚΑΘΗΤΗΡΩΝ 7cm x 9cm	0,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	540-04-205	ΤΑΧΥΕΠΙΔΕΣΜΟΣ 6,5cm x 5cm	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-04-023	ΟΥΡΟΔΟΧΕΙΟ ΠΛΑΣΤΙΚΟ	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-04-143	ΛΕΠΙΔΑ ΕΥΡΙΣΜΑΤΟΣ 9600	1,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-08-002	ΥΠΟΣΕΝΤΟΝΑ 60x90cm	1,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-08-023	ΚΥΠΕΛΑ Ν.658 S ΑΠΟΣΤΕΙΡ.ΣΥΛΛΟΓ	1,00		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-08-024	ΚΥΠΕΛΑ Ν.658 ΜΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡ.ΣΥΛΛΟ	0,67		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-08-058	ΣΥΣΚΕΥΗ IV PUMP SET "004746"	0,33		
Νοσηλεία - Οροφοι	570-08-063	ΦΙΛΤΡΑ PALL PURECELL RC1VAE	0,33		

Κώδικας Αναλώσιμων Υλικών Ορόφων

Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-02-001	ΜΑΣΚΕΣ Ο2 VENTURI 7 ΠΥΚΝΟΤΗΤΩΝ	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-04-004	ΣΥΣΚΕΥΗ DIAL-A-FLO ΣΤΑΓΔΗΝ ΧΟ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-04-009	ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΡΡΟΥ ΑΠΛΗ	4,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-06-022	ΣΩΛΗΝΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ 2μ ΚΩ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-06-051	TEGADERM 1623 6X7cm ΑΠΟΣΤΕΙΡ.Ε	1,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-06-077	ΑΙΣΘΗΤΗΡΑΣ ΟΞΥΜΕΤΡΩΝ D-25	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	520-06-150	STATLOCK VFDS	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	530-04-029	TRANSDUSER ΔΙΠΛΟ ABBOTT	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	540-04-205	ΤΑΧΥΕΠΙΔΕΣΜΟΣ 6,5cm x 5cm	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	560-08-144	TEGADERM 1633	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-03-004	ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ FOLEY (2 way) Νο 16	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-021	ΣΥΣΚΕΥΗ SOLUSET CLAMP 100X60	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-023	ΟΥΡΟΔΟΧΕΙΟ ΠΛΑΣΤΙΚΟ	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-025	ΜΑΣΚΑ Ο2 ΡΙΝΟΣ (ΓΥΑΛΙΑ ΟΞΥΓΟΝΟ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-098	ΠΑΝΤΟΦΛΕΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ Νο 38-4	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-107	ΟΥΡΙΟΜΕΤΡΑ 250ML ΜΕ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-120	ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-04-143	ΛΕΠΙΔΑ ΕΥΡΙΣΜΑΤΟΣ 9600	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-08-002	ΥΠΟΣΕΝΤΟΝΑ 60x90cm	3,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-08-002	ΧΑΡΤΟΜΑΝΑΛΙΑ	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-08-038	ΦΙΛΤΡΑ PALL BB22-15F	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-08-051	ΚΟΥΤΙ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	570-08-058	ΣΥΣΚΕΥΗ IV PUMP SET "004746"	0,67		

Κώδικας Αναλώσιμων Υλικών ΜΕΘ Κ/Α

Αιμοδυναμικό	510-00-003	CD ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΓΡΑΦΙΩΝ	1,33
Αιμοδυναμικό	520-01-010	ΚΑΘΕΤ.ΣΤΟΜΑΧΟΥ Ν.16 LEVIN X-RA	0,33
Αιμοδυναμικό	520-01-120	ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ PRÉSEK 8,5 F2 20cm 4 ΑΥΛΩΝ	0,67
Αιμοδυναμικό	520-01-128	ΑΙΣΘΗΤΗΡΑΣ FLOTTRAC ΜΕ ΠΡΟΣΗ Υ. ΠΙΕΣΗΣ	0,67
Αιμοδυναμικό	520-02-002	ΜΑΣΚΑ Ο2 ΑΠΛΗ ΜΕ ΣΩΛΗΝΑ 180cm	0,33
Αιμοδυναμικό	520-03-006	ΕΝΔΟΤΡ ΣΩΛ ΜΕ cuff No 7,5	0,33
Αιμοδυναμικό	520-04-004	ΣΥΣΚΕΥΗ DIAL-A-FLO ΣΤΑΓΑΗΝ ΧΟ	0,67
Αιμοδυναμικό	520-04-011	RECEPTAL LINER 4650 ΣΑΚΚΟΣ ΑΝΑ	0,67
Αιμοδυναμικό	520-06-014	ΣΥΡΙΤΤΕΣ ΑΝΤΑΓΙΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ PERFU	2,00
Αιμοδυναμικό	520-06-052	TEGADERM 1626 10X12cm ΑΠΟΣΤΕΙΡ	1,33
Αιμοδυναμικό	520-06-053	TEGADERM 1628 15X20 cm ΕΠΙΔΕΣΜ	0,33
Αιμοδυναμικό	520-06-062	ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΚΑΠΝΟΓΡΑΦΟΥ 73319	0,67
Αιμοδυναμικό	520-06-064	ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΓΩΝΙΩΔΕΣ ΚΑΠΝΟΓΡΑΦΟΥ	0,33
Αιμοδυναμικό	520-06-077	ΑΙΣΘΗΤΗΡΑΣ ΟΞΥΜΕΤΡΩΝ D-25	0,67
Αιμοδυναμικό	530 01-031	ΚΑΘΕΤ.CORDIS PIGTAIL LEFT 6F(5	0,67
Αιμοδυναμικό	530-01-044	ΚΑΘΕΤ.CORDIS AL-I 6F(533-645)	0,33
Αιμοδυναμικό	530-01-045	ΚΑΘΕΤ.CORDIS AL-II 6F(533-646)	0,67
Αιμοδυναμικό	530-01-135	ΚΑΘΕΤ.CORDIS AL-III 6F(533-647	0,33
Αιμοδυναμικό	530-01-231	ΚΑΘΕΤ.CORDIS PIGTAIL 5F 110cm	0,33
Αιμοδυναμικό	530-02-037	ΣΥΡΜΑ ΟΔΗΓΟΣ TER J ΚΥΡΤΟ035180	0,33
Αιμοδυναμικό	530-02-064	ΣΥΡΜΑ ΟΔΗΓΟΣ CORDIS STR035-150	1,00
Αιμοδυναμικό	530-02-133	ΗΛΕΚΤΡ.5F ΜΕ ΜΠΑΛΛΟΝΙ 006173	1,00
Αιμοδυναμικό	530-03-008	ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΠΡΟΥ INFUSION TYPES00	3,67
Αιμοδυναμικό	530-03-012	ΣΥΡΙΤΤΕΣ 150ml COROSCOF	1,00
Αιμοδυναμικό	530-04-021	ΒΕΛΟΝΕΣ 18G ΑΠΛΕΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-065	STOP COCK 3 WAY ΜΕ ΠΡΟΕΚΤ.50cm	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-066	ΣΥΡΜΑ ΚΥΡΤΟ 260/035 008631	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-089	ΣΥΡΜΑ BALT ΚΥΡΤΟ J 150/035	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-101	ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΥΨΗΛΩΝ ΠΙΕΣ.1200PSI	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-106	MANIFOLDS 3 ΟΔΩΝ ΔΕΞΙΑ MERIT 5	1,00
Αιμοδυναμικό	530-04-116	ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΧΑΜΗΛΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ 182.	2,00
Αιμοδυναμικό	530-04-148	ΘΗΚΑΡΙΑ TERUMO 7FR	1,67
Αιμοδυναμικό	530-04-149	ΘΗΚΑΡΙΑ TERUMO 6FR	1,00
Αιμοδυναμικό	530-04-247	TRANSDUCER SCHWAZZER	0,67
Αιμοδυναμικό	530-04-259	ΓΡΑΜΜΗ IV ΜΕ Y Connector	0,33
Αιμοδυναμικό	530-04-261	TRANSDUCER ΔΙΠΛΑ EDWARDS	0,67
Αιμοδυναμικό	530-04-282	ΘΗΚΑΡΙΑ TERUMO 9FR	0,67
Αιμοδυναμικό	530-04-283	ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	1,00
Αιμοδυναμικό	530-06-006	STERIDRAPE 1191 ΚΑΛΥΜ.ΜΗΡΙΑΙΑΣ	0,67
Αιμοδυναμικό	540-03-115	ΡΥΤΧΟΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ YANKAUER 0	0,33
Αιμοδυναμικό	540-03-128	ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΣΥΡΙΤΤΑΣ IVAC LP-120	0,33
Αιμοδυναμικό	560-01-005	ΧΕΙΡ.ΜΠΑΛΟΥΖΑ ENIX.LARGE 0575	1,00
Αιμοδυναμικό	560-01-008	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΠΑΛΟΥΖΑ MXG 672	1,00
Αιμοδυναμικό	560-07-017	PAMMA VICRYL 3/0 W9130 ΣΥΝΘΕΤ.	0,67
Αιμοδυναμικό	560-07-036	PAMMA PROLENE 6/0 W8307	0,67
Αιμοδυναμικό	560-07-043	PAMMA MERSILK 2/0 W667 ΜΕ ΒΕΛΟ	1,33
Αιμοδυναμικό	560-07-048	PAMMA ETHIBOND 2/0 W6977	0,33
Αιμοδυναμικό	560-07-065	PAMMA VICRYL 3/0 W9784-9444	0,33
Αιμοδυναμικό	560-08-061	ΠΛΑΚΑ ΓΕΙΩΣΗΣ ΔΙΑΘΕΡ 7179 ΕΝΗΑ	0,33
Αιμοδυναμικό	560-08-103	ΚΑΛΩΔΙΟ ΔΙΑΘΕΡM.VALLEYLABE2515	0,67
Αιμοδυναμικό	560-08-120	NYLON TAPE W 275	0,67
Αιμοδυναμικό	560-08-143	ΚΑΛΥΜΑ ΟΡΟΦΗΣ (80x100)cm-BY-2001	1,00
Αιμοδυναμικό	560-08-144	TEGADERM 1633	2,00
Αιμοδυναμικό	560-08-151	ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΠΙΝ. LIFEPAC 20	0,67
Αιμοδυναμικό	560-08-159	ΚΑΛΥΜΜΑ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ 150x190 cm	1,67
Αιμοδυναμικό	560-08-161	SET ΚΑΛΥΜΜΑΤΩΝ 80*40 and 80*45	0,33
Αιμοδυναμικό	560-08-184	ΚΑΛΥΜΜΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΟ	0,67
Αιμοδυναμικό	570-01-010	ΣΥΡΙΤΤΕΣ 30cc PRONTO ΧΩΡ.ΒΕΛΟΝ	0,67
Αιμοδυναμικό	570-02-013	MEPORE 9x15cm	0,33
Αιμοδυναμικό	570-03-003	ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ FOLEY (2 way) No 14	0,33
Αιμοδυναμικό	570-04-021	ΣΥΣΚΕΥΗ SOLUSET CLAMP 100X60	0,67
Αιμοδυναμικό	570-04-023	ΟΥΡΟΔΟΧΕΙΟ ΠΛΑΣΤΙΚΟ	0,33
Αιμοδυναμικό	570-04-072	ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ (TR	0,67
Αιμοδυναμικό	570-04-094	ΣΩΛΗΝΑΣ ΣΥΝΔΕΣΕΩΣ 2.40m CONNEC	0,67
Αιμοδυναμικό	570-04-107	ΟΥΡΙΟΜΕΤΡΑ 250ML ΜΕ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚ	0,33
Αιμοδυναμικό	570-08-002	ΥΠΟΣΕΝΤΟΝΑ 60x90cm	2,67
Αιμοδυναμικό	570-08-038	ΦΙΛΤΡΑ PALL BB22-15F	0,33
Αιμοδυναμικό	570-08-058	ΣΥΣΚΕΥΗ IV PUMP SET "004746"	0,33

Επίσης Αναζητούν Υλικών Αιμοδυναμικό

Επίσης Επίσης Αναζητούν Υλικών



Φάρμακα

Τύπος	Κωδικός	Περιγραφή	Ποσότητα	Τμήτ. Μον.	Τμήτ.
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-10-243	LEXOTANIL 30TAB 1,5MG	4,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-039	ATROPINE SULF AMP 1ML 1MG	5,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-111	DEXTRÖSE INJ 1000ML 5%	0,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-365	POTASSIUM CHLORID AMP 10ML 10%	2,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-430	SODIUM CHLORID 1AMP 10ML 0.9%	2,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-430	SODIUM CHLORID 1AMP 10ML 0.9%	6,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-431	SODIUM CHLORID 250ML 0.9%	0,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-435	SODIUM CHLOR. 100ML 0.9%	5,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-30-503	STERILLIUM 100ML	1,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-001	ACCUPRON TAB 28X20MG	1,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-085	CLEXAN 2AMP 40MG	1,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-120	DIGOXIN 25TAB 0,25MG	0,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-130	DOPAMINE AMP 30x50mg/5ml	3,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-133	DULCOLAX SUP 10X10MG ADULT	0,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-180	GLYCERINE 10SUPP ADULT	0,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-236	LASIX 5AMP 2ML 20MG/ML	25,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-237	LASIX 12TAB 40MG	1,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-327	NORVASC 14CAPS 5MG	2,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-407	SALOSPIR-A 20TAB ENT 100MG	3,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-422	SINTROM 20TAB 4MG	1,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-455	T-4 60TAB 100mcg	1,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-504	SEROPRAM 12TAB 20MG	3,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-608	RESOFERON 50 DRAG	3,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-854	TRIA TEC 20TAB 5MG	4,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-892	DAFLON 30TAB 500MG	6,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-40-974	ZOFRON 15TAB 8MG	0,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-092	VANCOMYCIN INJ 500MG	10,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-114	PARIET TAB 28X20MG	13,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-130	PLAVIX TAB 28X75MG	3,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-146	PULMICORT IN SUSP 20x2mlx25mg/ml	6,67		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-291	CRESTOR TAB 14x10MG	2,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-319	CREON 10000 50x150 MG CAPS	7,33		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-368	MADOPAR TAB 30x250mg	4,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-521	CIPROVIAN VIAL 1 x100ml x 200mg	10,00		
Νοσηλεία - Οροφλοι	572-41-553	ARI XTRA INJ 7x1,5mg/0,3ml	0,67		

Κατάλογος Φαρμάκων Ομάδας

6

Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-242	LEXOTANIL 30TAB 3MG	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-243	LEXOTANIL 30TAB 1,5MG	1,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-250	LONALGAL 10TAB (500+30)MG	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-251	LONARID-N 6SUP ADULT	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-252	LONARID-N 20TAB	5,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-10-450	STEDON 30TAB 10MG	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-20-627	MORFINE AMP 10 MG	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-111	DEXTRÖSE INJ 1000ML 5%	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-112	DEXTRÖSE INJ. 100ML 5%	5,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-365	POTASSIUM CHLORID AMP 10ML 10%	7,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-429	SODIUM CHLORID AMP 10ML 15%	3,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-430	SODIUM CHLORID 1AMP 10ML 0.9%	26,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-431	SODIUM CHLORID 250ML 0.9%	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-433	SODIUM CHLORID INJ 1000ML 0.9%	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-30-435	SODIUM CHLOR. 100ML 0.9%	7,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-033	NOVAQUASOL A CREAM 50gr	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-103	DEPON 20TAB 500MG	1,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-237	LASIX 12TAB 40MG	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-327	NORVASC 14CAPS 5MG	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-380	PULVO 47 SPRAY 100GR	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-407	SALOSPIR-A 20TAB ENT 100MG	1,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-422	SINTROM 20TAB 4MG	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-455	T-4 60TAB 100mcg	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-504	SEROPRAM 12TAB 20MG	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-558	NITRODYL 30TIS 2,5MG	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-608	RESOFERON 50 DRAG	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-652	XYLOCAINE GEL 30GR 2%	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-843	CIPROXIN 10TAB 500MG	0,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-40-854	TRIA TEC 20TAB 5MG	2,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-092	VANCOMYCIN INJ 500MG	1,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-114	PARIET TAB 28X20MG	3,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-130	PLAVIX TAB 28X75MG	2,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-291	CRESTOR TAB 14x10MG	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-368	MADOPAR TAB 30x250mg	1,00		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-404	VONDEM IV 1x500MG	6,67		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-489	FUROSEMIDE (FURANTHRIL) TAB 30x500mg	0,33		
Μ.Ε.Θ. Κ/Α	572-41-521	CIPROVIAN VIAL 1 x100ml x 200mg	5,00		

Κατάλογος Φαρμάκων Μ.Ε.Θ. Κ/Α

6

Αιμοδυναμικό	572-10-132	DORMIXAL AMP 5x3ml 5mg/ml	1,00	
Αιμοδυναμικό	572-20-151	FENTANYL 5AMP 10ML 0,05MG/ML	0,33	
Αιμοδυναμικό	572-30-039	ATROPINE SULF AMP 1ML 1MG	1,33	
Αιμοδυναμικό	572-30-109	DEXTROSE INJ 250ML 5%	1,00	
Αιμοδυναμικό	572-30-112	DEXTROSE INJ. 100ML 5%	0,33	
Αιμοδυναμικό	572-30-229	LACTATED RINGERS INJ 1000ML	0,67	
Αιμοδυναμικό	572-30-430	SODIUM CHLORID 1AMP 10ML 0.9%	1,33	
Αιμοδυναμικό	572-30-431	SODIUM CHLORID 250ML 0.9%	2,67	
Αιμοδυναμικό	572-30-432	SODIUM CHLORID 500ML 0.9%	2,33	
Αιμοδυναμικό	572-30-433	SODIUM CHLORID INJ 1000ML 0.9%	3,00	
Αιμοδυναμικό	572-30-435	SODIUM CHLOR. 100ML 0.9%	0,67	
Αιμοδυναμικό	572-30-648	WATER FOR INJ 10ML	1,33	
Αιμοδυναμικό	572-40-183	HEPARIN AMP 10X5ML 5000IU/ML	2,33	
Αιμοδυναμικό	572-40-372	PRIMPERAN 6AMP 10MG 2ML	0,33	
Αιμοδυναμικό	572-40-652	XYLOCAINE GEL 30GR 2%	0,33	
Αιμοδυναμικό	572-40-656	XYLOCAINE INJ 50ML 2%	0,67	
Αιμοδυναμικό	572-40-999	NITROLINGUAL INJ. 50ML	0,67	
Αιμοδυναμικό	572-41-026	ESMERON INJ. 10x50MG 5ML	1,33	
Αιμοδυναμικό	572-41-082	XENETIX 350 100ML	1,00	
Αιμοδυναμικό	572-41-230	XENETIX 350-200 ml	1,33	
Αιμοδυναμικό	572-41-295	PROPOFOL LIPURO 1% 50ML	0,33	
Αιμοδυναμικό	572-41-529	BRIDION 10 x 5ml	0,33	
Κλάση Φαρμάκων Αιμοδυναμικού				€

Συνολικό Κόστος Φαρμάκων 695,557 €

**Ειδικά Υλικά**

						Στοιχεία Καταχώρησης	
Αρ. Τιμ.	Περιγραφή	Ποσότητα	Τιμή Μον.	Τιμή	Ημερομηνία	Σειρά Ψ1	
820552							
42742	Συστημ. Διαθ. Τοπ. Ενδ. Μοσχ Prostar	1			11/2/2010	1246	
31487	Οδηγό Σύρμα Amplatz Extra Stiff	1			11/2/2010	1253	
	Θηκάρι Μεγάλης Διαμέτρου	1					
	<i>Σύνολο Τιμολογίου:</i>	2					
1661	Διαδερ/κη Αορτ. Βιοπρόθεση (Aortic Valve System)	1			11/2/2010	1259	
	Σύστημα Τοποθέτησης	2					
	Σύστημα Σιμπίωσης & Φόρτωσης	2					
	<i>Σύνολο Τιμολογίου:</i>	5					
1189	Διαγν. Καθ. Ακτιν.	1			11/2/2010	1275	
1075	Nucleus X PTV Catheter	1			12/2/2010	1334	
Σύνολο Ειδικών Υλικών		10					

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ 25 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΤΩΝ

1. MDC 01 - Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος(60)  
**Καραχάλιος Γιώργος** Δ/ντής Κλινικής «ΘΡΙΑΣΙΟ»
2. MDC 02 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών(20)  
**Κουρής Κων/νος** Δ/ντής Κλινικής «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
3. MDC 03 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος(27)  
**Μαρουδιάς Νικόλαος** Δ/ντής Κλινικής ΩΡΛ «Αγ. Όλγα»
4. MDC 04 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος(47)  
**Γκάγκα Ασημίνα**, Γεν. Δ/ντρια «Σωτηρία»
5. MDC 05 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού(79)  
**Βούδρης Βασίλης**, Δ/ντής Β΄Καρδ/κής «Ωνάσειο»
6. MDC 06 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (46)  
**Τζάθας Χαράλαμπος**, Δ/ντής Γαστρεντερολόγος «Τζάνειο»
7. MDC 07 - Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος(27) **Δερβένης Χρήστος**, Δ/ντής Χειρ/κής «Αγ. Όλγα»
8. MDC 08 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού(84) **Πνευματικός Σπυρίδων**, Δ/ντής «ΚΑΤ»
9. MDC 09 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού(34) **Παναγιώτου Πέτρος**, πλαστικός χειρουργός «ΚΑΤ»
10. MDC 10 - Ενδοκρινολογικές , θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες(26) **Γιώργος Πιαδίτης**, Δ/ντής Ενδοκρινολόγος «Γ. Γεννηματά»
11. MDC 11 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος(36) **Π. Παπανδρέου**, Δ/ντής Ουρολογικής «Γ. Γεννηματά»,  
**Ιατρού**
12. MDC 12 - Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος(16), **Χρυσοφός Μιχαήλ**, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας «ΑΤΤΙΚΟΝ»
13. MDC 13 - Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος(18), **Γ. Φαρμακίδης**, Δ/ντής Γυν/κής «Έλ. Βενιζέλου»

14. MDC 14 - Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία(14)  
**Γ. Φαρμακίδης**, Δ/ντής Γυν/κής «Έλ. Βενιζέλου»
15. MDC 15 - Νεογέννητα και άλλα νεογνά(25)  
**Γεώργιος Χρούσος**, Καθ. «Αγ. Σοφία»
16. MDC 16 - Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες(9),  
**Ιωάννης Δερβενούλας**, Αν. Καθηγητής Παθολογίας – Αιματολογίας  
«ΑΤΤΙΚΟΝ» & **Τσιριγώτης Παναγιώτης**, Λέκτορας Αιματολογίας,  
«ΑΤΤΙΚΟΝ»
17. MDC 17 - Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα)(18) **Μάκης Αραβαντινός**, Αν. Δ/ντής Ογκολογικής  
«Αγ. Ανάργυροι»
18. MDC 18 - Μολυσματικές και παρασιτικές αρρώστιες(18)  
**Πετρίκος Γιώργος**, Καθηγητής Παθολογίας – Λοιμωξιολογίας  
«ΑΤΤΙΚΟΝ» & **Πλαχούρας Διαμαντής**, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας  
«ΑΤΤΙΚΟΝ»
19. MDC 19 - Διανοητικές ασθένειες και δυσλειτουργίες(11)  
**Π. Σακκάς**, Δ/ντής Ψυχ/κής «Γ. Γεννηματά»
20. MDC 20 - Χρήση αλκοόλ/ ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών(6)  
**Π. Σακκάς**, Δ/ντής Ψυχ/κής «Γ. Γεννηματά»
21. MDC 21 - Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (29) **Μωραΐτη Αικατερίνη**, Φαρμακοποιός ΕΟΦ
22. MDC 22 - Εγκαύματα(8)  
**Παναγιώτου Πέτρος**, Δ/ντής Πλαστικής Χειρ/κής «ΚΑΤ»
23. MDC 23 - Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας(13), Κακίσης Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, «ΑΤΤΙΚΟΝ»
24. MDC 24 - Λοιπές ομάδες (3), **Δαλαΐνας Ηλίας**, Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής «ΑΤΤΙΚΟΝ»
25. MDC 25 - Λάθη και Προβλήματα (3) , **Μαρκάκης Κωνσταντίνος**, Επίκουρος ιατρός Παθολογίας - ΤΕΠ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

### ΛΙΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

- **1<sup>η</sup> ΥΠΕ :**
  - Γ.Ν.Αθηνών «ΚΑΤ» (Κ. Καρράς)
  - Γ.Ν. «Η Αγία Σοφία» (Εμ. Παπασάββας)
  - Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (Δ. Μπαρτσώκας)
  - Γ.Ν. ΚΩΝ/ΛΕΙΟ «Η Αγία Όλγα» (Ολ. Μπαλασούρα)
- **2<sup>η</sup> ΥΠΕ :**
  - Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο» (Χ. Παπαχρήστος)
  - Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» (Αγ. Λιόσης),
  - Γ.Ν. Σύρου (Δ. Τσιργής),
  - Κρατικό Θεραπευτήριο – Κ.Υ. Λέρου (Εμ. Σούλος)
  - Π.Γ.Ν. «Αττικόν» (Καθ. Γ. Πετρίκκος και Π. Λαζάρου, Τμ. Ποιότητας)
  - Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (Μ. Παπαδάκης, Προϊστάμενος Πληροφορικής),
- **3<sup>η</sup> ΥΠΕ:**
  - Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου» (Γ. Χριστόπουλος, Γεν. Δ/ντής)
  - Γ.Ν. «Νάουσας» (Π. Τσακουνίδης)
  - Γ.Ν. Κατερίνης (Α. Φαρμάκης)
- **4<sup>η</sup> ΥΠΕ:**
  - Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης (Ι. Ντόλας)
  - Γ.Ν. Καβάλας (Δ. Παπαδόπουλος)
  - Γ.Ν. Θεσσαλονίκης << Άγιος Παύλος >> (Δ. Γούναρης)
- **5<sup>η</sup> ΥΠΕ:**
  - Γ.Ν. Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ» (Ι. Ντόκος)
  - Γ.Ν. Λαμίας (Β. Αγγουράς)
- **6<sup>η</sup> ΥΠΕ:**
  - Γ.Ν. Καλαμάτας (Γ. Μπέζος),
  - Γ.Ν. Ιωαννίνων «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» (Φ. Βάββας)
- **7<sup>η</sup> ΥΠΕ:**
  - Γ.Ν. Ρεθύμνου (Γ. Μοσχοβάκης)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

### ΚΕΝ

#### 25 MDCs

- MDC 01: Ασθένειες και δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος(60)
- MDC 02: Παθήσεις και δυσλειτουργίες των οφθαλμών(20)
- MDC 03: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος(27)
- MDC 04: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος(47)
- MDC 05: Παθήσεις και δυσλειτουργίες κυκλοφορικού(79)
- MDC 06: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του πεπτικού συστήματος (46)
- MDC 07: Άλλες δυσλειτουργίες του ηπατοχολικού συστήματος και παγκρέατος(28)
- MDC 08: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος και συνεκτικού ιστού(83)
- MDC 09: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του δέρματος, υποδόριου ιστού και μαστού(34)
- MDC 10: Ενδοκρινολογικές, θρεπτικές και μεταβολικές παθήσεις και δυσλειτουργίες(26)
- MDC 11: Παθήσεις και δυσλειτουργίες νεφρού και ουροποιητικού συστήματος(36)
- MDC 12: Ασθένειες και δυσλειτουργίες του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος(16)
- MDC 13: Παθήσεις και διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος(18)
- MDC 14: Εγκυμοσύνη, γέννηση και λοχία(14)
- MDC 15: Νεογέννητα και άλλα νεογνά(25)
- MDC 16: Παθήσεις και δυσλειτουργίες του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ανοσολογικές δυσλειτουργίες(9)
- MDC 17: Νεοπλαστικές Δυσλειτουργίες (αιματολογικές και στερεά νεοπλάσματα)(16)
- MDC 18: Μολυσματικές και παρασιτικές αρρώστιες(18)
- MDC 19: Διανοητικές ασθένειες και δυσλειτουργίες(11)
- MDC 20: Χρήση αλκοόλ/ ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών(6)
- MDC 21: Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (29)
- MDC 22: Εγκαύματα(8)
- MDC 23: Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας(13)
- MDC 24: Λοιπές ομάδες (3)
- MDC 25: Λάθη και Προβλήματα (3)

**ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  
(FREQUENTLY ASKED QUESTIONS)**

**Έκδοση 4.0**

Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
1.	<p>Κατά την εκκαθάριση νοσηλίων στα ΔΠΥ πρέπει να αναγράφονται οι κωδικοί. Στα ασφαλιστικά ταμεία ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΠΡΟΝΟΙΑΣ το ΔΠΥ είναι συγκεντρωτικό για όλους τους ασθενείς για συγκεκριμένη χρονική περίοδο (μήνας) και δεν είναι δυνατή η αναγραφή αυτών. Στα συγκεκριμένα ταμεία θα εκδίδεται πλέον ατομικό ΔΠΥ για να είναι δυνατή η αναγραφή αυτών των στοιχείων ή θα εξακολουθήσει να εκδίδεται συγκεντρωτικό ΔΠΥ και τα στοιχεία να εμφανίζονται στη συγκεντρωτική κατάσταση που το συνοδεύει;</p>	
2.	<p>Ετη παράγραφο '4 Διαδικασία' αναφέρεται : «Η εκτύπωση του τιμολογίου (ή της Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών – ΑΠΥ) θα πραγματοποιείται με μόνη εγγραφή τους κωδικούς και περιγραφές ICD10, Ιατρικών Πράξεων και ΚΕΝ, την πραγματική διάρκεια νοσηλείας και το κόστος του ΚΕΝ, χωρίς άλλα αναλυτικά στοιχεία χρεώσεων. Μια δεύτερη εγγραφή θα απαιτείται για τις πιθανές επί πλέον της ΜΔΝ ημέρες νοσηλείας του ασθενή, τιμολογημένες όπως προαναφέρθηκε.»</p> <p><b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :</b> Έτσι όπως περιγράφεται, δίνεται η εντύπωση ότι για κάθε ασθενή θα πρέπει να τυπώνεται μία ατομική Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών – ΑΠΥ. Αυτό που ισχύει όμως, τουλάχιστον μέχρι τώρα, είναι ότι η υποβολή των νοσηλίων στα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται με την αποστολή μίας αναλυτικής κατάστασης με όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν το συγκεκριμένο μήνα που υποβάλλεται, καθώς και μίας συγκεντρωτικής ΑΠΥ με το σύνολο της κατάστασης, όπου αναφέρεται συνήθως 'Νοσήλια μηνός τάδε' και το συνολικό ποσό που απαιτείται.</p> <p><b>ΕΡΩΤΗΣΗ:</b> Θα αλλάξει αυτή η διαδικασία; Θα βγαίνουν πλέον ατομικές ΑΠΥ, μία για κάθε ασθενή και θα αποστέλλονται όλες μαζί με την κατάσταση στα ασφαλιστικά ταμεία; Χρειάζεται διευκρίνηση. Γιατί στη περίπτωση της</p>	<p>Θα εξακολουθήσει να εκδίδεται συγκεντρωτικό ΔΠΥ (με τιμές ΚΕΝ βέβαια), και τα στοιχεία θα εμφανίζονται στη συγκεντρωτική κατάσταση που το συνοδεύει.</p>

# ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (FREQUENTLY ASKED QUESTIONS)

Έκδοση 4.0

Α/Α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
1.	<p>Κατά την <b>εκκαθάριση νοσηλίων στα ΔΠΥ</b> πρέπει να αναγράφονται οι κωδικοί. Στα ασφαλιστικά ταμεία ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΠΡΟΝΟΙΑΣ το ΔΠΥ είναι συγκεντρωτικό για όλους τους ασθενείς για συγκεκριμένη χρονική περίοδο (μήνας) και δεν είναι δυνατή η αναγραφή αυτών. Στα συγκεκριμένα ταμεία θα εκδίδεται πλέον ατομικό ΔΠΥ για να είναι δυνατή η αναγραφή αυτών των στοιχείων ή θα εξακολουθήσει να εκδίδεται συγκεντρωτικό ΔΠΥ και τα στοιχεία να εμφανίζονται στη συγκεντρωτική κατάσταση που το συνοδεύει;</p>	<p>Θα εξακολουθήσει να εκδίδεται <b>συγκεντρωτικό ΔΠΥ</b> (με τιμές ΚΕΝ βέβαια), και τα στοιχεία θα εμφανίζονται στη συγκεντρωτική κατάσταση που το συνοδεύει.</p>
2.	<p>Στη παράγραφο '4 Διαδικασία' αναφέρεται : <b>«Η εκτύπωση του τιμολογίου (ή της Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών – ΑΠΥ) θα πραγματοποιείται με μόνη εγγραφή τους κωδικούς και περιγραφές ICD10, Ιατρικών Πράξεων και ΚΕΝ, την πραγματική διάρκεια νοσηλείας και το κόστος του ΚΕΝ, χωρίς άλλα αναλυτικά στοιχεία χρεώσεων. Μια δεύτερη εγγραφή θα απαιτείται για τις πιθανές επί πλέον της ΜΔΝ ημέρες νοσηλείας του ασθενή, τιμολογημένες όπως προαναφέρθηκε.»</b>  <b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :</b>            Έτσι όπως περιγράφεται, δίνεται η εντύπωση ότι για κάθε ασθενή θα πρέπει να τυπώνεται μία ατομική Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών – ΑΠΥ. Αυτό που ισχύει όμως, τουλάχιστον μέχρι τώρα, είναι ότι η υποβολή των νοσηλίων στα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται με την αποστολή μίας αναλυτικής κατάστασης με όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν το συγκεκριμένο μήνα που υποβάλλεται, καθώς και μίας συγκεντρωτικής ΑΠΥ με το σύνολο της κατάστασης, όπου αναφέρεται συνήθως 'Νοσήλια μηνός τάδε' και το συνολικό ποσό που απαιτείται.  <b>ΕΡΩΤΗΣΗ:</b>            Θα αλλάξει αυτή η διαδικασία; Θα βγαίνουν πλέον ατομικές ΑΠΥ, μία για κάθε ασθενή και θα αποστέλλονται όλες μαζί με την κατάσταση στα ασφαλιστικά ταμεία; Χρειάζεται διευκρίνιση. Γιατί στη περίπτωση της</p>	



	συγκεντρωτικής ΑΠΥ δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν αυτά που περιγράφονται στις οδηγίες	
3.	Τα ΚΕΝ-DRG's σε ποια <b>θέση νοσηλείας αντιστοιχούν</b> ; Στη δικαιούμενη θέση του εκάστοτε ταμείου? Σε περίπτωση τοποθέτησης ασθενή σε ανώτερη θέση από τη δικαιούμενη ύστερα από απαίτησή του (χρεούμενη) κατά τη ΜΔΝ που προβλέπεται από τα ΚΕΝ-DRG's, θα χρεώνεται η διαφορά θέσης?	Τα ΚΕΝ αντιστοιχούν στη <b>δικαιούμενη θέση του εκάστοτε ταμείου του ασθενή</b> (αυτό διευκρινίζεται και στις τεχνικές οδηγίες). Στην περίπτωση χρέωσης διαφοράς θέσης (αναβάθμισης θέσης), η χρέωση θα γίνεται όπως σήμερα, με τον ασθενή να πληρώνει ιδιωτικά την διαφορά τιμής της θέσης
4.	Η θέση νοσηλείας στα έντυπα αναφέρεται στην καλυπτόμενη θέση από το ασφαλιστικό ταμείο ή στην θέση νοσηλείας από την κλινική που πήρε εξιτήριο;	
5.	<b>Οι νοσηλείες με είσοδο πριν τις 1-10-11 και με έξοδο μετά τις 1-10-11 με τον παλιό ή με τον νέο τρόπο θα κοστολογηθούν?</b> Εάν η νοσηλεία αντιστοιχεί σε ΚΕΝ-DRG's θα κοστολογηθεί βάσει αυτού? Εάν κοστολογηθεί βάσει του Ημερήσιου Κλειστού Νοσηλίου, οι τιμές θα διαφοροποιηθούν βάσει των ημερομηνιών ή θα κοστολογηθεί με τις αναπροσαρμοσμένες	Όλες οι τιμολογήσεις θα πραγματοποιηθούν με κριτήριο την ημ/νία εξιτηρίου. Εξιτήριο μετά την 30/9/2011 σημαίνει τιμολόγηση με ΚΕΝ. Εξιτήριο πριν την 1/10/2011 σημαίνει τιμολόγηση με τον υφιστάμενο (παλιό) τρόπο. Αντίστοιχα για τις υποβολές: Οτιδήποτε έχει τιμολογηθεί με ΚΕΝ, θα υποβληθεί στα Ταμεία (όποτε γίνει αυτό) με τον νέο τρόπο υποβολής. Οτιδήποτε έχει τιμολογηθεί με τον παλιό τρόπο θα υποβληθεί στα ταμεία (όποτε γίνει αυτό) με τον παλιό τρόπο υποβολής
6.	Αναφέρεται «θα πρέπει <b>πilotικά από 9/9/2011</b> να εκκαθαρίζουν και να είναι σε θέση να υποβάλουν προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία τα νοσήλια τόσο με τον σημερινό τρόπο (έως 30/9/11) όσο και με την εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs (από 1/10/11)». Οι υποβολές γίνονται συνήθως τον επόμενο μήνα για τα εξιτήρια του προηγούμενου. Παρακαλούμε διευκρινίσετε αν με το παραπάνω εννοείται ότι τον Οκτώβριο θα γίνουν 2 υποβολές ανά ταμείο που θα δέχεται ΚΕΝ. Η μία θα γίνεται όπως σήμερα για τα εξιτήρια έως 9/9/2011 και μια για τα εξιτήρια από 10/9/2011 και μεταγενέστερα όπου θα εφαρμοστούν τα ΚΕΝ. Πως θα αντιμετωπιστούν οι περιπτώσεις που έχουν εισαχθεί πριν από την 9/9/2011 και έχουν δημιουργηθεί χρεώσεις και θα λάβουν εξιτήριο μετά την 9/9/2011	
7.	Στη παράγραφο '5 Παρατηρήσεις' αναφέρεται : «5.2 Όπως προαναφέρθηκε, για κάποιο διάστημα, οι δύο τρόποι τιμολόγησης θα λειτουργήσουν παράλληλα. Επομένως θα πρέπει ο χρήστης (υπάλληλος λογιστηρίου ασθενών) να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει με ποια μέθοδο θα εκδοθεί και εκτυπωθεί το πραγματικό τιμολόγιο και με ποια θα πραγματοποιηθεί κανονική τιμολόγηση χωρίς όμως εκτύπωση του πραγματικού τιμολογίου.» ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ/ΕΡΩΤΗΣΗ:	Το παραπάνω αναφέρεται μόνο για τα 20 πιλοτικά νοσοκομεία και μόνο για την περίοδο πιλοτικής λειτουργίας τους (9/9/2011 – 30/9/2011). Στην περίοδο αυτή, η κανονική τιμολόγηση και έκδοση τιμολογίου θα γίνεται με την παλαιά τιμολόγηση και τις παλαιές τιμές. Η εφαρμογή τιμολόγησης θα πρέπει όμως να υποστηρίζει την δημιουργία ενός «τιμολογίου» (ουσιαστικά μιας εκτύπωσης σε λευκό χαρτί) σύμφωνα με τα ΚΕΝ, έτσι ώστε να δοθεί η δυνατότητα ελέγχου ότι λειτουργεί σωστά η διαδικασία αυτή, και ότι η εφαρμογή είναι έτοιμη

	Χρειάζεται αποσαφήνιση για το τι ακριβώς εννοείται εδώ. Η εκτύπωση του πραγματικού τιμολογίου αποτελεί και την κανονική τιμολόγηση. Πως γίνεται λοιπόν η εκτύπωση να γίνεται με άλλη μέθοδο και η τιμολόγηση με άλλη, αφού είναι ένα και το αυτό ; Τιμολόγηση χωρίς εκτύπωση τιμολογίου δεν υφίσταται.	για τη μετάπτωση σε πλήρη και αποκλειστική λειτουργία της νέας τιμολόγησης (μέσω ΚΕΝ) και τις νέες τιμές, από 1/10/2011.
8.	Επιβεβαιώστε ότι οι αλλαγές των τιμών των ημερήσιων νοσηλίων θα εφαρμοστούν σε όλα τα περιστατικά ανεξαρτήτως εάν έχουν ή όχι ΚΕΝ και σε όλα τα νοσοκομεία και όχι μόνο τα πιλοτικά από 9/9.	
9.	Θα πρέπει να υποστηρίζεται η <b>διαχείριση περισσότερων της μιας διαφορετικών τιμών κωδικών ICD-10 ανά εξιτήριο</b> ; Αν ναι θα υπάρχει κάποια λειτουργική διαφοροποίηση μεταξύ τους (πχ κύρια και δευτερεύουσα) και ποια;	Στο <b>ιατρικό εξιτήριο</b> (αυτό που συμπληρώνει ο ιατρός) θα μπορούν να υπάρχουν περισσότερες της μιας διαγνώσεις εξόδου ICD-10, όμως η πρώτη που θα αναγράφεται θα αντιστοιχεί στην κύρια (πρωτεύουσα) πάθηση.
10.	Από την ως άνω παρουσίαση (4) προκύπτει ότι θα πρέπει να υποστηρίζονται <b>περισσότερα του ενός ΚΕΝ ανά εξιτήριο</b> . Παρακαλούμε να διευκρινίσετε πως θα προσδιορίζεται η αξία του ΔΠΥ ? άθροισμα των ΚΕΝ ? Σε περίπτωση που υπάρχουν πολλαπλά ΚΕΝ τι θα γίνει με την ημερολογιακή ισχύ του καθενός από αυτά Πώς θα καθορίζεται η συμβατότητα των υλικών / φαρμάκων / υπηρεσιών με τα ΚΕΝ? Και τι προβλέπεται αν η νοσηλεία έχει πολλαπλά ΚΕΝ και τα υλικά/φάρμακα/υπηρεσίες είναι συμβατά με περισσότερα από ένα ΚΕΝ της νοσηλείας Σε <b>περίπτωση υπέρβασης της ΜΔΝ</b> του ΚΕΝ είναι απαραίτητος ο καθορισμός του χρονικού διαστήματος αναφοράς του ΚΕΝ, καθώς ενδέχεται η τιμή του ημερήσιου νοσηλίου να διαφοροποιείται στη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή (π.χ. σε περίπτωση νοσηλείας του σε διαφορετικές κλινικές) και θα πρέπει να υπολογιστεί πιο ακριβώς είναι το κόστος νοσηλείων που υπερβαίνει το ΚΕΝ.	Στη γενική περίπτωση, θα μπορεί να υποστηρίζονται περισσότερα του ενός ΚΕΝ ανά εξιτήριο (συνήθως αυτό θα χρειάζεται σε σχετικά λίγες περιπτώσεις και δεν αναμένεται να υπερβαίνουν τα 2-3 ΚΕΝ). Το κόστος θα υπολογίζεται αθροιστικά και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας επίσης αθροιστικά και σειριακά, δηλ. με άθροισμα στη σειρά όλων των ΜΔΝ των ΚΕΝ του εξιτηρίου, ξεκινώντας από την 1η ημέρα νοσηλείας
11.	Θα πρέπει να υποστηρίζεται έλεγχος συμβατότητας μεταξύ των καταχωρηθέντων Κωδικών Διαγνώσεων με τα καταχωρηθέντα ΚΕΝ ;	Όχι, δεν είναι απαραίτητη η υποστήριξη τέτοιου ελέγχου. Όμως, ο κωδικός (ή κωδικοί) διάγνωσης εξόδου ICD-10 θα χρησιμοποιείται σαν βασικό εργαλείο για την εύρεση του ΚΕΝ της νοσηλείας.

		Είναι επομένως αναμενόμενο να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ICD-10 και ΚΕΝ. Ακριβώς αυτή τη συσχέτιση υποστηρίζει η διαδικτυακή εφαρμογή που θα υποβοηθά το χρήστη του λογιστηρίου ασθενών να εντοπίσει ευκολότερα το κατάλληλο (ή τα κατάλληλα) ΚΕΝ
12.	Ποιοι χρήστες θα έχουν πρόσβαση για καταχώρηση των ΚΕΝ (ώστε να διαμορφωθούν τα κατάλληλα δικαιώματα)? Στο (1) αναφέρεται η ομάδα των κωδικοποιητών (υπάρχει ? είναι χρήστες του συστήματος ή θα πρέπει να ανοιχτούν κωδικοί?) ενώ στο (2) περιγράφεται ο υπάλληλος του γραφείου κίνησης. Σε κάθε περίπτωση πως θα αποφασίσει ο καταχωρητής για τα ΚΕΝ που αντιστοιχούν αφού θα έχει μόνο τους κωδικούς διάγνωσης του Ιατρικού Εξιτηρίου και ως γνωστόν κάθε τέτοιος κωδικός αντιστοιχεί σε περισσότερα του ενός ΚΕΝ? Θα απαιτηθεί κάποια υποστήριξη από το πληροφορικό σύστημα και αν ναι ποια	Καταχώρηση ΚΕΝ θα πραγματοποιούν οι χρήστες του λογιστηρίου ασθενών που θα χειρίζονται την εφαρμογή τιμολόγησης. Για την απόφαση του ποιού ΚΕΝ θα χρησιμοποιηθεί θα έχει την βοήθεια της σχετικής διαδικτυακής εφαρμογής καθώς και της Ομάδας Διαχείρισης ΚΕΝ (ΟΔΚΕΝ) του νοσοκομείου όποτε αυτό απαιτηθεί (βλ. Εγκύκλιοι του ΓΓ ΥΥΚΑ Αρ.Πρωτ. οικ.68460, 17/6/2011 και Αρ.Πρωτ. οικ.94622, 23/8/2011)
13.	Ως γνωστόν διεθνώς τα DRGs έχουν διαβαθμίσεις λόγω επιπλοκών που όμως η επιλογή της διαβάθμισης αντικειμενοποιείται βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων τα οποία καταγράφονται και ελέγχονται από τα πληροφορικά συστήματα. Θα πρέπει να υλοποιηθεί κάποια τέτοια λειτουργικότητα (δεδομένου του ότι στα ΚΕΝ υπάρχουν αυτές οι διαβαθμίσεις – περιπτώσεις κxM, κxM α, κxMβ, κxMγ). Σε θετική περίπτωση παρακαλούμε περιγράψτε τα σχετικά στοιχεία	Σε πρώτη φάση εφαρμογής των ΚΕΝ, δεν θα χρησιμοποιηθούν τέτοιου κριτηρία ή εξειδικεύσεις, ούτε απαιτείται κάποια υποστήριξη εξεύρεσης των ΚΕΝ/DRGs από τα Πληροφοριακά Συστήματα. Το Πληροφοριακό Σύστημα Τιμολόγησης θα αναμένει την εισαγωγή του ορθού ΚΕΝ από τον χρήστη του λογιστηρίου ασθενών, για να προχωρήσει στην διαδικασία της τιμολόγησης
14.	Παρακαλούμε περιγράψτε τις απαιτήσεις λογιστικής παρακολούθησης των ΚΕΝ	Αυτό αποτελεί θέμα κάθε νοσοκομείου να το αντιμετωπίσει (με ενδεχόμενη συνεργασία, αν απαιτείται, με την εταιρία πληροφορικής που το υποστηρίζει) και αναλόγως του λογιστικού συστήματος, λογιστικού σχεδίου, εφαρμογής γενικής και/ή αναλυτικής λογιστικής, κτλ που χρησιμοποιεί
15.	Στο (3) αναφέρεται «Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει την μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία θα καλύπτουν τις πρόσθετες μέρες νοσηλείας, με βάση την ΚΥΑ του 1998 και την κατωτέρω αναπροσαρμογή της. Το ίδιο θα συμβαίνει για κάθε νέο ΚΕΝ, έως αυτό να λάβει αντίστοιχη κοστολόγηση (πλέον τα εκτός νοσηλίου, ως ΚΥΑ 1998).» Παρακαλούμε να μας διευκρινίσετε τι σημαίνει το «πλέον τα εκτός νοσηλίου» ? θα προστίθενται τα κόστη εκτός νοσηλίου στα ΚΕΝ ? Επίσης περιγράψτε το χειρισμό νέου ΚΕΝ.	Βλέπε τη υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 100147 /8-9-2011 διευκρινιστική εγκύκλιο του Υπουργού Υγείας που έχει αναρτηθεί στο site του ΥΥΚΑ <a href="http://www.yyka.gov.gr">www.yyka.gov.gr</a> στο σύνδεσμο «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια»

16.	<p>Σήμερα κάποιες από τις χρεώσεις μπορούν να <b>μη γίνουν αποδεκτές από τα Ασφαλιστικά ταμεία</b>, οπότε υποστηρίζονται από το πληροφορικό σύστημα οι σχετικές τροποποιήσεις. Παρακαλούμε περιγράψετε αν θα υπάρχουν αντίστοιχες περιπτώσεις αναφορικά με τα ΚΕΝ</p> <p>Αν η επιλογή του ΚΕΝ από το Νοσοκομείο (σε περίπτωση πολλαπλών ΚΕΝ) θεωρηθεί λανθασμένη από το Ασφαλιστικό Ταμείο και επιστραφεί μετά τον έλεγχο, πώς θα χειριστεί το Γραφείο Εκκαθάρισης Νοσηλίων τη συγκεκριμένη Νοσηλεία;</p>	<p>Το θέμα του χειρισμού των περικοπών των ασφαλιστικών ταμείων ευρίσκεται υπό διερεύνηση και θα απαντηθεί σύντομα</p>
17.	<p>Τα ΚΕΝ θα <b>εφαρμόζονται στους ασφαλισμένους όλων των ταμείων ή κάποιων</b>; Στη δεύτερη περίπτωση και σε περίπτωση που απαιτείται σχετικός έλεγχος από το σύστημα παρακαλούμε περιγράψτε</p>	<p>Η τιμολόγηση μέσω ΚΕΝ θα εφαρμόζεται για όλους τους ασθενείς όλων των ασφαλιστικών ταμείων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.</p>
18.	<p>Τι συμβαίνει σχετικά με το παραπάνω αναφορικά με τους <b>ξένους υπηκόους</b> ?</p>	<p>Ότι και για τους Έλληνες υπηκόους. Εφόσον καλύπτονται από ασφαλιστικό ταμείο που έχει συμφωνία με ελληνικό ασφαλιστικό ταμείο, θα τιμολογούνται μέσω ΚΕΝ. Εφόσον προσέρχονται στο νοσοκομείο ως ιδιώτες, θα τιμολογούνται ως ιδιώτες</p>
19.	<p>Αναφέρεται <b>ότι θα καταχωρούνται όλες οι ιατρικές πράξεις</b>. Αυτή η καταχώρηση θα έχει οποιαδήποτε συνέπεια στον υπολογισμό της αξίας του ΔΠΥ και αν ναι ποια</p> <p>Αν θέλουμε να καταγράψουμε και τις ιατρικές πράξεις που έγιναν κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, ποιες ακριβώς θα πρέπει να καταγράψουμε; Γιατί από ότι φαίνεται ακόμη και η απλή αιμοληψία η και η χορήγηση οξυγόνου έχουν κωδικοποιηθεί σαν ιατρική πράξη.</p> <p>Τι εννοείται λέγοντας ιατρικές πράξεις? Η διενέργεια μιας ακτινογραφίας, ή η λήψη αερίων αίματος θεωρούνται ως τέτοιες?</p>	<p>Θα καταχωρούνται, προαιρετικά στην πρώτη φάση λειτουργίας, οι κύριες ιατρικές πράξεις, δηλ. αυτές που σε συνδυασμό με τη διάγνωση εξόδου (ICD-10) διαφοροποιούν ουσιαστικά τη νοσηλεία, άρα έχουν επίδραση στην επιλογή του ΚΕΝ. Η καταχώρηση αυτή είναι υποβοηθητική για την ακριβέστερη εξεύρεση του ορθού ΚΕΝ. Δεν έχει άλλη επίδραση στον υπολογισμό της αξίας του ΔΠΥ.</p>
20.	<p>Παρακαλούμε διευκρινίστε αν απαιτείται οποιοσδήποτε έλεγχος συμβατότητας χρέωσης υλικών ή/και φαρμάκων ή/και εξετάσεων με ΚΕΝ. Σε θετική περίπτωση παρακαλούμε περιγράψτε</p>	<p>Στην πρώτη φάση λειτουργίας της τιμολόγησης μέσω ΚΕΝ, δεν απαιτείται τέτοιος έλεγχος.</p>
21.	<p>Παρακαλούμε να μας δώσετε κωδικούς πρόσβασης στην εφαρμογή των ΚΕΝ που βρίσκεται στη σχετική ιστοσελίδα του Υπ. Υγείας</p>	<p>Η διαδικτυακή εφαρμογή αποτελεί απλώς ένα πρόσθετο «εργαλείο» για τον υπάλληλο του λογιστηρίου ασθενών προκειμένου να τον βοηθήσει να εντοπίσει ευκολότερα το κατάλληλο ΚΕΝ για τη νοσηλεία που διαχειρίζεται. Βασίζεται στις αντιστοιχίσεις ΚΕΝ-ICD10-Ιατρικών Πράξεων (οι</p>

		<p>Ιατρικές Πράξεις είναι σε πρώτη φάση προαιρετικές). Δεν απαιτείται κωδικός για την εφαρμογή. Κωδικούς έχουν μόνο οι 25 ιατρικές ομάδες κωδικοποιητών που έχουν ορισθεί από το ΥΓΚΑ και θα πραγματοποιήσουν τις αντιστοιχίσεις KEN-ICD10-Ιατρικών Πράξεων και άρα θα «γεμίσουν» τους πίνακες της εφαρμογής με δεδομένα για να είναι δυνατή η χρήση της από τα Νοσοκομεία. Η εφαρμογή διαθέτει την οθόνη «Εύρεση KEN» (προσβάσιμη σε όλους τους χρήστες των νοσοκομείων ελεύθερα χωρίς κωδικό) όπου θα είναι δυνατός ο εντοπισμός του KEN που μας ενδιαφέρει από τους κωδικούς ICD10 (και Ιατρικών Πράξεων προαιρετικά). Επίσης η εφαρμογή διαθέτει την οθόνη «Προβολή» (προσβάσιμη σε όλους τους χρήστες των νοσοκομείων ελεύθερα χωρίς κωδικό) όπου μπορεί κάθε ενδιαφερόμενος να δει την πλήρη αντιστοίχιση KEN-ICD10-Ιατρικών Πράξεων που υπάρχει διαθέσιμη έως εκείνη τη στιγμή.</p>
22.	<p>Έστω ότι έχω μια νοσηλεία με μόνο ένα KEN με ΜΔΝ 5 ημέρες. Επιβεβαιώστε μας ότι εάν ο ασθενής μείνει στο νοσοκομείο 7 ημέρες τότε τις τελευταίες δύο ημέρες θα πληρώσει ημερήσιο νοσήλιο ανάλογα με το τομέα και τη θέση που ήταν εκείνες τις δύο τελευταίες ημέρες π.χ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ, ΜΕΘ κλπ. Επίσης επιβεβαιώστε εάν οι επιπλέον υπηρεσίες, τα φάρμακα και τα υλικά που ήταν παλιά εκτός του ημερήσιου νοσηλίου και χρεώθηκαν εκείνες τις δύο ημέρες (ή καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας) θα χρεωθούν ή όχι</p>	<p>Βλέπε τη διευκρινιστική εγκύκλιο του Υπουργού Υγείας με ημ/νία 7/9/2011 που έχει αναρτηθεί στο site του ΥΓΚΑ στο σύνδεσμο «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια»</p>
23.	<p>Σε περίπτωση χρήσης <b>ειδικών υλικών ή ακριβών φαρμάκων σε μια νοσηλεία</b>, αυτά θα χρεώνονται επιπλέον</p> <p>Οι μεγάλες <b>διαγνωστικές εξετάσεις</b> (MRI, CT, PET-CT κλπ) περιλαμβάνονται στα KEN;</p> <p>Θα γνωρίζουμε ποιά <b>εξαιρούμενα υλικά, φάρμακα</b>, πράξεις εντάσσονται σε κάποιο KEN;</p>	<p>Όλα τα υλικά, φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις που απαιτούνται έχουν υπολογισθεί και περιλαμβάνονται στην τιμή του KEN, εντός της προβλεπόμενης Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ) του KEN</p>
	<p>Τα φάρμακα εκτός κλειστού νοσηλίου θα χρεώνονται στα Ταμεία ή όχι;</p>	
24.	<p>Διευκρινίστε την αντιμετώπιση των αρθροπλαστικών περιστατικών</p> <p>Για τις Σπονδυλοδεσίες τα υλικά θα χρεώνονται χωριστά;</p>	<p>Δεν διαφέρουν από τα άλλα περιστατικά. Αποζημιώνονται σύμφωνα με το KEN στο οποίο ανήκουν</p>
25.	<p>Έστω ότι έχω μια νοσηλεία με δύο KEN, KEN A 10 ημέρες, KEN B 5 ημέρες. Ο ασθενής νοσηλεύεται για 20 ημέρες. Επιβεβαιώστε μας ότι νοσήλια θα χρεώνονται μετά τη μέγιστη ΜΔΝ όλων των KEN που εφαρμόζονται στο</p>	<p>Όχι. Οι ΜΔΝ των KEN θα μετρήσουν αθροιστικά, ξεκινώντας από την 1η ημέρα νοσηλείας του ασθενή, επομένως οι πρώτες 10=5=15 ημέρες νοσηλείας καλύπτονται από τα δύο χρησιμοποιούμενα KEN, ενώ νοσήλια θα χρεώνονται από την 16η ημέρα και</p>

	<p>περιστατικό, δηλαδή από την 11η ημέρα στη συγκεκριμένη περίπτωση</p> <p>Στην <b>περίπτωση των πολλαπλών ΚΕΝ (άθροισμα κτλ) λαμβάνουμε αθροιστικά και τις αντίστοιχες ΜΔΝ;</b></p> <p>Όταν υπάρχουν παραπάνω από ένα icd-10 άρα και παραπάνω από ένα ΚΕΝ τα ΚΕΝ αθροίζονται ή διαλέγουμε το πιο ακριβό;</p>	μετά
26.	<p>Έστω ότι έχω ένα παθολογικό περιστατικό με εισαγωγή σε Α θέση για 2 ημέρες και στη συνέχεια 1 ημέρα Γ θέση, ΚΕΝ 10 ημέρες, η διάρκεια νοσηλείας του είναι 3 ημέρες και η δικαιούμενη του θέση είναι Γ. Θα πρέπει να πληρώσει ο ασθενής τη διαφορά θέσης για τις 2 πρώτες ημέρες από τη στιγμή που δεν χρησιμοποίησε όλο το διάστημα του ΚΕΝ και η διαφορά του ποσού υπερκαλύπτει τη διαφορά θέσης ? Διευκρινίστε σε ποιες περιπτώσεις θα πρέπει <b>ο ασθενής να πληρώνει διαφορά θέσης</b></p>	<p>Ναι, θα πρέπει να πληρώσει τη διαφορά θέσης για τις 2 ημέρες που νοσηλεύτηκε σε ανώτερη της δικαιούμενης θέσης</p>
27.	<p>Επιβεβαιώστε ότι για κάθε ΚΕΝ θα πρέπει να ορίζεται το ICD-10 και οι αντίστοιχες ιατρικές πράξεις που του αντιστοιχούν στη περίπτωση που μια νοσηλεία έχει περισσότερα από ένα ΚΕΝ;</p>	<p>Στο ιατρικό εξιτήριο (αυτό που συμπληρώνει ο ιατρός) θα μπορούν να υπάρχουν περισσότερες της μιας διαγνώσεις εξόδου ICD-10, όμως η πρώτη που θα αναγράφεται θα αντιστοιχεί στην κύρια (πρωτεύουσα) πάθηση. Στη γενική περίπτωση, θα μπορεί να υποστηρίζονται περισσότερα του ενός ΚΕΝ ανά εξιτήριο (συνήθως αυτό θα χρειάζεται σε σχετικά λίγες περιπτώσεις και δεν αναμένεται να υπερβαίνουν τα 2-3 ΚΕΝ). Το κόστος θα υπολογίζεται αθροιστικά και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας επίσης αθροιστικά και σειριακά, δηλ. με άθροισμα στη σειρά όλων των ΜΔΝ των ΚΕΝ του εξιτηρίου, ξεκινώντας από την 1η ημέρα νοσηλείας</p>
28.	<p><b>Εφ' άπαξ εισφορά</b> θα χρεώνεται στη περίπτωση πολυήμερης νοσηλείας χωρίς ΚΕΝ (τιμολόγηση με τον παλιό τρόπο) ? Εάν ναι, ποια είναι η νέα τιμή της ?</p>	<p>Με την νέα τιμολόγηση, δεν θα υπάρχει πλέον εφ' άπαξ εισφορά</p>
29.	<p>Το <b>ΔΗΜΟΣΙΟ</b> θα έχει άλλες τιμές στα ημερήσια νοσήλια ; (μέχρι τώρα είχε κάποια έκπτωση)</p>	<p>Όχι, θα ισχύει, όπως για όλους, η τιμολόγηση με τις τιμές ημερήσιου νοσηλίου που αναφέρονται στην ΚΥΑ των ΚΕΝ</p>
30.	<p>Στα ΚΕΝ το εύρος κόστους είναι μεγάλο και απέχει πολύ από αυτό που έχει μπει στο ΦΕΚ (ούτε ως μέση τιμή). Π.χ. στο ΚΕΝ Επεμβάσεις όρχεων δίνει τιμή 652 € και οι πράξεις που αντιστοιχούν μπορεί να ξεκινούν από 600 ευρώ (π.χ. διερεύνηση για κρυφορχία με κοιλιακή διερεύνηση) να ανεβαίνει το κόστος με πράξεις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις όρχεων και να φτάνει τις 5.000 ευρώ (!)για πράξεις π.χ.</p>	<p>Ισχύουν οι τιμές ΚΕΝ που έχουν δημοσιευτεί στην ΚΥΑ. Παράλληλα όμως θα θεσπισθεί σύντομα διαδικασία επανακοστολόγησης ή αναθεώρησης τιμών ΚΕΝ, την οποία μπορεί να ακολουθήσει ένα νοσοκομείο προκειμένου να διορθωθούν ενδεχόμενες αδυναμίες στην αρχική τιμολόγηση των ΚΕΝ</p>

	ρομποτική χειρουργική ορχεκτομή (την κάνουν στο Λαϊκό)	
31.	Τι Θα γίνει με υλικά, φάρμακα και υπηρεσίες που δεν είναι συμβατά με το ΚΕΝ της νοσηλείας? Θα τιμολογούνται επιπλέον?	Όχι, ολόκληρο το κόστος νοσηλείας περιλαμβάνεται στην τιμή ΚΕΝ για τη ΜΔΝ του ΚΕΝ.
32.	Τι γίνεται όταν για λόγους αντικειμενικούς (προγραμματισμένα χειρουργεία, αναζήτηση υλικών κτλ) υπερβαίνει η νοσηλεία την πρότυπη ΜΔΝ	Γίνεται κανονική χρέωση βάσει ΚΕΝ. Οι τυχόν επί πλέον ημέρες νοσηλείας τιμολογούνται όπως ορίζει η Υπουργική εγκύκλιος
33.	Πώς Θα αντιμετωπίζονται οι <b>ειδικές μονάδες (π.χ. ΜΕΘ)</b>	Η παραμονή σε ειδικές μονάδες, εντός της ΜΔΝ του ΚΕΝ, περιλαμβάνεται στην τιμή ΚΕΝ. Η παραμονή οπουδήποτε πλέον της ΜΔΝ του ΚΕΝ, τιμολογείται βάσει του ημερήσιου νοσηλίου
34.	Πώς Θα αντιμετωπίζονται οι <b>μονοήμερες νοσηλείες;</b>	Για τις μονοήμερες νοσηλείες, υπάρχει σχετική τιμή νοσηλίου στην ΚΥΑ. Βλέπε επίσης το υπ' αριθμ.οικ.104494/29-9-2011 έγγραφο του Γ.Γ. με Θέμα: «Ορθή επανάληψη Τιμολογίου Ημερήσιου Νοσηλίου στα ΚΕΝ» ( <a href="http://www.yyka.gov.gr">www.yyka.gov.gr</a> )
	Παρακαλώ ενημερώστε μας πως θα χρεώνονται όσοι νοσηλεύονται στη Βραχεία Νοσηλεία; (ως ΚΕΝ ή ως ημερήσιο νοσήλιο;	
35.	Η <b>παράλληλη λειτουργία με και χωρίς ΚΕΝ</b> είναι εξαιρετικά δύσκολη για τα μηχανογραφικά συστήματα και ενδέχεται να απαιτήσει μεγάλο κόστος προσαρμογής των συστημάτων. Η λύση των τιμοκαταλόγων δεν είναι εφικτή λόγω της περίπτωσης υπέρβασης της ΜΔΝ του ΚΕΝ, οπότε ένα μέρος της νοσηλείας πρέπει να λειτουργήσει με την λογική των ΚΕΝ και ένα άλλο μέρος με την λογική του ημερήσιου νοσηλίου	<b>Ο παλαιός τρόπος τιμολόγησης θα πρέπει να παραμείνει ούτως ή άλλως, αφού αφορά ορισμένες κατηγορίες τιμολογήσεων (εξωτερικοί ασθενείς, αναβαθμίσεις θέσεων, κτλ).</b> Η έγκαιρη προσαρμογή των πληροφοριακών συστημάτων τιμολόγησης είναι ευθύνη του κάθε νοσοκομείου, σε συνεργασία με την εταιρία πληροφορικής που το υποστηρίζει. Ο τρόπος που θα πραγματοποιηθεί τεχνικά η προσαρμογή, εξαρτάται από το κάθε πληροφοριακό σύστημα τιμολόγησης που χρησιμοποιείται.
36.	Σε σχέση με την <b>ενημέρωση της γενικής λογιστικής</b> Θα πρέπει να ληφθεί απόφαση αν το λογιστικό σχέδιο των πωλήσεων (λογαριασμός 73) Θα πρέπει να διαμορφωθεί με διαφορετικό τρόπο και η αντίστοιχη συμπεριφορά στο δημόσιο λογιστικό	Ο τρόπος σύνδεσης με το λογιστικό κύκλωμα, εξαρτάται από την υλοποίηση που έχει γίνει σε κάθε νοσοκομείο, το βαθμό αυτοματοποίησης της σύνδεσης αυτής καθώς και το λογιστικό σχέδιο που χρησιμοποιείται. Η προσαρμογή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σε συνεργασία του κάθε νοσοκομείου με την εταιρία πληροφορικής που το υποστηρίζει
37.	Σύμφωνα με την υπ. αριθ. 68460 / 17-6-2011 Εγκύκλιο του Υπουργείου, συγκροτήσαμε <b>ομάδες κωδικοποιητών ΚΕΝ</b> . Αφού όμως τον τελικό κωδικό ΚΕΝ (που προκύπτει από τους κωδικούς ICD-10 και τους κωδικούς των ιατρικών πράξεων) θα μπορούμε να τον πάρουμε απ'την online εφαρμογή, ποιός είναι ο σκοπός και τα καθήκοντα των ομάδων μας;	Η εν λόγω εφαρμογή είναι απλά ένα βοηθητικό εργαλείο για το λογιστήριο ασθενών, στην προσπάθειά του να εντοπίσει το ΚΕΝ της νοσηλείας. Εφόσον υπάρχουν πλήρως κωδικοποιημένες οι διαγνώσεις ICD10 και Ιατρικών Πράξεων, καθώς και ολοκληρωμένες οι σχετικές, η εφαρμογή θα εντοπίζει με ακρίβεια το ορθό ΚΕΝ. Επειδή την πρώτη περίοδο εφαρμογής της νέας τιμολόγησης ίσως να μην υπάρχουν πλήρως οι αντιστοιχίσεις ΚΕΝ-ICD10-Ιατρικών Πράξεων, και επίσης η αναγραφή των κωδικών ιατρικών πράξεων στα εξιτήρια είναι αρχικά προαιρετική, πιθανόν η
	<b>Αν σε ένα ICD-10 αντιστοιχούν περισσότερα των ενός ΚΕΝ ποιο επιλέγεται;</b>	

		εφαρμογή να δίνει περισσότερα του ενός KEN για μία νοσηλεία, ή ακόμη και να μην δίνει κανένα KEN (εφόσον δεν έχουν ολοκληρωθεί ακόμη οι αντιστοιχίσεις για τη συγκεκριμένη πάθηση). Στις περιπτώσεις αυτές, ή όπου υπάρχει αμφιβολία για την ορθότητα του επιλεχθέντος KEN, ή σε περιπτώσεις πολύπλοκης νοσηλείας όπου πιθανόν να απαιτείται η χρησιμοποίηση πρόσθετων KEN ώστε να καλυφθεί πλήρως η νοσηλεία, το Λογιστήριο Ασθενών θα μπορεί να χρησιμοποιήσει τη συνδρομή της <b>Ομάδας Διαχείρισης KEN (ιδιαίτερα των ιατρών-μελών της ομάδας)</b> , ώστε να επιλέξει ορθά το (ή τα) KEN τιμολόγησης.
38.	<p>Σύμφωνα με το αρχείο : 7_KEN AND BILLING INFORMATION SYSTEMS - ver 4.pdf, με τίτλο : Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.</p> <p>που υπάρχει στην σελίδα του υπουργείου για τα KEN, ο τελικός κωδικός KEN θα προκύπτει από τους κωδικούς ICD-10 και τους κωδικούς των ιατρικών πράξεων. Όσον αφορά τους κωδικούς των ιατρικών πράξεων, όμως, δεν μας έχει έρθει κάποια εγκύκλιος που να μας ενημερώνει αν όντως πρέπει να αρχίσουμε να τους χρησιμοποιούμε, π.χ. οι ιατροί πρέπει να τους γράφουν μαζί με τους κωδικούς ICD-10 στο εξιτήριο; Οπότε, τελικά, για την εύρεση του KEN απ'την online εφαρμογή χρειάζονται και οι κωδικοί των ιατρικών πράξεων</p>	<p><b>Οι κωδικοί ιατρικών πράξεων θα χρησιμοποιηθούν κατ' αρχήν προαιρετικά στα εξιτήρια των ασθενών. Η χρήση τους είναι βοηθητική των κωδικών ICD10 ώστε να μπορεί να προσδιορισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια το κατάλληλο KEN της νοσηλείας</b> από την διαδικτυακή εφαρμογή. Συνιστάται όμως σταδιακά να μπουν σε πλήρη εφαρμογή στα εξιτήρια, ώστε, σε συνδυασμό με τους κωδικούς διαγνώσεων ICD10, να αυτοματοποιηθεί κατά το δυνατόν για το Λογιστήριο Ασθενών η εύρεση του κατάλληλου KEN. Σχετικά, βλέπε και την απάντηση στην ερώτηση 41.</p> <p>Επισημαίνουμε ακόμη ότι το αρχείο «KEN_AND_BILLING_INFORMATION_SYSTEMS» ευρίσκεται ήδη στην έκδοση 6 και περιέχει επικαιροποιημένες πληροφορίες</p>
39.	<p>Οι τιμές του KEN αφορούν όσους έχουν ασφαλ. Ταμείο ή και <b>στους Ιδιώτες;</b></p> <p>Σύμφωνα με την απάντηση15 (στις συχνές ερωτήσεις) οι ασφαλισμένοι σε ασφαλιστικό ταμείο τιμολογούνται μέσω KEN και οι ιδιώτες ως ιδιώτες . Διευκρινίστε σας παρακαλώ πως τιμολογούνται οι ιδιώτες , με KEN ή με ημερήσιο νοσήλιο;</p> <p>Για τους <b>ανασφάλιστους</b> τι θα γίνεται;</p> <p>Τι γίνεται στην περίπτωση που η νοσηλεία ασθενή καλύπτεται χρονικά μερικώς από τον ασφαλιστικό φορέα και για μερικές μέρες είναι ανασφάλιστος, θα εκκαθαρίζεται με KEN;</p>	<p>Ο νέος τρόπος τιμολόγησης με KEN αφορά όλους τους <b>εσωτερικούς ασθενείς με ασφάλιση και χωρίς ασφάλιση – ιδιώτες</b> κατά τα λοιπά ισχύουν οι κείμενες διατάξεις. Επομένως και οι ιδιώτες πληρώνουν με KEN</p>
40.	<p>Αν η πραγματική διάρκεια νοσηλείας είναι <b>μικρότερη απ'την ΜΔΝ</b>, θα κοστολογηθεί ολόκληρο το ποσό του KEN;</p> <p>Εάν η ΜΔΝ του ασθενούς είναι μικρότερη χρεώνουμε φάρμακα και υλικά;</p>	<p>Κοστολογείται ολόκληρο το ποσό του KEN το οποίο συμπεριλαμβάνει και φάρμακα και υλικά</p>



	ΚΑΝΟΥΜΕ ΜΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ .ΚΑΝΕΙ ΜΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΜΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΠΕΘΑΙΝΕΙ.ΠΩΣ ΘΑ ΔΩΣΟΥΜΕ ΚΕΝ;	
	Κ46.Μ(ΚΕΝ) ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ.ΤΟ ICD10 I46 ΜΔΝ ΕΙΝΑΙ 6 ΗΜΕΡΩΝ.Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΜΕΙΝΕ 1 ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΑΠΕΒΙΩΣΕ.ΤΙ ΚΕΝ ΘΑ ΒΑΛΟΥΜΕ?	
41.	Τι γίνεται με τους ασθενείς που παθαίνουν ανακοπή στα ΤΕΠ. Πως χρεώνεται τα υλικά ανάνηψης;	Ο νέος τρόπος τιμολόγησης με ΚΕΝ αφορά όλους <b>ΜΟΝΟ</b> τους εσωτερικούς ασθενείς
42.	Η ποσότητα των υλικών διαφοροποιεί το ΚΕΝ? π.χ. 1 ή 3 stent;	Όχι. Η διάγνωση εξόδου και οι ιατρικές πράξεις διαφοροποιούν το ΚΕΝ και όχι η ποσότητα χρησιμοποιούμενων υλικών/ιατρική πράξη.
43.	Σε περιπτώσεις Φυσιολογικού Τοκετού και Καισαρικών Τομών όπου οι νοσηλευόμενες πρέπει να πληρώσουν-είτε γιατί αυτό επιβάλλει η σύμβαση με το ταμείο, είτε γιατί είναι ανασφάλιστες- τότε πληρώνουν με τιμές ΚΕΝ;	Τιμολόγηση με βάση τα ΚΕΝ και τη νοσηλεία και τον τοκετό. Η ασθενής πληρώνει τον τοκετό, αν το ασφαλιστικό ταμείο δεν το καλύπτει (εγγράφως) μετά την 1/10/2011.
	Εισαγωγή ασθενούς για παρακολούθηση κυήσεως και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας προκύπτει τοκετός ο οποίος δεν καλύπτεται από το ασφαλ. Ταμείο, πως υπολογίζεται το κόστος Νοσηλείας;	
44.	Πως θα χρεώνεται η νοσηλεία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού;	Με το αντίστοιχο ΚΕΝ «Υ21Α: Αιμοκάθαρση». Όταν νοσηλεύεται ένας άνθρωπος και χρειαστεί να υποβληθεί σε κάποιες αιμοκαθάρσεις αυτές εντάσσονται στο ΚΕΝ με βάση τη διάγνωση εξόδου κατά ICD-10.
	Πώς χρεώνονται οι μόνιμοι Αιμοκαθαρόμενοι του Τεχνητού Νεφρού και πώς ένας νοσηλευόμενος στην Κλινική που θεραπευτικά θα χρειαστεί να υποβληθεί σε κάποιες αιμοκαθάρσεις.	
45.	Πώς θα εξασφαλίσετε την <b>εχεμύθεια κατά τη διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών</b> των αρρώστων κατά τη διαχείρισή τους από το εμπλεκόμενο προσωπικό;	Ισχύει η πολιτική ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων του Νοσοκομείου
46.	Τα ταμεία μέχρι σήμερα απαιτούν να υποβάλλονται με τα εξιτήρια των ασθενών και τα απαραίτητα τιμολόγια για την χρήση υλικών στους ασθενείς. Μετά την εφαρμογή του icd-10 και του ΚΕΝ θα υποβάλουμε στα ταμεία τιμολόγια; Τα ταμεία έχουν εκδόσεις τις σχετικές αποφάσεις αποδοχής της απόφασης του Υπουργείου Υγείας για την εφαρμογή του ΚΕΝ και του ICD-10 όπως είχε γίνει το 1998 με την απόφαση ορισμού νοσηλίων νοσοκομείων ή είναι υποχρεωτική η εφαρμογή;	Ισχύει ότι αναφέρει το <b>Ενημερωτικό σημείωμα-Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης που έχει αναρτηθεί στο site του ΥΓΚΑ</b> στο σύνδεσμο «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια»

	<p>Θα ισχύουν οι επιτροπές υλικών του ΙΚΑ</p> <p>Ο θεσμός του ελεγκτή του εκάστοτε ταμείου θα συνεχίσει να υπάρχει;</p>	
47.	Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής εξέλθει <b>λάθρα ή οικειοθελώς;</b>	Τιμολογείται με βάση τα ΚΕΝ και κατά τα λοιπά ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για την είσπραξη των νοσηλίων
48.	<p>Αν γίνει ένα εισιτήριο σε μια κλινική π.χ. ορθοπεδική και την ίδια μέρα μεταφερθεί ο ασθενής για καρδιολογικό πρόβλημα στην καρδιολογική, πως θα γίνει η διαδικασία και πως θα γίνει η τελική τιμολόγηση? Η διαδικασία μεταφοράς που ισχύει σήμερα καταργείται; Θα γίνει εισιτήριο - εξιτήριο για κάθε κλινική χωριστά;</p> <p>Όταν κάποιος νοσηλεύεται στην Παθολογική και διακομίζεται π.χ. στη Χειρουργική οι μέρες νοσηλείας στη Παθολογική πως υπολογίζονται;</p>	Η τιμολόγηση με τα ΚΕΝ γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τη διάγνωση εξόδου του ασθενή κατά ICD-10, τις Ιατρικές πράξεις & τη διάρκεια νοσηλείας ανεξάρτητα σε ποιες κλινικές νοσηλεύτηκε εντός της ΜΔΝ
49.	Όσον αφορά τις <b>δευτερεύουσες διαγνώσεις</b> αναγράφονται όλα τα προβλήματα του ασθενούς που πιθανά σχετίζονται με την κύρια νόσο ή και όσα δεν σχετίζονται. Πχ ασθενής νοσηλευόμενος με πνευμονία έχει γνωστό ΣΔ, υπέρταση ΣΝ. Αυτά θα γραφτούν στο εξιτήριο διότι μπορεί να επηρεάσουν την διάρκεια νοσηλείας του;	Στο ιατρικό εξιτήριο (αυτό που συμπληρώνει ο ιατρός) θα μπορούν να υπάρχουν περισσότερες της μιας διαγνώσεις εξόδου ICD-10, όμως η πρώτη που θα αναγράφεται θα αντιστοιχεί στην κύρια (πρωτεύουσα) πάθηση. Οι συνυπάρχουσες παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν το ΚΕΝ.
50.	<p>Η χρέωση θα γίνεται στον <b>ΕΟΠΠΥ</b> ή στο κάθε Ταμείο ξεχωριστά;</p> <p>Αναφέρεται ότι τα στοιχεία της αντιστοίχισης θα αποστέλλονται <b>ηλεκτρονικά μηνιαίως στα Ασφαλιστικά Ταμεία</b> και την Ομάδα Εργασίας. Παρακαλώ να μας περιγράψετε αναλυτικά το σχετικό format, γραμμογράφηση καθώς και τη αντίστοιχη διαδικασία</p> <p><b>Το έντυπο υποβολής 4.7, θα είναι αποδεκτό απ' όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία ή μόνο για το ΙΚΑ.;</b></p> <p>Παρακαλώ απαντήστε μας αν με την εκκαθάριση με τα ΚΕΝ θα πρέπει να συνεχίσουμε να στέλνουμε στα ασφαλιστικά ταμεία, μαζί με τα ΔΠΥ, όλα τα παραστατικά που στέλνονται μέχρι σήμερα (τιμολόγια υλικών, βεβαιώσεις εκτέλεσης ιατρικών πράξεων, αποφάσεις ΚΕΣΥ κ.λ.π.)</p>	Η φόρμα υποβολής ευρίσκεται στο site του ΥΓΚΑ <a href="http://www.yyka.gov.gr">www.yyka.gov.gr</a> στο σύνδεσμο «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια». Οι υποβολές θα γίνεται σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις και μέχρι την έκδοση νέας απόφασης (Εγκυκλίου) εφαρμογής από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων σύμφωνα με το υπάριθμ. Οι.109091/3-10-2011 έγγραφο του Γ.Γ. ΥΚΑ

<p>51.</p>	<p>Το νοσήλιο για <b>χημειοθεραπεία</b> (νοσήλιο 1 ημέρας) περιλαμβάνει και το κόστος των φαρμάκων;</p> <p>Παρακαλώ αναρτήστε τον νέο τιμοκάλογο ΚΕΝ καθώς βρέθηκαν ICDs συχετισμένα με ΚΕΝ χωρίς τιμή χωρίς να είναι στην λίστα που έχετε αναρτημένη πχ (c25.1 με ΚΕΝ Σ23Α,Σ24Α,Σ02Μ) εκ των οποίων τα δύο πρώτα δεν βρίσκονται στην λίστα 4.1 Λίστα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων</p> <p>Στην εφαρμογή αντιστοίχισης ΚΕΝ-ICD 10 υπάρχουν κωδικοί που δεν υπάρχουν στην αναρτημένη λίστα, πχ Σ23Α. Μπορεί να ανανεωθεί η λίστα αντιστοίχισης και η λίστα κωδικών ΚΕΝ?</p> <p>Η νόσος κατά ICD-10 C25.2, αντιστοιχεί στο ΚΕΝ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ μιας μέρας με κωδικό ΚΕΝ Σ23Α. Όμως αυτό το ΚΕΝ δεν βρίσκεται στο πληροφοριακό σύστημα του ΗΔΙΚΑ. Πως θα το εκκαθαρίσουμε;</p> <p>Υπάρχουν ασθενείς που μεταγγίζονται <b>αυθημερόν και φέρνουν το φάρμακο μαζί τους</b>. Το ICD 10 είναι D46 - <b>Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα</b> και το αντίστοιχο ΚΕΝ σύμφωνα με την αντιστοίχιση του Υπουργείου είναι το Σ02Μ του οποίου το κόστος είναι 5.777.3262 € και αντιστοιχεί σε 17 ημέρες νοσηλείας και το Σ 24Α του οποίου το κόστος είναι 373,5258 €, είναι αυθημερόν αλλά η περιγραφή του είναι σαν ακτινοθεραπεία. Ποιό ΚΕΝ πρέπει να μπει απο τα δυο;</p> <p>Επίσης πολλά ICD 10 δεν αντιστοιχούν σε κάποιο ΚΕΝ.</p> <p>Υπάρχουν πολλές διαμαρτυρίες από τους πολίτες για το υπέρογκο κόστος.</p>	<p>Τιμολογείται Νοσήλιο μονοήμερης νοσηλείας και χρεώνονται επιπλέον ξεχωριστά τα φάρμακα και τα υλικά. Ισχύουν ΜΟΝΟ τα 700 ΚΕΝ που περιλαμβάνονται στην ΚΥΑ.</p>
<p>52.</p>	<p>Θα μας αποστείλετε <b>την αντιστοίχιση</b> έτσι ώστε να την <b>ενσωματώσουμε στο Πληροφοριακό μας Σύστημα</b> για να γίνεται η διαδικασία αντιστοίχισης από το λογιστήριο ασθενών πιο γρήγορα; Η πρόσβαση για κάθε εξιτήριο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ</p> <p>Παρακαλώ όλα τα αρχεία κωδικοποιήσεων και ιδιαίτερα το ICD όταν στο εξής όπως είναι φυσικό θα αναθεωρούνται να δίδονται σε δομημένη και σταθερή μορφή. Ο λόγος είναι</p>	<p>Ναι θα σας δοθεί στην ολοκληρωμένη μορφή της</p>

	<p>ουσιαστικός ώστε να μην γίνεται λάθη στις κωδικοποιήσεις αλλά και πρακτικός καθώς οι εταιρίες πληροφορικής θα κατασκευάσουμε σταθερές διαδικασίες φορτώματος και δεν θα είναι υποχρεωτική η παρουσία μας κάθε φορά που αναθεωρούνται. Ενδεχομένως θα μπορούσατε να εξετάσετε και την μέθοδο των webservices</p> <p>Παρακαλώ ενημερώστε μας πότε θα αναρτήσετε την πρώτη έκδοση του αρχείου συσχετισμών ICD-10 με ΚΕΝ και Ιατρικές πράξεις. Το πληροφοριακό σύστημα του Παιδών Αγ. Σοφία είναι έτοιμο να το χρησιμοποιήσει.</p>	
53.	Τι γίνεται όταν <b>ακυρώνεται το χειρουργείο</b> ενώ έχει γίνει όλη η προεργασία;	Τιμολογείται κανονικά ο ασθενής με βάση τη διάγνωση εξόδου κατά ICD-10, τις ιατρικές πράξεις και τη διάρκεια νοσηλείας
54.	<p>Σε περίπτωση που δεν υπάρχει (δεν μας προτείνει η εφαρμογή) αντίστοιχο ΚΕΝ για έναν κωδικό ICD-10, τι χρεώνουμε?</p> <p>Ποσοστό περίπου 50% από τα εξιτήρια που έχουν εκδοθεί από 1-10 μέχρι σήμερα, αναφέρονται σε ICD-10 για τα οποία ο αλγόριθμος δεν αντιστοιχεί ΚΕΝ. Θα στείλουμε excel αρχείο με αυτές τις ελλείψεις.</p> <p>Τα περισσότερα ICD-10 αντιστοιχούν σε πολλά ΚΕΝ, και είναι δύσκολο να επιλεγεί το κατάλληλο, ιδίως επειδή η αντιστοίχιση δε λαμβάνει υπόψη την ιατρική πράξη. Σε πολλές περιπτώσεις κανένα από τα ΚΕΝ δεν κρίνεται κατάλληλο από τους κωδικοποιητές, οι οποίοι προτείνουν κάποιο άλλο. Μπορούμε να βάλουμε αυτό που προτείνουν οι κωδικοποιητές;</p> <p>ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ ΟΤΑΝ ΤΟ ICD10 ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΟ ΚΑΙ ΔΕ ΒΓΑΙΝΕΙ ΚΕΝ ΠΧ Ζ51.1 Η26.9 Η25.9 Χ713929 F20 F20.1</p> <p>ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ICD-10 I74 ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΚΕΝ</p> <p>Για το ICD-10 : C91.1 (Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία), και με τις εξής ιατρικές πράξεις : - Μετάγγιση 1 μονάδας ερυθρού - Αλλαγή ουροκαθετήρα - Ψυχιατρική εκτίμηση δεν μπορούμε να βρούμε κάποιο</p>	<p>Το λογιστήριο ασθενών ή η ΟΔΚΕΝ αποφασίζει για το ΚΕΝ που θα τιμολογηθεί η νοσηλεία του ασθενή. Το ίδιο θα γίνει στην περίπτωση που α) διακοπή η πρόσβαση στο Διαδίκτυο β) κατά την αναζήτηση μέσω ICD δεν αποδίδεται κάποιο ΚΕΝ από τη διαδικτυακή εφαρμογή λόγω κάποιου τεχνικού προβλήματος</p>

	αντιστοιχούμενο ΚΕΝ	
	Σε ένα εξιτήριο υπάρχει η διάγνωση Ο24.1, η οποία όμως αντιστοιχεί στο ΚΕΝ : Λ26Α (προγεννητική εισαγωγή ...) Δεν ταιριάζει, τι πρέπει να βάλουμε;	
	ΣΤΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ (COMPUTER SOLUTIONS) ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ Ο ΚΩΔΙΚΟΣ Ν10 ΚΑΤΑ ICD 10 (ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ). Ο ΙΔΙΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΤΟ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗΣ ΔΙΝΕΙ ΩΣ ΠΙΘΑΝΑ ΚΕΝ ΤΑ Ρ20Μ ΚΑΙ Ρ20Χ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΑ Υ23Μ ΚΑΙ Υ23Χ	
55.	Παρά τις προσπάθειες δεν μπορώ να βρω ΚΕΝ για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία που υποβάλλονται σε τακτικές μεταγγίσεις στο Νοσοκομείο με μονοήμερη νοσηλεία. Παρακαλώ ενημερώστε μας.	Χρεώνεται όπως οι μονοήμερες; Ή ΚΕΝ Ξ21Χ: «Δυσλειτουργίες ερυθρόκυττάρων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές»
56.	Στην online εφαρμογή δεν περιλαμβάνονται οι υποδιαστολές στη λίστα των ICD που έχετε περιλάβει και το ποσοστό των ICD που περιλαμβάνονται είναι πάρα πολύ μικρό	Θα υλοποιηθεί Θα πρέπει να βοηθούν οι Ομάδες ΟΔΚΕΝ. Όταν δεν έχει την υποδιαστολή κινούμεστε με τον κωδικό κατηγορίας (χωρίς υποδιαστολή) και βρίσκουμε τα πιθανά ΚΕΝ. Όσα ICD δεν έχουν αντιστοιχιστεί τα σημειώνουν τα Λογιστήρια και οι Ομάδες ΟΔΚΕΝ και <b>τα στέλνουν σαν σχόλια στο portal του ΥΥΚΑ.</b>
57.	Χρεώνονται και πως οι διαγνώσεις και οι πράξεις σε HIV οροθετικούς ασθενείς;	Χρεώνονται με βάση τη διάγνωση εξόδου (ICD-10) κανονικά με ΚΕΝ
61.	Τι γίνεται στην περίπτωση νοσηλείας στη βραχεία νοσηλεία των ΤΕΠ?	Αν ο ασθενής κάνει εισαγωγή τότε θα πάρει ΚΕΝ στο εξιτήριο, αν όχι δεν τιμολογείται με ΚΕΝ γιατί είναι μόνο για εσωτερικούς ασθενείς
65.	Το διοικητικό ή το ιατρικό εξιτήριο παίρνει ο ασθενής;	Το <b>διοικητικό εξιτήριο.</b>
66.	Στον κατάλογο των ΚΕΝ, με ποιο κριτήριο διαχωρίζονται οι καταστροφικές από τις σοβαρές, τις μη καταστροφικές και τις μεσαίας βαρύτητας παθήσεις - επιπλοκές για κάθε ασθενή;	Δεν έχει καθοριστεί κριτήριο διαβάθμισης ο γιατρός της ΟΔΚΕΝ θα μπορεί τώρα στην αρχή να κάνει έναν βασικό διαχωρισμό
67.	Δεν υπάρχει συγκεκριμένο πεδίο στο οποίο μπορούμε να προσθέσουμε αντιστοιχίες προς εξέταση. Έχουμε ήδη έτοιμο αρχείο με αντιστοιχίες ICD-10 - ΚΕΝ. Δεν μπορούμε να προσθέσουμε νέες αντιστοιχίες ICD10	Οι αντιστοιχίες ICD-10 με ΚΕΝ ενσωματώνονται στην εφαρμογή του ΥΥΚΑ κεντρικά. Παρατηρήσεις ή προτάσεις να υποβάλλονται στην επιτροπή του ΥΥΚΑ

1. Γ. Κ. Σαριβουγιούκας, Υποδιοικητής ΙΚΑ  
g.sarivougioukas@ika.gr
2. Ι. Υφαντόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας  
yfantopoulos@gmail.com
3. Ν. Μανιαδάκης, Καθηγητής ΕΣΔΥ  
Nmaniadakis@esdy.edu.gr
4. Χ. Μηλώνης, Προϊστάμενος Δ/σης Πληροφορικής & Απλ.  
Διαδικασιών ΥΓΚΑ  
hmilonis@yyka.gov.gr

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ