

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η εφαρμογή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) στη
χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και η επίδραση
στη βιωσιμότητά τους»**

Μελέτη περίπτωσης: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

**ΛΕΝΗ ΑΣΑΝΟΥΛΑ-ΧΡΗΣΤΙΝΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 21092**

Επιβλέπων καθηγητής: Πλάτης Χαράλαμπος

ΑΘΗΝΑ 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

«Η εφαρμογή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) στη χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους»

Μελέτη περίπτωσης: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Χαράλαμπος Γ Πλατής	Επιστημονικός Συνεργάτης	
2.	Γεώργιος Πιερράκος	Τακτικός Καθηγητής	
3.	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λένη Ασανούλα-Χρηστίνα, του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 21092 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας Και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών Και Κοινωνικών Επιστήμων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31/7/2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα

Λένη Ασανούλα-Χρηστίνα / Διοικητικός Υπάλληλος ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**



Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

Πίνακας Περιεχομένων

Abstract.....	6
Περίληψη.....	7
Εισαγωγή.....	9
Μέρος Α'.....	11
Κεφάλαιο 1.....	12
1.1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	12
1.1.1. Ιστορική αναδρομή εθνικού συστήματος υγείας.....	12
1.1.2. Εθνικό σύστημα Υγείας.....	15
1.1.3. Εθνικό σύστημα υγείας και δημόσια Νοσοκομεία.....	17
Κεφάλαιο 2.....	25
2.1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα - Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).....	25
2.1.1. Συστήματα αποζημίωσης στην Ελλάδα πριν τον ΕΟΠΥΥ.....	26
2.1.2. Στοχοθεσία ΕΟΠΥΥ.....	29
2.1.3. Σύστημα αποζημίωσης των παροχών υπηρεσίας υγείας στην Ελλάδα.....	31
2.1.4. Αποζημιώσεις σε δημόσια νοσοκομεία.....	38
2.2. ΚΕΤΕΚΝΥ.....	39
Κεφάλαιο 3.....	42
3.1. Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια.....	42
3.2. ΚΕΝ στην Ελλάδα.....	47
3.3. Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια – Νομοθεσία.....	50
3.4. ΚΕΝ και εφαρμογή τους στην Ελλάδα.....	52
3.5. ΚΕΝ και πολιτική αποζημίωσης.....	54
3.6. Οικονομική ενίσχυση δημόσιων νοσοκομείων.....	56
3.6.1. ΚΕΝ και κρατική οικονομική ενίσχυση.....	59
3.6.2. ΚΕΝ πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.....	63
3.7. Σχολιασμός συστήματος υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με Ε.Ε.....	64
Κεφάλαιο 4.....	71
4.1. Diagnosis Related Groups (DRGs).....	71
4.1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	74
4.1.2. Diagnosis Related Groups στην Ευρώπη.....	75
4.1.3. DRGs κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	76
4.1.4. ΚΕΝ συγκριτικά με DRGs.....	79
Κεφάλαιο 5.....	81

5.1. ICD-10.....	81
5.1.1. Ιστορική Αναδρομή ICD-10.....	83
5.1.2. ICD-10 και Ευρώπη	84
5.1.3. ICD-10 στην Ελλάδα.....	86
5.1.4. ICD 10 και ιατρικές πράξεις των ΚΕΝ.....	89
5.1.5. ICD-10 και πανδημία.....	91
Κεφάλαιο 6	94
6.1. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα.....	94
6.1.1 ΓΝΑ Αλεξάνδρα και ΚΕΝ.....	95
Κεφάλαιο 7	98
7.1. Γενικός σχολιασμός για τα Έσοδα από 2008-2021.....	98
7.2. Γενικός σχολιασμός για τα Έξοδα από 2008-2021.....	102
7.2.1. Γενικός σχολιασμός για τα Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021.....	105
7.3. Σύγκριση στοιχείων χωρίς ΚΕΝ και με ΚΕΝ.....	106
7.3.1. Έσοδα.....	107
7.3.2. Έξοδα	110
7.3.3 Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021.....	112
Συμπεράσματα.....	116
Βιβλιογραφία.....	117

Abstract

In Greece, Diagnosis Related Groups (DRGs) and Closed Consolidated Hospitalization (CCHs) are two systems used to manage healthcare costs and improve the efficiency of hospital operations.

DRGs are a way of grouping patients with similar diagnoses and treatments, which allows hospitals to more accurately predict costs and allocate resources. Each DRG is assigned a specific payment amount, based on the average cost of treating patients with that diagnosis. This helps to incentivize hospitals to provide high-quality care while also managing costs. CIUs, on the other hand, are a form of tax consolidation that allows multiple legal entities within a hospital to be treated as a single entity for tax purposes. This can help to simplify tax reporting and potentially reduce the overall tax liability of the hospital.

General Hospital Alexandra is a public hospital in Athens that uses both DRGs and CIUs. The hospital is one of the largest in Greece, with over 350 beds and a wide range of medical specialties. By using DRGs, General Hospital Alexandra is able to more accurately predict costs and allocate resources based on patient needs. This can help to improve the efficiency of the hospital and ensure that patients receive high-quality care.

In addition, the hospital's use of CIUs can help to simplify tax reporting and potentially reduce the overall tax liability of the hospital. This can help to free up resources that can be used to improve patient care and support the hospital's mission.

Περίληψη

Στην Ελλάδα, οι Σχετικές Ομάδες Διάγνωσης (DRGs) και τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN), που αποτελούν την πρώτη προσπάθεια εισαγωγής των DRG στον Ελλαδικό χώρο, είναι δύο συστήματα που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των λειτουργιών του νοσοκομείου.

Τα DRGs είναι ένας τρόπος ομαδοποίησης ασθενών με παρόμοιες διαγνώσεις και θεραπείες, που επιτρέπει στα νοσοκομεία να προβλέπουν με μεγαλύτερη ακρίβεια το κόστος, υιοθετώντας αντίστοιχες χρεώσεις, και να κατανέμουν πόρους. Το Σύστημα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRG) είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης ασθενών που βασίζεται στη συστηματική συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων δεδομένων κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο με σκοπό την ταξινόμηση τους σε διαχειρίσιμο αριθμό κατηγοριών περιστατικών, οι οποίες είναι ιατρικά ουσιώδεις και ομοιογενείς και προσομοιάζουν σε επίπεδο χρίσης πόρων. Σε κάθε DRG εκχωρείται ένα συγκεκριμένο ποσό πληρωμής, με βάση το μέσο κόστος της θεραπείας των ασθενών με αυτή τη διάγνωση. Αυτό συμβάλλει στην παροχή κινήτρων στα νοσοκομεία για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, ενώ ταυτόχρονα διαχειρίζεται το κόστος. Στο σύστημα DRG τα νοσοκομειακά περιστατικά κατατάσσονται σε συγκεκριμένες ομάδες με τη χρήση ενός ειδικού λογισμικού *Groupes*, το οποίο βασίζεται σε ένα σύνολο δεδομένων όπως η Διεθνής Κωδικοποίηση Διάγνωσης Ασθενειών (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων (*procedure codes*), το φύλο, η ηλικία και η κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, η μέση διάρκεια νοσηλείας κ.α. (Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών). Η αρχιτεκτονική του συστήματος DRG στηρίζεται σε μια τριμερή οργάνωση. Αρχικά, από το ιατρικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως την ανάπτυξη των ταξινομήσεων διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων και τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης, Στη συνέχεια, το οικονομικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους (*cost weights*), τις οδηγίες υπολογισμού του κόστους και τους κανόνες τιμολόγησης. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην απλούστευση της φορολογικής δήλωσης και ενδεχομένως στη μείωση της συνολικής φορολογικής υποχρέωσης του νοσοκομείου. Τέλος, το πληροφοριακό, το

οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη του λογισμικού Groupet, των λογισμικών κοστολόγησης και κωδικοποίησης, το σύστημα διαχείρισης δεδομένων.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας που αξιοποιεί στο παρόν τα ΚΕΝ. Το νοσοκομείο είναι ένα από τα μεγαλύτερα στην Ελλάδα, με πάνω από 350 κλίνες και ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων. Χρησιμοποιώντας DRGs, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρας είναι σε θέση να προβλέψει με μεγαλύτερη ακρίβεια το κόστος και να κατανείμει πόρους με βάση τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου και να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Επιπλέον, η λειτουργία των ΚΕΝ από τα νοσοκομεία μπορεί να βοηθήσει στην απλούστευση της φορολογικής αναφοράς και ενδεχομένως στη μείωση της συνολικής φορολογικής υποχρέωσης του νοσοκομείου. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην απελευθέρωση πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και την υποστήριξη της αποστολής του νοσοκομείου.

Εισαγωγή

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις στη διαχείριση του κόστους και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις, η χώρα έχει εφαρμόσει μια σειρά από συστήματα και προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και παράλληλα στη διαχείριση του κόστους.

Δύο τέτοια συστήματα που χρησιμοποιούνται συνήθως στην Ελλάδα είναι το Σύστημα Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRGs) και τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN). Τα DRGs είναι ένας τρόπος ομαδοποίησης ασθενών με παρόμοιες διαγνώσεις και θεραπείες, που επιτρέπει στα νοσοκομεία να προβλέπουν με μεγαλύτερη ακρίβεια το κόστος και να κατανέμουν πόρους. Σε κάθε DRG εκχωρείται ένα συγκεκριμένο ποσό πληρωμής, με βάση το μέσο κόστος της θεραπείας των ασθενών με αυτή τη διάγνωση. Αυτό συμβάλλει στην παροχή κινήτρων στα νοσοκομεία για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, ενώ ταυτόχρονα διαχειρίζεται το κόστος.

Ένα σημαντικό σύστημα που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα είναι το σύστημα Ομάδων που σχετίζονται με τη διάγνωση (DRGs). Τα DRGs είναι μια μέθοδος ταξινόμησης των ασθενών σε ομοιογενείς ομάδες με βάση τις διαγνώσεις, τις θεραπείες και άλλους σχετικούς παράγοντες. Αυτή η ομαδοποίηση επιτρέπει στα νοσοκομεία να προβλέπουν και να κατανέμουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τους πόρους, καθώς οι ασθενείς εντός του ίδιου DRG μοιράζονται παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και απαιτήσεις πόρων. Είναι σημαντικό ότι κάθε DRG συνδέεται με ένα συγκεκριμένο ποσό πληρωμής που καθορίζεται από το μέσο κόστος θεραπείας για ασθενείς σε αυτήν την ομάδα. Αυτός ο μηχανισμός πληρωμής παρέχει στα νοσοκομεία κίνητρα για να παρέχουν αποτελεσματικά φροντίδα υψηλής ποιότητας, καθώς ανταμείβονται με βάση την ικανότητά τους να διαχειρίζονται το κόστος σε κάθε DRG.

Μια άλλη σημαντική πτυχή του ελληνικού συστήματος υγείας είναι τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN). Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, τα νοσοκομεία λειτουργούν με συμβάσεις με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την εξασφάλιση της οικονομικής αποζημίωσης. Το σύστημα των KEN στοχεύει στη διασφάλιση της εξορθολογισμένης

και συντονισμένης παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύοντας την προσβασιμότητα και βελτιώνοντας τη συνολική εμπειρία των ασθενών.

Για να κατανοήσουμε πλήρως τον αντίκτυπο και την αποτελεσματικότητα των DRGs και του συστήματος ΚΕΝ στο ελληνικό τοπίο υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητο να εμβαθύνουμε στο ιστορικό πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας και της ίδρυσης του ΕΟΠΠΥ. Επιπλέον, η εξέταση πρόσφατων ερευνητικών ευρημάτων και εμπειρικών στοιχείων θα παράσχει πολύτιμες γνώσεις για τα αποτελέσματα και τις προκλήσεις που σχετίζονται με αυτά τα συστήματα. Αναλύοντας κριτικά την εφαρμογή και τα αποτελέσματα των DRGs και του συστήματος ΚΕ.

Ένα νοσοκομείο στην Ελλάδα που χρησιμοποιεί τόσο DRG όσο και ΚΕΝ είναι το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα στην Αθήνα. Ως ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία στην Ελλάδα, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα εξυπηρετεί ποικίλο πληθυσμό ασθενών σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων. Χρησιμοποιώντας αυτά τα συστήματα, το νοσοκομείο είναι σε θέση να διαχειρίζεται καλύτερα το κόστος, να κατανέμει πόρους και να παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς του.

Μέρος Α'

Κεφάλαιο 1

1.1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

1.1.1. Ιστορική αναδρομή εθνικού συστήματος υγείας

Μετά την ανεξαρτησία της Ελλάδας από την Οθωμανική Αυτοκρατορία στις αρχές του 19ου αιώνα, έγιναν προσπάθειες για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος δημόσιας υγείας. Ένα από τα βασικά πρόσωπα αυτής της προσπάθειας ήταν ο Ιωάννης Καποδίστριας, ο οποίος διετέλεσε ο πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας μετά την ανεξαρτησία. Ο Καποδίστριας ίδρυσε Υπουργείο Υγείας και εργάστηκε για τη βελτίωση της υγιεινής και της υγιεινής σε όλη τη χώρα. Στις αρχές του 20ου αιώνα, η Ελλάδα γνώρισε μια σειρά από μεγάλες κρίσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων χολέρας, τύφου και φυματίωσης. Η κυβέρνηση ανταποκρίθηκε με τη δημιουργία ενός δικτύου δημόσιων κλινικών και νοσοκομείων υγείας και επενδύοντας στην έρευνα και την εκπαίδευση στον τομέα της δημόσιας υγείας (Kondilis & Tountas, 2007).

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η Ελλάδα υπέστη σημαντικές ζημιές στις υποδομές και το δημόσιο σύστημα υγείας της. Μετά τον πόλεμο, η κυβέρνηση εργάστηκε για την ανοικοδόμηση του συστήματος, επενδύοντας σε νέα νοσοκομεία και ιατρικές σχολές και επεκτείνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Kygiopoulos & Theodorou, 2013). Στη μεταπολεμική περίοδο, η Ελλάδα γνώρισε ταχεία οικονομική ανάπτυξη, η οποία οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στη δημόσια υγεία. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μειώθηκαν και η χώρα έγινε γνωστή για το υψηλής ποιότητας σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η σύγχρονη Ελλάδα έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας της τις τελευταίες δεκαετίες (Kygiopoulos & Theodorou, 2013). Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η Ελλάδα γνώρισε μια περίοδο ταχείας οικονομικής ανάπτυξης και επέκτασης των υποδομών της δημόσιας υγείας, που οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει αντιμετωπίσει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις που έχουν επηρεάσει το δημόσιο σύστημα υγείας της.

Παρακάτω θα γίνει μια σύντομη αναφορά σε μερικές από τις βασικές εξελίξεις στο σύγχρονο σύστημα δημόσιας υγείας της Ελλάδας:

Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Το 1983, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε ένα εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) για την παροχή καθολικής υγειονομικής κάλυψης σε όλους τους Έλληνες πολίτες. Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει πρόσβαση σε μια σειρά από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη και εξειδικευμένες ιατρικές θεραπείες. Το ΕΣΥ διοικείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λειτουργεί παράλληλα με τον ιδιωτικό τομέα υγείας (Δαργάκη, Κολοβρέχτη, 2015)

Υγειονομική υποδομή

Η Ελλάδα έχει μια καλά ανεπτυγμένη υποδομή υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει δημόσια νοσοκομεία, κλινικές και ιατρικά κέντρα. Η χώρα διαθέτει επίσης ένα μεγάλο δίκτυο ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας (Δαργάκη, Κολοβρέχτη, 2015). Σύμφωνα με τον ΕΟΠΠΥ το 2021 υπήρχαν 132 δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, πολλά από τα οποία έχουν εκσυγχρονιστεί και αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια, ειδικά λόγω της πανδημίας.

Ιατρική εκπαίδευση και έρευνα

Η Ελλάδα έχει μια ισχυρή παράδοση στην ιατρική εκπαίδευση και έρευνα. Η χώρα φιλοξενεί πολλές ιατρικές σχολές και ερευνητικά ιδρύματα, του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ. Αυτά τα ιδρύματα διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση της επόμενης γενιάς επαγγελματιών υγείας και στη διεξαγωγή έρευνας για θέματα δημόσιας υγείας (Παβή, Κατελίδου & Θεοδώρου, 2020).

Προκλήσεις δημόσιας υγείας

Παρά τα δυνατά σημεία του συστήματος δημόσιας υγείας της Ελλάδας, η χώρα αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις δημόσιας υγείας. Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις είναι η γήρανση του πληθυσμού, η οποία έχει οδηγήσει σε αύξηση χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος (Siskou., Kaitelidou, & Liagopoulos, 2016). Επιπλέον, η Ελλάδα έχει βιώσει αρκετές επιδημίες μολυσματικών ασθενειών τα τελευταία χρόνια, συμπεριλαμβανομένης μιας μεγάλης εστίας του ιού του Δυτικού Νείλου το 2010 και μιας σημαντικής αύξησης των κρουσμάτων ελονοσίας το 2011, καθώς και του Covid-19, του οποίου η αντιμετώπιση θα αναλυθεί παρακάτω.

Οικονομικές προκλήσεις

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει αντιμετωπίσει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις που έχουν επηρεάσει το εθνικό σύστημα υγείας της. Η οικονομική κρίση της χώρας, που ξεκίνησε το 2008, οδήγησε σε περικοπές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και σε μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για ορισμένους πολίτες (Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., & Liaropoulos, L. 2016). Για παράδειγμα, Η έλλειψη ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς. Για παράδειγμα, πολλά νοσοκομεία παρουσίασαν ελλείψεις σε βασικά φάρμακα, όπως αντιβιοτικά και παυσίπονα. Αυτό σήμαινε ότι οι ασθενείς έπρεπε να περιμένουν περισσότερο για θεραπεία ή αναγκάζονταν να αναζητήσουν φροντίδα σε άλλες εγκαταστάσεις. Επιπλέον, ορισμένα νοσοκομεία δεν διέθεταν βασικές προμήθειες, όπως γάντια και μάσκες, γεγονός που έθετε τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας σε κίνδυνο μόλυνσης και καθιστούσαν πιο δύσκολη την πρόληψη της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών (Liaropoulos, L., & Siskou, O, 2014). Η έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού ήταν επίσης μείζον ζήτημα για πολλές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, ορισμένα νοσοκομεία δεν είχαν λειτουργικό διαγνωστικό εξοπλισμό, όπως μηχανήματα ακτίνων X και αξονικούς τομογράφους. Αυτό σήμαινε ότι οι ασθενείς έπρεπε να ταξιδέψουν σε άλλες εγκαταστάσεις για να λάβουν μια διάγνωση, η οποία συχνά ήταν χρονοβόρα και δαπανηρή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς αναγκάστηκαν να περιμένουν μήνες για διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να καθυστερήσουν τη θεραπεία και να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει αντιμετωπίσει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις, οι οποίες είχαν σημαντικό αντίκτυπο στο δημόσιο σύστημα υγείας. Το 2010, η κυβέρνηση αναγκάστηκε να εφαρμόσει μια σειρά από μέτρα λιτότητας ως απάντηση σε μια οικονομική κρίση, τα οποία περιελάμβαναν περικοπές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό έχει οδηγήσει σε σημαντικές προκλήσεις για τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας του δημόσιου συστήματος υγείας. Εντούτοις, η ελληνική κυβέρνηση έχει καταβάλει προσπάθειες για να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις επενδύοντας σε υποδομές δημόσιας υγείας και εισάγοντας νέες πολιτικές για τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Συνολικά, ενώ το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει αντιμετωπίσει αρκετές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια, παραμένει σημαντικό μέρος του τοπίου της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Η ελληνική κυβέρνηση και οι επαγγελματίες υγείας συνεχίζουν να εργάζονται για τη βελτίωση του συστήματος και τη διασφάλιση ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

1.1.2. Εθνικό σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Το ΕΣΥ παρέχει καθολική υγειονομική κάλυψη σε όλους τους Έλληνες πολίτες και νόμιμους κατοίκους και χρηματοδοτείται από φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (Κυγιοπουλος & Theodorou, 2013). Το σύστημα λειτουργεί και διαχειρίζεται το Υπουργείο Υγείας και εποπτεύεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C, 2017).

Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το 1983 με στόχο την παροχή καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας σε όλους τους Έλληνες πολίτες και νόμιμους κατοίκους (Kondilis & Tountas, 2007). Το σύστημα έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις και επεκτάσεις κατά τη διάρκεια των ετών για να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού.

Το ΕΣΥ είναι οργανωμένο σε Επτά Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση και τον συντονισμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στις αντίστοιχες περιφέρειές τους. Αυτές οι αρχές λειτουργούν νοσοκομεία, κλινικές και κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και είναι υπεύθυνες για τη διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν κατάλληλη και έγκαιρη περίθαλψη (Κυγιοπουλος & Theodorou, 2013). Παράλληλα, εφαρμόζεται το μοντέλο gatekeeping, που σημαίνει ότι οι ασθενείς πρέπει πρώτα να επισκεφτούν έναν ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για να λάβουν παραπομπή για εξειδικευμένη φροντίδα ή νοσηλεία (Kondilis & Tountas, 2007). Αυτό το μοντέλο στοχεύει να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν κατάλληλη και έγκαιρη περίθαλψη, καθώς και να ελέγξει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας τις περιττές

νοσηλεύσεις και εξετάσεις (Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C, 2017).

Εντούτοις, παρέχεται κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας, των διαγνωστικών εξετάσεων, των ιατρικών διαδικασιών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και των υπηρεσιών αποκατάστασης (Kondilis & Tountas, 2007). Οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες χωρίς κόστος ή με ελάχιστα έξοδα από την τσέπη τους (Charalambous, G., & Mladovsky, P, 2017). Το ΕΣΥ περιλαμβάνει επίσης δημόσια νοσοκομεία και κλινικές σε όλη την Ελλάδα, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο γενικό πληθυσμό. Επίσης, παρέχει κάλυψη για ορισμένες ιατρικές συσκευές και εξοπλισμό, όπως προσθέσεις, αναπηρικά καροτσάκια και ακουστικά βαρηκοΐας. Οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν αίτηση για επιστροφή των εξόδων αυτών μέσω του ταμείου κοινωνικής ασφάλισης (Kyriopoulos & Theodorou, 2013).

Για την πρόσβαση στις υπηρεσίες του ΕΣΥ, οι ασθενείς πρέπει να εγγραφούν στο σύστημα και να λάβουν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης. Οι Έλληνες πολίτες εγγράφονται αυτόματα στο σύστημα, ενώ οι νόμιμοι κάτοικοι πρέπει να κάνουν αίτηση εγγραφής και να προσκομίσουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά (Charalambous, G., & Mladovsky, P, 2017). Αφού εγγραφούν, οι ασθενείς μπορούν να επισκεφθούν οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο ή κλινική στην Ελλάδα και να λάβουν δωρεάν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, με εξαίρεση ορισμένες υπηρεσίες για τις οποίες οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να πληρώσουν με μικρή ιδιωτική συμμετοχή.

Εκτός από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, το ΕΣΥ διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στις πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας και στην πρόληψη ασθενειών (Charalambous, G., & Mladovsky, P, 2017). Παράλληλα, εκπονούνται προγράμματα για τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την προώθηση της αγωγής υγείας και της πρόληψης. Αυτά περιλαμβάνουν προγράμματα εμβολιασμού, προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου και προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, μεταξύ άλλων (Kyriopoulos & Theodorou, 2013). Επομένως, όλα τα παραπάνω στοχεύουν την προώθηση της δημόσιας υγείας και τη μείωση του φόρτου των ασθενειών (Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A, 2016).

Ενώ η ΕΣΥ στοχεύει να παρέχει καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες και τους κατοίκους της Ελλάδας, το σύστημα έχει αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις τα τελευταία χρόνια, όπως μεγάλους χρόνους αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες και ελλείψεις σε ιατρικό υλικό (Kyriopoulos & Theodorou, 2013). Ωστόσο, η κυβέρνηση συνεχίζει να επενδύει στο σύστημα και να εφαρμόζει μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του (Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A, 2016).. Παρά τις προκλήσεις που έχει αντιμετωπίσει το ΕΣΥ όλα αυτά τα χρόνια, όπως μεγάλους χρόνους αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες και ελλείψεις σε ιατρικό υλικό, το σύστημα παραμένει βασικός πυλώνας του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Η κυβέρνηση συνεχίζει να επενδύει στο σύστημα και να εφαρμόζει μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητάς του, με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους της Ελλάδας.

1.1.3. Εθνικό σύστημα υγείας και δημόσια Νοσοκομεία

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας και τα νοσοκομεία συνεργάζονται για να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες. Το δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο διαχειρίζεται το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει μια σειρά από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικευμένων κλινικών και δημόσιων νοσοκομείων (Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A, 2016).. Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει επίσης ρόλο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν παράλληλα με τους Δημόσιους Φορείς παροχής Υγείας (Kyriopoulos & Theodorou, 2013).

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό. Αυτό περιλαμβάνει προληπτικές υπηρεσίες, όπως εκστρατείες προαγωγής της υγείας, προγράμματα εμβολιασμού και προληπτικούς ελέγχους υγείας, καθώς και θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως διάγνωση και θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών.

Βασικός πυλώνας της προσπάθειας αυτή είναι οι TOMY (Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) είναι ένα πρόγραμμα που υλοποιείται στην Ελλάδα και αφορά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες και ευπαθείς πληθυσμούς. Οι TOMY δημιουργήθηκαν με σκοπό να εξασφαλίσουν την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση, την οικονομική τους κατάσταση ή την τοποθεσία τους.

Οι TOMY αποτελούνται από ομάδες επαγγελματιών υγείας, που περιλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και άλλους ειδικούς. Αυτές οι ομάδες μετακινούνται σε διάφορες περιοχές της χώρας, συμπεριλαμβανομένων απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους που δεν μπορούν να έλθουν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας λόγω διάφορων περιορισμών. (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014)

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις TOMY περιλαμβάνουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των ασθενειών. Οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν ιατρικές εξετάσεις, συμβουλές για τη διατροφή και τον τρόπο ζωής, εμβολιασμούς, παροχή φαρμάκων και προσανατολισμό προς εξειδικευμένες υπηρεσίες όπου απαιτείται.

Ο στόχος των TOMY είναι να βελτιώσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τους αποκλεισμένους πληθυσμούς, να ενισχύσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να προωθήσουν την υγεία και την ευζωία σε αυτές τις κοινότητες. (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα του συστήματος υγείας, καθώς προσφέρει την πρώτη επαφή των ασθενών με την υγειονομική περίθαλψη και αντιμετωπίζει τις πιο συχνές ασθένειες και προβλήματα υγείας.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας, τα οποία στελεχώνονται από γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας (Zavras & Kontodimopoulos, 2012). Τα κέντρα αυτά βρίσκονται σε όλη τη χώρα και είναι προσβάσιμα σε όλους τους Έλληνες πολίτες, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής τους.

Νοσοκομειακή περίθαλψη

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα παρέχουν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και επείγουσα περίθαλψη σε ασθενείς. Είναι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και τη θεραπεία πολύπλοκων ιατρικών καταστάσεων, χειρουργικών επεμβάσεων και επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. (Zavras & Kontodimopoulos, 2012).

Στην Ελλάδα υπάρχουν δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, με τα δημόσια νοσοκομεία να είναι οι κύριοι πάροχοι νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και χρηματοδοτούνται από το εθνικό σύστημα υγείας (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014).

Συντονισμός δημόσιας υγείας και νοσοκομείων

Το δημόσιο σύστημα υγείας και τα νοσοκομεία συνεργάζονται για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί για τη διευκόλυνση αυτού του συντονισμού, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων παραπομπής και των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων (Vozikis & Aidonis, 2015).

Όταν ένας ασθενής χρειάζεται εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, συνήθως παραπέμπεται σε νοσοκομείο από τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψής του. Στη συνέχεια, το νοσοκομείο συνεργάζεται με τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ασθενούς για να συντονίσει τη φροντίδα του και να διασφαλίσει ότι λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014).

Σύστημα παραπομπής

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργεί ένα σύστημα παραπομπής, που σημαίνει ότι οι ασθενείς συνήθως παραπέμπονται στα νοσοκομεία από γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή εξειδικευμένες κλινικές (Vozikis & Aidonis, 2015). Αυτό βοηθά να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν το κατάλληλο επίπεδο φροντίδας και ότι οι πόροι του νοσοκομείου χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά.

Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης παρέχονται μέσω της εθνικής υπηρεσίας ασθενοφόρων, η οποία λειτουργεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης. Η υπηρεσία ασθενοφόρου ΕΚΑΒ είναι υπεύθυνη για την ανταπόκριση σε κλήσεις έκτακτης ανάγκης και τη μεταφορά ασθενών στην κατάλληλη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014).

Το σύστημα παραπομπής για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης στην Ελλάδα λειτουργεί μέσω συστήματος διαλογής, το οποίο κατηγοριοποιεί τους ασθενείς με βάση τη σοβαρότητα της κατάστασής τους (Vozikis & Aidonis, 2015). Οι ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις έχουν προτεραιότητα για θεραπεία και μεταφέρονται στο πλησιέστερο νοσοκομείο με τους κατάλληλους πόρους για τη διαχείριση της κατάστασής τους.

Οι ασθενείς με λιγότερο επείγουσες καταστάσεις μεταφέρονται στην πλησιέστερη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης που είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάστασή τους. Η υπηρεσία ασθενοφόρων συνεργάζεται στενά με νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης για να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία.

Φροντίδα ασθενούς

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα συνεργάζονται στενά με κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εξειδικευμένες κλινικές για την παροχή συντονισμένης φροντίδας στους ασθενείς (Vozikis & Aidonis, 2015). Όταν οι ασθενείς εισάγονται σε νοσοκομεία, συνήθως αντιμετωπίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών και άλλων ειδικών. Αυτή η ομαδική προσέγγιση επιτρέπει μια ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών. Η ομάδα συνεργάζεται για να διαγνώσει και να θεραπεύσει την κατάσταση του ασθενούς, να παρακολουθεί την πρόοδό του και να παρέχει τις απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις.

Επιπλέον, το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας προσφέρει επίσης υπηρεσίες κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης για ασθενείς που χρειάζονται συνεχή φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Αυτές οι υπηρεσίες έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίζουν τους ασθενείς στο περιβάλλον του σπιτιού τους και να τους παρέχουν την απαραίτητη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, αποκατάσταση και βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες (Vozikis & Aidonis, 2015).

Η συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων, κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εξειδικευμένων κλινικών, παράλληλα με την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης, στοχεύει στη διασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψης των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού τους (Vozikis & Aidonis, 2015). . Αυτή η συντονισμένη προσέγγιση βοηθά στη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών, στην ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενών και στη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης

Στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία υποστηρίζεται από κρατική χρηματοδότηση. Η χρηματοδότηση αυτή αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο του προϋπολογισμού του τομέα της υγείας, ο οποίος διατίθεται για τη διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας των νοσοκομείων σε όλη τη χώρα (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014). Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των λειτουργικών δαπανών, του προσωπικού, του εξοπλισμού και των προμηθειών και των επενδυτικών έργων.

Η κρατική χρηματοδότηση παίζει καθοριστικό ρόλο στην κάλυψη των καθημερινών λειτουργικών αναγκών των νοσοκομείων. Υποστηρίζει την πληρωμή μισθών για τους επαγγελματίες υγείας, διασφαλίζοντας ότι τα νοσοκομεία μπορούν να προσελκύουν και να διατηρούν εξειδικευμένο προσωπικό (Vozikis & Aidonis, 2015). Επιπλέον, διευκολύνει την προμήθεια του απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού, προμηθειών και φαρμάκων, δίνοντας τη δυνατότητα στα νοσοκομεία να παρέχουν κατάλληλη και έγκαιρη φροντίδα στους ασθενείς. Παράλληλα, η κρατική χρηματοδότηση επιτρέπει επενδύσεις σε υποδομές και τεχνολογικές αναβαθμίσεις στα νοσοκομεία.

Αυτό περιλαμβάνει ανακαινίσεις, επεκτάσεις ή κατασκευή νέων εγκαταστάσεων για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων απαιτήσεων υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση της παροχής φροντίδας ασθενών. Διευκολύνει επίσης την απόκτηση προηγμένων ιατρικών τεχνολογιών και εξοπλισμού, ενισχύοντας τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες των νοσοκομείων. Για να διασφαλίσει τη βέλτιστη χρήση των δημόσιων πόρων, η κυβέρνηση εφαρμόζει οικονομικές πρακτικές για τη διαχείριση και την παρακολούθηση της κατανομής της χρηματοδότησης (Vozikis & Aidonis, 2015).

Αυτό περιλαμβάνει τον προγραμματισμό του προϋπολογισμού, την τακτική οικονομική αναφορά και την επίβλεψη για την παρακολούθηση των δαπανών και της χρήσης των

πόρων από τα νοσοκομεία. Επιπλέον, η κυβέρνηση αξιολογεί την απόδοση του νοσοκομείου παρακολουθώντας βασικές μετρήσεις όπως τα αποτελέσματα των ασθενών, η χρήση των υπηρεσιών, η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και η ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή η αξιολόγηση βοηθά στον εντοπισμό περιοχών προς βελτίωση και διασφαλίζει ότι τα νοσοκομεία παρέχουν ποιοτική περίθαλψη με αποτελεσματικό τρόπο.

Η κατανομή της κρατικής χρηματοδότησης στα νοσοκομεία επηρεάζεται επίσης από τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας (Kondilis, Benos, & Stamouli, 2010). Η κυβέρνηση λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τους στόχους της δημόσιας υγείας κατά τον καθορισμό της κατανομής των κεφαλαίων. Αυτό επιτρέπει στοχευμένες επενδύσεις σε τομείς υγειονομικής περίθαλψης που απαιτούν προσοχή, όπως η αντιμετώπιση συγκεκριμένων προκλήσεων της δημόσιας υγείας, η βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και η βελτίωση της συνολικής ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από τα νοσοκομεία.

Παρέχοντας συνεπή και επαρκή χρηματοδότηση, η κυβέρνηση υποστηρίζει τα νοσοκομεία στην κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού (Kondilis, Benos, & Stamouli, 2010). Συμβάλλει στη βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα βασικών πόρων και προωθεί την παροχή υψηλής ποιότητας και προσβάσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς σε όλη την Ελλάδα.

Έλεγχος ποιότητας

Υπάρχουν μέτρα ποιοτικού ελέγχου για να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης παρέχονται αποτελεσματικά και αποτελεσματικά. Η υπηρεσία ασθενοφόρου στην Ελλάδα υπόκειται σε μια σειρά μέτρων ποιοτικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των χρόνων απόκρισης, της ικανοποίησης των ασθενών και των κλινικών αποτελεσμάτων (Vozikis & Aidonis, 2015).

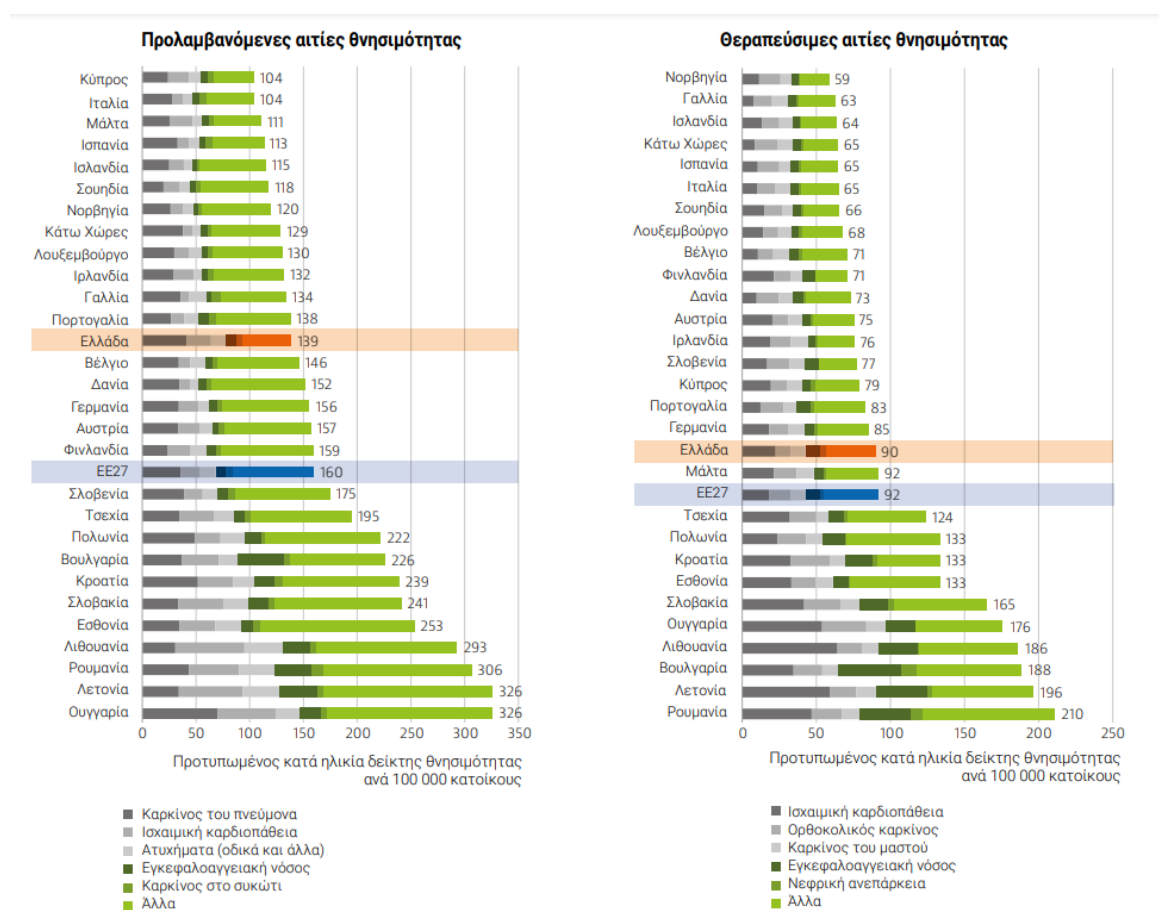
Οι χρόνοι ανταπόκρισης παρακολουθούνται στενά για να διασφαλιστεί ότι τα ασθενοφόρα φτάνουν στο σημείο έκτακτης ανάγκης όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Διενεργούνται επίσης έρευνες ικανοποίησης ασθενών για τη συλλογή ανατροφοδότησης σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από την υπηρεσία ασθενοφόρου.

Τα κλινικά αποτελέσματα παρακολουθούνται τόσο από τις ίδιες τις νοσοκομειακές δομές, ώστε να εξασφαλίσουν την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, όσο και

από ρυθμιστικές αρχές υγείας σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο μπορούν να επιβλέπουν την αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων για να διασφαλίσουν τη συμμόρφωση με τα πρότυπα και τους κανονισμούς υγειονομικής περίθαλψης, για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία. Αυτό περιλαμβάνει την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των ασθενών μετά τη μεταφορά τους σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης και τη διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα (Economou, Kaitelido, Kentikelenis, Sissouras & Maresso, 2014).

Εκτός από αυτά τα μέτρα, η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει μια σειρά από πολιτικές και πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των ιατροφαρμακευτικών παροχών. Αυτά περιλαμβάνουν την εισαγωγή νέων τεχνολογιών και εξοπλισμού, επενδύσεις στην κατάρτιση και εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και την ανάπτυξη τυποποιημένων πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών για την επείγουσα περίθαλψη. Από το παρακάτω διάγραμμα συνειδητοποιούμε ότι η Ελλάδα έχει καλύτερες επιδόσεις όσον αφορά στην προλαμβανόμενη θνησιμότητα σε σύγκριση με τη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες. Το ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας στην Ελλάδα μειώθηκε οριακά κατά την τελευταία πενταετία, αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερο από το ποσοστό στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ. Η κύρια αιτία προλαμβανόμενης θνησιμότητας είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο οποίος αντιστοιχούσε στο 30 % περίπου των πρόωρων θανάτων το 2018, αλλά οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα ατυχήματα είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες. Δεδομένων των υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ιδίως στους άνδρες, είναι αδύνατον να σημειωθούν στο μέλλον βελτιώσεις στα συγκεκριμένα στοιχεία θνησιμότητας, εκτός αν αλλάξουν οι συμπεριφορές. Ενεργοί νοσηλευτές ανά 1 000 κατοίκους Ενεργοί ιατροί ανά 1 000 κατοίκους Μέσος όρος στην ΕΕ: 8,4 Μέσος όρος στην ΕΕ: 3,9 Ιατροί Υψηλή αναλογία Νοσηλευτές Χαμηλή αναλογία Ιατροί Υψηλή αναλογία Νοσηλευτές Υψηλή αναλογία Ιατροί Χαμηλή αναλογία Νοσηλευτές Χαμηλή αναλογία Ιατροί Χαμηλή αναλογία Νοσηλευτές Υψηλή αναλογία. Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες (90 ανά 100 000 κατοίκους) ήταν λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (92 ανά 100 000 κατοίκους) το 2018. Τα δεδομένα τάσεων και άλλα στοιχεία (Karaniolos et al., 2018) δείχνουν αντιστροφή της μείωσης που επικράτησε από το 2000 στα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία άρχισαν να αυξάνονται μεταξύ του 2013 και του 2016, προτού επανέλθουν σε καθοδική τάση. Οι πρόωροι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλοαγγειακές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού επεισοδίου), οι οποίες θεωρούνται προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες

αιτίες, αντιπροσώπευαν το 36 % των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε ανεπάρκειες, αφενός, σε επίπεδο διάγνωσης και αγωγής όσον αφορά τους ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και, αφετέρου, σε επίπεδο διαχείρισης των ασθενών με ισχαιμική καρδιοπάθεια. Στην Ελλάδα έχει δρομολογηθεί μια διαδικασία εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας οι οποίες, εκτός από την επέκταση της εμβέλειας των δημόσιων υπηρεσιών, έχουν ως στόχο την παροχή αποτελεσματικότερης, έγκαιρης και συντονισμένης θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Η πρόωρη θνησιμότητα από ορθοκολικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού ευθύνεται επίσης για ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από το ένα πέμπτο των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη συνεχούς έμφασης στη βελτίωση της ανίχνευσης και της έγκαιρης θεραπείας.



Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EEE602E889AB325BD2D526E>

Κεφάλαιο 2

2.1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα - Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις στο σύστημα υγειονομικής της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης χρηματοδότησης, της έλλειψης επαγγελματιών υγείας και της γήρανσης του πληθυσμού. Η χώρα παλεύει με οικονομικές και χρηματοπιστωτικές κρίσεις εδώ και αρκετά χρόνια, οι οποίες είχαν σημαντικό αντίκτυπο στο σύστημα υγείας της.

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, με τον δημόσιο τομέα να είναι ο κυρίαρχος πάροχος υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού φόρων, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών πληρωμών.

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει συμβάσεις με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών στους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομειακής περίθαλψης και εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για τη σύναψη συμβάσεων με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη και εξειδικευμένες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των διαβουλεύσεων με γενικούς ιατρούς και οικογενειακούς γιατρούς. Ο ΕΟΠΥΥ διαχειρίζεται την αποζημίωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τη συλλογή δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης για την υποστήριξη της παρακολούθησης και αξιολόγησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Ένας από τους βασικούς στόχους του ΕΟΠΥΥ είναι η παροχή καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους Έλληνες πολίτες, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής τους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί

ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτει την πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού.

Ο ΕΟΠΥΥ εργάζεται επίσης για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Αυτό περιλαμβάνει την επένδυση σε νέες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, την προώθηση της χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών υγείας και τη βελτίωση της κατάρτισης και της πρόσληψης επαγγελματιών υγείας.

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ποικίλλει ανάλογα με την τοποθεσία και τον τύπο του παρόχου. Οι αγροτικές περιοχές μπορεί να έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι αστικές περιοχές μπορεί να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε εξειδικευμένη περίθαλψη. Το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα υποχρηματοδοτείται και υποστελεχώνεται εδώ και πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα μεγάλους χρόνους αναμονής και ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η ελληνική κυβέρνηση έχει ξεκινήσει διάφορες πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν την επένδυση σε νέες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, την αύξηση της χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών υγείας και τη βελτίωση της κατάρτισης και της πρόσληψης επαγγελματιών υγείας.

Παρά τις προσπάθειες αυτές, το ελληνικό σύστημα υγείας συνεχίζει να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Οι οικονομικές και χρηματοπιστωτικές κρίσεις της χώρας οδήγησαν σε περικοπές στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και σε μειωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη ορισμένων ασθενών. Επιπλέον, η πανδημία COVID-19 έχει ασκήσει πρόσθετη πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις.

2.1.1. Συστήματα αποζημίωσης στην Ελλάδα πριν τον ΕΟΠΥΥ

Πριν από την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011, υπήρχαν πλήθος οργανωσμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

1. Ινστιτούτο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ): Το ΙΚΑ ήταν το μεγαλύτερο δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα πριν από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2011. Παρείχε κάλυψη υγείας σε εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών τους, καθώς και σε αυτοαπασχολούμενους και τους οικογένειες (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, Apostolakis & Zavras, 2017). Το ΙΚΑ κάλυπτε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλείας, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των διαγνωστικών εξετάσεων και των διαβουλεύσεων με ειδικούς (Koutenakis & Ziakas, 2020). Οι εργοδότες υποχρεούνταν να συνεισφέρουν στην κάλυψη των εργαζομένων τους.
2. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ): Ο ΟΓΑ παρείχε ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε άτομα που ασχολούνται με τον αγροτικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων των αγροτών, των κτηνοτρόφων και των αλιέων (Koutenakis & Ziakas, 2020). Ο ΟΓΑ κάλυψε μια σειρά από ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα μέλη του ΟΓΑ πλήρωναν ένα μέρος του εισοδήματός τους στο σύστημα ως εισφορά κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η κυβέρνηση παρείχε επίσης χρηματοδότηση στον οργανισμό.
3. Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ): Ο ΟΑΕΕ παρείχε ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε αυτοαπασχολούμενους, συμπεριλαμβανομένων ελεύθερων επαγγελματιών, επιχειρηματιών και ιδιοκτητών μικρών επιχειρήσεων (Koutenakis & Ziakas, 2020). Ο ΟΑΕΕ κάλυψε μια σειρά από ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των συμβουλών ειδικών. Μέλη του ΟΑΕΕ πλήρωναν μέρος του εισοδήματός τους στο σύστημα ως εισφορά κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η κυβέρνηση παρείχε επίσης χρηματοδότηση στον οργανισμό (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, Apostolakis & Zavras, 2017).
4. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ): Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρείχε ασφαλιστική κάλυψη υγείας στους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα και τις οικογένειές τους (Koutenakis & Ziakas, 2020). Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κάλυπτε μια σειρά από ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των ειδικών συμβουλών. Μέλη του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ πλήρωναν μέρος του εισοδήματός τους στο σύστημα ως εισφορά κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η κυβέρνηση παρείχε επίσης

χρηματοδότηση στον οργανισμό (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, Apostolakis & Zavras, 2017).

5. Το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT) είναι ένα ταμείο κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα που απευθύνεται ειδικά σε ναυτικούς, συμπεριλαμβανομένων ναυτικών και υπαλλήλων ναυτιλιακών εταιρειών. Λειτουργεί υπό το Υπουργείο Ναυτιλιακών Υποθέσεων και Νησιωτικής Πολιτικής και στοχεύει στην παροχή κοινωνικής ασφάλισης και παροχών σε άτομα του ναυτιλιακού κλάδου (Koutenakis & Ziakas, 2020). Το NAT προσφέρει διάφορα οφέλη κοινωνικής ασφάλισης, όπως ασφάλιση υγείας, συνταξιοδοτικές παροχές και προγράμματα πρόνοιας στα μέλη του. Διαχειρίζεται ένα συνταξιοδοτικό πρόγραμμα για ναυτικούς και συνεργάζεται με άλλα αρμόδια ιδρύματα για να διασφαλίσει την αποτελεσματική διαχείριση των πολιτικών κοινωνικής ασφάλισης (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, Apostolakis & Zavras, 2017). Το NAT διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση των δικαιωμάτων, της ευημερίας και της μακροπρόθεσμης οικονομικής ασφάλειας των ναυτιλιακών εργαζομένων στην Ελλάδα.
6. Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), είναι ένας δημόσιος οργανισμός υγείας στην Ελλάδα. Είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και κάλυψης σε ασφαλισμένους που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, συμπεριλαμβανομένων των δημοσίων υπαλλήλων, των δημοσίων υπαλλήλων και των εξαρτώμενων από αυτούς (Koutenakis & Ziakas, 2020). Ο ΟΠΑΔ διαχειρίζεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει πρωτοβάθμια περίθαλψη, συμβουλευτικές υπηρεσίες ειδικού, νοσηλεία, φάρμακα και άλλες ιατρικές υπηρεσίες. Πρωταρχικός στόχος της είναι να εξασφαλίσει πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για τα ασφαλισμένα μέλη της, προάγοντας την ευημερία και την υγεία των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα και των οικογενειών τους (Tsoukatos & Tsoukas, 2014).
7. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Εκτός από τα δημόσια προγράμματα ασφάλισης υγείας, υπήρχαν επίσης διαθέσιμες επιλογές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφερόταν συνήθως από εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες, εταιρείες αμοιβαίας ασφάλισης και συστήματα που βασίζονταν σε εργοδότες (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, Apostolakis & Zavras, 2017). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρείχε πρόσθετη κάλυψη και

παροχές που δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, όπως πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, μικρότερους χρόνους αναμονής για ραντεβού και κάλυψη για μη βασικές ιατρικές υπηρεσίες όπως η αισθητική χειρουργική. Τα ασφάλιστρα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καταβάλλονταν συνήθως από το άτομο ή τον εργοδότη του (Tsoukatos & Tsoukas, 2014).

2.1.2. Στοχοθεσία ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας) είναι ο μεγαλύτερος πάροχος δημόσιας ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα. Τα οφέλη του ΕΟΠΥΥ στη δημόσια υγεία φαίνονται με διάφορους τρόπους, όπως:

1. Πρόσβαση στην Υγειονομική Περίθαλψη: Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους Έλληνες πολίτες και κατοίκους. Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι που μπορεί να μην είναι σε θέση να αντέξουν οικονομικά την υγειονομική περίθαλψη μπορούν να λαμβάνουν ιατρική φροντίδα, διασφαλίζοντας ότι όλοι έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που χρειάζονται ¹.
2. Πρόληψη Νοσημάτων: Ο ΕΟΠΥΥ διαδραματίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη ασθενειών χρηματοδοτώντας εκστρατείες και πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία. Για παράδειγμα, ο ΕΟΠΥΥ επενδύει σε πρωτοβουλίες για την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, όπως εκστρατείες κατά του καπνίσματος, και παρέχει εμβολιασμούς κατά μολυσματικών ασθενειών όπως η γρίπη.
3. Θεραπεία Χρόνιων Παθήσεων: Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει κάλυψη για τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων, όπως ο διαβήτης και οι καρδιοπάθειες, που μπορεί να είναι δαπανηρές και απαιτούν συνεχή φροντίδα. Αυτό διασφαλίζει ότι τα άτομα με χρόνιες ασθένειες λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις καταστάσεις τους.
4. Επείγουσα Φροντίδα: Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει την επείγουσα ιατρική περίθαλψη, διασφαλίζοντας ότι οι άνθρωποι μπορούν να λάβουν ιατρική φροντίδα γρήγορα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, χωρίς να ανησυχούν για το κόστος.

¹ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4368 ΦΕΚ Α' 21/21.2.2016

5. Υποστήριξη Ευάλωτων Πληθυσμών: Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει στήριξη σε ευπαθείς πληθυσμούς, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία. Αυτό περιλαμβάνει χρηματοδότηση για υπηρεσίες κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης και περίθαλψη στο σπίτι.
6. Πρόσβαση σε Φάρμακα: Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει κάλυψη για ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και ιατρικών προμηθειών. Αυτό διασφαλίζει ότι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση στα φάρμακα που χρειάζονται για να διαχειριστούν την κατάσταση τους και να διατηρήσουν την υγεία τους.
7. Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου: Ο ΕΟΠΥΥ χρηματοδοτεί προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων υγείας, όπως προληπτικούς ελέγχους καρκίνου και υγειονομικούς ελέγχους για παιδιά. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματική θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα υγείας.
8. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει κάλυψη για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων συμβουλευτικής και θεραπείας. Αυτό είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου.
9. Αγωγή Υγείας: Ο ΕΟΠΥΥ επενδύει σε προγράμματα αγωγής υγείας για να βοηθήσει τους ανθρώπους να κατανοήσουν πώς να διατηρήσουν την υγεία τους και να προλάβουν τις ασθένειες. Αυτό περιλαμβάνει εκπαιδευτικό υλικό, σεμινάρια και εργαστήρια που παρέχουν πληροφορίες για την υγιεινή ζωή, την πρόληψη ασθενειών και τη σωστή χρήση των φαρμάκων.
10. Συνεργασία με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης: Ο ΕΟΠΥΥ συνεργάζεται στενά με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να διασφαλίσει ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας. Αυτό περιλαμβάνει χρηματοδότηση για ιατρικό εξοπλισμό, κατάρτιση για επαγγελματίες υγείας και κίνητρα για τους παρόχους να προσφέρουν ποιοτική περίθαλψη.

Συνολικά, ο ΕΟΠΥΥ διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, φάρμακα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα επενδύει στην πρόληψη ασθενειών, σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και στην εκπαίδευση υγείας. Η

συνεργασία της με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης διασφαλίζει ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας, συμβάλλοντας σημαντικά στην υγεία και την ευημερία του ελληνικού πληθυσμού.

2.1.3. Σύστημα αποζημίωσης των παροχών υπηρεσίας υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της πολιτικής αποζημίωσης. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η περιορισμένη χρηματοδότηση, η οποία έχει οδηγήσει σε έλλειψη πόρων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου ιατρικού εξοπλισμού, προμηθειών και προσωπικού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μεγάλους χρόνους αναμονής για τους ασθενείς, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές (Zavras & Kontodimopoulos, 2012).

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι δομημένο γύρω από ένα εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας, το οποίο καλύπτει την πλειοψηφία του πληθυσμού. Το σύστημα αυτό διαχειρίζεται ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την αποζημίωση των εξόδων στους ασθενείς.

Πριν από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2012, η Ελλάδα διέθετε ένα πολύπλοκο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με πολλαπλά ασφαλιστικά ταμεία, συμπεριλαμβανομένων του Ινστιτούτου Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), του Οργανισμού Αγροτικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υγείας (προκάτοχος του ΕΟΠΥΥ) (Zavras & Kontodimopoulos, 2012). Αυτά τα ταμεία ήταν υπεύθυνα για την παροχή κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικές ομάδες ανθρώπων με βάση το επάγγελμά τους ή άλλα κριτήρια, όπως η ηλικία ή το επίπεδο εισοδήματος.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε στις αρχές του 20ου αιώνα, όταν η κυβέρνηση άρχισε να παρέχει υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό μέσω της ίδρυσης δημόσιων νοσοκομείων και κλινικών (Zavras & Kontodimopoulos, 2012). Ωστόσο, μόλις τη δεκαετία του 1950 καθιερώθηκε ένα επίσημο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο παρείχε κάλυψη στους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα.

Τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, έγιναν αρκετές προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ισότητας. Μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις ήταν η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2012,² ο οποίος συγχώνευσε πολλά ασφαλιστικά ταμεία σε μια ενιαία οντότητα με στόχο τη βελτίωση του συντονισμού και τη μείωση του διοικητικού κόστους.

Αναλυτικότερα το σύστημα αποζημίωσης ακολουθεί την εξής διαδικασία. Μία από τις βασικές πτυχές αυτού του συστήματος είναι η θέσπιση ενός χρονοδιαγράμματος τελών. Ο ΕΟΠΥΥ ορίζει ποσοστά αποζημίωσης για διάφορες υπηρεσίες και διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία χρησιμεύουν ως σημείο αναφοράς για τον καθορισμό του ποσού που πρέπει να επιστραφεί στις ασφαλιστικές εταιρείες. Αυτό το πρόγραμμα τελών παρέχει σαφήνεια και διαφάνεια στη διαδικασία αποζημίωσης, διασφαλίζοντας συνέπεια και δικαιοσύνη στα ποσά επιστροφής χρημάτων.

Για τη διευκόλυνση της διαδικασίας επιστροφής χρημάτων, ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει συμφωνίες με ασφαλιστικές εταιρείες. Αυτές οι συμφωνίες περιγράφουν τους ειδικούς όρους και προϋποθέσεις για την αποζημίωση, συμπεριλαμβανομένων των ποσοστών επιστροφής, των διαδικασιών και των απαιτήσεων τεκμηρίωσης (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, & Zavras, 2018). Οι συμφωνίες λειτουργούν ως συμβατικό πλαίσιο που διέπει τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Παρέχουν σαφήνεια και καθοδήγηση σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής της διαδικασίας αποζημίωσης,

² Ο ιδρυτικός νόμος για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στην Ελλάδα το 2012 είναι ο Ν. 4046/2012. Ο νόμος αυτός καθιέρωσε τον ΕΟΠΥΥ ως νέο οργανισμό υπεύθυνο για τη διαχείριση και την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Ο νόμος 4046/2012 εισήγαγε σημαντικές αλλαγές στο ελληνικό σύστημα υγείας, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της προσβασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Συγχώνευσε αρκετούς υφιστάμενους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) και του Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), για να σχηματίσει τον ΕΟΠΥΥ.

Ο νόμος καθόριζε την αποστολή και τους στόχους του ΕΟΠΥΥ, περιγράφοντας τις αρμοδιότητές του για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τον συντονισμό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και τη διαχείριση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Καθιέρωσε το νομικό πλαίσιο για τις λειτουργίες του ΕΟΠΥΥ, τη δομή διακυβέρνησης και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης.

Επιπλέον, ο Νόμος 4046/2012 εισήγαγε μεταρρυθμίσεις στο σύστημα αποζημίωσης και στους μηχανισμούς πληρωμής στο ελληνικό σύστημα υγείας. Στόχος του ήταν η ενίσχυση της διαφάνειας, ο εξορθολογισμός των διοικητικών διαδικασιών και η διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης.

Συνολικά, ο Νόμος 4046/2012 διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και στην καθιέρωση του ΕΟΠΥΥ ως του κύριου φορέα παροχής και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

διασφαλίζοντας ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν σαφή κατανόηση των προσδοκιών και των απαιτήσεων για τη διεκδίκηση επιστροφών.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες, κατόπιν των συμφωνιών με τον ΕΟΠΥΥ, υποβάλλουν αξιώσεις για αποζημίωση βάσει των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ασφαλισμένα μέλη τους. Αυτές οι αξιώσεις περιλαμβάνουν την απαραίτητη τεκμηρίωση, όπως τιμολόγια, ιατρικές εκθέσεις και πληροφορίες ασθενών, που υποστηρίζουν το αίτημα αποζημίωσης (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, & Zavras, 2018). Η τεκμηρίωση χρησιμεύει ως απόδειξη των παρεχόμενων υπηρεσιών και βοηθά στην επαλήθευση της εγκυρότητας και της ακρίβειας της αξίωσης. Είναι σημαντικό για τις ασφαλιστικές εταιρείες να διασφαλίσουν ότι η τεκμηρίωση είναι πλήρης και πληροί τις καθορισμένες απαιτήσεις για να διευκολύνεται η ομαλή επεξεργασία της επιστροφής χρημάτων.

Μόλις υποβληθούν οι αιτήσεις, ο ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει μια διαδικασία επαλήθευσης για να διασφαλίσει την ακρίβεια και την καταλληλότητα των αιτημάτων αποζημίωσης. Αυτή η διαδικασία επαλήθευσης περιλαμβάνει την εξέταση της υποβληθείσας τεκμηρίωσης, την επιβεβαίωση της καταλληλότητας των ασφαλισμένων ατόμων και τη διασφάλιση ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτονται από τα ασφαλιστήρια συμβόλαια. Ο ΕΟΠΥΥ διενεργεί ενδεδειγμένους ελέγχους για τη διασφάλιση της τήρησης των συμφωνηθέντων όρων και κανονισμών (Souliotis, Agapidaki, Papadopoulos, & Zavras, 2018). Αυτό το βήμα βοηθά στην αποφυγή απάτης, ακατάλληλων αξιώσεων και περιττών οικονομικών ζημιών.

Μετά τον έλεγχο των απαιτήσεων, ο ΕΟΠΥΥ προβαίνει στην πληρωμή επιστροφής χρημάτων στις ασφαλιστικές εταιρείες. Οι επιστροφές χρημάτων γίνονται συνήθως μέσω ηλεκτρονικών μεταφορών ή άλλων συμφωνημένων μεθόδων, διασφαλίζοντας την έγκαιρη αποζημίωση για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτονται από τα ασφαλιστήρια συμβόλαια. Ο ΕΟΠΥΥ δίνει προτεραιότητα στην αποτελεσματικότητα και την ακρίβεια στη διεκπεραίωση των επιστροφών για τη διατήρηση της ομαλής ροής κεφαλαίων και τη διατήρηση καλής συνεργασίας με τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Με την εφαρμογή αυτής της συστηματικής διαδικασίας αποζημίωσης, ο ΕΟΠΥΥ διασφαλίζει ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες λαμβάνουν τις κατάλληλες επιστροφές για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στα ασφαλισμένα μέλη τους. Αυτό το σύστημα προάγει τη διαφάνεια, τη δικαιοσύνη και τη λογοδοσία στη διαδικασία επιστροφής χρημάτων, προς όφελος τόσο των ασφαλιστικών εταιρειών όσο και των ασφαλισμένων, διευκολύνοντας τις έγκαιρες και ακριβείς αποζημιώσεις.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αντιπροσώπευε μια σημαντική στροφή στο ελληνικό σύστημα υγείας, με στόχο την καθολική κάλυψη και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Ενώ υπήρξαν προκλήσεις στην εφαρμογή του νέου συστήματος, ο ΕΟΠΥΥ παραμένει βασικός θεσμός στο ελληνικό σύστημα υγείας, παρέχοντας κάλυψη σε εκατομμύρια ανθρώπους και διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της δημόσιας υγείας (Zavras & Kontodimopoulos, 2012). Αναλυτικότερα από την ίδρυσή του το 2012, ο ΕΟΠΥΥ αντιμετώπισε αρκετές προκλήσεις στην υλοποίηση της αποστολής του για την παροχή καθολικής υγειονομικής κάλυψης και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης στην Ελλάδα. Μερικές από τις σημαντικότερες προκλήσεις περιλαμβάνουν (Zavras & Kontodimopoulos, 2012):

- **Οικονομική Βιωσιμότητα:** Ο ΕΟΠΥΥ δυσκολεύεται να διατηρήσει τη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως η υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και η ανεπαρκής χρηματοδότηση από την κυβέρνηση. Αυτό οδήγησε σε οικονομικό έλλειμμα, το οποίο κατέστησε δύσκολη την παροχή επαρκούς κάλυψης και τη διατήρηση της ποιότητας της περίθαλψης (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, Maresso, & Theodorou, 2014).
- **Διοικητικά Θέματα:** Η συγχώνευση πολλαπλών ασφαλιστικών ταμείων για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν μια σύνθετη διαδικασία που περιείχε σημαντικές διοικητικές δυσκολίες (Tsoukatos & Tsoukas, 2017). Υπήρχαν ζητήματα με την ενοποίηση διαφορετικών συστημάτων πληροφορικής και βάσεων δεδομένων, καθώς και προκλήσεις στον εξορθολογισμό των διοικητικών διαδικασιών.
- **Πρόσβαση στην περίθαλψη:** Ενώ ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε με στόχο την παροχή καθολικής κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα με την πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές και για ευάλωτους πληθυσμούς (Tsoukatos & Tsoukas, 2017). Υπάρχουν επίσης ζητήματα με μεγάλους χρόνους αναμονής για ραντεβού και διαδικασίες, που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα των ασθενών.
- **Ποιότητα Φροντίδας:** Ο ΕΟΠΥΥ έχει αντιμετωπίσει προκλήσεις στη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς, ιδιαίτερα ενόψει της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και των οικονομικών περιορισμών (Karamanoli & Stoelwinder, 2018). Υπήρξαν

ανησυχίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα ιατρικών πόρων, την ποιότητα των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού, καθώς και την κατάρτιση και τα προσόντα των επαγγελματιών υγείας.

- Πολιτική επιρροή: Όπως πολλοί δημόσιοι φορείς στην Ελλάδα, ο ΕΟΠΥΥ έχει υποστεί πολιτικές επιρροές και παρεμβάσεις, γεγονός που έχει οδηγήσει σε αστάθεια και αβεβαιότητα στο σύστημα (Karamanolí & Stoelwinder, 2018). Οι αλλαγές στις κυβερνητικές πολιτικές και προτεραιότητες μπορούν να επηρεάσουν τη χρηματοδότηση και τους πόρους, καθώς και τη συνολική κατεύθυνση και εστίαση του οργανισμού.

Νομοθετικό Πλαίσιο

Εντούτοις, για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο ΕΟΠΥΥ και το σύστημα υγείας ευρύτερα. Μερικές από τις βασικές νομοθετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν:

- Νόμος 4046/2012: Με τον νόμο αυτό ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ και συγχωνεύτηκαν πολλά ασφαλιστικά ταμεία σε ένα ενιαίο φορέα με στόχο τη βελτίωση του συντονισμού και τη μείωση του διοικητικού κόστους.
- Νόμος 4270/2014: Ο νόμος αυτός εισήγαγε διάφορα μέτρα με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας του ΕΟΠΥΥ, μεταξύ των οποίων η σύσταση ειδικού ταμείου για την υποστήριξη του οργανισμού και η εισαγωγή νέου μοντέλου χρηματοδότησης με βάση το ποσοστό του ΑΕΠ.
- Νόμος 4368/2016: Ο νόμος αυτός εισήγαγε διάφορα μέτρα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης που παρέχεται από τον ΕΟΠΥΥ, μεταξύ των οποίων η θέσπιση προτύπων ποιότητας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και η εισαγωγή συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης της απόδοσης των παρόχων.
- Νόμος 4387/2016: Ο νόμος αυτός εισήγαγε διάφορα μέτρα με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας εθνικού δικτύου υγείας για τη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τη θέσπιση μέτρων για την αντιμετώπιση των

ανισοτήτων στην πρόσβαση στην περίθαλψη μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών.

- Νόμος 4512/2018: Ο νόμος αυτός εισήγαγε διάφορα μέτρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ των οποίων η θέσπιση νέου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και χορήγησης φαρμάκων, η εισαγωγή νέου συστήματος διαχείρισης των εισαγωγών στα νοσοκομεία και η δημιουργία μια νέα υπηρεσία υπεύθυνη για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτές οι νομοθετικές πρωτοβουλίες αντικατοπτρίζουν τις συνεχιζόμενες προσπάθειες για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο ΕΟΠΥΥ και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα ευρύτερα και την δυνατότητα πρόσβασης στις δομές υγειονομικής περίθαλψης. Για να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι ασθενείς πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στο εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας και να καταβάλλουν μηνιαία εισφορά με βάση το επίπεδο εισοδήματός τους (Zavras & Kontodimopoulos, 2012). Μόλις εγγραφούν, οι ασθενείς δικαιούνται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της ειδικής περίθαλψης, της νοσοκομειακής περίθαλψης και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιους παρόχους είναι γενικά επιλέξιμοι για πλήρη αποζημίωση της συμμετοχής τους. Ωστόσο, οι ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από ιδιώτες παρόχους ενδέχεται να δικαιούνται μερική επιστροφή των εξόδων της συμμετοχής τους, ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας και τη σύμβαση του παρόχου με τον ΕΟΠΥΥ. Για να λάβουν αποζημίωση, οι ασθενείς πρέπει να υποβάλουν έντυπο αξίωσης και δικαιολογητικά στον ΕΟΠΥΥ εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου, συνήθως εντός έξι μηνών από τη λήψη της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια ο ΕΟΠΥΥ εξετάζει την αξίωση και αποζημιώνει τον ασθενή για το επιλέξιμο ποσό.

Ενώ η πολιτική αποζημίωσης στην Ελλάδα έχει σχεδιαστεί για να παρέχει καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, το σύστημα αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις λόγω περιορισμένης χρηματοδότησης και πόρων. Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση έχει ασκήσει πρόσθετη πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε μειωμένη χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και

ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών. Επιπλέον, η πολιτική αποζημίωσης υπόκειται σε συχνές αλλαγές και ενημερώσεις, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση τόσο στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και στους ασθενείς. Η διαδικασία υποβολής αξιώσεων μπορεί επίσης να είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα, απαιτώντας από τους ασθενείς να παρέχουν λεπτομερή τεκμηρίωση και αποδείξεις. Παράλληλα, η πολιτική αποζημίωσης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο έχει αντιμετωπίσει σημαντικές οικονομικές πιέσεις τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης. Αυτό οδήγησε σε καθυστερήσεις στις επιστροφές δαπανών και σε μειωμένη χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, επιδεινώνοντας περαιτέρω τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών, η ελληνική κυβέρνηση έχει ξεκινήσει μια σειρά από πρωτοβουλίες με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές περιλαμβάνουν την επένδυση σε νέες υποδομές και εξοπλισμό υγειονομικής περίθαλψης, την επέκταση της χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών υγείας και την αύξηση της διαθεσιμότητας του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τις προσπάθειες αυτές, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένων των μεγάλων χρόνων αναμονής για τους ασθενείς και της έλλειψης πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Η κυβέρνηση και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης επιδιώκει την διευθέτηση των τυχόν κωλυμάτων μέσω συνεχών επενδύσεων και μεταρρύθμισης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, εργάζονται επίσης για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για να διασφαλίσει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά του και να μειώσει την επιβάρυνση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει τη θέσπιση μέτρων για την ενθάρρυνση υγιεινότερου τρόπου ζωής και τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων ασθενειών, οι οποίες αποτελούν σημαντικό παράγοντα για το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Συνολικά, ενώ η πολιτική αποζημίωσης στην Ελλάδα έχει σχεδιαστεί για να παρέχει καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει κωλυσιαστικά την διαδικασία αποζημίωσης. Η κυβέρνηση και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης εργάζονται για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων μέσω συνεχών επενδύσεων και μεταρρύθμισης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

2.1.4. Αποζημιώσεις σε δημόσια νοσοκομεία

Οι επιστροφές στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν υποστεί σημαντικές αλλαγές με την πάροδο των ετών, αντανακλώντας ευρύτερες αλλαγές στο σύστημα υγείας της χώρας. Πριν από την καθιέρωση του εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας της Ελλάδας τη δεκαετία του 1980, τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν σε μεγάλο βαθμό από άμεσες κρατικές επιδοτήσεις. Οι ασθενείς που έλαβαν περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία συνήθως πλήρωναν ελάχιστα ή καθόλου έξοδα από την τσέπη τους.

Με τη θέσπιση του εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας, ωστόσο, οι ασθενείς άρχισαν να πληρώνουν ένα μέρος του κόστους των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό το σύστημα συνπληρωμής σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στον έλεγχο του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς είχαν κάποιο οικονομικό μερίδιο στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που έλαβαν (Liaropoulos & Tragakes, 2010).

Με την πάροδο των ετών, το σύστημα συμπληρωματικής πληρωμής έχει υποστεί ορισμένες αλλαγές, αντανακλώντας αλλαγές στην κυβερνητική πολιτική και τις προτεραιότητες στον τομέα της υγείας (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 2000, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε νέες απαιτήσεις συνπληρωμής και μείωσε τη χρηματοδότηση για τα δημόσια νοσοκομεία σε μια προσπάθεια να ελέγξει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα τελευταία χρόνια, η ελληνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας και τη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτό περιλαμβάνει προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό των δημόσιων νοσοκομείων, την αύξηση της χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση των πολιτικών αποζημίωσης για τους ασθενείς.

Σήμερα, οι ασθενείς που λαμβάνουν περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας καλούνται να πληρώσουν συμπληρωμή με βάση το επίπεδο εισοδήματός τους και το είδος της υπηρεσίας που λαμβάνουν (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Το ποσό της

συμπληρωμής είναι συνήθως χαμηλότερο για ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και για βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερο για ασθενείς υψηλότερου εισοδήματος και για πιο εξειδικευμένες ή προηγμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς που λαμβάνουν περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας μπορεί να δικαιούνται μερική ή ολική αποζημίωση της συνδρομής τους, ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματός τους και τις ειδικές συνθήκες περίθαλψης τους. Για να λάβουν αποζημίωση, οι ασθενείς πρέπει να υποβάλουν έντυπο αίτησης και δικαιολογητικά στον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υγείας), ο οποίος διαχειρίζεται το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ και λαμβάνουν περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία μπορεί να δικαιούνται μερική ή ολική αποζημίωση της συμμετοχής τους, ανάλογα με το ύψος του εισοδήματός τους και τις ειδικές συνθήκες περίθαλψης τους. Για παράδειγμα, ασθενείς με χαμηλό εισόδημα μπορεί να είναι επιλέξιμοι για μειωμένα ποσά συμμετοχής ή ακόμη και πλήρη επιστροφή των εξόδων τους.

Για να υποβάλουν αίτηση για αποζημίωση της συμμετοχής τους, οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλουν έντυπο αίτησης και δικαιολογητικά στον ΕΟΠΥΥ. Το έντυπο αξίωσης πρέπει να συμπληρωθεί από τον γιατρό ή το νοσοκομείο του ασθενούς και πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με τη φροντίδα που έλαβε και το κόστος των υπηρεσιών. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να προσκομίσουν απόδειξη για το επίπεδο εισοδήματός τους, καθώς αυτό θα καθορίσει το ποσό της αποζημίωσης που δικαιούνται να λάβουν. Μόλις παραληφθεί το έντυπο της αξίωσης και τα δικαιολογητικά, ο ΕΟΠΥΥ θα εξετάσει την αίτηση και θα διαπιστώσει εάν ο ασθενής δικαιούται αποζημίωση. Εφόσον εγκριθεί η αίτηση, ο ΕΟΠΥΥ θα εκδώσει επιστροφή χρημάτων στον ασθενή για το ποσό της συμμετοχικής πληρωμής.

2.2. ΚΕΤΕΚΝΥ

Το ΚΕΤΕΚΝΥ (Κέντρο Τεχνολογικής Επίλυσης Κυρίων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών) είναι το ελληνικό ακρωνύμιο του Κέντρου Τεχνολογικής Ανάλυσης Μεγάλων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. Είναι ένα εξειδικευμένο κέντρο που ιδρύθηκε στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή τεχνολογικής υποστήριξης και τεχνογνωσίας στη διαχείριση και βελτιστοποίηση μεγάλων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Το ΚΕΤΕΚΝΥ είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης βασισμένο σε DRG, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να παρέχει πιο ακριβή και διαφανή αποζημίωση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ketekny.gr) .

Στην Ελλάδα, η ΚΕΤΕΚΝΥ έχει παίξει ρόλο στην εφαρμογή και διατήρηση του συστήματος DRG εντός του ελληνικού συστήματος υγείας. Έχει συμμετάσχει στην ανάπτυξη και την ενημέρωση του συστήματος ταξινόμησης DRG, παρέχοντας εκπαίδευση και υποστήριξη σε επαγγελματίες του τομέα της υγείας και ιδρύματα σχετικά με την κωδικοποίηση και την τεκμηρίωση των DRG και διασφαλίζοντας ακριβή αποζημίωση για υπηρεσίες που παρέχονται βάσει του συστήματος DRG.

Οι κύριοι στόχοι του ΚΕΤΕΚΝΥ περιστρέφονται γύρω από την προστασία και την ενίσχυση του θεσμού της οικογένειας στην ελληνική κοινωνία. Το κέντρο εστιάζει στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων, στην ευαισθητοποίηση και στην προώθηση θετικών οικογενειακών δυναμικών και σχέσεων. Προσφέρει μια σειρά από υπηρεσίες και προγράμματα που στοχεύουν σε διαφορετικά στάδια της οικογενειακής ζωής, από την προσύλληψη μέχρι τη γονεϊκότητα και την ανάπτυξη του παιδιού.

Οι δραστηριότητες της ΚΕΤΕΚΝΥ περιλαμβάνουν:

- Οικογενειακός Προγραμματισμός: Η ΚΕΤΕΚΝΥ παρέχει πληροφορίες και συμβουλευτική για τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, την αναπαραγωγική υγεία και την αντισύλληψη. Στόχος του είναι να υποστηρίξει άτομα και ζευγάρια στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με το μέγεθος της οικογένειας και την απόσταση μεταξύ των παιδιών.
- Υποστήριξη Γονέων: Το κέντρο προσφέρει διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα και εργαστήρια για να βοηθήσει τους γονείς να αναπτύξουν αποτελεσματικές γονικές δεξιότητες. Αυτά τα προγράμματα καλύπτουν θέματα όπως η ανάπτυξη του παιδιού, η διατροφή, η υγειονομική περίθαλψη, η προσχολική εκπαίδευση και οι τεχνικές θετικής πειθαρχίας.
- Προστασία Παιδιού: Το ΚΕΤΕΚΝΥ διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, παραμέλησης και εκμετάλλευσης. Συνεργάζεται με άλλους κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς για την ευαισθητοποίηση, την παροχή υποστήριξης σε ευάλωτες οικογένειες και τον συντονισμό παρεμβάσεων για την προστασία των παιδιών.

- Οικογενειακή Συμβουλευτική: Το κέντρο προσφέρει επαγγελματικές συμβουλευτικές υπηρεσίες σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν διάφορες προκλήσεις, όπως συζυγικές συγκρούσεις, σχέσεις γονέα-παιδιού και ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Αυτές οι υπηρεσίες στοχεύουν στην ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών, στη βελτίωση της επικοινωνίας και στην αντιμετώπιση ατομικών και οικογενειακών αναγκών.
- Έρευνα και Ανάπτυξη Πολιτικής: Η ΚΕΤΕΚΝΥ διεξάγει έρευνα για θέματα που σχετίζονται με την οικογένεια και συμμετέχει σε πρωτοβουλίες ανάπτυξης πολιτικής. Συμβάλλει στη διαμόρφωση και εφαρμογή εθνικών στρατηγικών και προγραμμάτων που σχετίζονται με την οικογενειακή ευημερία, την αύξηση του πληθυσμού και τις δημογραφικές τάσεις.

Το σύστημα DRG στοχεύει στην προώθηση της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας και της δικαιοσύνης στην αποζημίωση της υγειονομικής περίθαλψης ευθυγραμμίζοντας τις πληρωμές με την πολυπλοκότητα και την ένταση της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Έχει εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες παγκοσμίως ως μέσο τυποποίησης των πρακτικών αποζημίωσης και ενθάρρυνσης των προσπαθειών συγκράτησης του κόστους.

Κεφάλαιο 3

3.1. Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια

Η έννοια των Κλειστών Ελληνικών Νοσήλιων (KEN)/ Closed Integrated Units (KENS) - στην υγειονομική περίθαλψη υπάρχει εδώ και αρκετές δεκαετίες και έχει τις ρίζες της στην ανάπτυξη εξειδικευμένων νοσοκομειακών μονάδων για ασθενείς με συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις, τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου ήταν γνωστές ως Μονάδες Ειδικής Φροντίδας ή Μονάδες Εντατικής Φροντίδας. Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN) είναι ένα σύστημα αποζημίωσης που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, οι ασφαλισμένοι που ανήκουν σε συγκεκριμένες ασφαλιστικές κατηγορίες μπορούν να επιλέξουν να λάβουν ιατρική περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία που έχουν συμβόλαιο με το εκάστοτε ΚΕΝ. Τα ΚΕΝ έχουν σχεδιαστεί ώστε οι ασφαλιστικές εταιρείες να αποζημιώνουν τις ιδιωτικές κλινικές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με βάση τις συμβατικές συμφωνίες που έχουν συναφθεί. που σημαίνει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν όλη την ιατρική φροντίδα στη μονάδα, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων, της θεραπείας και της παρακολούθησης, χωρίς να χρειάζεται να φύγουν από τη μονάδα. Αυτή η προσέγγιση βοηθά να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν έγκαιρη και συντονισμένη φροντίδα, η οποία μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα και να μειώσει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

Στην περίπτωση των ΚΕΝ, τα DRG επηρέασαν τον τρόπο αποζημίωσης και τη χρηματοδότηση των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων που συμμετέχουν στο σύστημα. Με την εφαρμογή των DRG, οι ασφαλιστικές εταιρείες καταβάλλουν την αποζημίωση με βάση τον κωδικό DRG που αντιστοιχεί στον ασθενή και την περίπτωση του. Αυτό σημαίνει ότι η αποζημίωση που καταβάλλεται στα ΚΕΝ είναι συνδεδεμένη με τις προσδοκώμενες δαπάνες για κάθε DRG, καθώς και με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η επίδραση των DRG στα ΚΕΝ έχει συμβάλλει στην προώθηση της οικονομικής αποδοτικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Μέσω των κωδικών DRG, οι παρόχοι υπηρεσιών μπορούν να παρακολουθούν τις δαπάνες και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενθαρρύνοντας την αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων και την προσφορά υψηλής ποιότητας φροντίδα

Τα DRG στην υγειονομική περίθαλψη έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες σε όλο τον κόσμο, καθεμία με τη δική της μοναδική ιστορία και πλαίσιο. Να μερικά παραδείγματα:

Ηνωμένες Πολιτείες:

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα πρώτα DRG στην υγειονομική περίθαλψη ιδρύθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Τις δεκαετίες που ακολούθησαν, συνέχισαν να εξελίσσονται και εφαρμόστηκαν σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιολογίας, της νευρολογίας και της ογκολογίας.

Τα KEN θεωρήθηκαν ως ένας τρόπος παροχής εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές παθήσεις, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Σήμερα, αποτελούν κοινό χαρακτηριστικό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ, με πολλά νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα να προσφέρουν εξειδικευμένες μονάδες για ασθενείς με συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις. Αυτές οι μονάδες στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, θεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι συνεργάζονται για να παρέχουν συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς.

Η χρήση τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ είχε σημαντικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα των ασθενών και στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία σε KEN έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο και λιγότερες επιπλοκές από τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία σε παραδοσιακά νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Έχουν επίσης βρεθεί ότι μειώνουν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας την ανάγκη για επανεισδοχές και πρόσθετες ιατρικές παρεμβάσεις.

Ωστόσο, η εφαρμογή τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ δεν ήταν χωρίς προκλήσεις. Μια σημαντική πρόκληση ήταν η πολυπλοκότητα και η ακρίβεια της κωδικοποίησης. Η εκχώρηση του σωστού κωδικού DRG απαιτούσε ακριβή τεκμηρίωση και κωδικοποίηση των διαγνώσεων, των διαδικασιών και των επιπλοκών των ασθενών. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία ήταν συχνά πολύπλοκη και επιρρεπής σε σφάλματα, τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε λανθασμένη κωδικοποίηση και πιθανή υποπληρωμή ή

υπερπληρωμή. Απαιτούσε εκτεταμένη εκπαίδευση και πόρους για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να εξασφαλίσουν ακριβή κωδικοποίηση.

Μια άλλη πρόκληση ήταν το θέμα της αναβάθμισης του συστήματος DRG (Houchens, & Elixhauser, 2017). Υπήρχαν ανησυχίες ότι ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να χειραγωγήσουν ή να «αλλοιώσουν» το σύστημα για να αυξήσουν τα έσοδα από τις αποζημιώσεις. Η αναβάθμιση περιλάμβανε την εκχώρηση κωδικού DRG υψηλότερης σοβαρότητας από ό,τι δικαιολογούσε η πραγματική κατάσταση του ασθενούς, με αποτέλεσμα υψηλότερη αποζημίωση. Αυτό έθεσε ερωτήματα σχετικά με την ακεραιότητα του συστήματος DRG και την ανάγκη αποτελεσματικών μηχανισμών παρακολούθησης και ελέγχου για την πρόληψη τέτοιων πρακτικών.

Η εφαρμογή των DRG είχε επίσης ανεπιθύμητες συνέπειες. Για παράδειγμα, ενθάρρυνε την πρόωμη έξοδο του ασθενούς για να ελαχιστοποιήσει τη διαμονή και το κόστος στο νοσοκομείο (Houchens, & Elixhauser, 2017). Ενώ αυτό είχε σκοπό να προωθήσει την αποτελεσματικότητα, εγείρει ανησυχίες σχετικά με τον πιθανό αντίκτυπο στα αποτελέσματα των ασθενών και την ανάγκη για κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη μετά την έξοδο για τη διασφάλιση της ευημερίας του ασθενούς.

Μια άλλη πρόκληση ήταν η μεταβλητότητα των συνθηκών των ασθενών. Οι DRG ομαδοποιούν ασθενείς με βάση παρόμοιες διαγνώσεις και διαδικασίες, αλλά αυτό μπορεί να μην αποτυπώνει πάντα την πλήρη πολυπλοκότητα και τη σοβαρότητα των μεμονωμένων καταστάσεων του ασθενούς. Οι επικριτές υποστήριξαν ότι αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε υποπληρωμή για ασθενείς με πιο περίπλοκες και εντατικές ανάγκες φροντίδας πόρων, δημιουργώντας ενδεχομένως οικονομικές προκλήσεις για τα νοσοκομεία (Houchens, & Elixhauser, 2017).

Επιπρόσθετα, η περιορισμένη κλινική διαφοροποίηση που αντιστοιχούσε στο σύστημα DRG ήταν μια πρόκληση. Το σύστημα βασίζεται σε ιστορικά δεδομένα και το μέσο κόστος, το οποίο μπορεί να μην λαμβάνει πλήρως υπόψη τις διακυμάνσεις στα αποτελέσματα, τις επιπλοκές ή τις απαντήσεις στη θεραπεία των ασθενών. Αυτό έθετε προκλήσεις για ασθενείς με μοναδικές ή πολύπλοκες καταστάσεις που δεν ταιριάζουν απόλυτα στις υπάρχουσες κατηγορίες DRG.

Παρά αυτές τις προκλήσεις, η χρήση των KEN στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ συνεχίζει να εξελίσσεται και να επεκτείνεται, με συνεχείς προσπάθειες για τη

βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης και την αύξηση της πρόσβασης σε αυτές τις εξειδικευμένες μονάδες για όλους τους ασθενείς που έχουν ανάγκη.

Ηνωμένο Βασίλειο:

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η έννοια των DRG εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1970, όταν η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) εισήγαγε ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης νοσοκομείων. Το νέο σύστημα ενθάρρυνε τα νοσοκομεία να ιδρύσουν εξειδικευμένες μονάδες για ασθενείς με συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης και να μειωθεί το κόστος. Τα πρώτα DRG στο Ηνωμένο Βασίλειο ιδρύθηκαν για ασθενείς με καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρκίνο και στελεχώθηκαν από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, ιδρύθηκαν DRG για να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρκίνο. Αυτές οι μονάδες στελεχώθηκαν από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, θεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αξιοποίηση των DRG στην υγειονομική περίθαλψη είναι σχετικά νέα και η χρήση αυτών των μονάδων δεν είναι τόσο διαδεδομένη όσο σε άλλες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά παραδείγματα DRG στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου, ιδιαίτερα στους τομείς της καρδιολογίας, της νευρολογίας και της φροντίδας για εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτές οι μονάδες στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, θεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι συνεργάζονται για να παρέχουν συντονισμένη και εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς.

Η εφαρμογή των DRG στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Παρέχοντας εξειδικευμένη περίθαλψη με συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο, τα DRG θεωρούνται ένας τρόπος για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, τη μείωση της παραμονής στο νοσοκομείο και τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τα πιθανά οφέλη των DRG, η χρήση αυτών των μονάδων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου έχει αντιμετωπίσει αρκετές προκλήσεις. Μία από τις κύριες προκλήσεις ήταν η εξασφάλιση επαρκούς προσωπικού και πόρων για αυτές τις

εξειδικευμένες μονάδες, ιδιαίτερα ενόψει της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Μια άλλη πρόκληση ήταν η διασφάλιση ότι όλοι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε DRG, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση ή τη γεωγραφική τους θέση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να αποκτήσουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες DRG, κάτι που μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στη φροντίδα. Συνολικά, η χρήση των DRG στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου εξακολουθεί να εξελίσσεται και υπάρχουν συνεχείς εργασίες για την επέκταση της χρήσης αυτών των μονάδων και τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητάς τους.

Γερμανία:

Στη Γερμανία, η έννοια των DRG δεν είναι τόσο διαδεδομένη όσο σε άλλες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά παραδείγματα DRG στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στους τομείς της καρδιολογίας, της νευρολογίας και της εντατικής θεραπείας. Αυτές οι μονάδες στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών, θεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι συνεργάζονται για να παρέχουν συντονισμένη και εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς.

Η εφαρμογή των DRG στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Παρέχοντας εξειδικευμένη περίθαλψη με συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο, τα DRG θεωρούνται ένας τρόπος για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, τη μείωση της παραμονής στο νοσοκομείο και τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης.

Μία από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η εφαρμογή των DRG στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι η αποκεντρωμένη φύση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι οργανωμένο γύρω από ένα δίκτυο νοσοκομείων και ιατρικών ιατρείων που είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να καταστήσει δύσκολο τον συντονισμό της περίθαλψης μεταξύ διαφορετικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τη διασφάλιση ότι όλοι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες DRG.

Μια άλλη πρόκληση που αντιμετωπίζει η εφαρμογή των DRG στη Γερμανία είναι η έλλειψη επαγγελματιών υγείας. Όπως πολλές άλλες χώρες, η Γερμανία αντιμετωπίζει έλλειψη γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, γεγονός που μπορεί να δυσχεράνει την επαρκή στελέχωση των DRG και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Συνολικά, η χρήση των DRG στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να εξελίσσεται και υπάρχουν συνεχείς εργασίες για επέκταση.

3.2. KEN στην Ελλάδα

Η εφαρμογή των KEN στην Ελλάδα ήταν μια απάντηση στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας της χώρας, συμπεριλαμβανομένης της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, του αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης και της έλλειψης επαγγελματιών υγείας (Athanasakis, & Kygiourou, 2008). Η δημιουργία KEN θεωρήθηκε ως ένας τρόπος βελτίωσης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, μείωσης των ποσοστών παραμονής στο νοσοκομείο και βελτίωσης των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Πρόκειται για μια φιλόδοξη πρωτοβουλία και, μετά από απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, διορίστηκε μια επιτροπή για να εξετάσει την εισαγωγή των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, υπό την προεδρία του καθηγητή Ν. Μανιαδάκη. Η πρόταση της επιτροπής για 700 KEN με συντελεστή κόστους μόνο για το ΕΣΥ υποβλήθηκε στο ΚΕΣΥ τον Μάρτιο και έλαβε θετική γνωμοδότηση στη συνεδρίαση της ολομέλειας τον Μάιο του 2011. Στη συνέχεια, εκδόθηκε η σχετική Κοινή Απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου των Υπουργείων Οικονομικών, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας - στις 27 Σεπτεμβρίου 2011 ολοκληρώθηκε η χαρτογράφηση του KEN-ICD10 (Ονομασία Διάγνωσης) με τη σημαντική συμβολή 25 ομάδων Συντονιστών Ιατρικών Διευθυντών ΕΣΥ από όλες τις ειδικότητες - από τις 10 Ιανουαρίου 2011. Ξεκίνησαν 700 αιτήσεις με βάση το KEN σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, με ανταπόκριση από όλα τα πληροφοριακά συστήματα - μέχρι το τέλος του 2011 θα ολοκληρωθεί η παραμετροποίηση και η συμφωνία (ονοματολογία, κόστος KEN, μέση διάρκεια παραμονής) και από την 1η Ιανουαρίου 2012 το KEN θα είναι ένα χρήσιμο

και αποτελεσματικό οικονομικό και λειτουργικό νοσοκομειακό θα είναι ένα χρήσιμο και αποτελεσματικό εργαλείο. Η ενσωμάτωση των μηχανισμών υποστήριξης και άλλων προτάσεων (προγραμματισμένη για το 2011) θα γίνει από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) μέσω του έργου ολοκλήρωσης του ΕΣΠΑ (Ε.Π. "Διοικητική Μεταρρύθμιση"), με επιστημονικό υπεύθυνο τον καθηγητή Γ. Υπό την καθοδήγηση του καθηγητή Γ. Κυριόπουλου, Αθήνα Υποστηρίχθηκε από το Πανεπιστήμιο και διεξήχθη υπό την καθοδήγηση του καθηγητή Γ. Κυριόπουλου.

Η ίδρυση ΚΕΝ στην Ελλάδα βοήθησε στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης επαγγελματιών υγείας και της αύξησης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Παρέχοντας εξειδικευμένη περίθαλψη με συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο, τα ΚΕΝ συνέβαλαν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και στη μείωση της επιβάρυνσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολό του (Κορυτσάλη, Μανωλάρα & Μπιζμπιρούλα, 2012).

Τα Ελληνικά Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αποτελούν μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλείων ασθενών η οποία βασίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα DRGs (Diagnosis Related Groups). Σκοπός της διαδικασίας είναι η ομαδοποίηση όλων των νοσηλείων ασθενών σε κατηγορίες (περίπου 700), έτσι ώστε να απλοποιηθεί η διαδικασία τιμολόγησης, ελέγχου, εκκαθάρισης τιμολογίων και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Κορυτσάλη, Μανωλάρα & Μπιζμπιρούλα, 2012). Με την καθολική εφαρμογή της διαδικασίας αυτής, θα προκύψουν μεγάλα οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών και θα επιταχυνθούν σημαντικά όλες οι σχετικές διαδικασίες. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011) Τα ΚΕΝ αποτελούν ένα γενικευμένος τιμοκατάλογος νοσηλείων, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΑΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Τα στοιχεία αυτά ανταποκρίνονται στους μέσους όρους νοσηλείων, και χρησιμοποιούνται για την ταχεία και εύκολη τιμολόγηση των περιστατικών, ανεξάρτητα του ακριβούς αριθμού χρεώσεων και του ακριβούς κόστους νοσηλείας που πραγματικά υπήρξε. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (Κορυτσάλη, Μανωλάρα & Μπιζμπιρούλα, 2012) , έχει πραγματοποιήσει ήδη σημαντική εργασία ανάπτυξης των απαιτούμενων υποδομών (συγκρότηση των απαιτούμενων ομάδων εργασίας, υιοθέτηση συστήματος DRGs μετά από έρευνα ξένων

συστημάτων, μετάφραση και απόδοση στα ελληνικά της απαραίτητης ορολογίας, σύνδεση των DRGs με κωδικούς διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων, κοστολόγηση, εκτίμηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας, ανάπτυξη διαδικασιών, κτλ) ώστε να είμαστε σήμερα έτοιμοι να εισαχθεί και εφαρμοσθεί και στη χώρα μας η παραπάνω μεθοδολογία τιμολόγησης που εφαρμόζεται ήδη σε πολλές χώρες παγκοσμίως. Προς διευκόλυνση όλων των εμπλεκομένων, έχει συγκεντρωθεί όλη η σχετική τεκμηρίωση, εγκύκλιοι, ΚΥΑ, εκπαιδευτικό υλικό, καθώς και οι απαιτούμενοι πίνακες, εργαλεία λογισμικού, κτλ στην ιστοσελίδα του ΥΥΚΑ στην διεύθυνση: www.yyka.don.gr, Υγεία/Κωδικοποιήσεις Διαδικασίες/Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια: Απευθείας σύνδεσμος προς τη διεύθυνση αυτή υπάρχει και στην πρώτη σελίδα του site του ΥΥΚΑ [Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN-DRGs)]. Στη διεύθυνση αυτή θα αναρτάται με την πάροδο του χρόνου οτιδήποτε πρόσθετη τεκμηρίωση απαιτηθεί. Με βάση τα παραπάνω και την Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ (Αρ.Πρωτ. 94622, 23/08/2011), από 9/9/2011 ξεκινάει η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε μία ομάδα 20 πιλοτικών Νοσοκομείων με σκοπό τη σταδιακή εξοικείωση με τη διαδικασία, την απόκτηση εμπειρίας και την κατά το δυνατόν ομαλή μετάβαση στη νέα τιμολόγηση, ενώ από 1/10/2011 ξεκινάει η πρότυπη εφαρμογή σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. (βλ. και ΚΥΑ Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. /6/2011). Στα παραπάνω πλαίσια, θα πρέπει άμεσα τα Πληροφοριακά Συστήματα Τιμολόγησης Ασθενών των νοσοκομείων να προσαρμοσθούν κατάλληλα, ώστε να χειρίζονται, παράλληλα με τον παλιό τρόπο τιμολόγησης, και τον νέο, μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κορυτσάλη, Μανωλάρα & Μπιζμπιρούλα, 2012).

Ωστόσο, η εφαρμογή των ΚΕΝ στην Ελλάδα δεν ήταν χωρίς προκλήσεις. Στην Ελλάδα, όπως και κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις όσον αφορά την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές ανάγκες. Μερικές από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ΚΕΝ στην Ελλάδα περιλαμβάνουν (Karakolias, & Papadopoulos, 2017) :

- Χρηματοδότηση: Απαιτούνται σημαντικές επενδύσεις σε υποδομές, εξοπλισμό και προσωπικό για την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές ανάγκες. Ωστόσο, η χρηματοδότηση για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι περιορισμένη τα τελευταία χρόνια, γεγονός που μπορεί να καταστήσει δύσκολη τη διατήρηση και επέκταση των ΚΕΝ.

- **Τεχνολογία:** Τα ΚΕΝ απαιτούν προηγμένη τεχνολογία και εξοπλισμό για την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές ανάγκες. Ωστόσο, η υιοθέτηση και η ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών μπορεί να εφαρμοσθεί δύσκολα στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που μπορεί να περιορίσει την αποτελεσματικότητα των ΚΕΝ.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, η χρήση των ΚΕΝ στην Ελλάδα συνεχίζει να εξελίσσεται και να επεκτείνεται, με συνεχείς προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και την αύξηση της πρόσβασης σε αυτές τις εξειδικευμένες μονάδες για όλους τους ασθενείς που έχουν ανάγκη (Karakolias, & Papadopoulos, 2017). Σήμερα, τα ΚΕΝ αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και αναγνωρίζονται ευρέως ως ένας αποτελεσματικός τρόπος παροχής εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις.

3.3. Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια – Νομοθεσία

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παρέχεται κατά κύριο λόγο από μια εθνική υπηρεσία υγείας που ονομάζεται ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), η οποία ιδρύθηκε το 2011. Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, κρατικές επιδοτήσεις και συμμετοχικές πληρωμές ασθενών.

Το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης διέπεται από το Υπουργείο Υγείας και οι υπηρεσίες υγείας του παρέχονται από ένα δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων, κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ιδιωτικών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (Athanasakis, & Kyriopoulos, 2008).

Εκτός από την ίδρυση εξειδικευμένων μονάδων περίθαλψης, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζει επίσης μια σειρά από άλλες πρωτοβουλίες με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η χώρα έχει επενδύσει στην ανάπτυξη ηλεκτρονικών αρχείων υγείας (ΗΜΥ) και υπηρεσιών τηλεϊατρικής για τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών ασθενών μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Karakolias, & Papadopoulos, 2017) .

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υπόκειται επίσης σε μια σειρά νόμων και κανονισμών, οι οποίοι έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται με ασφαλή, αποτελεσματικό και δίκαιο τρόπο. Αυτοί οι νόμοι και οι κανονισμοί καλύπτουν μια σειρά τομέων, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, των δικαιωμάτων των ασθενών και της ρύθμισης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας.

Ένας από τους βασικούς νόμους που διέπουν την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι ο νόμος 4368/2016, ο οποίος καθορίζει το πλαίσιο οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ο νόμος αυτός ορίζει τους ρόλους και τις αρμοδιότητες των διαφορετικών ενδιαφερομένων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, θεσπίζει τους μηχανισμούς για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και καθορίζει τις αρχές για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ενώ δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία σχετικά με τις Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ), το ελληνικό σύστημα υγείας εφαρμόζει την έννοια της ολοκληρωμένης περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων φροντίδας, όπως ογκολογικές μονάδες, μονάδες καρδιακής φροντίδας και άλλες εξειδικευμένες μονάδες, για την παροχή ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές παθήσεις.

Αυτές οι μονάδες εξειδικευμένης φροντίδας στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσοκόμων και θεραπευτών, οι οποίοι συνεργάζονται για να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα σε κάθε ασθενή. Ο στόχος είναι η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας που επικεντρώνεται στις ατομικές ανάγκες, προτιμήσεις και στόχους του ασθενούς.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας διέπεται από μια σειρά νόμων και κανονισμών που στοχεύουν στη διασφάλιση της παροχής ασφαλών, αποτελεσματικών και δίκαιων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της, αλλά και αντικατοπτρίζεται στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των εξειδικευμένων μονάδων φροντίδας, οι οποίες στοχεύουν στην παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

. Η εφαρμογή ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας, όπως εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας, αντανακλά τη δέσμευση της χώρας να παρέχει υψηλής ποιότητας και με επίκεντρο τον ασθενή φροντίδα σε όσους έχουν ανάγκη.

3.4. ΚΕΝ και εφαρμογή τους στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασιζόταν σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό και υποκοστολογημένο μοντέλο που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και να υποστηρίξει αποτελεσματικά τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Δεδομένης μάλιστα της εστίασης στην νοσοκομειακή περίθαλψη, που απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, διογκώθηκαν οι δαπάνες και τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, που, επιπροσθέτως, επιβαρύνθηκαν και από τις καθυστερήσεις στις πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία (Χατζηπουλίδης, 2004). Τα DRG's επιλέχθηκαν για να χρησιμοποιηθούν στην ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

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

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

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

Όπως όλα τα συστήματα που υιοθετούνται από μια χώρα πρέπει να προσαρμόζονται στην εκάστοτε πραγματικότητα, έτσι και στην περίπτωση των Κ.Ε.Ν. έπρεπε να γίνει σε πρώτη φάση μετάφραση αυτών και στη συνέχεια εφαρμογή τους στα ελληνικά νοσοκομεία³⁰ . Η Επιτροπή που συστήθηκε για τη μελέτη, έλεγχο, προσαρμογή και ανάπτυξη των Κ.Ε.Ν. στην Ελλάδα, λόγω της κάλυψης των αυστραλιανών εγχειριδίων από αυστηρό διεθνές copyright, υιοθέτησε την επιστημονικώς αποδεκτή μεθοδολογία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής κάθε ξενόγλωσσου εργαλείου μέσω κάποιων συγκεκριμένων σταδίων. Τα στάδια αυτά περιελάμβαναν τα κάτωθι:

- Έγινε μια πρώτη μετάφραση από Έλληνα ιατρό μεταφραστή, πάνω στην οποία βασίστηκε ο κατάλογος των ελληνικών Κ.Ε.Ν. όπως παρουσιάστηκε επίσημα στην Κ.Υ.Α. (υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-07-2011).
- Στη συνέχεια, ακολούθησε δεύτερη μετάφραση από Έλληνα μεταφραστή επαγγελματία υγείας με σχετική εμπειρία και μετά τη σύγκριση των δύο

μεταφράσεων, κατέληξαν σε μια μετάφραση, όπου συνέκλιναν σε όρους και εκφράσεις που απέδιδαν ορθότερα την αγγλική ορολογία.

- Στην πορεία, έγινε αντίστροφη μετάφραση από μεταφραστική με μητρική γλώσσα την αγγλική και συνετάχθη δεύτερο σχέδιο.
- Ακολούθησε γνωστικός έλεγχος σε δείγμα πέντε ατόμων ομάδας στόχου και υιοθετήθηκαν οι προτεινόμενες βελτιώσεις.
- Είχαν οριστεί από το Υπουργείο Υγείας εικοσιπέντε ομάδες ειδικών ως υπεύθυνοι κάθε Κ.Ε.Ν., οι οποίοι με τη σειρά τους έστειλαν τις προτάσεις τους για αναμόρφωση της ονοματολογίας των Κ.Ε.Ν.
- Τέλος, διορθώθηκαν οι κωδικοποιήσεις Κ.Ε.Ν., αφού εντοπίστηκαν κάποια λάθη σε κωδικούς κι έτσι ολοκληρώθηκε και διαμορφώθηκε ο αναθεωρημένος κατάλογος των Κ.Ε.Ν. που χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα.

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

3.5. ΚΕΝ και πολιτική αποζημίωσης

Όσον αφορά τις πολιτικές επιστροφής χρημάτων για τα ΚΕΝ στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα καλύπτεται κατά κύριο λόγο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Οι ασθενείς με ασφάλιση ΕΣΥ δικαιούνται δωρεάν ή μειωμένου κόστους ιατρική περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των ΤΕΠ.

Ωστόσο, ενδέχεται να υπάρχουν ορισμένα από την τσέπη έξοδα που σχετίζονται με τη φροντίδα της ΚΕΝ που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ΕΣΥ, όπως το κόστος ορισμένων φαρμάκων ή ιατρικών προμηθειών (Anastassopoulos & Souliotis, 2015). Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορεί να κληθούν να πληρώσουν μόνοι τους για αυτά τα έξοδα ή να μπορούν να λάβουν αποζημίωση από τον ιδιωτικό πάροχο ασφάλισης υγείας (Karakolias, & Papadopoulos, 2017). Έξοδα που δεν περιλαμβάνονται στα ΚΕΝ

είναι η βελτίωση της δικαιούμενης θέσεις νοσηλείας (όπου όταν ζητηθεί από τον ασθενή πληρώνεται έξτρα) και όπου υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει ένα ποσό στον ασθενή

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι πολιτικές επιστροφής χρημάτων για τη φροντίδα ΚΕΝ μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τις ειδικές περιστάσεις κάθε περίπτωσης. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμβουλευτούν τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή τον πάροχο ασφάλισης για να καθορίσουν την επιλεξιμότητά τους για επιστροφές χρημάτων ή αποζημίωση για τυχόν έξοδα που σχετίζονται με τη φροντίδα της ΚΕΝ τους.

Γενικά, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνεται στην παροχή υψηλής ποιότητας, προσβάσιμης ιατρικής περίθαλψης σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής τους (Karakolias, & Papadopoulos, 2017). Οι πολιτικές επιστροφής χρημάτων για την περίθαλψη ΚΕΝ έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται χωρίς να υποστούν αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση, ενώ παράλληλα διασφαλίζουν ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παραμένει βιώσιμο και αποδοτικό μακροπρόθεσμα.

Συνολικά, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, αλλά η κυβέρνηση έχει δεσμευτεί να βελτιώσει την ποιότητα και την προσβασιμότητα της περίθαλψης για τους πολίτες της (Anastassopoulos & Souliotis, 2015). Η εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης βάσει DRG θεωρείται μια πιθανή λύση για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και την παροχή ακριβέστερων και διαφανών αποζημιώσεων για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια, η ελληνική κυβέρνηση εργάζεται για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη των πολιτών της. Η κυβέρνηση έχει εισαγάγει πολλά μέτρα με στόχο τη μείωση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, όπως η μείωση των τιμών των φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων (Karakolias, & Papadopoulos, 2017).

Η εισαγωγή ενός συστήματος αποζημίωσης βάσει DRG θεωρείται πιθανή λύση για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την παροχή μιας πιο ακριβούς και διαφανούς μεθόδου αποζημίωσης. Στο πλαίσιο ενός συστήματος DRG, τα νοσοκομεία θα αποζημιώνονται με βάση τον τύπο του ασθενούς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και όχι με βάση το πραγματικό κόστος.

Ωστόσο, η εφαρμογή ενός συστήματος DRG στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας είναι κατακερματισμένο, με συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, και η ποιότητα της συλλογής δεδομένων και της αναφοράς είναι περιορισμένη. Επιπλέον, υπάρχει αντίσταση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που φοβούνται ότι το νέο σύστημα θα μπορούσε να μειώσει το εισόδημά τους.

Παρά αυτές τις προκλήσεις, η ελληνική κυβέρνηση συνεχίζει να εργάζεται για την εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης βασισμένο σε DRG. Η κυβέρνηση έχει ξεκινήσει αρκετά πιλοτικά έργα σε επιλεγμένα νοσοκομεία για να δοκιμάσει το σύστημα και να αξιολογήσει τη σκοπιμότητά του. Τα πιλοτικά έργα επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας της συλλογής και αναφοράς δεδομένων, καθώς και στον εντοπισμό των προκλήσεων και των ευκαιριών που συνδέονται με την εφαρμογή του συστήματος DRG.

Συνολικά, η εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης βασισμένο σε DRG στην Ελλάδα βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη και μένει να φανεί πόσο επιτυχημένες θα είναι αυτές οι προσπάθειες μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, η δέσμευση της κυβέρνησης για τη βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την παροχή πιο αποτελεσματικής και ποιοτικής περίθαλψης στους πολίτες της είναι ένα θετικό βήμα προς τα εμπρός.

3.6. Οικονομική ενίσχυση δημόσιων νοσοκομείων

Στην Ελλάδα, τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω ενός συνδυασμού πηγών, όπως κρατική χρηματοδότηση, εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και συνδρομές ασθενών. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η κυβέρνηση, η οποία διαθέτει προϋπολογισμό για τη λειτουργία των νοσοκομείων κάθε χρόνο (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Ο προϋπολογισμός αυτός χρησιμοποιείται για την κάλυψη των μισθών του προσωπικού του νοσοκομείου, των εξόδων συντήρησης και λειτουργίας, καθώς και για την αγορά ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών.

Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων παρέχεται κυρίως από τον προϋπολογισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ο προϋπολογισμός του ΕΣΥ χρηματοδοτείται κυρίως από δημόσιες πηγές, όπως φόροι, εισφορές κοινωνικής

ασφάλισης και κρατικές πιστώσεις. Επιπρόσθετα, υπάρχει εισφορά από τον ιδιωτικό ασφαλιστικό τομέα, η οποία καλύπτει ένα μικρό ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης (Chung, Chang, Lee & Chen, 2017).

Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη διάθεση και κατανομή του προϋπολογισμού του ΕΣΥ στα δημόσια νοσοκομεία. Η κατανομή των κεφαλαίων βασίζεται σε διάφορους παράγοντες, όπως το μέγεθος του νοσοκομείου, ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία και οι ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Το Υπουργείο παρέχει επίσης πρόσθετη χρηματοδότηση για συγκεκριμένα προγράμματα, όπως η αγορά νέου ιατρικού εξοπλισμού ή η κατασκευή νέων νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.

Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα ρυθμίζεται από διάφορους νόμους και κανονισμούς. Ένα από τα σημαντικότερα νομοθετήματα είναι ο νόμος 1397/1983, ο οποίος καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα. Ο νόμος αυτός δημιούργησε ένα ενιαίο σύστημα για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και καθιέρωσε το πλαίσιο για τη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων και άλλων υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο του ΕΣΥ, τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα λαμβάνουν χρηματοδότηση από πολλαπλές πηγές. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για την παροχή του μεγαλύτερου μέρους της χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία, μέσω της διάθεσης προϋπολογισμού κάθε χρόνο (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Ο προϋπολογισμός αυτός καλύπτει τους μισθούς του προσωπικού του νοσοκομείου, τα έξοδα συντήρησης και λειτουργίας, καθώς και την αγορά ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών.

Εκτός από την κρατική χρηματοδότηση, τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα λαμβάνουν έσοδα και από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Αυτές οι εισφορές καταβάλλονται από εργαζόμενους και εργοδότες και χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτός ο μηχανισμός χρηματοδότησης ρυθμίζεται από τον Ν. 3863/2010, ο οποίος ορίζει τους κανόνες είσπραξης και κατανομής των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (Liaropoulos & Tragakes, 2010).

Το νομικό πλαίσιο για τη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα θεσπίζεται με τον Ν. 4368/2016, ο οποίος σκιαγραφεί τις αρχές και τις διαδικασίες για τη

διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος αυτός καθορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές για τη διάθεση και κατανομή των κονδυλίων στα δημόσια νοσοκομεία και θέτει το πλαίσιο για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών υγείας. Οι ασθενείς στην Ελλάδα συνεισφέρουν και στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων μέσω συμμετοχών. Το ύψος της συμμετοχής καθορίζεται με τον Ν. 1397/1983, ο οποίος καθορίζει τα κριτήρια υπολογισμού των εισφορών των ασθενών με βάση το κόστος της ιατρικής υπηρεσίας, το εισόδημα του ασθενούς και άλλους παράγοντες. Ο νόμος προβλέπει επίσης εξαιρέσεις και μειώσεις στη συμμετοχή σε ορισμένες ομάδες, όπως ηλικιωμένοι, ανάπηροι και ασθενείς με χαμηλό εισόδημα.

Τα τελευταία χρόνια, η ελληνική κυβέρνηση έχει αντιμετωπίσει προκλήσεις στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων λόγω της οικονομικής κρίσης και των συνεπαγόμενων μέτρων λιτότητας. Αυτό οδήγησε σε περικοπές προϋπολογισμού και έλλειψη ιατρικών προμηθειών και προσωπικού σε ορισμένα νοσοκομεία. Ωστόσο, έχουν γίνει προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων, όπως η εφαρμογή μέτρων εξοικονόμησης κόστους και η αύξηση της χρηματοδότησης για συγκεκριμένα προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της αγοράς νέου ιατρικού εξοπλισμού και της πρόσληψης επιπλέον ιατρικού προσωπικού.

Εκτός από την κρατική χρηματοδότηση, τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα λαμβάνουν έσοδα και από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Αυτές οι εισφορές καταβάλλονται από εργαζόμενους και εργοδότες και χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στην Ελλάδα τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης είναι υποχρεωτικά για όλους τους εργαζόμενους και οι εισφορές γίνονται με κρατήσεις μισθοδοσίας. Τα κύρια προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης διαχειρίζονται διαφορετικοί φορείς ανάλογα με το είδος της απασχόλησης, όπως το Ινστιτούτο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα, ο Οργανισμός Αγροτικής Ασφάλισης (ΟΓΑ) για τους αγρότες και το Ενιαίο Ταμείο Αυτοαπασχολούμενων. (ΕΤΑΑ) για αυτοαπασχολούμενους.

Όταν ένας ασθενής αναζητά υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, το κόστος των υπηρεσιών καλύπτεται από το πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης, εφόσον έχει καταβάλει τις απαραίτητες εισφορές. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς δεν υποχρεούνται να πληρώνουν από την τσέπη τους για πολλές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης,

συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία. Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα παρέχουν επίσης κάλυψη για συνταγογραφούμενα φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Ωστόσο, ενδέχεται να υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί ή περιορισμοί στους τύπους θεραπειών ή διαδικασιών που καλύπτονται, καθώς και στο ποσό της παρεχόμενης κάλυψης. Σε περιπτώσεις όπου ένας ασθενής χρειάζεται θεραπεία ή διαδικασία που δεν καλύπτεται πλήρως από το πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισής του, ενδέχεται να του ζητηθεί να πληρώσει πρόσθετα τέλη από την τσέπη του. Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, πολλοί Έλληνες επιλέγουν επίσης να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας για να συμπληρώσουν την κοινωνική τους ασφαλιστική κάλυψη.

Ευλόγως, τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή προσιτής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων αυτών που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, ενδέχεται να εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις και περιορισμοί στην παρεχόμενη κάλυψη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικές επιβαρύνσεις για ορισμένους ασθενείς.

3.6.1. ΚΕΝ και κρατική οικονομική ενίσχυση

Υπήρξαν ορισμένες αναφορές στην Ελλάδα που υποδηλώνουν ότι τα ΚΕΝ αντιμετωπίζουν οικονομικές προκλήσεις, ιδίως όσον αφορά την εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα ΚΕΝ χρειάστηκε να βασιστούν σε δωρεές ή άλλες πηγές χρηματοδότησης προκειμένου να λειτουργήσουν αποτελεσματικά (Kritikos & Economou, 2009).

Ένα θέμα είναι ότι το μοντέλο χρηματοδότησης των ΚΕΝ στην Ελλάδα εξακολουθεί να εξελίσσεται και υπάρχει κάποια αβεβαιότητα σχετικά με το πόση οικονομική στήριξη μπορούν να περιμένουν από την κυβέρνηση (Kritikos & Economou, 2009). Επιπλέον, ορισμένοι επικριτές έχουν εκφράσει ανησυχίες ότι το τρέχον μοντέλο χρηματοδότησης μπορεί να μην είναι βιώσιμο μακροπρόθεσμα, ιδιαίτερα καθώς η ζήτηση για εξειδικευμένη φροντίδα συνεχίζει να αυξάνεται

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αναφορές σε ελληνικά μέσα ενημέρωσης για τις οικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ΚΕΝ, συμπεριλαμβανομένων ανησυχιών για ανεπαρκή χρηματοδότηση από την κυβέρνηση (Κριτικός & Εconomou, 2009). Για παράδειγμα, το 2018, ένα άρθρο της ελληνικής εφημερίδας «Καθημερινή» ανέφερε ότι ορισμένα ΚΕΝ πάλευαν να μείνουν στη ζωή λόγω έλλειψης οικονομικής υποστήριξης και ότι κάποιες είχαν ακόμη καταφύγει σε εκστρατείες crowdfunding για να συγκεντρώσουν κεφάλαια. Ομοίως, ένα άρθρο του 2020 στο ελληνικό διαδικτυακό ειδησεογραφικό πρακτορείο «Economymy365» ανέφερε ότι πολλά ΚΕΝ αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες λόγω έλλειψης υποστήριξης από την κυβέρνηση, ιδιαίτερα όσον αφορά τους μισθούς του προσωπικού και το κόστος εξοπλισμού .

Παρά αυτές τις προκλήσεις, η ελληνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για να υποστηρίξει την ανάπτυξη και την επέκταση των ΚΕΝ. Το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε σχέδια για επενδύσεις εκατομμυρίων ευρώ στην ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων για τη θεραπεία του καρκίνου και άλλες παθήσεις, με έμφαση στην παροχή καλύτερης περίθαλψης σε ασθενείς εκτός μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτές οι προσπάθειες στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης σε εξειδικευμένη περίθαλψη και στην αύξηση της διαθεσιμότητας εξειδικευμένων θεραπευτικών επιλογών για ασθενείς σε όλη τη χώρα. Αναλυτικότερα, Η ελληνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση των οικονομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα ΚΕΝ στη χώρα. Το 2021, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε σχέδια για επένδυση 58 εκατομμυρίων ευρώ στην ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων θεραπείας του καρκίνου και άλλων παθήσεων, με έμφαση στην παροχή καλύτερης φροντίδας σε ασθενείς εκτός μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτή η επένδυση αναμένεται να συμβάλει στην υποστήριξη της επέκτασης των ΚΕΝ και στην αύξηση της πρόσβασης σε εξειδικευμένη περίθαλψη για ασθενείς σε όλη τη χώρα (Κριτικός & Εconomou, 2009).

Επιπλέον, η κυβέρνηση έχει εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ευρύτερα. Το 2019, για παράδειγμα, η κυβέρνηση εισήγαγε ένα νέο μοντέλο χρηματοδότησης για τα δημόσια νοσοκομεία που στοχεύει στην αύξηση της αποδοτικότητας και στη μείωση της σπατάλης (Κριτικός & Εconomou, 2009). Το μοντέλο περιλαμβάνει κίνητρα για τα νοσοκομεία να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας και να μειώσουν το κόστος, γεγονός που θα μπορούσε να βοηθήσει στην άμβλυνση ορισμένων από τις οικονομικές πιέσεις που αντιμετωπίζουν τα ΚΕΝ.

Ταυτόχρονα, υπήρξαν εκκλήσεις από επαγγελματίες υγείας και ομάδες υπεράσπισης ασθενών για αύξηση της χρηματοδότησης για ΚΕΝ και άλλες εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας στη χώρα) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015).. Αυτές οι ομάδες υποστηρίζουν ότι τέτοιες μονάδες διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας σε ασθενείς με περίπλοκες ιατρικές ανάγκες και ότι απαιτείται πρόσθετη χρηματοδότηση για να εξασφαλιστεί η συνεχής λειτουργία και η επέκτασή τους.

Συμπερασματικά, ενώ οι οικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ΚΕΝ στην Ελλάδα παραμένουν σημαντικές, η κυβέρνηση και άλλοι ενδιαφερόμενοι φορείς λαμβάνουν μέτρα για την αντιμετώπιση του ζητήματος και την υποστήριξη της συνεχούς ανάπτυξης των μονάδων εξειδικευμένης φροντίδας στη χώρα.

Αξίζει στο σημείο αυτό να γίνει μια ιδιαίτερη αναφορά σε περιπτώσεις υπερχρηματοδότησης ορισμένων ΚΕΝ. Αν και είναι πιθανό ορισμένα στην Ελλάδα να λάβουν περισσότερη χρηματοδότηση από αυτή που πραγματικά χρειάζονται, είναι απίθανο να είναι ένα ευρέως διαδεδομένο ζήτημα δεδομένων των καλά τεκμηριωμένων οικονομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν πολλά νοσοκομεία και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.

Μάλιστα, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι το επίπεδο της χρηματοδότησης που παρέχεται σε μονάδες εξειδικευμένης φροντίδας στην Ελλάδα είναι συχνά ανεπαρκές για να καλύψει το πλήρες κόστος λειτουργίας αυτών των εγκαταστάσεων. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο υψηλό κόστος ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών, καθώς και στην ανάγκη προσέλκυσης και διατήρησης επαγγελματιών υγείας υψηλής ειδίκευσης που μπορούν να παρέχουν την εξειδικευμένη φροντίδα που χρειάζονται οι ασθενείς.

Το ζήτημα της επάρκειας και της αποτελεσματικότητας της χρηματοδότησης στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη είναι πολύπλοκο και πολύπλευρο. Μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό το ζήτημα περιλαμβάνουν) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015):

- Υψηλό κόστος ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών: Η εξειδικευμένη φροντίδα που παρέχεται από ΚΕΝ απαιτεί συχνά τη χρήση ακριβού ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών, όπως εξειδικευμένα χειρουργικά εργαλεία, εξοπλισμό απεικόνισης και φάρμακα. Αυτά τα κόστη μπορεί να αυξηθούν γρήγορα και μπορεί να επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς ακόμη και των πιο καλά χρηματοδοτούμενων νοσοκομείων και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

- Ανάγκη για επαγγελματίες υγείας υψηλής ειδίκευσης: Απαιτούν συχνά επαγγελματίες υγείας υψηλής ειδίκευσης, όπως εξειδικευμένους χειρουργούς, αναισθησιολόγους και νοσηλευτές. Αυτοί οι επαγγελματίες μπορεί να απαιτούν υψηλότερους μισθούς από τους ομολόγους τους γενικά, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.
- Περιορισμοί κρατικής χρηματοδότησης: Η ελληνική κυβέρνηση αγωνίστηκε να παράσχει επαρκή χρηματοδότηση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια, εν μέρει λόγω των συνεχιζόμενων οικονομικών προκλήσεων της χώρας. Ως αποτέλεσμα, πολλά νοσοκομεία και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναγκάζονται να λειτουργούν με περιορισμένους προϋπολογισμούς και ενδέχεται να μην είναι σε θέση να χρηματοδοτήσουν πλήρως εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας.
- Λογοδοσία και επίβλεψη: Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η κρατική χρηματοδότηση χρησιμοποιείται με επιτυχία και αποδοτικά, είναι σημαντικό για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διαθέτουν ισχυρά συστήματα σχεδιασμού, προϋπολογισμού και επίβλεψης. Αυτό περιλαμβάνει τακτική αναφορά και ανασκόπηση της οικονομικής απόδοσης, καθώς και συνεχή παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης.

Εν κατακλείδι, ενώ μπορεί να υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου τα ΚΕΝ στην Ελλάδα λαμβάνουν περισσότερη χρηματοδότηση από αυτή που απαιτούν, είναι απίθανο να είναι ένα ευρέως διαδεδομένο ζήτημα δεδομένων των οικονομικών περιορισμών που αντιμετωπίζουν πολλά νοσοκομεία και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να χρησιμοποιούν τη χρηματοδότηση που λαμβάνουν όσο το δυνατόν πιο ουσιαστικά και αποδοτικά, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη για τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015)..

3.6.2. ΚΕΝ πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Στο σημείο αυτό κρίνεται καίριο να διερευνήσουμε ορισμένα εκ των βασικών πλεονεκτημάτων και πιθανόν, μειονεκτημάτων που προέκυψαν από την εφαρμογή των ΚΕΝ ως μέθοδο οικονομικής αποζημίωσης.

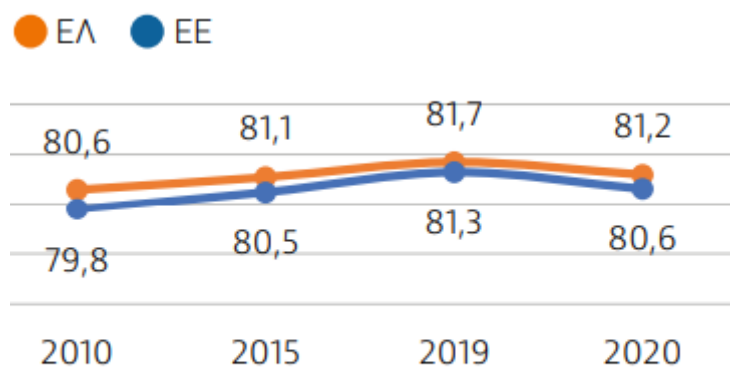
Τα βασικά πλεονεκτήματα ήταν η εξασφάλιση κέρδους σε διαχειριστικό χρόνο και κόστος τόσο για τα νοσοκομεία όσο και για τους ασφαλιστικούς φορείς, αφού είναι πλέον εφικτή η παρακολούθηση ανά κατηγορία κλινικού κόστους και είναι αρτιότερη η χρηματοοικονομική διαχείριση. Επιπροσθέτως, είναι ακριβέστερη η χρήση των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, μειώθηκαν οι επαναλαμβανόμενες διαδικασίες, ενώ ελαχιστοποιήθηκε και ο χρόνος διάγνωσης. Επίσης, είναι πιο αποτελεσματική η κατανομή πόρων μεταξύ των νοσοκομείων, άρα και πιο δίκαιη απόδοση εσόδων των νοσοκομείων ανάλογα με το παραγόμενο έργο. Ακόμα είναι εφικτό το benchmarking σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015). Η αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων του νοσοκομείου είναι σταθερή, καθώς η κοστολόγηση και εξόφληση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ορθότερη και αποτελεσματικότερη. Η χρήση των Κ.Ε.Ν. μείωσε τη γραφειοκρατία λόγω απλούστευσης της εργασίας στις διοικητικές υπηρεσίες, ενώ συνέβαλε και στη διαφάνεια στη λειτουργία του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού. Τέλος, μειώθηκε η χρήση και η υπερτιμολόγηση υλικών και φαρμάκων, άρχισε ο έλεγχος του χρηματοοικονομικού ρίσκου από τους ασφαλιστικούς φορείς και φυσικά η αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος. Το σημαντικότερο όλων είναι ότι βελτιώθηκε στο σύστημα παραγωγής-διανομής των υπηρεσιών υγείας (αυξήθηκαν οι παραπομπές στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κατ' οίκον περίθαλψη, γηροκομεία και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες λιγότερο δαπανηρές σε σχέση με τα νοσοκομεία) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015).

Πέρα από τα καλά που προσφέρει το νέο σύστημα, υπάρχουν και βασικά μειονεκτήματα. Στα πιο χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται ο οριζόντιος και ισοπεδωτικός χαρακτήρας των Κ.Ε.Ν. που ανεξάρτητα από την προσφερόμενη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσήλια είναι πάντα ίδια για την ίδια ασθένεια ή εγχείρηση, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να χαμηλώσουν το κόστος της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Κατά συνέπεια, αυξήθηκαν οι επαιεσαγωγές) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015). Επίσης, τα Κ.Ε.Ν. κατηγορήθηκαν για προχειρότητα, καθώς ολοκληρώθηκαν μέσα σε λίγους μήνες εξαιτίας του Μνημονίου, ενώ σε άλλες χώρες χρειάστηκε πιλοτική εφαρμογή 10 ετών. Ακόμα, η

μετάφραση και η τιμολόγηση των αυστραλιανών Κ.Ε.Ν. έγινε πρόχειρα με αποτέλεσμα υπερτιμολογήσεων και υποτιμολογήσεων, ενώ πολλές φορές είτε δεν υπήρχε πρόβλεψη για κάποιες ασθένειες είτε οι προβλεπόμενες ασθένειες δεν είχαν αντίκτυπο στην ελληνική πραγματικότητα, π.χ. δάγκωμα από καγκουρό. Πρόχειρη ήταν και η εκπαίδευση των εμπλεκόμενων με τη διαδικασία, με αποτέλεσμα να γίνεται πολλές φορές λανθασμένη κωδικοποίηση) (Δαργάκη, Κολοβρέχη, 2015). Κάποιες φορές εντοπίστηκε η εξυπηρέτηση ασθενών που ανήκουν σε υψηλές διαγνωστικές κατηγορίες, προκειμένου να αποφέρουν περισσότερα κέρδη στο νοσοκομείο (Μπαλασοπούλου, 2009). Τέλος, αυξήθηκε λίγο το κόστος από τη χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας και των νέων υποδομών (groupers) και από την εκπαίδευση του προσωπικού και των τεχνικών.

3.7. Σχολιασμός συστήματος υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με Ε.Ε.

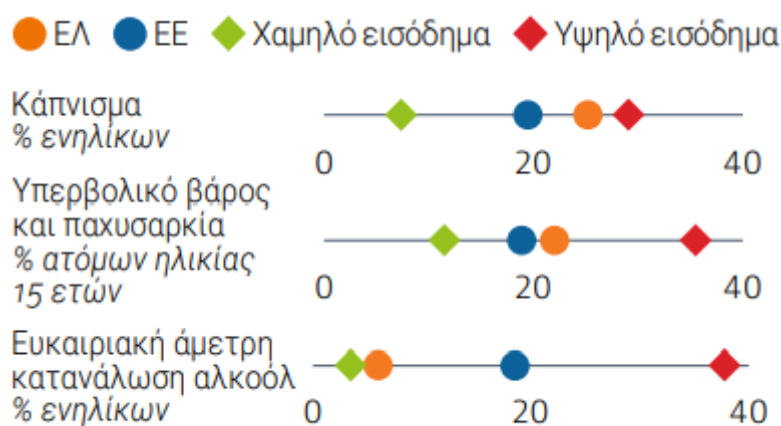
Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια συνοπτική σύγκριση των στατιστικών στοιχείων Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αν και η διαθέσιμη βιβλιογραφία δεν επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην επίδραση των ΚΕΝ στο γενικότερο πλαίσιο του συστήματος υγείας, δεν γίνεται παρά να θεωρήσουμε ότι συνέβαλε σημαντικό βαθμό στην τωρινή του κατάσταση. Άλλωστε, ήδη από το 2010 βρίσκονται σε εξέλιξη εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης και της επέκτασης των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως έχει προαναφερθεί. Εξίσου σημαντικός παράγοντας ήταν η ενίσχυση και η έμφαση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, μέσω της υιοθέτησης ενός νέου συστήματος υγείας. Παρακάτω θα σχολιαστούν ορισμένα εκ των βασικών διαγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την κατάσταση υγείας της Ελλάδας το 2021.



Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Έτη

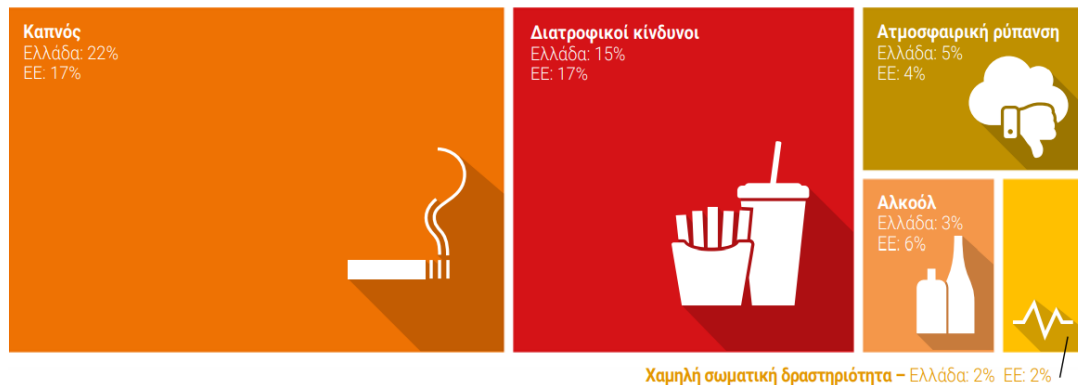
Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EEE602E889AB325BD2D526E>

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η Ελλάδα κατέχει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής των πολιτών της, συγκριτικά με τον μέσο όρο της Ε.Ε. Σίγουρα, η πτώση τα έτη 2019-2020 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πανδημία και την αδυναμία του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει με πλήρη επιτυχία στην πρωτόγνωρη αυτή πανδημία.



Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EEE602E889AB325BD2D526E>

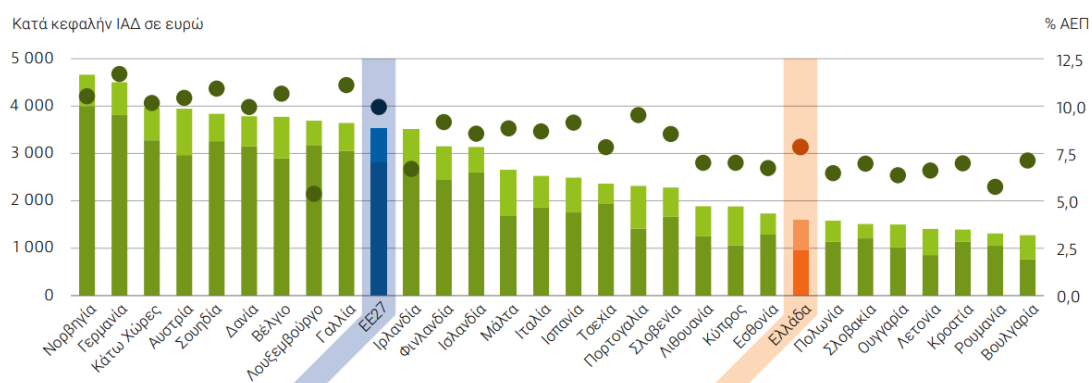
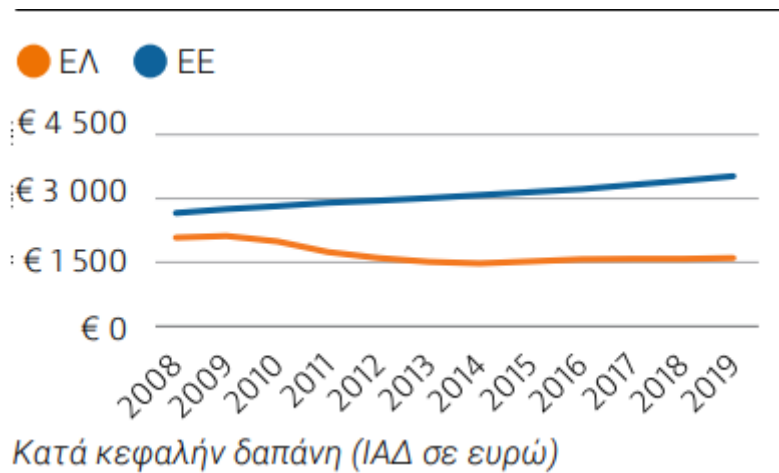
Ο καπνός και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας στην Ελλάδα



Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73->

[en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EE602E889AB325BD2D526E](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EE602E889AB325BD2D526E)

Στοιχεία ωστόσο που οφείλουν να προβληματίσουν την σύγχρονη ελληνική κοινωνία είναι η «συμπεριφορά» του μέσου Έλληνα, όσον αφορά στην ατομική προστασία του εαυτού του από συμπεριφορές που δύνανται να ελλοχευουν κινδύνους μακροπρόθεσμα. Παρατηρούμε, ότι στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι καπνιστές, και κατ' επέκταση παθητικοί καπνιστές, αλλά και άτομα που είναι παχύσαρκα συγκριτικά με την υπόλοιπη Ε.Ε. Μάλιστα, το ποσοστό παχυσαρκίας, παρατηρείται σε μικρότερες ηλικίες γεγονός που αναδεικνύει την αδυναμία του κρατικού μηχανισμού να μεριμνήσει στην δημιουργία υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών. Περίπου ένας στους έξι ενήλικους (16 %) ήταν παχύσαρκος στην Ελλάδα το 2019 —ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με την Ιταλία (11 %) ή τη Γαλλία (14 %), αλλά παρόμοιο με το ποσοστό σε άλλες μεσογειακές χώρες όπως η Κύπρος (15 %), η Ισπανία (15 %) και η Πορτογαλία (17 %) και ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετα, περισσότεροι από ένας στους πέντε 15χρονους ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στην Ελλάδα το 2018, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ και σημαντικά αυξημένο σε σύγκριση με την περίοδο 2001-2002. Σίγουρα, θα μπορούσαμε να λάβουμε υπόψιν τις διατροφικές επιλογές που έχουν οι μαθητές των ελληνικών σχολείων, συγκριτικά με χώρες όπως η Αγγλία, που μεριμνούν για τη διατροφή και το κολατσιό των μαθητών τους.



Σημείωση: Ο μέσο όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

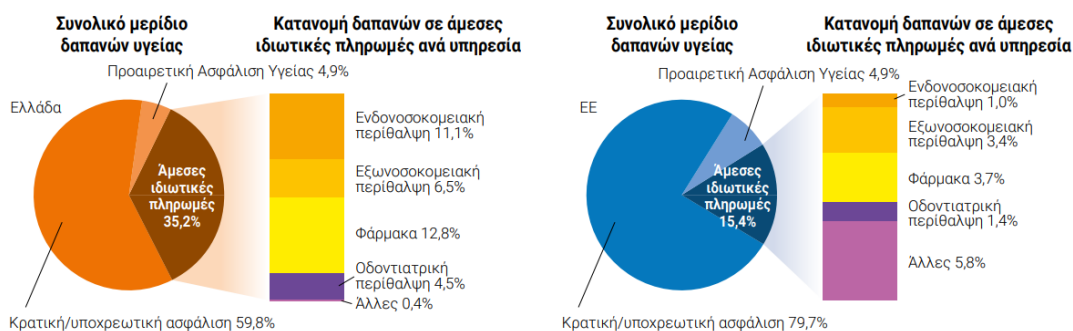
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021 (τα στοιχεία αφορούν το 2019, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2018).

Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EE602E889AB325BD2D526E>

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (1 603 ευρώ) εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 7,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9 % στην ΕΕ το 2019. Λίγο λιγότερο από το 60 % των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσιες δαπάνες, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (35 %) καταβάλλεται απευθείας από τα νοικοκυριά, κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών. Το 2019 η Ελλάδα διέθεσε 7,8 % του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με 9,9 % που διατέθηκε στο σύνολο της ΕΕ. Το ίδιο έτος οι κατά κεφαλήν δαπάνες ανήλθαν σε 1 603 ευρώ (προσαρμοσμένο ποσό ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), ποσό το οποίο είναι χαμηλότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ (3 523 ευρώ). Ιστορικά, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ τα εκτεταμένα μέτρα συγκράτησης του κόστους και

αποδοτικότητας που θεσπίστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009 οδήγησαν σε απότομες μειώσεις. Από το 2015 η τάση αυτή έχει αντιστραφεί, με μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών. Η χρηματοδότηση από το δημόσιο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν 60 % το 2019 — ποσοστό το οποίο είναι το δεύτερο χαμηλότερο μετά την Κύπρο και σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (80 %). Αυτό σημαίνει ότι ένα πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τα νοικοκυριά (35 %) με τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών — οι οποίες συνίστανται κυρίως σε συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη. Επίσης, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (WHO Regional Office for Europe, 2018). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει μόνον ήσσονος σημασίας ρόλο, αντιπροσωπεύοντας το 5 % των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ

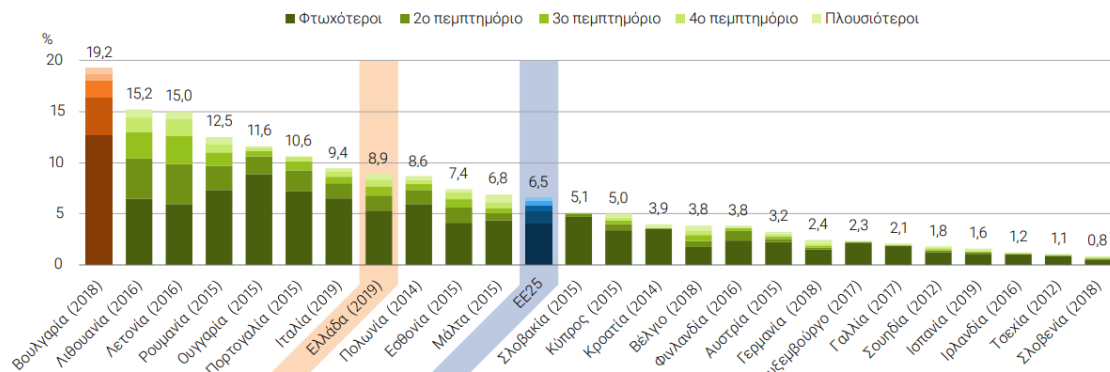


Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Η προαιρετική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει και άλλα συστήματα προαιρετικής προκαταβολής εισφορών.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021· βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EE602E889AB325BD2D526E>

Τα Ελληνικά νοικοκυριά αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα καταστροφικών δαπανών για την υγεία



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Πηγή: Δεδομένα Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2021.

Πηγή: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1689014197&id=id&accname=guest&checksum=4DF002D77EEE602E889AB325BD2D526E>

Ωστόσο, ίσως το πιο κατακριτέο στοιχείο της έρευνας αφορά τις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα. Η Ελλάδα, αποτελεί από τις χώρες που ξοδεύουν μεγάλο χρηματικό ποσό ιδιωτικά για την κάλυψη των ιατρικών τους αναγκών. Εκτιμάται ότι οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τέταρτο του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, κάτι το οποίο υπονομεύει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και την οικονομική προστασία. Από πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου προέκυψε ότι το 14 % του πληθυσμού κατέβαλε άτυπη πληρωμή σε ιατρό, νοσηλεύτη ή νοσοκομείο τον Δεκέμβριο του 2019, ενώ το 81 % όσων απάντησαν πιστεύει ότι πρόκειται για ευρέως διαδεδομένη πρακτική στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (European Commission, 2020a). Εξίσου, επιβαρυντική είναι η κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών των Ελλήνων ιδιωτών, ειδικά αν λάβουμε υπόψιν την οικονομική κρίση, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και το γεγονός ότι η Ελλάδα έχει από τους χαμηλότερους βασικούς μισθούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ωστόσο, το ελληνικό κράτος κάνει προσπάθεια για να απαλαφύνει κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες. Ταυτόχρονα, υιοθετήθηκαν μέτρα μείωσης των τιμών των φαρμάκων. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνεται η θέσπιση μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) από τη φαρμακευτική βιομηχανία σε περίπτωση που οι δαπάνες υπερβούν τα προκαθορισμένα ανώτατα όρια, μειώσεις της χονδρικής τιμής των φαρμάκων με βάση την τιμολόγηση αναφοράς, η υποχρεωτική συνταγογράφηση με τη

διεθνή κοινόχρηστη ονομασία και η υποχρεωτική αντικατάσταση με γενόσημα από τους
φαρμακοποιούς.

Κεφάλαιο 4

4.1. Diagnosis Related Groups (DRGs)

Τα Diagnosis Related Groups (DRG), ή οι Διαγνωστικά Ομοιογενείς ομάδες, είναι μια μέθοδος ταξινόμησης ασθενών με βάση τη διάγνωση, τις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν, την ηλικία, το φύλο και άλλους σχετικούς παράγοντες. Ο στόχος του συστήματος DRG είναι να ομαδοποιήσει ασθενείς με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και χρήση σχετικά ίδιων πόρων στον ίδιο DRG. Αυτό επιτρέπει πιο αποτελεσματική (Almeida, Oliveira & Corrêa, 2017).

Η δημιουργία DRGs ήταν μια συλλογική προσπάθεια μεταξύ της κυβέρνησης των ΗΠΑ, ακαδημαϊκών ερευνητών και ενδιαφερόμενων μερών του κλάδου της υγείας. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, η κυβέρνηση των ΗΠΑ αντιμετώπιζε αυξανόμενα κόστη υγειονομικής περίθαλψης και οι δαπάνες του Medicare αυξάνονταν ραγδαία (Almeida, Oliveira & Corrêa, 2017). Ταυτόχρονα, εκφράστηκαν ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στα νοσοκομεία και την έλλειψη κινήτρων στα νοσοκομεία για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και του συντονισμού της περίθαλψης (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2004).

Ως απάντηση σε αυτές τις ανησυχίες, το Υπουργείο Υγείας, Παιδείας και Πρόνοιας των ΗΠΑ (HEW) δημιούργησε μια ομάδα εργασίας για να μελετήσει το θέμα της αποζημίωσης στα νοσοκομεία. Αυτή η ομάδα εργασίας περιελάμβανε εκπροσώπους από τον ακαδημαϊκό χώρο, τη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης και κυβερνητικούς φορείς, και συνεργάστηκαν για να αναπτύξουν ένα νέο σύστημα αποζημίωσης νοσοκομείων βασισμένο σε ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση (DRGs).

Το σύστημα DRG αναπτύχθηκε από μια ομάδα ερευνητών με επικεφαλής τον Δρ. Robert Fetter και τον Dr. John Thompson στο Πανεπιστήμιο Yale. Τους ανατέθηκε η ανάπτυξη ενός συστήματος που θα μπορούσε να ομαδοποιήσει με ακρίβεια τους ασθενείς σε κατηγορίες με βάση τις διαγνώσεις τους, με κάθε ομάδα να έχει παρόμοιο επίπεδο χρήσης πόρων και κόστους.

Το σύστημα DRG σχεδιάστηκε για να είναι διάδοχος του προηγούμενου συστήματος αποζημίωσης νοσοκομείων, το οποίο βασιζόταν στην αμοιβή για την υπηρεσία. Στο πλαίσιο της αμοιβής για υπηρεσία, τα νοσοκομεία πληρώνονταν για κάθε υπηρεσία που

παρείχαν στους ασθενείς, ανεξάρτητα από το αν αυτές οι υπηρεσίες ήταν απαραίτητες ή αποτελεσματικές. Αυτό δημιούργησε κίνητρα στα νοσοκομεία να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες και να κρατούν τους ασθενείς στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, οδηγώντας σε αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2004).

Τα DRGs είχαν σκοπό να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα παρέχοντας κίνητρα στα νοσοκομεία να παρέχουν αποτελεσματική, αποτελεσματική περίθαλψη. Σύμφωνα με το σύστημα DRG, τα νοσοκομεία πληρώνονταν ένα σταθερό ποσό για κάθε κατηγορία ασθενών με βάση τη διάγνωση και την αναμενόμενη χρήση πόρων. Αυτό ενθάρρυνε τα νοσοκομεία να παρέχουν περίθαλψη υψηλής ποιότητας που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών, έχοντας παράλληλα υπόψη το κόστος.

Το σύστημα DRG εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1983 ως μέρος του Medicare Prospective Payment System (PPS), το οποίο καθιέρωσε έναν νέο τρόπο αποζημίωσης στα νοσοκομεία για τις υπηρεσίες τους (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2004). Έκτοτε, DRG χρησιμοποιούνται ευρέως από οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο ως μέσο τυποποίησης της αποζημίωσης στα νοσοκομεία και προώθησης αποδοτικής και αποτελεσματικής περίθαλψης.

Οι πληρωμές Medicare πραγματοποιούνται βάσει ενός συστήματος μελλοντικών πληρωμών, πράγμα που σημαίνει ότι το ποσό πληρωμής καθορίζεται εκ των προτέρων με βάση τον τύπο της παρεχόμενης υπηρεσίας και τη διάγνωση του ασθενούς. Η πληρωμή προορίζεται να καλύψει το κόστος παροχής της υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένου του κόστους του χρόνου, των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των προμηθειών του παρόχου (Almeida, Oliveira & Corrêa, 2017).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι πληρωμών Medicare, όπως:

- Πληρωμές αμοιβής για υπηρεσία: Οι πάροχοι αμείβονται με μια αμοιβή για κάθε υπηρεσία που παρέχουν σε έναν δικαιούχο του Medicare.
- Πληρωμές κεφαλαίων: Οι πάροχοι αμείβονται με ένα σταθερό ποσό ανά ασθενή ανά μήνα για την κάλυψη όλων των απαραίτητων υπηρεσιών.
- Ομαδοποιημένες πληρωμές: Οι πάροχοι αμείβονται με μία μόνο πληρωμή για μια δέσμη υπηρεσιών που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο επεισόδιο φροντίδας, όπως μια χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου.

- Πληρωμές βάσει αξίας: Οι πάροχοι αμείβονται με βάση την ποιότητα και τα αποτελέσματα της φροντίδας που παρέχουν και όχι την ποσότητα των υπηρεσιών.
- Οι πληρωμές Medicare αποτελούν σημαντική πηγή εσόδων για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα αυτούς που εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό δικαιούχων του Medicare. Τα ποσοστά πληρωμής για τις υπηρεσίες Medicare καθορίζονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και υπόκεινται σε περιοδικές προσαρμογές με βάση διάφορους παράγοντες, όπως ο πληθωρισμός, οι αλλαγές στην ιατρική πρακτική και οι αλλαγές στη νομοθεσία.

Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, τα νοσοκομεία αμείβονται με ένα σταθερό ποσό για κάθε ασθενή με βάση την κατάταξη DRG, ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος περίθαλψης. DRG χρησιμοποιούνται όχι μόνο για την αποζημίωση του Medicare, αλλά και για την αποζημίωση του Medicaid και της ιδιωτικής ασφάλισης.

Τα DRGs εκχωρούνται σε ασθενείς με βάση έναν σύνθετο αλγόριθμο που λαμβάνει υπόψη την πρωτογενή διάγνωση του ασθενούς, τυχόν δευτερογενείς διαγνώσεις, διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, ηλικία, φύλο και άλλες δημογραφικές πληροφορίες (Busse & Geissler, 2015). Κάθε DRG έχει ένα βάρος που του αποδίδεται, το οποίο χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του ποσού της αποζημίωσης που θα λάβει το νοσοκομείο για αυτόν τον ασθενή.

Τα DRG μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διάφορους σκοπούς πέρα από την αποζημίωση, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, της βελτίωσης της ποιότητας και της κατανομής πόρων. Παρέχουν έναν τυποποιημένο τρόπο ταξινόμησης ασθενών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και πληθυσμούς (Chung, Chang, Lee & Chen, 2017).

Ωστόσο, ορισμένοι επικριτές έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με το ενδεχόμενο οι DRG να δίνουν κίνητρα στα νοσοκομεία να παρέχουν ανεπαρκή περίθαλψη ή να εκδώσουν εξιτήριο για τους ασθενείς πολύ γρήγορα προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την αποζημίωση (Almeida, Oliveira & Corrêa, 2017). Άλλοι υποστηρίζουν ότι οι DRG δεν λαμβάνουν επαρκώς υπόψη την πολυπλοκότητα των καταστάσεων ορισμένων ασθενών και μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια το πραγματικό κόστος της περίθαλψης. Παρά αυτές τις ανησυχίες, οι DRG παραμένουν ένα σημαντικό εργαλείο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την κατανόηση του πληθυσμού των ασθενών και την αποτελεσματική κατανομή των πόρων.

4.1.1. Ιστορική Αναδρομή

Η ανάπτυξη των DRGs στις Ηνωμένες Πολιτείες προήλθε εν μέρει από το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο έθεσε ένα αυξανόμενο βάρος στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση και στους ιδιωτικούς ασφαλιστές. Στη δεκαετία του 1970, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση άρχισε να διερευνά τρόπους ελέγχου του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση άρχισε να διερευνά την ιδέα της χρήσης DRG για την αποζημίωση του Medicare. Ο στόχος ήταν η μετάβαση από το μοντέλο αμοιβής για υπηρεσία σε ένα μελλοντικό σύστημα πληρωμών, όπου τα νοσοκομεία θα πληρώνονταν ένα σταθερό ποσό με βάση την ταξινόμηση DRG του ασθενούς, ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος της περίθαλψης (Chung, Chang, Lee & Chen, 2017). Η κυβέρνηση ήλπιζε ότι αυτό θα ενθάρρυνε τα νοσοκομεία να είναι πιο αποτελεσματικά και θα μείωνε το κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

Το 1978, ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Γέιλ ανέπτυξαν τους εξευγενισμένους DRG του Yale, έναν πρόδρομο του σύγχρονου συστήματος DRG. Οι εκλεπτυσμένοι DRG του Yale σχεδιάστηκαν για να ομαδοποιούν ασθενείς με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και χρήση πόρων στον ίδιο DRG και να παρέχουν μια ακριβέστερη εκτίμηση του κόστους περίθαλψης για κάθε DRG (Busse & Geissler, 2015).

Το 1982, η κυβέρνηση Ρέιγκαν ψήφισε τον νόμο περί φορολογικής ισότητας και φορολογικής ευθύνης (TEFRA) (Kastanioti & Kontodimopoulos, 2011), ο οποίος καθιέρωσε το σύστημα προοπτικών πληρωμών Medicare. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, τα νοσοκομεία αμείβονται με ένα σταθερό ποσό για κάθε ασθενή με βάση την κατάταξη DRG, ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος περίθαλψης. Το σύστημα DRG εφαρμόστηκε ως μέρος του συστήματος προοπτικών πληρωμών Medicare το 1983.

Το 1983, το σύστημα DRG εφαρμόστηκε ως μέρος του συστήματος προοπτικών πληρωμών Medicare. Αυτό το σύστημα ταξινόμησε τους ασθενείς σε ένα από περίπου 500 DRG με βάση τις διαγνώσεις, τις διαδικασίες και άλλους σχετικούς παράγοντες. Στα νοσοκομεία καταβλήθηκε ένα σταθερό ποσό για κάθε ασθενή με βάση την κατάταξη DRG, με προσαρμογές για τη γεωγραφική θέση και άλλους παράγοντες (Busse & Geissler, 2015).

Το σύστημα DRG ήταν αρχικά αμφιλεγόμενο, με ορισμένους επικριτές να υποστηρίζουν ότι θα οδηγούσε σε ανεπαρκή φροντίδα και χαμηλότερη ποιότητα περίθαλψης για τους ασθενείς. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, το σύστημα DRG αποδείχθηκε αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Με την πάροδο του χρόνου, το σύστημα DRG αναθεωρήθηκε και επεκτάθηκε (Almeida, Oliveira & Corrêa, 2017). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, χρησιμοποιείται πλέον όχι μόνο για αποζημίωση Medicare, αλλά και για αποζημίωση Medicaid και ιδιωτική ασφάλιση. Οι DRG χρησιμοποιούνται επίσης σε άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Καναδά, της Αυστραλίας και σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες.

4.1.2. Diagnosis Related Groups στην Ευρώπη

Μάλιστα, χρησιμοποιούνται σε πλήθος ευρωπαϊκών χωρών ως μέθοδος ταξινόμησης ασθενών για σκοπούς πληρωμής και αποζημίωσης νοσοκομείων. Η χρήση των DRGs στην Ευρώπη έχει επηρεαστεί από το αμερικανικό σύστημα DRG, αλλά κάθε χώρα έχει τη δική της έκδοση του συστήματος προσαρμοσμένη στο συγκεκριμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τις ανάγκες της (Geissler, & Quentin, 2015).

Για παράδειγμα, στη Γερμανία, το σύστημα DRG είναι γνωστό ως G-DRGs (Γερμανικά DRGs) και χρησιμοποιείται για την αποζημίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών εσωτερικών ασθενών. Το σύστημα G-DRG λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο και τις συννοσηρότητες του ασθενούς, καθώς και τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο (Belicza & Réntek, 2016). Κάθε DRG έχει ένα συγκεκριμένο βάρος που του αποδίδεται, το οποίο χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του ποσοστού αποζημίωσης για το νοσοκομείο (Andersson & Svensson, 2014).

Στη Γαλλία, το σύστημα DRG είναι γνωστό ως GHS (Groupes Homogènes de Séjour) και χρησιμοποιείται για την επιστροφή των εξόδων νοσηλείας. Το σύστημα GHS λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο, την πρωτογενή διάγνωση και τις δευτερεύουσες διαγνώσεις του ασθενούς, καθώς και τις διαδικασίες που εκτελούνται και τη διάρκεια παραμονής (Belicza & Réntek, 2016). Κάθε GHS έχει ένα συγκεκριμένο βάρος που του αποδίδεται,

το οποίο χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του ποσοστού αποζημίωσης για το νοσοκομείο (Geissler, & Quentin, 2015).

Άλλες ευρωπαϊκές χώρες που χρησιμοποιούν DRG περιλαμβάνουν την Ιταλία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Ενώ οι ιδιαιτερότητες του συστήματος DRG κάθε χώρας μπορεί να διαφέρουν, ο στόχος είναι ο ίδιος: να παρέχεται ένας τυποποιημένος τρόπος ταξινόμησης των ασθενών και στοχευμένη κατανομή των πόρων (Andersson & Svensson, 2014 ; Belicza & Réntek, 2016). Οι DRG έχουν γίνει ένα σημαντικό εργαλείο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο προκειμένου να κατανοήσουν τους πληθυσμούς των ασθενών και να κατανείμουν αποτελεσματικά τους πόρους (Busse & Geissler, 2015).

4.1.3. DRGs κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η χρήση των DRG παρέμεινε η ίδια, αλλά τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν μοναδικές προκλήσεις που απαιτούσαν προσαρμογές στο σύστημα. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία έπρεπε να προσαρμοστούν σε μια ξαφνική αύξηση των ασθενών με COVID-19, η οποία επηρέασε την κατανομή των ασθενών στις κατηγορίες DRG. Αυτό ήταν ιδιαίτερα δύσκολο επειδή οι ασθενείς με COVID-19 συχνά απαιτούσαν διαφορετικές θεραπείες και διαδικασίες από τους ασθενείς με άλλες παθήσεις.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, έγιναν ορισμένες προσαρμογές στο σύστημα DRG. Για παράδειγμα, τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare και Medicaid (CMS) έκαναν προσωρινές αλλαγές σε ορισμένες DRG για να αυξήσουν τα ποσοστά αποζημίωσης για ασθενείς με COVID-19 που χρειάζονταν εντατική θεραπεία. Αυτές οι αλλαγές είχαν σκοπό να αντικατοπτρίζουν το υψηλότερο κόστος που σχετίζεται με τη θεραπεία ασθενών με COVID-19, όπως η ανάγκη για αναπνευστήρες και άλλο εξοπλισμό.

Μια άλλη πρόκληση που αντιμετώπισαν τα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η ανάγκη παροχής φροντίδας σε ασθενείς που δεν είχαν μολυνθεί από τον COVID-19, αλλά που εξακολουθούσαν να χρειάζονται θεραπεία για άλλες καταστάσεις. Αυτό ήταν δύσκολο γιατί τα νοσοκομεία έπρεπε να εξισορροπήσουν τις ανάγκες αυτών των

ασθενών με τις απαιτήσεις περίθαλψης ασθενών με COVID-19. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, ορισμένα νοσοκομεία δημιούργησαν ξεχωριστούς χώρους για ασθενείς με COVID-19, ενώ άλλα χρησιμοποίησαν την τηλεϊατρική για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς χωρίς COVID-19.

Εκτός από αυτές τις προκλήσεις, τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν επίσης οικονομικές πιέσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πολλά νοσοκομεία παρουσίασαν μείωση των εσόδων λόγω των ακυρωμένων εκλεκτικών διαδικασιών και του μειωμένου όγκου ασθενών. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, ορισμένα νοσοκομεία χρησιμοποίησαν ομοσπονδιακή χρηματοδότηση που παρέχεται βάσει του νόμου CARES για να αντισταθμίσουν τις απώλειές τους (Busse & Geissler, 2015).

Στην Ευρώπη, οι DRG συνέχισαν να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 για την ταξινόμηση των ασθενών και τον καθορισμό των ποσοστών αποζημίωσης. Ωστόσο, η πανδημία είχε σημαντικό αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη (Busse & Geissler, 2015) και τα νοσοκομεία έπρεπε να κάνουν προσαρμογές στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούσαν τους DRG για να λάβουν υπόψη τις μοναδικές προκλήσεις που αντιμετώπισαν.

Αύξηση των κρουσμάτων COVID-19: Η πανδημία οδήγησε σε ταχεία αύξηση των κρουσμάτων COVID-19, γεγονός που κατέστρεψε τους πόρους και τη χωρητικότητα των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία έπρεπε να προσαρμόσουν γρήγορα τις λειτουργίες τους για να εξυπηρετήσουν την εισροή ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας νέων θαλάμων COVID-19 και μονάδων εντατικής θεραπείας. Αυτό οδήγησε σε προκλήσεις για την ακριβή ταξινόμηση και την αποζημίωση των ασθενών με COVID-19 χρησιμοποιώντας το υπάρχον σύστημα DRG.

- **Αλλαγές στο μείγμα ασθενών:** Η πανδημία προκάλεσε επίσης αλλαγές στο μείγμα ασθενών των νοσοκομείων, με μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που χρειάζονται εντατική φροντίδα και αερισμό. Αυτό άλλαξε την κατανομή των ασθενών μεταξύ των κατηγοριών DRG και απαιτούσε από τα νοσοκομεία να προσαρμόσουν τις στρατηγικές αποζημίωσης για να λάβουν υπόψη το υψηλότερο κόστος της θεραπείας των ασθενών με COVID-19.
- **Κόστος ατομικού εξοπλισμού προστασίας (ΜΑΠ):** Τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν επίσης σημαντικό κόστος που σχετίζεται με την παροχή ΜΑΠ στο προσωπικό, το οποίο ήταν απαραίτητο για την πρόληψη της εξάπλωσης του COVID-19. Αυτά τα

έξοδα δεν περιλαμβάνονταν συνήθως στα ποσοστά αποζημίωσης DRG, πράγμα που σήμαινε ότι τα νοσοκομεία έπρεπε να αναλάβουν τα ίδια αυτά τα πρόσθετα έξοδα.

Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη έκαναν προσαρμογές στη χρήση των DRGs. Αυτό περιελάμβανε την εισαγωγή νέων κατηγοριών DRG για ασθενείς με COVID-19, την προσαρμογή των ποσοστών αποζημίωσης για τη φροντίδα του COVID-19 και τη χρήση τηλεϊατρικής για την παροχή περίθαλψης σε ασθενείς χωρίς COVID-19. Παρά αυτές τις προσαρμογές, οι προκλήσεις που αντιμετώπισαν τα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας είχαν σημαντικό αντίκτυπο στη χρήση των DRG και στην ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς (Geissler, & Quentin, 2015).

Σε άλλες χώρες, όπως η Ιταλία και η Ισπανία, τα νοσοκομεία έπρεπε να χρησιμοποιήσουν τις υπάρχουσες κατηγορίες DRG για την ταξινόμηση των ασθενών με COVID-19. Ωστόσο, αυτά τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν προκλήσεις όσον αφορά τη διασφάλιση της σωστής ταξινόμησης των ασθενών με COVID-19, καθώς η ασθένεια συχνά απαιτούσε διαφορετικές θεραπείες και διαδικασίες από άλλες καταστάσεις (Geissler, & Quentin, 2015).

Μια άλλη πρόκληση που αντιμετώπισαν τα νοσοκομεία στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η ανάγκη παροχής φροντίδας σε ασθενείς με άλλες παθήσεις, ενώ παράλληλα θεραπεύονταν ασθενείς με COVID-19. Αυτό απαιτούσε συχνά τη χρήση τηλεϊατρικής και την αναδιοργάνωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς με άλλες παθήσεις λαμβάνουν έγκαιρη και κατάλληλη φροντίδα.

Συνολικά, ενώ οι DRG συνέχισαν να χρησιμοποιούνται στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα νοσοκομεία έπρεπε να κάνουν προσαρμογές για να λάβουν υπόψη τις μοναδικές προκλήσεις που αντιμετώπισαν. Αυτές οι προσαρμογές είχαν σκοπό να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς έλαβαν την κατάλληλη φροντίδα και ότι τα νοσοκομεία αποζημιώθηκαν επαρκώς για τις υπηρεσίες τους, παρά τις σημαντικές επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη.

Συνολικά, ενώ η χρήση των DRG παρέμεινε η ίδια κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν μοναδικές προκλήσεις που απαιτούσαν προσαρμογές στο σύστημα. Αυτές οι προσαρμογές είχαν σκοπό να διασφαλίσουν ότι τα

νοσοκομεία ήταν σε θέση να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας σε όλους τους ασθενείς, λαμβάνοντας παράλληλα επαρκή αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους.

4.1.4. KEN συγκριτικά με DRGs

Τα DRG και τα KEN συνδέονται στενά με τον τρόπο που στοχεύουν και οι δύο να παρέχουν υψηλής ποιότητας και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς. Το σύστημα DRG είναι ένα μοντέλο πληρωμών που δίνει κίνητρα στα νοσοκομεία να παρέχουν οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματική περίθαλψη και αποτέλεσε βασικό πυλώνα της εφαρμογής των KEN στην ελληνική πραγματικότητα.

Το DRG είναι ένα σύστημα πληρωμών που χρησιμοποιείται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και πληρωτές για την ταξινόμηση των νοσοκομειακών διαμονών σε ομάδες με βάση τη διάγνωση του ασθενούς, τις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν, την ηλικία και άλλους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες (Geissler, & Quentin, 2015). Ο στόχος του συστήματος DRG είναι να παρέχει έναν τυπικό τρόπο κατηγοριοποίησης των νοσοκομειακών περιπτώσεων, έτσι ώστε οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης να μπορούν να αποζημιώνονται δίκαια για τη φροντίδα που παρέχουν και οι πληρωτές να μπορούν να ελέγχουν το κόστος (Geissler, & Quentin, 2015). Μάλιστα, ενθαρρύνει τα νοσοκομεία να είναι πιο οικονομικά ως προς την παροχή φροντίδας ομαδοποιώντας παρόμοια περιστατικά και παρέχοντας μια τυποποιημένη πληρωμή για κάθε περίπτωση με βάση την ταξινόμησή του (Kastanioti & Kontodimopoulos, 2011). Αυτή η προσέγγιση βοηθά τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίσουν ευκαιρίες για τον εξορθολογισμό των διαδικασιών παροχής φροντίδας, τη μείωση της σπατάλης και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων. Ως αποτέλεσμα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν κίνητρα να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών ελαχιστοποιώντας παράλληλα το κόστος.

Η ενοποίηση των DRG και KEN μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα των ασθενών και χαμηλότερο κόστος για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Kastanioti & Kontodimopoulos, 2011). Το σύστημα DRG μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και στη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ομαδοποιώντας παρόμοιες περιπτώσεις και παρέχοντας τυποποιημένες

πληρωμές, το σύστημα DRG μπορεί να βοηθήσει στον εξορθολογισμό των διαδικασιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων στις ΚΕΝ.

Κεφάλαιο 5

5.1. ICD-10

Η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, 10η Αναθεώρηση (ICD-10) είναι ένα τυποποιημένο σύστημα κωδικών και ταξινομήσεων που χρησιμοποιούνται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και ερευνητές παγκοσμίως για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση διαγνώσεων, συμπτωμάτων και διαδικασιών (WHO, 2016; WHO, 2019). Το σύστημα δημοσιεύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και χρησιμοποιείται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και οργανισμούς δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο για τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων υγείας.

Το ICD-10 έχει σχεδιαστεί για να παρέχει έναν τυποποιημένο τρόπο καταγραφής και επικοινωνίας πληροφοριών υγείας, ο οποίος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, της έρευνας και της επιτήρησης της δημόσιας υγείας. Το σύστημα χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα σκοπών, όπως χρέωση και αποζημίωση, έρευνα και ανάλυση, βελτίωση της ποιότητας και επιτήρηση της δημόσιας υγείας (WHO, 2016; WHO, 2019). Χρησιμοποιείται επίσης για την παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης και του επιπολασμού ασθενειών και καταστάσεων και για τον εντοπισμό τάσεων στα αποτελέσματα υγείας με την πάροδο του χρόνου.

Το σύστημα κωδικοποίησης ICD-10 βασίζεται σε μια ιεραρχική δομή, η οποία περιλαμβάνει κεφάλαια, μπλοκ, κατηγορίες και υποκατηγορίες. Υπάρχουν 21 κεφάλαια στο ICD-10, τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων υγείας, συμπεριλαμβανομένων μολυσματικών και παρασιτικών ασθενειών, νεοπλασμάτων, ενδοκρινικών, διατροφικών και μεταβολικών ασθενειών και ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Κάθε κεφάλαιο χωρίζεται σε μπλοκ, τα οποία αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενειών ή καταστάσεων.

Σε κάθε κατηγορία στο ICD-10 εκχωρείται ένας μοναδικός αλφαριθμητικός κωδικός που μπορεί να έχει μήκος έως και επτά χαρακτήρες (WHO, 2016; WHO, 2019). Οι τρεις πρώτοι χαρακτήρες του κώδικα αντιπροσωπεύουν την κατηγορία, ενώ ο τέταρτος, ο πέμπτος, ο έκτος και ο έβδομος χαρακτήρες παρέχουν πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση, το σύμπτωμα ή τη διαδικασία. Οι κωδικοί έχουν σχεδιαστεί για να είναι συγκεκριμένοι και ακριβείς, επιτρέποντας την ακριβή επικοινωνία των πληροφοριών υγείας μεταξύ διαφορετικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ρυθμίσεων.

Η κωδικοποίηση ICD-10 χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα σκοπών, όπως (WHO, 2016; WHO, 2019):

1. Χρέωση και αποζημίωση: Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της διάγνωσης, του συμπτώματος ή της διαδικασίας για την οποία ένας ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία. Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία λογαριασμών και αξιώσεων πληρωμής από ασφαλιστικούς φορείς και κυβερνητικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης.
2. Έρευνα και ανάλυση: Οι κώδικες ICD-10 χρησιμοποιούνται από ερευνητές για τη μελέτη προτύπων ασθενειών και χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κωδικοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό πληθυσμών που διατρέχουν κίνδυνο για συγκεκριμένες παθήσεις υγείας, για την παρακολούθηση των τάσεων στα αποτελέσματα υγείας με την πάροδο του χρόνου και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης.
3. Βελτίωση Ποιότητας: Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό ευκαιριών για βελτίωση της ποιότητας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, οι κωδικοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες και για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων συγκεκριμένων θεραπειών και παρεμβάσεων.
4. Επιτήρηση Δημόσιας Υγείας: Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται από φορείς δημόσιας υγείας για την παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης και του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και καταστάσεων και για τον εντοπισμό εστιών και επιδημιών. Οι κώδικες μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό ανισοτήτων στα αποτελέσματα υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.

Συνολικά, το σύστημα κωδικοποίησης ICD-10 είναι ένα ουσιαστικό εργαλείο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους οργανισμούς δημόσιας υγείας στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων υγείας. Το σύστημα παρέχει έναν τυποποιημένο τρόπο καταγραφής και επικοινωνίας πληροφοριών υγείας, ο οποίος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, της έρευνας και των αποτελεσμάτων της δημόσιας υγείας.

5.1.1. Ιστορική Αναδρομή ICD-10

Η ιστορία της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD) χρονολογείται από τα μέσα του 19ου αιώνα, όταν έγιναν οι πρώτες προσπάθειες ταξινόμησης ασθενειών και αιτιών θανάτου. Η πρώτη διεθνής ταξινόμηση των αιτιών θανάτου δημοσιεύθηκε το 1893 και οι επόμενες εκδόσεις δημοσιεύθηκαν το 1900, το 1909 και το 1929 (WHO, 2016; WHO, 2019).

Το ICD αναθεωρείται περιοδικά όλα αυτά τα χρόνια για να αντικατοπτρίζει τις αλλαγές στην ιατρική γνώση και τις προόδους στην τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης. Η 10η αναθεώρηση του ICD (ICD-10) αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και κυκλοφόρησε το 1992 (WHO, 2016; WHO, 2019). Η ανάπτυξη του ICD-10 ήταν μια μακρά και πολύπλοκη διαδικασία που περιλάμβανε σημαντική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, αξιωματούχων δημόσιας υγείας και υπευθύνων χάραξης πολιτικής από όλο τον κόσμο. Ο στόχος ήταν να δημιουργηθεί ένα σύστημα ταξινόμησης που θα μπορούσε να καταγράψει με ακρίβεια το ευρύ φάσμα ασθενειών, τραυματισμών και συνθηκών υγείας που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και να παράσχει μια κοινή γλώσσα για την αναφορά και την ανάλυση αυτών των πληροφοριών.

Μία από τις κύριες προκλήσεις για την ανάπτυξη του ICD-10 ήταν η διασφάλιση ότι το σύστημα ταξινόμησης ήταν ταυτόχρονα ολοκληρωμένο και ευέλικτο. Το σύστημα έπρεπε να είναι σε θέση να φιλοξενήσει νέες και αναδυόμενες παθήσεις υγείας, διατηρώντας παράλληλα τη συνέπεια με τις προηγούμενες εκδόσεις της ταξινόμησης (WHO, 2016; WHO, 2019). Αυτό απαιτούσε σημαντική συμβολή από ιατρικούς εμπειρογνώμονες και επιδημιολόγους, οι οποίοι εργάστηκαν για να διασφαλίσουν ότι οι κατηγορίες και οι κωδικοί στο ICD-10 αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια τις πιο πρόσφατες ιατρικές γνώσεις και βέλτιστες πρακτικές.

Ένας άλλος βασικός στόχος του ICD-10 ήταν να βελτιώσει την ποιότητα και την ακρίβεια των δεδομένων υγείας (WHO, 2016; WHO, 2019). Αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό υπό το πρίσμα της αυξανόμενης σημασίας της ιατρικής που βασίζεται σε στοιχεία και της αυξανόμενης χρήσης δεδομένων υγείας για την ενημέρωση της πολιτικής και της λήψης αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη. Παρέχοντας ένα τυποποιημένο σύστημα κωδικοποίησης και αναφοράς πληροφοριών υγείας, το ICD-10 βοήθησε να διασφαλιστεί ότι τα δεδομένα υγείας είναι συνεπή και συγκρίσιμα σε

διαφορετικά περιβάλλοντα και περιοχές, γεγονός που διευκόλυνε πιο ακριβή και ουσιαστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και των τάσεων για την υγεία.

Το ICD-10 έχει επίσης σχεδιαστεί ώστε να είναι πιο φιλικό προς το χρήστη και προσβάσιμο από τις προηγούμενες εκδόσεις της ταξινόμησης. Το σύστημα περιλαμβάνει λεπτομερείς οδηγίες για την κωδικοποίηση και την αναφορά πληροφοριών υγείας, καθώς και μια σειρά διαδικτυακών πόρων και εργαλείων που βοηθούν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους ερευνητές να χρησιμοποιούν το σύστημα αποτελεσματικά (WHO, 2016; WHO, 2019). Αυτό βοήθησε να διασφαλιστεί ότι το ICD-10 υιοθετείται και χρησιμοποιείται ευρέως από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και αξιωματούχους δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο.

Από την εισαγωγή του το 1992, το ICD-10 έχει γίνει το παγκόσμιο πρότυπο για την κωδικοποίηση και την αναφορά πληροφοριών υγείας. Το σύστημα ταξινόμησης ενημερώνεται τακτικά για να αντικατοπτρίζει τις αλλαγές στην ιατρική γνώση και τις αναδυόμενες τάσεις υγείας και χρησιμοποιείται ευρέως από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ερευνητές και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής σε περισσότερες από 100 χώρες.

5.1.2. ICD-10 και Ευρώπη

Το ICD-10 έχει εφαρμοστεί στην Ευρώπη μέσω μιας σειράς διαφορετικών μηχανισμών, ανάλογα με τη χώρα και το σύστημα υγείας της. Σε πολλές περιπτώσεις, οι εθνικές υγειονομικές αρχές έχουν αναλάβει την ευθύνη για την προσαρμογή και την εφαρμογή του ICD-10 στα δικά τους συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα διασφαλίζουν τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς και τα πρότυπα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Liaropoulos & Tragakes, 2010).

Η εφαρμογή του ICD-10 στην Ευρώπη έχει υποστηριχθεί από μια σειρά νομικών και κανονιστικών πλαισίων τόσο σε εθνικό όσο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Σε επίπεδο ΕΕ, η εφαρμογή του ICD-10 έχει καθοδηγηθεί από μια σειρά από οδηγίες και κανονισμούς που σχετίζονται με τη διαχείριση και την αναφορά πληροφοριών υγείας (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Για παράδειγμα, η ΕΕ έχει θεσπίσει κανονισμούς που σχετίζονται με την τυποποίηση των δεδομένων υγείας και τη διαλειτουργικότητα των

συστημάτων ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, οι οποίοι συνέβαλαν στη διευκόλυνση της υιοθέτησης και εφαρμογής του ICD-10 σε ολόκληρη την περιοχή.

Επιπλέον, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει εθνικούς νόμους και κανονισμούς που σχετίζονται με τη χρήση του ICD-10 για κωδικοποίηση και αναφορά πληροφοριών υγείας. Αυτοί οι νόμοι ενδέχεται να θεσπίζουν απαιτήσεις για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να χρησιμοποιούν τους κωδικούς ICD-10 στην τεκμηρίωση και τις αναφορές τους, καθώς και να ορίζουν κυρώσεις για μη συμμόρφωση.

Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) υποχρεούται να χρησιμοποιεί το ICD-10 για την κωδικοποίηση και την αναφορά όλων των διαγνώσεων και διαδικασιών σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα εσωτερικού και εξωτερικού ιατρείου. Αυτή η απαίτηση ορίζεται στο Λεξικό Δεδομένων του NHS και υποστηρίζεται από την εθνική νομοθεσία που σχετίζεται με τη χρήση δεδομένων υγείας. Ομοίως, στη Γερμανία, η χρήση των κωδικών ICD-10 για ιατρικές χρεώσεις και αποζημίωση επιβάλλεται από το νόμο (Liaropoulos & Tragakes, 2010). Το Γερμανικό Ινστιτούτο Ιατρικής Τεκμηρίωσης και Πληροφοριών (DIMDI) είναι υπεύθυνο για τη διατήρηση της γερμανικής προσαρμογής του ICD-10 και την παροχή καθοδήγησης στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη χρήση του.

Ένας από τους βασικούς τρόπους με τους οποίους το ICD-10 έχει εφαρμοστεί στην Ευρώπη είναι μέσω της ανάπτυξης εθνικών συστημάτων και διαδικασιών κωδικοποίησης. Εθνικά συστήματα κωδικοποίησης έχουν αναπτυχθεί για να διασφαλιστεί ότι οι κατηγορίες και οι κωδικοί στο ICD-10 είναι συμβατοί με τις ειδικές ανάγκες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας. Αυτό περιλάμβανε τη μετάφραση των κωδικών και των κατευθυντήριων γραμμών ICD-10 σε τοπικές γλώσσες, καθώς και την ανάπτυξη διαδικασιών για την κωδικοποίηση και την αναφορά πληροφοριών υγείας.

Επιπλέον, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει τις δικές τους προσαρμογές και επεκτάσεις του ICD-10 για να αντικατοπτρίζουν καλύτερα τις συγκεκριμένες ανάγκες και συνθήκες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψής τους. Αυτές οι προσαρμογές μπορεί να περιλαμβάνουν πρόσθετους κωδικούς ή κατηγορίες, καθώς και τροποποιήσεις σε υπάρχουσες κατηγορίες ή κανόνες κωδικοποίησης.

Μια άλλη βασική πτυχή της εφαρμογής του ICD-10 στην Ευρώπη ήταν η ανάπτυξη συστημάτων ηλεκτρονικού μητρώου υγείας (EHR) που είναι ικανά να καταγράφουν και

να αναφέρουν δεδομένα υγείας χρησιμοποιώντας κωδικούς ICD-10. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν επενδύσει πολλά στην ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων ΗΜΥ, τα οποία έχουν καταστεί ουσιαστικό εργαλείο για τη διαχείριση και την ανάλυση δεδομένων υγείας.

Συνολικά, η εφαρμογή του ICD-10 στην Ευρώπη ήταν ένα σημαντικό εγχείρημα που απαιτούσε συντονισμό και συνεργασία μεταξύ των εθνικών και διεθνών αρχών υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και άλλων ενδιαφερόμενων μερών. Αν και υπήρξαν προκλήσεις και εμπόδια στην πορεία, η υιοθέτηση του ICD-10 επέτρεψε πιο ακριβή και συνεπή αναφορά πληροφοριών για την υγεία σε ολόκληρη την Ευρώπη, γεγονός που διευκόλυνε τη λήψη αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη, βελτίωσε τα αποτελέσματα των ασθενών και πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία.

5.1.3. ICD-10 στην Ελλάδα

Το ICD-10 έχει εφαρμοστεί στην Ελλάδα μέσω της καθιέρωσης ενός εθνικού συστήματος κωδικοποίησης και της υιοθέτησης νομοθεσίας που απαιτεί τη χρήση του σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή του ICD-10 στην Ελλάδα επιβλέπεται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) και τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Στην Ελλάδα, η χρήση των κωδικών ICD-10 απαιτείται από το νόμο σε όλες τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων και των κλινικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η νομοθεσία που επιβάλλει τη χρήση του ICD-10 στην Ελλάδα εισήχθη το 2007, με την ψήφιση του Ν. 3467/2006, ο οποίος καθιέρωσε ένα εθνικό σύστημα ταξινόμησης και κωδικοποίησης ασθενειών και διαδικασιών.

Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα υποχρεούνται να χρησιμοποιούν κωδικούς ICD-10 για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση όλων των διαγνώσεων, ιατρικών διαδικασιών και παρεμβάσεων. Ο νόμος καθόρισε επίσης τις αρμοδιότητες της ΕΛΣΤΑΤ και του ΕΟΠΥΥ για την επίβλεψη της εφαρμογής του ICD-10 στην Ελλάδα (WHO, 2016; WHO, 2019). Επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι ελληνικοί νόμοι και κανονισμοί που σχετίζονται με τη χρήση των κωδικών ICD-10 σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, με τον Ν. 3833/2010 θεσπίστηκε το

νομικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του ΕΟΠΠΥ. Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη της εφαρμογής του ICD-10 στην Ελλάδα και τη διασφάλιση της χρήσης του σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Ο νόμος 3892/2010 θέσπισε επίσης το νομικό πλαίσιο για τη δημιουργία ηλεκτρονικών αρχείων υγείας (ΗΔΥ) στην Ελλάδα. Αυτός ο νόμος απαιτεί τη χρήση κωδικών ICD-10 για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση όλων των διαγνώσεων, διαδικασιών και παρεμβάσεων σε ΗΜΥ.

Επιπλέον, το ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει εκδώσει οδηγίες και σχετικά με τη χρήση των κωδικών ICD-10 σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2016; WHO, 2019). Για παράδειγμα, το Υπουργείο έχει εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές για την κωδικοποίηση και την αναφορά λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη με χρήση κωδικών ICD-10, καθώς και οδηγίες για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση των ψυχιατρικών διαταραχών.

Για να υποστηρίξει την εφαρμογή του ICD-10 στην Ελλάδα, η ΕΛΣΤΑΤ έχει αναπτύξει ένα εθνικό σύστημα κωδικοποίησης που περιλαμβάνει προσαρμογές και επεκτάσεις των κωδικών ICD-10 ώστε να αντικατοπτρίζουν τις συγκεκριμένες ανάγκες και συνθήκες του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη πρόσθετων κωδικών και κατηγοριών, καθώς και τροποποιήσεις σε υπάρχοντες κώδικες για να αντικατοπτρίζουν καλύτερα τις τοπικές πρακτικές και ορολογία υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2016; WHO, 2019).

Επιπλέον, η ΕΛΣΤΑΤ παρέχει καθοδήγηση και εκπαίδευση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη χρήση των κωδικών ICD-10 και του εθνικού συστήματος κωδικοποίησης (WHO, 2016; WHO, 2019). Ο οργανισμός συνεργάζεται επίσης με τον ΕΟΠΥΥ για τη διασφάλιση της ακριβούς και συνεπούς αναφοράς πληροφοριών υγείας με χρήση κωδικών ICD-10, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης συστημάτων ηλεκτρονικών αρχείων υγείας που υποστηρίζουν τη χρήση του ICD-10.

Συνολικά, η εφαρμογή του ICD-10 στην Ελλάδα έχει υποστηριχθεί από την εθνική νομοθεσία που επιβάλλει τη χρήση του και τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος κωδικοποίησης για τη διασφάλιση της συμβατότητάς του με τις τοπικές πρακτικές και ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η ΕΛΣΤΑΤ και ο ΕΟΠΥΥ έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στην επίβλεψη της εφαρμογής του ICD-10 και στην υποστήριξη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στη χρήση του.

Επιπροσθέτως, στην Ελλάδα, οι κωδικοί ICD-10 και KEN χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση των δεδομένων υγείας και συνδέονται με την έννοια ότι οι κωδικοί KEN βασίζονται στο σύστημα ICD-10.

Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση διαγνώσεων, ιατρικών διαδικασιών και παρεμβάσεων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ελλάδα, το σύστημα ICD-10 χρησιμοποιείται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και αξιωματούχους δημόσιας υγείας για τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων υγείας, την παρακολούθηση των τάσεων της νόσου και την ενημέρωση των πολιτικών και προγραμμάτων δημόσιας υγείας (WHO, 2016; WHO, 2019). Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται επίσης για την αποζημίωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Οι κωδικοί KEN, από την άλλη πλευρά, είναι ένα εθνικό σύστημα κωδικοποίησης που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση υπηρεσιών και παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης για σκοπούς αποζημίωσης και χρηματοδότησης. Οι κωδικοί KEN αναπτύχθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ σε συνεργασία με άλλους ελληνικούς υγειονομικούς φορείς και επαγγελματικούς συλλόγους και βασίζονται στο σύστημα ICD-10.

Στην Ελλάδα, όταν ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης εκτελεί ιατρική υπηρεσία ή παρέμβαση, εισάγει τον αντίστοιχο κωδικό KEN στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς. Ο κωδικός αυτός χρησιμοποιείται στη συνέχεια από τον ΕΟΠΥΥ για τον καθορισμό του ποσοστού αποζημίωσης για την υπηρεσία ή την παρέμβαση. Οι κωδικοί KEN καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών διαδικασιών, εργαστηριακών εξετάσεων, απεικονιστικών μελετών, φαρμάκων και ιατρικών προμηθειών.

Συνολικά, οι κωδικοί ICD-10 και KEN είναι και τα δύο σημαντικά συστήματα για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση των δεδομένων υγείας στην Ελλάδα. Οι κωδικοί ICD-10 χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση διαγνώσεων, ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων, ενώ οι κωδικοί KEN χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση υπηρεσιών και παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης για σκοπούς αποζημίωσης και χρηματοδότησης. Μαζί, αυτά τα συστήματα συμβάλλουν στη διασφάλιση της ακρίβειας και της συνέπειας των δεδομένων υγείας και διευκολύνουν τη

διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της χρηματοδότησης στην Ελλάδα.

5.1.4. ICD 10 και ιατρικές πράξεις των KEN

Σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική αυτού του συστήματος αποζημίωσης σχετικά με τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, σε κάθε DRG, δηλαδή σε κάθε παρόμοια διαγνωστική κατηγορία, οι κωδικοί ασθενείας και οι κωδικοί ιατρικής διαδικασίας αντιστοιχίζονται, με βάση τη λογική και τη φιλοσοφία της κατάταξης των κατηγοριών KEN του καθενός συστήματος. Αυτή η ανάθεση αποτελεί τον σκελετό του συστήματος DRGs (Centers for Disease Control and Prevention, 2015), αφού μόνο μέσω μιας τέτοιας αντιστοίχισης μπορεί να οριστεί ο αλγόριθμος επιλογής του κατάλληλου CEN. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η εφαρμογή συστήματος DRGs προϋποθέτει την ύπαρξη κωδικοποιήσεων, τόσο ασθενειών όσο και διαγνώσεων και των ιατρικές παρεμβάσεις και διαδικασίες.

Κάθε χώρα έχει τη δική της ταξινόμηση ασθενειών και ιατρικές διαδικασίες, και οι αριθμοί των αρχείων (κωδικών) είναι χιλιάδες, και μόνο μέσω κατάλληλων εφαρμογών πληροφορικής μπορούν να είναι αποτελεσματικά διαχείριση. Για παράδειγμα, US MSDRG ICD-10-PCS Medical Procedures ανέρχονται σε 72.000. Αυτός ο αλγόριθμος αποτελείται από μια σειρά κόμβων δέντρων αποφάσεων και ακολουθίες που επιτρέπουν τη σωστή επιλογή του CEN και τελικά την κατάλληλη χρέωση για το περιστατικό νοσηλείας (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Οι κωδικοί ασθενειών και οι κωδικοί ιατρικής διαδικασίας ονομάζονται rofs.

Εν συντομία, κοινά χαρακτηριστικά αυτών είναι ότι η είσοδος στα ηλεκτρονικά εφαρμογή των απαραίτητων σχετικών πληροφοριών του περιστατικού νοσηλείας [π.χ. φύλο, ηλικία, είδος εξιτηρίου (θάνατος, στο σπίτι, σε κέντρο αποκατάστασης κ.λπ.), το άτομο/α κωδικός/οι διάγνωσης, κωδικοί ιατρικής πράξης, κ.λπ.], η εφαρμογή το εξάγει CEN που θα χρεωθεί, ο συντελεστής στάθμισης και το κόστος (ποσό αποζημίωση νοσοκομείων).

Groupers είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο λογισμικό λόγω του γεγονότος ότι να ενσωματώσει όλες τις αποφάσεις για να χρεώσει την κατάλληλη CEN. Τα διάφορα πράγματα Τα συστήματα DRGs που έχουν διαφορετικές χώρες έχουν το καθένα το δικό του γκρουπ, ο

που ενσωματώνει την εμπειρία από τα περιστατικά κάθε χώρας (π.χ. εμπειρία από 18.000.000 νοσηλείες ετησίως στη Γερμανία), και ως εκ τούτου έχει υψηλό βαθμό τεκμηρίωσης (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Ακριβώς λόγω του τεράστιου όγκου και της εξειδικευμένης δουλειάς που απαιτείται για τη σωστή χαρτογράφηση όλων αυτών των χιλιάδων κωδικών, η συνήθης πρακτική είναι, όταν μια χώρα θέλει να εισαγάγει DRG στο σύστημα υγείας της, να στραφεί σε μια άλλη χώρα με εμπειρία και έτοιμο σύστημα ταιριάζει και σφυρίδα (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Έχοντας, λοιπόν, έτοιμο αυτό το αντίστοιχο υλικό, ακολουθεί το έργο της προσαρμογής του συστήματος στις ιδιαιτερότητες της χώρας (αυτή την προσέγγιση ακολούθησε η Κύπρος, η οποία από το 2009, σε συμφωνία με τη Γερμανία, ξεκίνησε το έργο της προσαρμογής των γερμανικών DRGs στις κυπριακές DRGs).

Στην Ελλάδα διατίθεται επίσημα η ελληνική μετάφραση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων και Διαγνώσεων ICD-10 2008, έργο του οποίου την επιστημονική ευθύνη είχε η ΕΣΔΥ. Το ICD-10 περιλαμβάνει περίπου 11.500 κωδικούς ασθενειών. Επίσης, για ιατρικές πράξεις και παρεμβάσεις διατίθεται η Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων που περιλαμβάνει 11.100 κωδικούς. Γίνεται κατανοητό ότι η αντιστοίχιση 11.500 κωδικών ICD-10 και 11.100 κωδικών ιατρικών πράξεων με τα 746 KEN είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο και επίπονο εγχείρημα. Για την επιτυχία του έργου απαιτείται προηγούμενη εμπειρία και γνώση των ταξινομήσεων ασθενειών και ιατρικών διαδικασιών και καλή κατανόηση της λογικής της ταξινόμησης των CEN. Εδώ βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι στον ελληνικό κλάδο υγείας δεν υπάρχει προηγούμενη κουλτούρα, εμπειρία και εξοικείωση με ταξινομήσεις.

Μόλις επιλεγούν οι αυστραλιανοί AR-DRG, η κατάλληλη προσέγγιση θα ήταν να έρθει σε επαφή το NHRI με τον αρμόδιο αυστραλιανό φορέα που διαχειρίζεται τους AR-DRG που καλύπτονται από αυστηρά δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας για να διασφαλιστεί η πρόσβαση και η κατανόηση του σκεπτικού της ταξινόμησης. Αυστραλιανά AR-DRG και χαρτογραφήσεις ασθενειών και διαδικασιών. Αυτό θα αποτελούσε τα έγγραφα εργασίας για την ελληνική προσαρμογή (ελληνική ICD-10, ελληνικές πράξεις).

5.1.5. ICD-10 και πανδημία

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το ICD-10 ήταν ζωτικής σημασίας για την παρακολούθηση και την παρακολούθηση της εξάπλωσης του ιού και των επιπτώσεών του στη δημόσια υγεία. Ακολουθούν μερικοί τρόποι με τους οποίους το ICD-10 λειτούργησε κατά τη διάρκεια της πανδημίας:

- **Διάγνωση και αναφορά:** Προκειμένου να παρακολουθείται η εξάπλωση του ιού και να παρακολουθείται ο αντίκτυπος του στη δημόσια υγεία, ήταν ζωτικής σημασίας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διαγνώσουν με ακρίβεια και να αναφέρουν περιπτώσεις COVID-19. Το ICD-10 παρείχε έναν τυποποιημένο τρόπο για να γίνει αυτό, με τον κωδικό U07.1 που ορίζεται ειδικά για το COVID-19. Χρησιμοποιώντας αυτόν τον κώδικα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να διασφαλίσουν ότι οι διαγνώσεις τους ήταν ακριβείς και συνεπείς και ότι τα κρούσματα θα μπορούσαν να αναφέρονται στους φορείς δημόσιας υγείας έγκαιρα και αποτελεσματικά.
- **Έρευνα:** Οι κωδικοί ICD-10 ήταν επίσης απαραίτητοι για την ιατρική έρευνα σχετικά με τον COVID-19. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τους κωδικούς για να αναλύσουν δεδομένα από ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, αξιώσεις ασφάλισης και άλλες πηγές για να κατανοήσουν τον αντίκτυπο του ιού σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, οι ερευνητές θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τους κωδικούς ICD-10 για να εντοπίσουν ασθενείς με συννοσηρότητες όπως ο διαβήτης ή οι καρδιακές παθήσεις που διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας ή θανάτου από COVID-19. Θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιήσουν τους κωδικούς για να παρακολουθήσουν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και να διερευνήσουν πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του ιού.
- **Κατανομή πόρων:** Καθώς εξελισσόταν η πανδημία, ήταν απαραίτητο για τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να καταναείμουν αποτελεσματικά τους πόρους για τη διαχείριση της εισροής ασθενών με COVID-19. Οι κωδικοί ICD-10 βοήθησαν τα νοσοκομεία να παρακολουθούν τον αριθμό των περιπτώσεων COVID-19 και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να προβλέψουν τις ανάγκες τους και να διασφαλίσουν ότι είχαν τους απαραίτητους πόρους για να παρέχουν φροντίδα. Για παράδειγμα, τα

νοσοκομεία θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν κωδικούς ICD-10 για να παρακολουθούν τον αριθμό των ασθενών που χρειάζονται αναπνευστήρες ή άλλη εντατική θεραπεία και να προσαρμόζουν ανάλογα το προσωπικό και τα επίπεδα προμήθειας.

Αποζημίωση: Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν κωδικοί ICD-10 για σκοπούς αποζημίωσης. Με την ακριβή κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των θεραπειών για τον COVID-19, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να υποβάλλουν αξιώσεις στις ασφαλιστικές εταιρείες για αποζημίωση των υπηρεσιών τους. Αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για νοσοκομεία και κλινικές που παρείχαν τεστ και θεραπεία για τον COVID-19 σε ανασφάλιστους ή υποασφαλισμένους ασθενείς. Χρησιμοποιώντας κωδικούς ICD-10 για την τεκμηρίωση της παρεχόμενης φροντίδας, θα μπορούσαν να διασφαλίσουν ότι θα αποζημιωθούν για τα έξοδά τους και θα μπορούσαν να συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα σε όσους έχουν ανάγκη.

•

Μέρος Β'

Κεφάλαιο 6

6.1. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα είναι ένα από τα παλαιότερα και μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ιδρύθηκε το 1885 και πήρε το όνομά του από την Αλεξάνδρα, την τότε βασίλισσα της Ελλάδας. Το νοσοκομείο ιδρύθηκε για την παροχή ιατρικής περίθαλψης σε φτωχούς και μειονεκτούντες, καθώς και για την υποστήριξη της ιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας στην Ελλάδα (Kondilis & Tountas, 2007).

Το νοσοκομείο ιδρύθηκε αρχικά ως σανατόριο φυματίωσης το 1930, αλλά σύντομα έγινε γενικό νοσοκομείο, παρέχοντας φροντίδα για μια σειρά από ιατρικές παθήσεις. Κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το νοσοκομείο χρησιμοποιήθηκε ως στρατιωτικό νοσοκομείο από τον ελληνικό στρατό και τις γερμανικές δυνάμεις κατοχής

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην παροχή ιατρικής περίθαλψης σε πολίτες και στρατιωτικό προσωπικό. Το νοσοκομείο υπέστη σοβαρές ζημιές κατά τη διάρκεια της γερμανικής κατοχής στην Ελλάδα, αλλά ανακατασκευάστηκε και επεκτάθηκε στα μεταπολεμικά χρόνια. Στη μεταπολεμική περίοδο, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα συνέχισε να επεκτείνεται και να εκσυγχρονίζεται, καθιστώντας ένα από τα μεγαλύτερα και σημαντικότερα νοσοκομεία στην Ελλάδα (Kondilis & Tountas, 2007). Τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, το νοσοκομείο ανακαινίστηκε ριζικά, με νέες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες που προστέθηκαν για να καλύψουν την αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη στην Αθήνα και τη γύρω περιοχή

Με τα χρόνια, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής στην Ελλάδα. Στις αρχές του 20ου αιώνα ήταν ένα από τα λίγα νοσοκομεία στην Ελλάδα που διέθεταν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις. Ήταν επίσης κέντρο ιατρικής εκπαίδευσης, με πολλούς από τους κορυφαίους γιατρούς και ερευνητές της Ελλάδας να σπουδάζουν και να εργάζονται στο νοσοκομείο.

Τις δεκαετίες που ακολούθησαν, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα συνέχισε να επεκτείνεται και να εκσυγχρονίζεται, προσθέτοντας νέες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες για να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση για ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Σήμερα, το

νοσοκομείο διαθέτει πάνω από 350 κλίνες και προσφέρει ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων της χειρουργικής, της καρδιολογίας, της ογκολογίας και της νευρολογίας.

Παρά τη μακρά ιστορία του και τον σημαντικό ρόλο του στην ελληνική ιατρική, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, όπως και πολλά δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, όπως περιορισμένη χρηματοδότηση και ελλείψεις προσωπικού. Ωστόσο, το νοσοκομείο παραμένει προσηλωμένο στην παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικής περίθαλψης στον λαό της Ελλάδας και συνεχίζει να αποτελεί κορυφαίο κέντρο ιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας στη χώρα. Σήμερα, το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα είναι ένα σύγχρονο και άρτια εξοπλισμένο νοσοκομείο, που παρέχει ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών σε ασθενείς στην Αθήνα και σε όλη την Ελλάδα. Το νοσοκομείο είναι συνδεδεμένο με το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και είναι αναγνωρισμένο ως κορυφαίο κέντρο ιατρικής έρευνας και εκπαίδευσης.

6.1.1 ΓΝΑ Αλεξάνδρα και ΚΕΝ

Το νοσοκομείο διαθέτει πολλές Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια, που παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα σε ασθενείς με συγκεκριμένες παθήσεις υγείας. Κάθε ΚΕΝ στελεχώνεται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών και άλλου εξειδικευμένου προσωπικού. Η ομάδα συνεργάζεται για να παρέχει ολοκληρωμένη, συντονισμένη φροντίδα στους ασθενείς, χρησιμοποιώντας πρωτόκολλα και κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε στοιχεία για να εξασφαλίσει φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Τα ΚΕΝ στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με περίπλοκες παθήσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, των νευρολογικών διαταραχών και των καρδιαγγειακών παθήσεων. Κάθε μονάδα είναι εξοπλισμένη με την τελευταία λέξη της ιατρικής τεχνολογίας και εξοπλισμού και στελεχώνεται από έμπειρους επαγγελματίες υγείας που έχουν εξειδίκευση στη φροντίδα ασθενών με αυτές τις παθήσεις. Έχουν επίσης σχεδιαστεί για να προάγουν την ασθενοκεντρική φροντίδα, με έμφαση στις

ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε ασθενή. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υποστήριξης όπως συμβουλευτική και αποκατάσταση, καθώς και τη συμμετοχή ασθενών και των οικογενειών τους στη διαδικασία φροντίδας. Ορισμένα από τα ΚΕΝ τα οποία υπάρχουν στον Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρας

- **Νευροχειρουργική:** Αυτή η μονάδα είναι αφιερωμένη σε ασθενείς που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση για νευρολογικές παθήσεις, όπως όγκους εγκεφάλου, τραυματικές βλάβες εγκεφάλου και κακώσεις νωτιαίου μυελού. Απαρτίζεται από νευροχειρουργούς, εξειδικευμένους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.
- **Καρδιοχειρουργική:** Αυτή η μονάδα παρέχει φροντίδα σε ασθενείς που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση για καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως αντικατάσταση βαλβίδας καρδιάς, μόσχευμα παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας και άλλες διαδικασίες. Είναι εξοπλισμένη με τεχνολογία αιχμής και στελεχώνεται από καρδιοχειρουργούς υψηλής εξειδίκευσης, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας.
- **Αιματολογίας-Ογκολογίας:** Αυτή η μονάδα παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο και αιματολογικές διαταραχές, όπως λευχαιμία, λέμφωμα και πολλαπλούν μυέλωμα. Προσφέρει μια ολοκληρωμένη σειρά υπηρεσιών, όπως χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων και υποστηρικτική φροντίδα.
- **Πνευμονολογική Ιατρική:** Αυτή η μονάδα είναι αφιερωμένη σε ασθενείς με αναπνευστικές παθήσεις, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), άσθμα και καρκίνο του πνεύμονα. Στελεχώνεται από πνευμονολόγους, αναπνευστικούς θεραπευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται για να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα.
- **Μαιευτικής και Γυναικολογίας:** Αυτή η μονάδα είναι αφιερωμένη στη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό. Παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της προγεννητικής φροντίδας, του τοκετού και της φροντίδας μετά τον τοκετό. Η μονάδα στελεχώνεται από μαιευτήρες, μαιές, νοσοκόμες και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Εν ολίγοις, έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με συγκεκριμένες ιατρικές ανάγκες και συνεργάζονται στενά με άλλα τμήματα και μονάδες του νοσοκομείου για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ολοκληρωμένη φροντίδα. Το προσωπικό σε κάθε ΚΕΝ είναι άρτια εκπαιδευμένο και συνεργάζεται για να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα σε κάθε ασθενή.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα έπαιξαν κρίσιμο ρόλο στη φροντίδα ασθενών με COVID-19. Αυτές οι μονάδες χαρακτηρίστηκαν ως μονάδες COVID-19 και στελεχώθηκαν από επαγγελματίες υγείας που είχαν εκπαιδευτεί στον έλεγχο των λοιμώξεων και στη διαχείριση ασθενών με COVID-19. Τα ΚΕΝ του νοσοκομείου συνεργάστηκαν επίσης με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στην κοινότητα για να παρέχουν συντονισμένη φροντίδα σε ασθενείς με COVID-19, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών, της παρακολούθησης και της θεραπείας. Οι διεπιστημονικές ομάδες του νοσοκομείου συνεργάστηκαν στενά με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς έλαβαν τη φροντίδα και την υποστήριξη που χρειαζόνταν για να αναρρώσουν από τον COVID-19.

Συνολικά, τα ΚΕΝ στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχουν συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης για ασθενείς με περίπλοκες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του COVID-19. Παρέχοντας εξειδικευμένη, συντονισμένη φροντίδα, αυτές οι μονάδες έχουν συμβάλει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και στην προώθηση της καλύτερης υγείας για τις κοινότητες που εξυπηρετούν.

Κεφάλαιο 7

Έρευνα στι ΓΝΑ Αλεξάνδρα

Στο παρακάτω κεφάλαιο θα αναλυθούν ορισμένα γραφήματα σχετικά με τα έσοδα και τα έξοδα του ΓΝΑ Αλεξάνδρα κατά την χρονική περίοδο 2008-2021.

7.1. Γενικός σχολιασμός για τα Έσοδα από 2008-2021

Οι Τακτικές Επιχορηγήσεις Προϋπολογισμού είναι ένας τύπος μηχανισμού χρηματοδότησης που έχει σχεδιαστεί για να παρέχει συνεχή οικονομική υποστήριξη σε δημόσιους οργανισμούς όπως νοσοκομεία, σχολεία και άλλα δημόσια ιδρύματα, προκειμένου να τους βοηθήσει να καλύψουν τα τακτικά λειτουργικά τους έξοδα. Οι στόχοι των τακτικών επιχορηγήσεων προϋπολογισμού είναι να διασφαλίσουν ότι αυτοί οι οργανισμοί διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους για να παρέχουν βασικές υπηρεσίες στο κοινό και να τους βοηθήσουν να διατηρήσουν μια σταθερή και βιώσιμη οικονομική θέση.

Οι ειδικοί στόχοι των επιχορηγήσεων τακτικού προϋπολογισμού μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τον οργανισμό χρηματοδότησης και τον σκοπό της επιχορήγησης, αλλά ορισμένοι κοινοί στόχοι περιλαμβάνουν:

Παροχή σταθερής χρηματοδότησης: Οι τακτικές επιχορηγήσεις προϋπολογισμού παρέχονται συνήθως σε συνεχή βάση, όπως ετησίως, κάτι που βοηθά στην παροχή σταθερής και προβλέψιμης χρηματοδότησης για δημόσιους οργανισμούς. Αυτό τους επιτρέπει να προγραμματίζουν και να προϋπολογίζουν τα έξοδά τους πιο αποτελεσματικά, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής τους σταθερότητας με την πάροδο του χρόνου.

Υποστήριξη βασικών υπηρεσιών:

Δημόσιοι οργανισμοί, όπως νοσοκομεία, σχολεία και άλλα ιδρύματα παρέχουν βασικές υπηρεσίες στο κοινό και οι τακτικές επιχορηγήσεις προϋπολογισμού βοηθούν να διασφαλιστεί ότι αυτοί οι οργανισμοί διαθέτουν τους πόρους που χρειάζονται για να συνεχίσουν να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει

χρηματοδότηση για μισθούς, υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, εξοπλισμό και άλλα έξοδα που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία του οργανισμού.

Προώθηση της λογοδοσίας:

Οι τακτικές επιχορηγήσεις προϋπολογισμού παρέχονται συνήθως με ορισμένες απαιτήσεις και οδηγίες που πρέπει να ακολουθούν οι οργανισμοί για να λάβουν τη χρηματοδότηση. Αυτό συμβάλλει στην προώθηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας στη χρήση των δημόσιων πόρων και διασφαλίζει ότι η χρηματοδότηση χρησιμοποιείται με υπεύθυνο και αποτελεσματικό τρόπο.

Ενθάρρυνση της βιωσιμότητας:

Με την παροχή συνεχούς οικονομικής υποστήριξης, οι επιχορηγήσεις τακτικού προϋπολογισμού μπορούν να βοηθήσουν τους δημόσιους οργανισμούς να διατηρήσουν μια σταθερή οικονομική θέση με την πάροδο του χρόνου, γεγονός που μπορεί να βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά τους. Αυτό μπορεί να βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι θα είναι σε θέση να συνεχίσουν να παρέχουν βασικές υπηρεσίες στο κοινό για πολλά χρόνια ακόμη.

Συνολικά, οι Τακτικές Επιχορηγήσεις Προϋπολογισμού είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την υποστήριξη των δημόσιων οργανισμών στην Ελλάδα και διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση ότι αυτοί οι οργανισμοί διαθέτουν τους πόρους που χρειάζονται για να παρέχουν βασικές υπηρεσίες στο κοινό.

Έσοδα από 2008-2021

Το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα από την χρονική περίοδο 2008-2021 λαμβάνει εισφορές από τρεις διαφορετικές πηγές. Βασικός πυλώνας των οικονομικών αναγκών του Νοσοκομείου αποτελεί η επιχορήγηση του τακτικού προϋπολογισμού ο οποίος μέχρι πριν την πανδημία του Covid-19, καθώς είχε ήδη ξεπεράσει το ποσό των 10.000.000€ ετησίως, ενώ το 2009 το ποσό αυτό δεν ξεπερνούσε τα 7.000.000€. Αντίστοιχα, ο κρατικός μηχανισμός κατά την διάρκεια της πανδημίας σύνδραμε σημαντικά στην οικονομική ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομειακών ταμείων, ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις πρωτόγνωρες ανάγκες του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα έτη 2019 και 2020, που ο τακτικός προϋπολογισμός σημείωσε αύξηση ύψους 50% συγκριτικά με το 2018, ενώ το 2021 αύξηση σχεδόν 110%. Με αυτό τον τρόπο εύκολα διαπιστώνουμε ότι οι τακτικές επιχορηγήσεις προϋπολογισμού ήταν απαραίτητες για τα

νοσοκομεία στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η πανδημία έχει ασκήσει σημαντική πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και τα νοσοκομεία στην Ελλάδα δεν αποτελούν εξαίρεση. Οι τακτικές επιχορηγήσεις του προϋπολογισμού έχουν παράσχει στα νοσοκομεία την οικονομική υποστήριξη που χρειάζονται για να συνεχίσουν να παρέχουν βασικές υπηρεσίες σε ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει παράσχει πρόσθετη χρηματοδότηση στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας για να τα βοηθήσει να καλύψουν το αυξημένο κόστος που σχετίζεται με την αντιμετώπιση του COVID-19. Αυτή η χρηματοδότηση έχει παρασχεθεί μέσω ποικίλων μηχανισμών, συμπεριλαμβανομένων των επιχορηγήσεων τακτικού προϋπολογισμού, των επιχορηγήσεων ειδικού σκοπού και της έκτακτης χρηματοδότησης. Οι επιχορηγήσεις τακτικού προϋπολογισμού ήταν ιδιαίτερα σημαντικές κατά τη διάρκεια της πανδημίας, επειδή παρέχουν συνεχή, σταθερή χρηματοδότηση στην οποία μπορούν να βασίζονται τα νοσοκομεία για την κάλυψη των τακτικών λειτουργικών τους εξόδων. Αυτό επέτρεψε στα νοσοκομεία να συνεχίσουν να παρέχουν βασικές υπηρεσίες στους ασθενείς, παρόλο που έπρεπε να προσαρμοστούν σε νέες προκλήσεις και αλλαγές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Εκτός από την παροχή οικονομικής στήριξης, οι τακτικές επιχορηγήσεις προϋπολογισμού συνέβαλαν επίσης στην προώθηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας στη χρήση των δημόσιων πόρων κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η ελληνική κυβέρνηση έχει θεσπίσει σαφείς κατευθυντήριες γραμμές και απαιτήσεις για τα νοσοκομεία που λαμβάνουν επιχορηγήσεις Τακτικού Προϋπολογισμού, γεγονός που βοήθησε να διασφαλιστεί ότι η χρηματοδότηση χρησιμοποιείται με υπεύθυνο και αποτελεσματικό τρόπο.

Παράλληλα, με την κρατική επιχορήγηση σημαντικό ρόλο διαδραμάτιζε η συνεισφορά των γενικότερων ασφαλιστικών ταμείων, συμπεριλαμβανομένου του ΕΟΠΠΥ. Πιο συγκεκριμένα, είμαστε σε θέση βάσει των παρακάτω στοιχείων να παρατηρήσουμε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν εξίσου σημαντική οικονομική ενίσχυση στο γενικό νοσοκομείο, αφού από το έτος 2019 και έπειτα τα ασφαλιστικά ταμεία συμβάλλουν στο ταμείο του ΓΝΑ σημαντικά, αρκεί να λάβουμε υπόψιν ότι τα έσοδα αντεπεξέρχονται στο 50% των επιχορηγήσεων του τακτικού προϋπολογισμού.

Αξίζει βέβαια να αναφερθεί και η σημασία της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Αν και τα πρώτα χρόνια του διαγράμματος είναι μηδενική, από το 2013 και ύστερα, η

επιχειρηματική δραστηριότητα φαίνεται ότι αρχίζει να συμβάλλει έστω και λίγο στην ενίσχυση του νοσοκομείου. Προφανώς, σε καμία περίπτωση τα ποσά αυτά δεν δύνανται να αντεπεξέλθουν στις οικονομικές ανάγκες οποιουδήποτε νοσοκομειακού οργανισμού, αλλά είναι αξιοσημείωτη η επιχειρηματική δραστηριότητα.

Πίνακας 7.1: Έσοδα από 2008-2021

Έσοδα σε € Έτη	Επιχορήγηση Τακτικού Προϋπολογισμού	Ασφαλιστικά Ταμεία	Επιχειρηματική Δραστηριότητα (μισθώσεις ακινήτων)
2008	5680,01	24450745,47	0
2009	6623863,93	22178761,78	0
2010	55303645,9	17021905,5	0
2011	20243325,65	13163527,86	0
2012	26787640,17	6378398,45	0
2013	17725178,84	3287845,84	7317
2014	12896000	2326763,36	4526,8
2015	7294939,56	2649960,51	9600
2016	15478818,66	12631849,53	9600
2017	12096500,00	5636461,08	10600
2018	10428359,61	9782401,98	13200
2019	17332000	10233339,59	15400
2020	18116000	8850690,26	9680
2021	22357000	12071367,15	6600

Πηγή: Ίδια έρευνα

7.2. Γενικός σχολιασμός για τα Έξοδα από 2008-2021

Έξοδα από 2008-2021

Όπως είναι λογικό, ένα δημόσιο νοσοκομείο έχει διάφορα έξοδα με τα οποία πρέπει να ανταπεξέλθει για να καλύψει το πλήθος των απαιτήσεων που έχει. Μερικές από τις πιο συνηθισμένες δαπάνες σε ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα περιλαμβάνουν:

Κόστος προσωπικού: Οι μισθοί και τα επιδόματα για το προσωπικό των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών, του διοικητικού προσωπικού και του βοηθητικού προσωπικού, είναι ένα από τα μεγαλύτερα έξοδα για τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Αυτά τα κόστη μπορεί να αντιπροσωπεύουν σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού ενός νοσοκομείου.

Ιατρικά εφόδια και εξοπλισμός: Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα πρέπει να αγοράσουν ένα ευρύ φάσμα ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού για να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Αυτό περιλαμβάνει πράγματα όπως ιατρικά εργαλεία, επίδεσμούς, γάντια και άλλες αναλώσιμες προμήθειες, καθώς και μεγαλύτερο εξοπλισμό όπως μηχανήματα ακτίνων Χ, μηχανήματα μαγνητικής τομογραφίας και χειρουργικό εξοπλισμό.

Φαρμακευτικά: Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα πρέπει να αγοράσουν ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων και φαρμακευτικών προϊόντων για τη θεραπεία ασθενών. Αυτό περιλαμβάνει τόσο συνταγογραφούμενα φάρμακα όσο και φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή, καθώς και εξειδικευμένα προϊόντα όπως φάρμακα χημειοθεραπείας και ανοσοκατασταλτικά.

Υπηρεσίες κοινής ωφέλειας και συντήρηση: Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα απαιτούν σημαντικούς πόρους για τη συντήρηση των εγκαταστάσεών τους και την ομαλή λειτουργία τους. Αυτό περιλαμβάνει δαπάνες που σχετίζονται με υπηρεσίες κοινής ωφέλειας όπως ηλεκτρικό ρεύμα, νερό και θέρμανση, καθώς και έξοδα συντήρησης όπως επισκευές, καθαρισμός και εξωραϊσμός.

Διοικητικό κόστος: Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα απαιτούν σημαντική διοικητική υποστήριξη για τη διαχείριση των λειτουργιών τους και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Αυτό περιλαμβάνει κόστος που σχετίζεται με

πράγματα όπως η τιμολόγηση, η τήρηση αρχείων και η συμμόρφωση με τις κανονιστικές απαιτήσεις.

Συνολικά, τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν ένα ευρύ φάσμα δαπανών που πρέπει να διαχειριστούν προκειμένου να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των δαπανών είναι κρίσιμη για να διασφαλιστεί ότι τα νοσοκομεία διαθέτουν τους πόρους που χρειάζονται για να παρέχουν βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο κοινό. Στον πίνακα που ακολουθεί θα δούμε αναλυτικότερα τα έξοδα από το έτος 2008-2021.

Πιο συγκεκριμένα είμαστε σε θέση να συμπεράνουμε τα εξής:

Αρχικά, οι δαπάνες του προσωπικού από το 2008 έως το 2021 έχουν αυξηθεί σχεδόν κατά 800%. Σε αυτή την σημαντική αύξηση σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η πανδημία του 2019. Η ελληνική κυβέρνηση έλαβε μια σειρά μέτρων για την αύξηση της ικανότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρόσληψης επιπλέον ιατρικού προσωπικού και της προσαγωγής συνταξιούχων γιατρών και νοσηλευτών για να υποστηρίξει την προσπάθεια ανταπόκρισης. Τον Μάρτιο του 2020, η ελληνική κυβέρνηση ανακοίνωσε σχέδια να προσλάβει επιπλέον 2.000 γιατρούς και νοσηλευτές για να υποστηρίξουν την αντιμετώπιση της πανδημίας. Αυτό περιλάμβανε την πρόσληψη τόσο πρόσφατων πτυχιούχων όσο και συνταξιούχων επαγγελματιών υγείας που ήταν πρόθυμοι να επιστρέψουν στην εργασία τους για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κρίσης. Εκτός από την πρόσληψη νέου προσωπικού, η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε επίσης μέτρα για την αύξηση των ωρών εργασίας του υφιστάμενου ιατρικού προσωπικού και την αναδιάταξη προσωπικού σε περιοχές με τις μεγαλύτερες ανάγκες. Αυτά τα μέτρα συνέβαλαν στην αύξηση της ικανότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθεί στην πανδημία COVID-19 στην Ελλάδα. Ωστόσο, η πανδημία άσκησε σημαντική πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και χρειάζονταν πρόσθετοι πόροι και υποστήριξη για να διασφαλιστεί ότι τα νοσοκομεία είχαν τους πόρους που χρειάζονταν για να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς.

Εντούτοις, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρείται αντίστοιχη αύξηση στις δαπάνες υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, παρά την πανδημία. Αν και υπάρχουν μικρές αυξομειώσεις στα έξοδα, αυτές είναι μεμπτές και δεν φαίνεται να επηρεάστηκαν από την αύξηση του εργατικού προσωπικού μετά το 2020.

Πίνακας 7.2: Έξοδα από 2008-2021

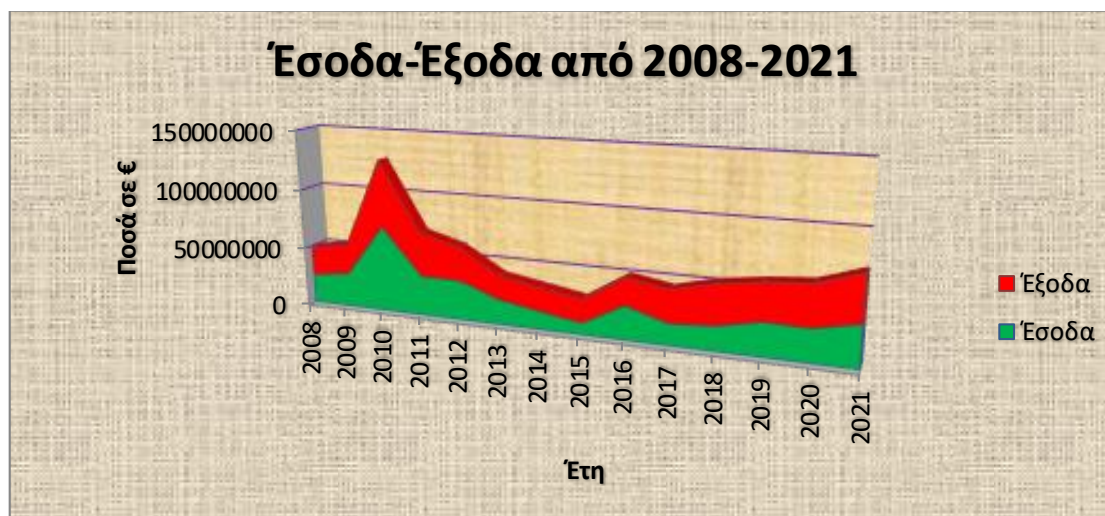
Έξοδα σε € Έτη	Δαπάνες μισθοδοσίας	Δαπάνες υγειονομικό ύ υλικού	Δαπάνες φαρμακευτικού υλικού	Δαπάνες υπηρεσιών	Λοιπές Δαπάνες Αναλώσιμου Υλικού
2008	841239,02	6711311,11	5822645,06	6159778,65	4420592,52
2009	1181103,13	5542972,44	11578861,91	6553153,56	4988255,67
2010	1090743,24	13453630,42	36063170,55	4731759,21	8837323,67
2011	1867568,43	6248383,22	21547368,64	7139150,43	5275999,3
2012	1146429,2	4663016,91	15514295,26	6420829,49	3933620,48
2013	636148,17	5226582,31	18098811,24	6021422,04	4147121,36
2014	858720,7	4031556,12	7428769,93	7331552,94	3381644,4
2015	4097633,32	2795029,57	5726514,96	6517828,49	3352425,96
2016	4397082,62	3053876,58	7934314,79	6980660,85	3420208,34
2017	4817985,83	3463585,12	8486537,83	6041394,83	4147751,2
2018	4647206,63	3378874,56	15152102,08	6023440,14	3605817,08
2019	4892108,18	2212657,74	14126136,34	6226304,41	2774622,72
2020	4772815,12	4666941,33	12742317,8	7318792,59	4280735,05
2021	6239494,81	4824870,6	19812200,47	6927736,11	4230940,02

Πηγή: Ίδια έρευνα

7.2.1. Γενικός σχολιασμός για τα Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021

Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021

Γράφημα 7.1: Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021



Πηγή: Ίδια έρευνα

Αν αναλύσουμε το παραπάνω γράφημα ωστόσο είμαστε σε θέση να εκμαιεύσουμε το εξής οξύμωρο, και πιθανόν ανησυχητικό γεγονός. Αναλυτικότερα βλέπουμε ότι καθ' όλη τη διάρκεια της προηγούμενης 12ετίας τα έξοδα του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρας ήταν πάντα περισσότερα από τα γενικότερα έσοδά του. Αυτή η πραγματικότητα, ωστόσο φαίνεται να διογκώθηκε τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα το 2021 που η χώρα βρισκόταν σε ένα μεταβατικό στάδιο από την πανδημία του Covid-19. Το 2021, η Ελλάδα αντιμετώπισε αύξηση των κρουσμάτων COVID-19 κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, με την παραλλαγή Delta να αναγνωρίζεται ως το κυρίαρχο στέλεχος. Η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε διάφορα μέτρα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, όπως η υποχρεωτική χρήση μάσκας, η κοινωνική απόσταση και οι περιορισμοί στις δημόσιες συγκεντρώσεις. Εντατικοποιήθηκαν επίσης οι προσπάθειες εμβολιασμού. Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα ήταν υπό σημαντική πίεση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, με τα νοσοκομεία και τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να αντιμετωπίζουν αυξημένη πίεση λόγω του αυξανόμενου αριθμού ασθενών με COVID-19. Η κυβέρνηση έλαβε μέτρα για να αυξήσει την ικανότητα των νοσοκομείων και να προσλάβει επιπλέον προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης για να υποστηρίξει την

ανταπόκριση. Ο Ελληνικός Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στον συντονισμό της αντιμετώπισης της πανδημίας. Ο ΕΟΔΥ παρείχε καθοδήγηση και ενημέρωση στο κοινό, διεξήγαγε ιχνηλάτηση επαφών και εφάρμοσε μέτρα δοκιμών και καραντίνας. Παρά τις προκλήσεις που αντιμετώπισε, το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας εργάστηκε ακούραστα για να ανταποκριθεί στην πανδημία του COVID-19 το 2021, επιδεικνύοντας ανθεκτικότητα και αφοσίωση απέναντι σε πρωτόγνωρες συνθήκες.

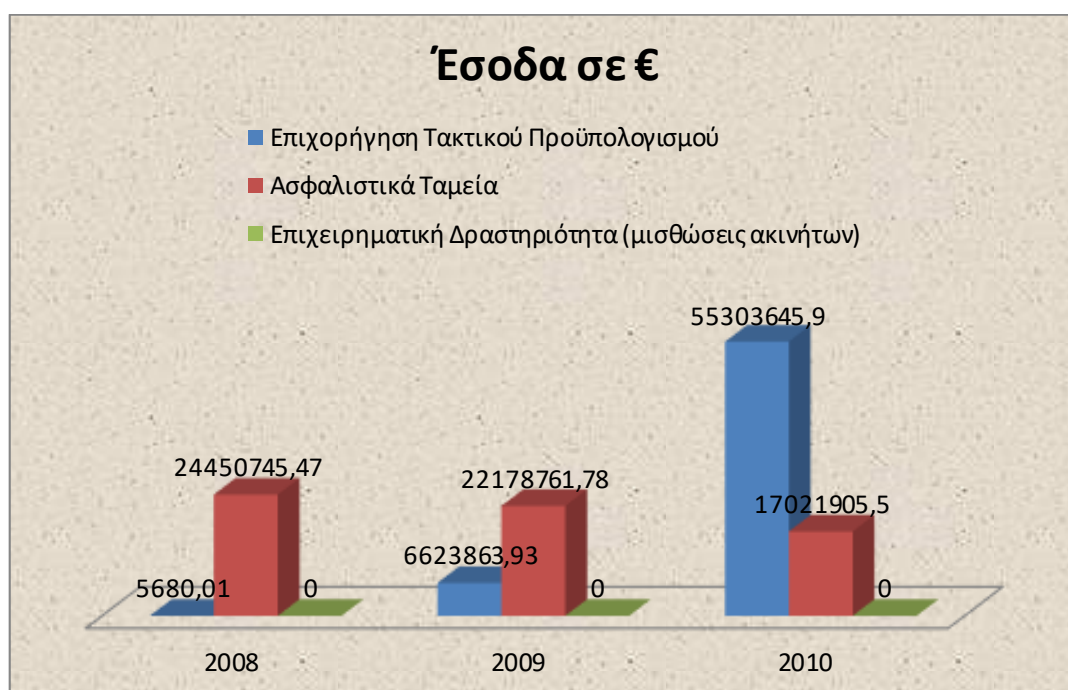
7.3. Σύγκριση στοιχείων χωρίς ΚΕΝ και με ΚΕΝ

Στο συγκεκριμένο παράρτημα της έρευνας θα διερευνήσουμε τα στοιχεία λαμβάνοντας υπόψιν την ύπαρξη ή όχι των ΚΕΝ. Αναλυτικότερα, θα εξετασθεί η επίδραση των ΚΕΝ στις γενικότερες απολαβές και οικονομικές δαπάνες του ΓΝΑ.

7.3.1. Έσοδα

Έσοδα 2008-2010

Γράφημα 7.3.1.1: Έσοδα 2008-2010



Πηγή: Ίδια έρευνα

Όπως είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε ότι τα βασικά έσοδα την διετία 2008-2009 για το νοσοκομείο επέρχονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η κατάσταση αυτή, ωστόσο, άλλαξε το 2010 λόγω της σημαντικής δράσης του κράτους με την αυξημένη επιχορήγηση του τακτικού προϋπολογισμού. Αναλυτικότερα, η ελληνική κυβέρνηση αύξησε τη χρηματοδότηση για νοσοκομεία το 2010 ως μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας για την αντιμετώπιση της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης της χώρας. Την εποχή εκείνη, η Ελλάδα αντιμετώπιζε σημαντικές οικονομικές δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένου του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος και των υψηλών επιπέδων δημόσιου χρέους. Ως αποτέλεσμα, η ελληνική κυβέρνηση αναγκάστηκε να εφαρμόσει μια σειρά από μέτρα λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων περικοπών στις δημόσιες δαπάνες και στις κοινωνικές υπηρεσίες. Ωστόσο, αναγνωρίζοντας τη σημασία του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η κυβέρνηση έλαβε επίσης μέτρα για την αύξηση της χρηματοδότησης των

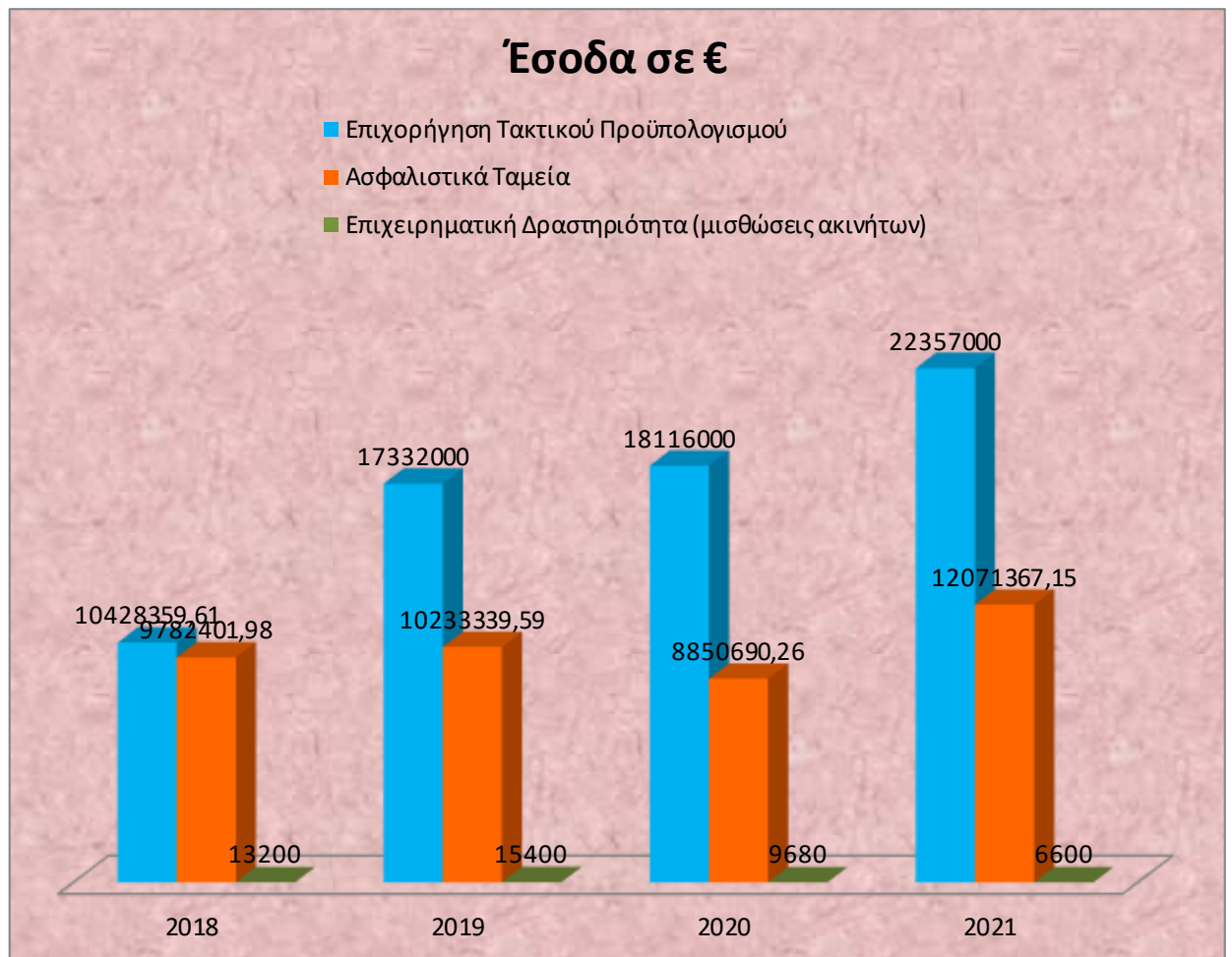
νοσοκομείων και τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το 2010, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε ένα σημαντικό πακέτο μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης που είχε ως στόχο την ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της πρόσβασης στην περίθαλψη και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το πακέτο μεταρρυθμίσεων περιελάμβανε αυξήσεις χρηματοδότησης για νοσοκομεία και κλινικές, καθώς και μέτρα για τη βελτίωση της διαχείρισης και του συντονισμού των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι αυξήσεις χρηματοδότησης είχαν σκοπό να βοηθήσουν τα νοσοκομεία να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εν μέσω οικονομικής κρίσης, καθώς και να υποστηρίξουν την εφαρμογή του πακέτου μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τις προσπάθειες αυτές, ωστόσο, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνέχισε να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, όπως η έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας και η γήρανση του πληθυσμού με αυξανόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Έσοδα 2018-2021

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας και της γενικευμένης κρίσης που αντιμετώπιζε το σύστημα υγείας η γενικότερη επιχορήγηση του κράτους αυξήθηκε σημαντικά. Όπως προαναφέρθηκε τα ΚΕΝ επωμίστηκαν νέες ευθύνες εξού και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, όπως και του ΓΝΑ, αυξήθηκε σημαντικά. Πολλά ΚΕΝ ήταν εξοπλισμένα με δωμάτια αρνητικής πίεσης για την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού. Αυτά τα δωμάτια χρησιμοποιούν συστήματα εξαερισμού για να δημιουργήσουν αρνητική πίεση, πράγμα που σημαίνει ότι ο αέρας ρέει μέσα στο δωμάτιο και όχι έξω από αυτό. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η πρόληψη της εξάπλωσης των αερομεταφερόμενων ιών κρατώντας τους περιορισμένους μέσα στο δωμάτιο.

Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση που παρατηρείται τον Μάιο του 2020, όταν και η κυβέρνηση ανακοίνωσε ένα πακέτο χρηματοδότησης 200 εκατομμυρίων ευρώ για τα δημόσια νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των ΚΕΝ. Η αύξηση αυτή στόχευε στην ενίσχυση των ΚΕΝ λόγω της αυξημένης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η χρηματοδότηση χρησιμοποιήθηκε για την πρόσληψη περισσότερου προσωπικού, την αγορά ιατρικού εξοπλισμού και την αύξηση της χωρητικότητας των νοσοκομείων.

Γράφημα 7.3.1.2: Έσοδα 2018-2021

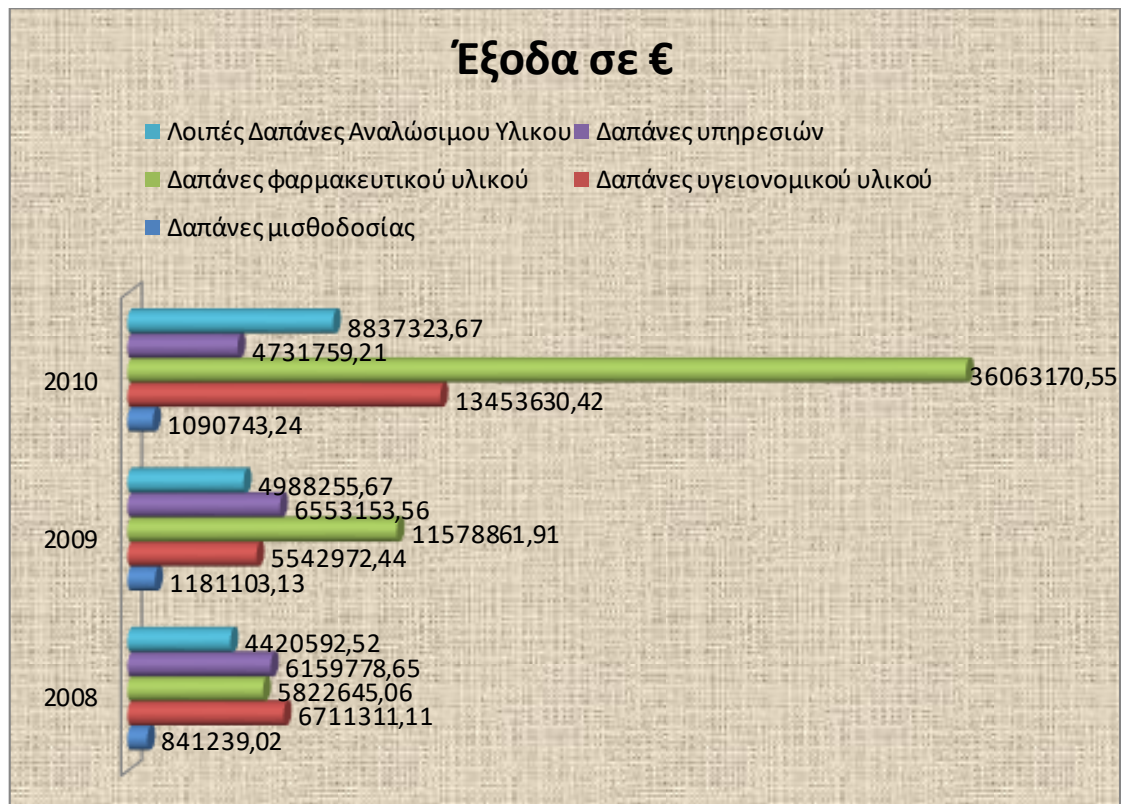


Πηγή: Ίδια έρευνα

7.3.2. Έξοδα

Έξοδα 2008-2010

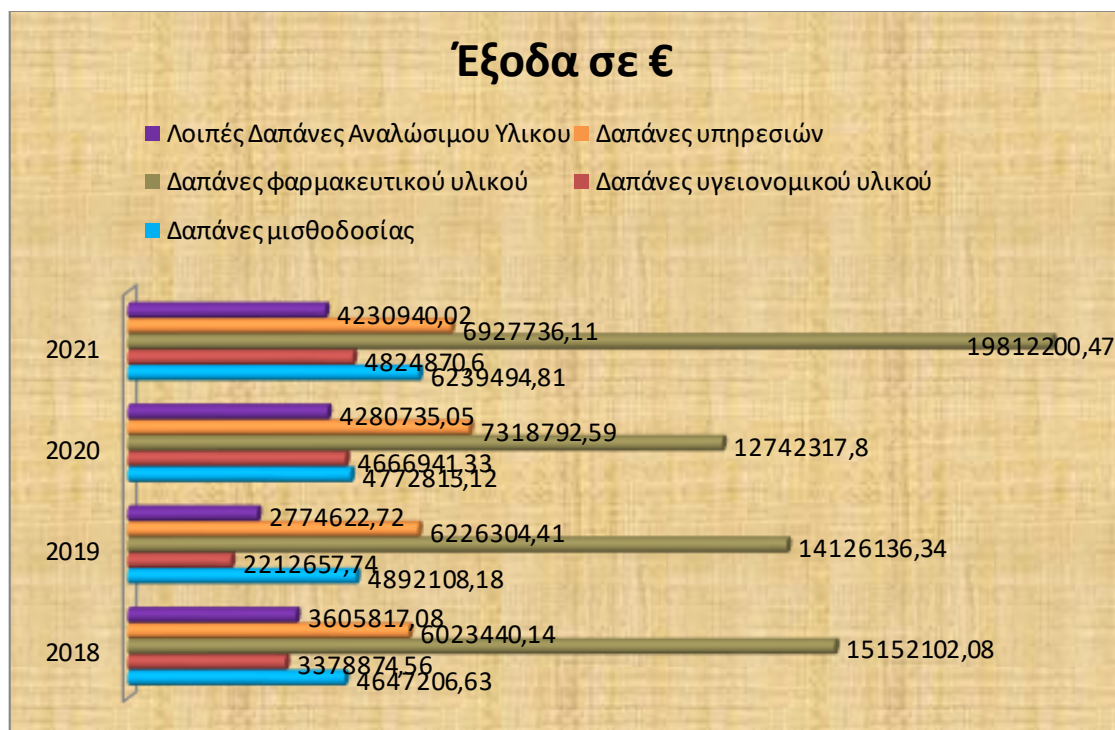
Γράφημα 7.3.2.1: Έξοδα 2008-2010



Πηγή: Ίδια έρευνα

Έξοδα 2018-2021

Γράφημα 7.3.2.1: Έξοδα 2018-2021



Πηγή: Ίδια έρευνα

Βάσει των δύο παραπάνω γραφημάτων είμαστε σε θέση να αντλήσουμε ορισμένες παραπάνω πληροφορίες σχετικά με την επίδραση των ΚΕΝ στα γενικότερα έξοδα του Νοσοκομείου Αλεξάνδρας. Η μεγαλύτερη διαφορά σημειώθηκε στην αύξηση των γενικότερων εξόδων όσον αφορά στο υγειονομικό προσωπικό και τη μισθοδοσία του αφού κλήθηκε μεγάλος αριθμός νοσηλευτών για να επανδρώσει τα ΚΕΝ κατά τη διάρκεια του Covid, καθώς και στις δαπάνες των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά παρατηρείται με γενικευμένη μείωση στα έξοδα υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, που μπορεί να σχετίζεται και με τη γενικότερα μειωμένη παρουσία ασθενών που εμφάνιζαν ήπια νοσήματα, λόγω των γενικά αυξημένων μέτρων και του φόβου που επικρατήσει εκείνη την περίοδο.

Σύμφωνα με στοιχεία του ελληνικού Υπουργείου Υγείας, ο αριθμός των εισαγωγών σε νοσοκομεία για μη-COVID-19 περιστατικά μειώθηκε σημαντικά κατά την κορύφωση της

πανδημίας το 2020, ενώ ο αριθμός των εισαγωγών στα νοσοκομεία για τον COVID-19 αυξήθηκε κατακόρυφα. Αυτό υποδηλώνει ότι πολλοί άνθρωποι είτε απέφυγαν να πηγαίνουν στα νοσοκομεία για μη επείγοντα ζητήματα είτε ότι η μη επείγουσα ιατρική περίθαλψη αναβλήθηκε ή καθυστερούσε.

Επιπλέον, υπήρξαν αναφορές για ορισμένα νοσοκομεία που κατακλύζονταν από ασθενείς με COVID-19, γεγονός που μπορεί να οδήγησε σε καθυστερήσεις ή δυσκολίες στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη για ζητήματα που δεν σχετίζονται με τον COVID-19. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η ελληνική κυβέρνηση έλαβε μέτρα για την αύξηση της χωρητικότητας και των πόρων των νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της πανδημίας, γεγονός που μπορεί να συνέβαλε στον μετριασμό ορισμένων από αυτά τα ζητήματα.

7.3.3 Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται σε αντιδιαστολή τα έσοδα και έξοδα του ΓΝΑ κατά την περίοδο 2008-2021. Σε γενικότερες γραμμές, είμαστε σε θέση να κάνουμε τις εξής παρατηρήσεις. Αρχικά, τα έξοδα του νοσοκομείου δεν υπερβαίνουν πάντα τα έσοδα του είτε από ιδιωτικούς φορείς είτε από κρατική επιχορήγηση. Αυτή η πραγματικότητα, τουλάχιστον φαίνεται να ισχύει μέχρι το 2016. Εντούτοις, από το 2017 έως το 2021 τα έξοδα του ΓΝΑ πάντα υπερβαίνουν τα γενικότερα έσοδά του, ενώ το 2020 παρά την κρατική επιχορήγηση, που προαναφέρθηκε, τα έξοδα φαίνεται να φτάνουν έως και 25% παραπάνω από τα έσοδα του.. Πιθανόν όπως τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, έτσι και τα ελληνικά νοσοκομεία και το ΓΝΑ αντιμετώπισαν σημαντικές προκλήσεις την περίοδο 2019-2021 σχετικά με την πανδημία COVID-19, που οδήγησε στην αύξηση αυτή των εξόδων. Μερικά από τα συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετώπισαν τα νοσοκομεία στην Ελλάδα περιλαμβάνουν:

Αυξημένη ζήτηση για περίθαλψη COVID-19: Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετώπισαν αύξηση της ζήτησης για περίθαλψη COVID-19 το 2021, ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες, όταν τα κρούσματα ήταν υψηλά. Αυτό επέβαλε σημαντική πίεση στους πόρους του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων των κλινών ΜΕΘ, των αναπνευστήρων και του ιατρικού προσωπικού.

Ελλείψεις προσωπικού: Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετώπισαν ελλείψεις προσωπικού λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας στο ιατρικό προσωπικό, της αυξημένης ζήτησης περίθαλψης για τον COVID-19 και της ανάγκης προσωπικού σε καραντίνα μετά την έκθεση στον ιό. Εντούτοις, το ΓΝΑ παρατήρησε αύξηση στα έξοδα μισθοδοσίας, όντως ένα από τα πιο βασικά νοσοκομείο του κεντρικού τομέα της πρωτεύουσας.

Μειωμένα έσοδα: Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετώπισαν μειωμένα έσοδα το 2021 λόγω της μείωσης των εκλεκτικών επεμβάσεων και άλλων μη επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Αυτό είχε σημαντικό αντίκτυπο στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και κατέστησε πιο δύσκολο για τα νοσοκομεία να επενδύσουν σε νέο εξοπλισμό και τεχνολογία. Κατ' επέκταση τα έσοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία μειώθηκαν σημαντικά.

Ελλείψεις ΜΑΠ: Όπως και τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετώπισαν ελλείψεις ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (PPE) το 2021, γεγονός που κατέστησε πιο δύσκολη τη διαχείριση της πανδημίας και την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Ζητήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: Η πανδημία COVID-19 δημιούργησε σημαντική συναισθηματική και ψυχική πίεση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, οι οποίοι εργάζονταν πολλές ώρες κάτω από δύσκολες συνθήκες. Πολλά νοσοκομεία στην Ελλάδα εφάρμοσαν προγράμματα και πρωτοβουλίες για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας και ευημερίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν στοιχεία που μπορούν να επιβεβαιώσουν την πρωτοβουλία αυτή στο ΓΝΑ, αλλά κρίνεται καίριο να αναφερθεί ως πιθανότητα.

Πίνακας 7.3.1: Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από 2008-2021

<i>Έτος</i>	<i>Έσοδα</i>	<i>Έξοδα</i>
2008	24456425,48	23955566,36
2009	28802625,71	24856091,04
2010	72325551,4	55339303,42
2011	33406853,51	36802470,72
2012	33166038,62	27744570,86
2013	21013024,68	19650599,69
2014	15222763,36	19650599,69
2015	9944900,07	19137006,34
2016	28110668,19	22365934,84
2017	17743561,08	26957254,81
2018	20223961,59	32807440,49
2019	27580739,59	30231829,39
2020	26976370,26	33781601,89
2021	34428367,15	37804301,99

Πηγή: Ίδια έρευνα

Πίνακας 7.3.2: Συνολικά Έσοδα-Έξοδα από περίοδο χωρίς COVID-19 και με COVID-19

<i>Έτος</i>	<i>Έσοδα</i>	<i>Έξοδα</i>
2018	20223961,59	32807440,49
2019	27580739,59	30231829,39
2020	26976370,26	33781601,89
2021	34428367,15	37804301,99

Πηγή: Ίδια έρευνα

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα DRG και τα KEN είναι συστήματα πληρωμών που έχουν εφαρμοστεί σε πολλές χώρες για τη βελτίωση της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτά τα συστήματα πληρωμών βασίζονται σε ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών που κατατάσσει τους ασθενείς σε ομάδες με βάση τη διάγνωση, τη θεραπεία και άλλους παράγοντες. Αυτό το σύστημα επιτρέπει στα νοσοκομεία να αποζημιώνονται με βάση τους πόρους που χρησιμοποιούν για τη θεραπεία ασθενών και όχι τον αριθμό των υπηρεσιών που παρέχουν.

Ενώ τα DRG και τα KEN ήταν επιτυχείς σε ορισμένες χώρες, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητά τους ποικίλλουν ανάλογα με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τους συγκεκριμένους παράγοντες της χώρας. Οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την ανάγκη για ακριβή συλλογή δεδομένων, τον κίνδυνο υποχρηματοδότησης των νοσοκομείων και την πιθανότητα ακούσιων συνεπειών, όπως η αυξημένη διάρκεια παραμονής ή η ανακωδικοποίηση.

Εν κατακλείδι, τα DRG και τα KEN αποτελούν σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ωστόσο, η εφαρμογή και η συνεχής αξιολόγησή τους θα πρέπει να προσαρμόζονται στο συγκεκριμένο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας.

Βιβλιογραφία

- Liaropoulos, L., & Siskou, O. (2014). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(4), 1-166.
- Almeida, R. T., Oliveira, M. D. C., & Corrêa, R. J. (2017). Challenges and opportunities for the implementation of diagnosis-related groups in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(5), e00023916.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A. (2016). The impact of the financial crisis on the Greek health system: A systematic review. *Health Policy*, 119(7), 941-953.
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2017). Medical care access and health outcomes among the elderly in Greece during the economic crisis. *BMC Health Services Research*, 17(1), 662.
- Charalambous, G., & Mladovsky, P. (2017). Health financing reforms in Cyprus and Greece during the economic crisis: A comparison of two health systems in distress. *Health Policy*, 121(7), 741-746.
- Anastassopoulos, G., & Souliotis, K. (2015). A systematic review of the use of DRGs funding in Greece: towards a sustainable health care system under financial crisis?. *Frontiers in Public Health*, 3, 181.
- Andersson, F., & Svensson, M. (2014). DRG systems development in Scandinavia. *European Journal of Health Economics*, 15(3), 245-255.
- Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2008). Financing mechanisms for public hospitals in Greece. *Archives of Hellenic Medicine*, 25(4), 484-490.
- Belicza, É., & Péntek, M. (2016). How does the current system of diagnosis related groups reimbursement work in Hungary? *Health Policy*, 120(1), 46-53.
- Busse, R., & Geissler, A. (Eds.). (2015). *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. McGraw-Hill Education.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*. Atlanta: CDC.

- Chen, C. S., Liou, D. M., & Chou, C. P. (2017). Exploring the development of the DRG-based prospective payment system for Taiwan's health care reform. *Health Policy*, 121(4), 353-359.
- Chung, K. P., Chang, H. J., Lee, T. H., & Chen, C. L. (2017). The effectiveness of a diagnosis-related group payment system in reducing the medical costs of neonatal intensive care: A nationwide matched study. *PloS One*, 12(8)
- Geissler, A., & Quentin, W. (2015). Diagnosis-related groups in Europe. In *Diagnosis-Related Groups in Europe* (pp. 3-17). McGraw-Hill Education.
- Geissler, A., Quentin, W., & Busse, R. (2014). DRGs in Europe: development and prospects. *European Journal of Health Economics*, 15(3), 229-243.
- Hernández-Quevedo, C., Masseria, C., & Mossialos, E. (2013). Analysing the impacts of the economic crisis on the Spanish health care system. *European Journal of Public Health*, 23(suppl_1), 1-5.
- Karakolias, S., & Papadopoulos, T. (2017). Diagnosis-related groups in Greece: towards a cost-effective hospital payment system. *Health Policy*, 121(3), 251-255.
- Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2011). Implementation of DRGs in Greece: a health policy perspective. *Health Policy*,
- Kondilis, B. K., & Tountas, Y. A. (2007). Health care reform in Greece: pivoting around primary care. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 504-505.
- Kritikos, E., & Economou, C. (2009). Greek hospitals' financial problems and management practices: are there any lessons to learn?. *Journal of Medical Systems*, 33(3), 169-176.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., & Groenewegen, P. (2016). Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1-239.
- Kyriopoulos, J., & Theodorou, M. (2013). *Health systems in transition: Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Liaropoulos, L. L., & Tragakes, E. (2010). Policy initiatives and reforms in Greek healthcare: a critical review. *Health Policy*, 95(1), 1-9.

- Liaropoulos, L., & Tragakes, E. (2012). Health care financing and delivery: a model for Greece. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(4), 246-251.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (2019). ICD-10-CM Tabular List of Diseases and Injuries. Hyattsville: NCHS.
- Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2013). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Rogowski, W. H. (2016). Introduction to health care system analysis. In *Analysing Health Systems: A Modular Approach* (pp. 3-16). Campus Verlag.
- Rothgang, H., & Wendt, C. (Eds.). (2016). *Analysing health systems: a modular approach*. Campus Verlag.
- Souliotis, K., & Agapidaki, E. (2013). Reimbursement of hospital services in Greece: payment methods and their implementation. *Archives of Hellenic Medicine*, 30(2), 193-199.
- Tan, S. S., Geissler, A., Serdén, L., Hjortsberg, C., & Gustafsson, J. (2014). DRG-related payments systems in Sweden and Germany: a comparative case study. *Health Policy*, 118(2), 220-228.
- Tountas, Y., & Karnaki, P. (2006). The impact of DRGs on health care systems in Europe: Greece. *The European Journal of Health Economics*, 7(3), 178-181.
- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2004). The impact of DRGs on hospital financing in Greece. *Health Policy*, 68(2), 163-173.
- Van de Voorde, C., & Van den Heede, K. (2011). Recent developments and future challenges of payment systems for health care providers in Belgium. *Health Policy*, 101(2), 145-152.
- Vozikis, A., & Lemonidou, C. (2004). Health care reforms in Greece: a critical review. *Health Policy*, 67(2), 207-216.
- World Health Organization (WHO). (2016). *ICD-10 for Mortality and Morbidity Statistics*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, 5th Edition*. Geneva: WHO.

Zavras, D., & Economou, C. (2007). Financing health care in Greece: implications for achieving equity. *Journal of Medical Systems*, 31(5), 387-394.

Zavras, D., & Kontodimopoulos, N. (2012). Financial incentives and health care providers in Greece. *Health Policy*, 107(2-3), 159-165.

Pavi, E., Kaitelidou, D., & Theodorou, M. (2020). Health system reforms in Greece: An evaluation of the 2010-2019 period. *Health Policy*, 124(3), 249-254.

Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Private health expenditure in the Greek health system: Where truth and myths collide. *Health Policy*, 120(7), 835-843.

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2016). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In *Health policy developments in Europe* (pp. 79-96). Springer, Cham.