

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΕΓΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**



**Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν
αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων;
Εξυπηρέτησαν τους στόχους
της εισαγωγής τους;**

ΕΚΘΕΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ **1/2022**

ΣΥΝΟΨΗ

Ο έλεγχος επιδίωξε να δώσει απαντήσεις στο μείζον ζήτημα του εξορθολογισμού των αποζημιώσεων της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ζητούμενο είναι η εφαρμογή μίας αξιόπιστης μεθόδου κοστολόγησης - αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να μειωθούν οι δαπάνες και να αυξηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών. Από τις ελεγκτικές εργασίες που διενεργήθηκαν, προέκυψαν τα κάτωθι πορίσματα:

I. Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η εφαρμογή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN), δεν πληρούν τις ελάχιστες απαιτούμενες προϋποθέσεις για την αξιόπιστη και αποτελεσματική τους λειτουργία.

II. Κατά την εισαγωγή τους δεν είχαν τεθεί συγκεκριμένοι, ποσοτικοποιημένοι και χρονικά οριοθετημένοι στόχοι.

III. Η εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων δεν ήταν η δέουσα, οι δε οδηγίες για την ορθή εφαρμογή τους ήταν ελλιπείς και σε ορισμένες περιπτώσεις αντιφατικές.

IV. Στα πληροφοριακά και κοστολογικά συστήματα των νοσοκομείων δεν έγιναν οι απαιτούμενες προσαρμογές, με συνέπεια να υφίσταται αδυναμία παρακολούθησης του πραγματικού κόστους νοσηλείας σε επίπεδο ασθενούς.

V. Για τον συντονισμό, εποπτεία και διαχρονική παρακολούθηση των δεδομένων του συστήματος των KEN, δεν είχε καθοριστεί στο Υπουργείο Υγείας, υπηρεσία με συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Δεν έγιναν οι απαιτούμενες τροποποιήσεις, ώστε να αποφεύγονται λανθασμένες τιμολογήσεις και πληρωμές νοσηλίων.

VI. Μετά την εφαρμογή των KEN, σημαντικός αριθμός ασθενών και ημερών νοσηλείας, εξακολουθεί να τιμολογείται με το προηγούμενο σύστημα (Ημερήσιο Νοσήλιο).

VII. Για την επιτυχή εφαρμογή του νέου συστήματος (DRGs), δεν έχουν ολοκληρωθεί οι προβλεπόμενες ενέργειες και διαδικασίες και εξακολουθούν να υφίστανται οι δυσλειτουργίες και παθογένειες του Συστήματος Υγείας που συνέτειναν στην αποτυχία των KEN.

VIII. Δεν υπήρξε αξιολόγηση - αποτίμηση της συνολικής μεταρρύθμισης που επιχειρείται στο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων από το έτος 2011 μέχρι και σήμερα, ούτε υπάρχουν στοιχεία για το συνολικό κόστος αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη δίκαιη και επαρκή χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων. Παράλληλα, συμβάλλει στη συγκράτηση του κόστους παραγωγής των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει αξιόπιστη κοστολόγηση της ενδεδειγμένης κλινικής διαδρομής για κάθε περιστατικό νοσοκομειακής νοσηλείας, η οποία παρέχει άμεση πληροφόρηση στα αρμόδια κυβερνητικά όργανα για τη χάραξη ρεαλιστικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των νοσοκομείων και τη διαχείριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

3. Οι "Ομοιογενείς Διαγνωστικά Ομάδες"(DRGs¹) αποτελούν ένα πλήρες σύστημα μονάδων αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας που βασίζεται στη δυνατότητα που εμπεριέχει για την ακριβή κοστολόγηση αυτών². Εισήχθη στα υγειονομικά συστήματα των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών ³ ως μία νέα μέθοδος κοστολόγησης και προοπτικής αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας⁴.

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι χώρες αντικαθιστούν σταδιακά τα υπάρχοντα συστήματα κοστολόγησης - τιμολόγησης νοσηλίων με νέα θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά στην ορθολογική διαχείριση των πόρων του συστήματος (συγκράτηση νοσοκομειακού κόστους, περιορισμός των αριθμών νοσηλείας και απελευθέρωση κλινικών για νέους ασθενείς), ενώ η δεύτερη κατηγορία αφορά στη δικαιότερη απόδοση των εσόδων στα νοσοκομεία ανάλογα με το έργο τους και στην παροχή κινήτρων σε αυτά για την αύξηση της ανταγωνιστικότητάς τους.

4. Το σύστημα DRGs, ως νέα μέθοδος κοστολόγησης και προοπτικής αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, αποβλέπει μέσα από την κατηγοριοποίηση των περιστατικών νοσηλείας, η οποία θα βασίζεται σε αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, να ταξινομεί αυτά σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό διαγνωστικών κατηγοριών, κάθε μία από τις οποίες αντανακλά ένα προκαθορισμένο επίπεδο οικονομικών πόρων. Η

¹ Diagnostics Related Groups.

² Η ανάπτυξη των ομοιογενών ομάδων ασθενειών, όπως προσδιορίζονται από τη διάγνωση, σημαίνει κοστολόγηση της ενδεδειγμένης κλινικής διαδρομής για κάθε ομάδα, ενώ η ενδεδειγμένη κλινική διαδρομή αποτελεί συμφωνημένο και αποδεκτό πρωτόκολλο.

³ Το σύστημα αυτό εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Αμερική το 1983, ενώ η Αυστραλία ήταν από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα της Αμερικής και στη συνέχεια το υιοθέτησαν οι Σκανδιναβικές χώρες, η Γερμανία και η Ιταλία.

⁴ Αναγνωρίζοντας την αστοχία των μοντέλων αποζημίωσης των υπηρεσιών, όλα τα προηγμένα κράτη άρχισαν να εφαρμόζουν συστήματα που επιβραβεύουν την απόδοση.

διαμόρφωση των ομοιογενών ομάδων ασθενειών, με σχετικά προβλεπόμενη πορεία νοσηλείας και περίθαλψης, αποσκοπεί στο να καθοριστούν οι συγκεκριμένες κλινικές παρεμβάσεις, οι οποίες τυποποιούνται ώστε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα να συνδέονται με αναλυτικές διαδικασίες και στη συνέχεια να κοστολογούνται με βάση αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα που έχουν συλλεγεί σε επίπεδο ασθενούς. Ακολουθώντας, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τα νοσοκομεία καταβάλλοντας για κάθε νοσηλεία τους ένα προσυμφωνημένο αντίτιμο, το οποίο αναλογεί στην συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία στην οποία αυτός κατατάχθηκε κατά την νοσηλεία του.

5. Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN) συνιστούν μία απόπειρα συγκρότησης της ελληνικής εκδοχής των DRGs, προσαρμοσμένης στην ιδιαιτερότητα του ελληνικού ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος⁵. Με την εισαγωγή τους, ομαδοποιήθηκαν οι νοσηλείες των ασθενών (εσωτερικών) σε κατηγορίες (αρχικά 700) και δημιουργήθηκε ένας κατάλογος αποζημίωσης νοσηλίων που βασίστηκε στο προσδιορισμένο μέσο κόστος και στη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ), λαμβάνοντας υπόψη την κλινική σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης, με τη χρήση της στατιστικής ανάλυσης.⁶

Με το σύστημα των «Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων» (KEN), τα νοσήλια προκύπτουν από την εφαρμογή μιας μεθόδου κανονιστικής πρόβλεψης των δαπανών νοσηλείας σε κεντρικό επίπεδο, με βάση το πραγματικό μέσο κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) ανά περιστατικό, τα οποία θα πρέπει να προκύπτουν από κλινικά και κοστολογικά δεδομένα σε επίπεδο ασθενούς, που συλλέγονται ύστερα από ενδελεχή και συστηματική έρευνα. Κάθε διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη τιμή, η οποία καταβάλλεται ως αποζημίωση, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της νοσηλείας και τους πόρους που τελικά καταναλώθηκαν για κάθε ασθενή. Η μέθοδος των KEN, διαφέρει από τον υπολογισμό των νοσηλίων βάσει του πραγματικού κόστους ανά περίπτωση νοσηλείας, καθώς με τα KEN, και μεν λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος νοσηλείας, όχι όμως σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, αλλά κατά μέσο όρο. Με τη μέθοδο αυτή του συνδυασμού του κανονιστικού και εμπειρικού στοιχείου επιδιώκεται η ενιαία κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός του κόστους νοσηλείας, διότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να συγκρατούν το

⁵ Στο πόρισμα της επιτροπής που συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας από το Γενικό Γραμματέα αυτού, η οποία ολοκλήρωσε το έργο της τον Μάρτιο του 2011, «Για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ», αναφέρεται ότι «εφόσον αποφασιστεί ότι οι χρονικές και λοιπές δεσμεύσεις της Χώρας δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος, οι ομάδες εμπειρογνομόνων και η σχετική διαδικασία κοστολόγησης και ανάπτυξης λογισμικού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναπτυχθούν τιμές αποζημίωσης για τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, τα οποία θα βασίζονται στο νόσημα και την παρέμβαση στον ασθενή και σε μία πιο διευρυμένη έκδοσή τους στις τυχόν επιπλοκές και συνοδές παθήσεις. Οι ασθενείς θα κατατάσσονται σε αυτά με απλή αξιολόγηση χωρίς σύνθετους αλγόριθμους.» (βλ. σελ. 17 του πορίσματος αυτού).

⁶ Αν και το νέο σύστημα βασίστηκε στο Αυστραλιανό DRGs, δεν εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια χρήσης και το ειδικό λογισμικό ταξινόμησης των περιστατικών του συστήματος αυτού (grouper). Για την τιμολόγηση των νοσηλίων δεν υπήρχε ο αλγόριθμος ο οποίος θα ομαδοποιούσε αυτόματα και αντικειμενικά τους ασθενείς, με αποτέλεσμα η κατάταξή τους στους κωδικούς KEN να γίνεται κατά την κρίση του προσωπικού του νοσοκομείου.

κόστος νοσηλείας, ώστε αυτό να μην παρεκκλίνει από την προβλεπόμενη με τα ΚΕΝ αποζημίωση.

6. Ο έλεγχος αυτός ο οποίος περιλαμβάνεται στο Ετήσιο Πρόγραμμα Ελέγχων του έτους 2021 και διενεργήθηκε μετά από αίτημα της πλειοψηφίας των μελών της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής, κατά την παρουσίαση του ως άνω Προγράμματος Ελέγχων από τον Πρόεδρο του Ελεγκτικού Συνεδρίου, για την κατά προτεραιότητα άσκησή του.⁷

7. Ο έλεγχος διερεύνησε το ζήτημα εάν το σύστημα κοστολόγησης – αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας με τον τίτλο Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ) που εισήχθη και εφαρμόζεται στην Ελλάδα από το έτος 2012, πέτυχε τους στόχους της εισαγωγής του και απέδωσε τα αναμενόμενα οφέλη. Επίσης, αξιολογήθηκε η ύπαρξη και η αποτελεσματικότητα των διαδικασιών ανάπτυξης, εφαρμογής και παρακολούθησης των ΚΕΝ και κυρίως το εάν μέσω αυτών των διαδικασιών, ανιχνεύονται έγκαιρα οι αστοχίες και οι αδυναμίες του νέου συστήματος ώστε να γίνονται οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις από τα αρμόδια όργανα. Τέλος, εξετάστηκαν οι λόγοι οι οποίοι οδήγησαν από το έτος 2014 σε νέα νομοθέτηση με στόχο τον επανασχεδιασμό του συστήματος κοστολόγησης – αποζημίωσης και εάν στην νέα απόπειρα εισαγωγής – εφαρμογής ενός πλήρους συστήματος κοστολόγησης και αποτίμησης των υπηρεσιών, ελήφθησαν υπόψη οι αστοχίες και αδυναμίες του παλαιού συστήματος (ΚΕΝ).

α. Στόχος της εισαγωγής των ΚΕΝ ήταν να καλύψει άμεσα και σε ικανοποιητικό βαθμό την επιτακτική ανάγκη αλλαγής του προηγούμενου καθολικού συστήματος αποζημίωσης (Ημερήσιο Νοσήλιο),⁸ το οποίο δεν ενσωμάτωνε το πραγματικό κόστος για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αυτό είχε ως συνέπεια τα νοσοκομεία να μην αποζημιώνονται για το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και να δημιουργούνται για τον λόγο αυτόν ελλείμματα στους προϋπολογισμούς τους.⁹ **β.** Με την εισαγωγή των ΚΕΝ στην Ελλάδα¹⁰ υιοθετήθηκε η λύση της αποτίμησης του μέσου πραγματικού κόστους ανά περίπτωση ασθενούς και της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ) ανά κωδικό.¹¹ Η διαδικασία αυτή βασίστηκε σε περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων και περιστατικών και στην εμπειρία των ατόμων που συγκροτούσαν τις σχετικές ομάδες εργασίας. **γ.** Με το νέο σύστημα (ΚΕΝ), για τις ημέρες νοσηλείας πέραν της

⁷ Βλ. Πρακτικά ΕλΣυν Ολ. 1^η Συν./11.1.2021.

⁸ Βλ. ΚΥΑ Υ4/οικ.1320/10.2.1998 (Β' 99) «Κλειστό Ημερήσιο Νοσήλιο και Συνολικό Ενοποιημένο Νοσήλιο».

⁹ Βλ. Πόρισμα της Επιτροπής Υπουργείου Υγείας «για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.» (σελ. 17-19).

¹⁰ Η δημιουργία του αρχικού καταλόγου των 700 ΚΕΝ εγκρίθηκε το Μάιο του 2011 από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Με την ΚΥΑ Υ4Α/οικ.85649/2011 (Β' 1702/2011) εγκρίθηκε η εφαρμογή τους από την 1.10.2011, ενώ στην συνέχεια εκδόθηκαν οι ΚΥΑ Υ4Α /οικ.13740/2012 (Β' 940) και Υ4Α/οικ.18051/2012 (Β' 946) και ορίστηκε η εφαρμογή τους από την 1.3.2012. Από τις 27.3.2012 αυτά μετονομάστηκαν σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια. Βλ. και την αριθμ. 12/230¹⁵ Συν./16.5.2011 απόφαση του ΚΕΣΥ για την εφαρμογή του νέου τρόπου τιμολόγησης των νοσηλευόμενων ασθενών στο ΕΣΥ με πρόταση ανακοστολόγησης του πίνακα των 700 ΚΕΝ για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και την πιλοτική εφαρμογή τους σε 14 νοσοκομεία.

¹¹ Βλ. Πόρισμα της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (σελ. 17-19).

ορισθείσης ΜΑΝ, αλλά και για αρκετές κατηγορίες νοσηλευόμενων ασθενών, προβλεπόταν ότι η αποζημίωση θα υπολογίζεται με το παλιό σύστημα κοστολόγησης των υπηρεσιών (Ημερήσιο Νοσήλιο)¹². **δ.** Η θεσμοθέτηση από το έτος 2014¹³ του νέου, εθνικής εμβέλειας, καθολικού συστήματος αμοιβών νοσοκομείων (ΣΑΝ)¹⁴ στηρίζεται σε διαγνωστικά ομοιογενείς ομαδοποιήσεις υπηρεσιών, ανά περιστατικό νοσηλείας, με συνυπολογισμό των δαπανών κάθε είδους και με συμπερίληψη σε αυτές της μισθοδοσίας των γιατρών.¹⁵ **ε.** Το ως άνω σύστημα (ΣΑΝ) μετονομάζεται σε ΣυΚΝΥ (Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών)¹⁶ και η «Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων» με τον διακριτικό τίτλο ΕΣΑΝ ΑΕ αντικαθίσταται από το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ). Το τελευταίο αναλαμβάνει το έργο της δημιουργίας, διαχείρισης και επικαιροποίησης σε σταθερή ετήσια βάση του νέου συστήματος.¹⁷ Σ' αυτό ανήκει η αρμοδιότητα πρότασης της ενδεδειγμένης εθνικής κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων και του εθνικού καταλόγου κωδικών διαγνώσεων νόσων (ICD-10)¹⁸ καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση αυτών.¹⁹ **ζ.** Το νέο σύστημα (ΣυΚΝΥ) θα αρχίσει να εφαρμόζεται σταδιακά στα νοσοκομεία που θα οριστούν με ΚΥΑ των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.²⁰ **η.** Μετά την ολοκλήρωση της ένταξης σ' αυτό όλων των νοσοκομείων του ΕΣΥ και την πλήρη εφαρμογή του με δημοσιονομικές συνέπειες, αυτό θα αντικαταστήσει κάθε άλλο σύστημα αποτίμησης της αξίας των νοσοκομειακών υπηρεσιών ή κατανομής αμοιβών νοσοκομείων.²¹ **θ.** Μέχρι την καθολική εφαρμογή του νέου συστήματος (ΣΥΚΝΥ) εξακολουθεί να εφαρμόζεται το σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων με βάση τα ΚΕΝ και για ό,τι αυτό δεν καλύπτει το προηγούμενο σύστημα (Ημερήσιο Νοσήλιο).

¹² Η χρέωση με το Ημερήσιο Νοσήλιο γίνεται στις ακόλουθες περιπτώσεις: 1) Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), 2) Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νεογνών, 3) Νοσηλεία σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, 4) Νοσηλεία σε Μονάδα Εγκαυμάτων, 5) Νοσηλεία για Διανοητικές Ασθένειες και δυσλειτουργίες, 6) Νοσηλεία για χρήση αλκοόλ / ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών, 7) Ημέρες νοσηλείας πέραν της ΜΑΝ που προβλέπεται με τα ΚΕΝ.

¹³ Βλ. άρθρο πρώτο παρ. 2 περίπτ. δ του ν. 4286/2014.

¹⁴ Βλ. άρθρο πρώτο παρ. 2 του ν. 4286/2014.

¹⁵ Βλ. άρθρο δεύτερο και τρίτο του ν. 4286/2014.

¹⁶ Βλ. άρθρο 66 παρ. 1 του ν. 4486/2017 το οποίο αντικατέστησε το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου πρώτου του ν. 4286/2014.

¹⁷ Βλ. άρθρο 66 παρ. 1 περίπτ. γ, παρ. 4 και 6 του ν. 4486/2017 που αντικατέστησαν την παράγραφο 5 του άρθρου πρώτου και τις παραγράφους 1 και 4 του άρθρου έκτου του ν. 4286/2014.

¹⁸ ICD (International Classification of Diseases), κωδικοί και περιγραφές διαγνώσεων νοσημάτων στην διεθνή κατάταξη και στατιστική ταξινόμηση που έχουν εγκριθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ).

¹⁹ Το ΚΕΤΕΚΝΥ σε συνεργασία με το Γερμανικό Ινστιτούτο εξέδωσε τον πρώτο Ελληνικό Κατάλογο DRGs.

²⁰ Βλ. την Γ2δ 21963/9.4.2021 ΚΥΑ (Β' 1435) με την οποία το ΠΙΑΓΝΗ αποτελεί το πρώτο νοσοκομείο στο οποίο θα τεθεί σε πλήρη εφαρμογή το νέο σύστημα καθώς και η Γ2δ/οικ.58224/24.12.2021 (Β' 6226) με την οποία το νέο σύστημα τίθεται σε πλήρη εφαρμογή σε όλα τα νοσοκομεία της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας.

²¹ Βλ. Τα νοσοκομεία στα οποία θα αρχίσει να εφαρμόζεται πιλοτικά το νέο σύστημα δεν θα έχουν υποχρέωση υποβολής ΚΕΝ στον ΕΟΠΥΥ, ενώ είναι υποχρεωμένα να κωδικοποιούν το σύνολο των νοσηλίων που εμπίπτει στο ΣΥΚΝΥ, να ταξινομούν σε διαγνωστικά ομοειδείς ομάδες μέσω του ειδικού λογισμικού ταξινόμησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών του ΚΕΤΕΚΝΥ ΑΕ.

8. Ο έλεγχος επικεντρώθηκε στα ακόλουθα: 1) Στο σχεδιασμό, ανάπτυξη και την εν γένει προσαρμογή των ΚΕΝ στο ελληνικό ασφαλιστικό - νοσηλευτικό σύστημα, 2) στην υλοποίηση αυτών από τα νοσοκομεία, 3) στη διαχρονική παρακολούθηση και στην αναπροσαρμογή των και 4) στο σχεδιασμό του νέου συστήματος κοστολόγησης-αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (DRGs).

9. Ο έλεγχος είχε δύο σκέλη: 1) Το σκέλος που αφορούσε το σχεδιασμό και παρακολούθηση των ΚΕΝ, καθώς και τον επανασχεδιασμό του νέου συστήματος κοστολόγησης - αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, με ελεγχόμενο φορέα το Υπουργείο Υγείας²² και 2) το σκέλος που αφορούσε την υλοποίηση και αποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος των ΚΕΝ, με ελεγχόμενα πέντε (5) νοσοκομεία. Η επιλογή των τελευταίων ήταν αντιπροσωπευτική και συμπεριέλαβε νοσοκομεία στην Αθήνα καθώς και στην Περιφέρεια, ήτοι: 1) Το Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. 2) Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός». 3) Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο». 4) Το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου και 5) Το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης.

10. Ο έλεγχος αυτός ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2021 και ολοκληρώθηκε, λόγω των συνθηκών της πανδημίας, τον Νοέμβριο του έτους 2021. Το έτος αναφοράς του ελέγχου ήταν το 2019, ενώ αναζητήθηκαν συγκριτικά στοιχεία από τον 3^ο μήνα του έτους 2012 έως το έτος 2019 (περίοδος πλήρους εφαρμογής των ΚΕΝ). Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε μέσω της αποστολής ερωτηματολογίων στους ελεγχόμενους φορείς και επιτόπιων επισκέψεων στους χώρους των νοσοκομείων, καθώς και με κατ' ιδίαν συναντήσεις ή τηλεδιασκέψεις με τους αρμόδιους φορείς στο Υπουργείο Υγείας, στο ΚΕΤΕΚΝΥ και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ).

11. Μερικές διευκρινήσεις για τη φύση και το εύρος του ελέγχου πρέπει να δοθούν προκαταρκτικά:

α) Η Έκθεση στηρίζεται σε πολλά σημεία της, σε ερευνητικές προσπάθειες τρίτων τις οποίες το Ελεγκτικό Συνέδριο αξιοποίησε ως προς τις διαπιστώσεις που περιέχουν, αποφεύγοντας τις περιττές επαληθεύσεις. Η αναφορά σε έρευνες τρίτων αναφέρεται ρητά εντός της Έκθεσης, είτε στο κυρίως κείμενο, είτε σε υποσημείωση. **β)** Οι ελεγκτικές εργασίες, χάριν της εξοικονόμησης ελεγκτικού χρόνου αλλά και ευκρινέστερης στόχευσης του ελέγχου δεν επεκτάθηκαν στο ρόλο των δημόσιων φορέων ασφάλισης ως προς τον έλεγχο από αυτούς της ακρίβειας των νοσηλίων που καλούνται να καταβάλουν. Πιο συγκεκριμένα ο έλεγχος αυτός δεν επεκτάθηκε στον ΕΟΠΠΥ. **γ)** Οι ελεγκτικές εργασίες επεκτάθηκαν όμως και σε πεδία που δεν εντάσσονται αυστηρώς εντός αυτού που καλύπτεται από το ΚΕΝ, αποτελούν όμως αναγκαίο υπόβαθρό του. Αν στα πεδία αυτά δεν υφίσταται η αναγκαία δημοσιονομική πειθαρχία, τα ΚΕΝ στηρίζονται σε σαθρή βάση. **δ)** Η προσέγγιση του Ελεγκτικού Συνεδρίου στον παρόντα έλεγχο υπήρξε αμιγώς τεχνοκρατική, με αποφυγή χρήσης δικαιοκρατικών κριτηρίων αναφορικά με τα ΚΕΝ. Ο έλεγχος δεν προέβη σε εκτιμήσεις, αν εκ λόγων οικονομίας, τα ΚΕΝ προορίζονται να παράσχουν υπηρεσίες υγείας που δεν μπορεί να ξεπεράσουν ποιοτικώς το μέσο όρο, παρά το ότι απαιτείται σε

²² Βλ. άρθρο 16 παρ. 1 περ. δ του π.δ. 121/2017 Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας.

εξαιρετικές περιπτώσεις. **ε)** Με τα ΚΕΝ προβλέπεται ενιαία ανά κατηγορία (κωδικό ΚΕΝ) τιμολόγηση και αποζημίωση νοσηλίων, ανεξάρτητα από τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς ή την ανάγκη προσφυγής σε ειδική θεραπεία. **στ)** Πρέπει τέλος να διευκρινισθεί ότι, καθώς το μισθολογικό κόστος δεν περιλαμβάνεται στις καθορισθείσες τιμές των ΚΕΝ, η σύλληψη της σφαιρικής εικόνας για την κοστολόγηση των νοσηλίων, προϋποθέτει και ένα επιπλέον κόστος νοσηλείας που θα πρέπει να αποζημιώνουν οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

I

Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ), όπως αρχικά σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν, δεν πληρούσαν τις ελάχιστες απαιτούμενες προϋποθέσεις για την αξιόπιστη και αποτελεσματική τους λειτουργία. Από την εφαρμογή τους, δεν προέκυψαν τα προσδοκώμενα οφέλη.

Έλλειψη επιχειρησιακού σχεδίου

12. Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, αποτελούν βασικούς άξονες λειτουργίας της Δημόσιας Διοίκησης και η παρακολούθηση και βελτίωσή τους, πραγματοποιείται με την εφαρμογή συστημάτων διοίκησης μέσω στόχων²³. Απαραίτητα εργαλεία για τη βελτιστοποίηση της δραστηριότητας του κάθε φορέα, είναι ο καθορισμός και η υλοποίηση της ετήσιας στοχοθεσίας, η ανάπτυξη συστήματος δεικτών μέτρησης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, καθώς και η κατάρτιση ετήσιων εκθέσεων αξιολόγησης των δράσεων ανά τομέα.

13. Κατά την εφαρμογή των ΚΕΝ, δεν είχε εκπονηθεί ολοκληρωμένο επιχειρησιακό σχέδιο. Πέραν των συγκεκριμένων ημερομηνιών πιλοτικής εφαρμογής και έναρξης της παραγωγικής του λειτουργίας, δεν τέθηκαν άλλοι στόχοι, συγκεκριμένοι, ποσοτικοποιημένοι και χρονικά οριοθετημένοι.

14. Για την αναλυτική καταγραφή των αδυναμιών και αστοχιών του προηγούμενου συστήματος κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Ημερήσιο νοσήλιο), πέραν των συνοπτικών αναφορών στο Πόρισμα της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας,²⁴ δεν υπήρξαν μελέτες, ούτε εκθέσεις αξιολόγησής του οι οποίες λήφθηκαν υπόψη κατά το σχεδιασμό του νέου συστήματος, ώστε να προβλεφθούν οι κατάλληλες διαδικασίες και να γίνουν οι διορθωτικές ενέργειες που θα θέραπευαν τις αστοχίες και αδυναμίες του.

15. Το χρονικό διάστημα σχεδιασμού και ανάπτυξης του συστήματος των ΚΕΝ ήταν μόλις ενός έτους. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, το χρονικό διάστημα για εφαρμογή συστημάτων κοστολόγησης και τιμολόγησης νοσηλίων, κυμαίνεται από 2 έως 4 έτη, αναλόγως της ωριμότητας του νοσηλευτικού συστήματος, ήτοι της καταλληλότητας των υποδομών υγείας και της διαθεσιμότητας των

²³ Ν. 3230/2004 (Α' 44 /11.2.2004) «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις».

²⁴ Βλ. Πόρισμα της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σελ 17-19 σύμφωνα με το οποίο «η Επιτροπή προχώρησε σε αντιστοίχιση των κατηγοριών της Υπουργικής Απόφασης του 1998 (Υ4Α/οικ.1320/1998, Β' 99) που αφορούσε το προηγούμενο σύστημα αποζημίωσης και του κόστους που προέκυψε από τις αναλύσεις της Επιτροπής βάσει των στοιχείων των Ελληνικών Νοσοκομείων προκειμένου να αξιολογηθεί το κατά πόσο αυτά ανταποκρίνονται στα σημερινά δεδομένα» Σύμφωνα με το πόρισμα αυτό το κόστος παροχής υπηρεσιών είναι υψηλότερο από την αποζημίωση των νοσοκομείων, γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων.

αξιόπιστων κλινικών και κοστολογικών δεδομένων από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων.²⁵

Έλλειψη των προϋποθέσεων αξιοπιστίας του συστήματος

16. Η επιτυχής εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών, προϋποθέτει:²⁶ (α) Αξιολογήσεις του υφιστάμενου συστήματος αποζημίωσης και μελέτες για τον προσδιορισμό του ποσοστού των νοσηλευόμενων ασθενών και των ημερών νοσηλείας, που θα καλύπτει το νέο σύστημα, ώστε να προσδιορίζονται και τα αναμενόμενα οφέλη. (β) Εφαρμογή αξιόπιστης μεθόδου κοστολόγησης. (γ) Τεκμηρίωση με αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων. (δ) Καθορισμός φορέα με αρμοδιότητα τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση του όλου συστήματος. (ε) Επαρκές χρονικό διάστημα προετοιμασίας και σχεδιασμού.

17. Το τελικώς εφαρμοζόμενο στα νοσοκομεία σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων, δεν αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα DRGs, αλλά έναν απλό τιμοκατάλογο ασθενειών, με καθορισμένη τιμή κόστους και Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ).²⁷

18. Ο καθορισμός των τιμών κόστους και Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), ανά κωδικό ΚΕΝ, δεν βασίστηκε σε αναλυτική κοστολόγηση ελληνικών περιπτώσεων και πρωτοκόλλων διαχείρισης ασθενών από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων, αλλά σε στοιχεία από περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων και περιστατικών, καθώς και στην εμπειρία των ατόμων που συγκροτούσαν τις εκάστοτε ομάδες εργασίας,²⁸ με αποτέλεσμα οι καθορισθείσες τιμές να μην αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος και Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ).²⁹

²⁵ Βλ. Μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) «Μηχανισμός Εφαρμογής DRGs στην Ελλάδα», Πρακτικό 3/19.8.2021 όπου καταγράφονται οι απαντήσεις των μελών του ΚΕΤΕΚΝΥ.

²⁶ Διεθνείς καλές πρακτικές, Πρακτικό 3/2021 Συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ, Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες (ΕΣΔΥ), Πόρισμα της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Μηχανισμός Εφαρμογής DRGs στην Ελλάδα (ΕΣΔΥ).

²⁷ Βλ. Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ από όπου προκύπτει ότι «τα ΚΕΝ δεν αποτέλεσαν ένα ολοκληρωμένο σύστημα DRG αλλά μόνο μία μετάφραση και αντιγραφή των ομάδων νοσηλείας άλλων συστημάτων DRGs, δεν εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια χρήσης και το λογισμικό (groupes) το οποίο θα ταξινομεί τα περιστατικά νοσηλείας αυτόματα στο ΚΕΝ. Επίσης, δεν υπήρξε μεθοδολογία έγκυρης και αξιόπιστης εκτίμησης των συντελεστών βαρύτητας του κόστους, καθώς και δυνατότητα συστηματικής επανεκτίμησης/αναθεώρησης τους. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικές ελλείψεις κατηγοριών κόστους ιατρικών πράξεων, αδυναμία ακριβούς ταξινόμησης ασθενών, πλήθος λαθών συντελεστών βαρύτητας κόστους, πλήθος λαθών αντιστοίχισης ασθενών ανά διαγνωστική κατηγορία.

²⁸ Σύμφωνα με τη μελέτη της (ΕΣΔΥ) με τίτλο «Μηχανισμός Εφαρμογής DRGs στην Ελλάδα», για τον καθορισμό των τιμών ανά κωδικό ΚΕΝ, δεν υπήρχαν τα απαραίτητα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα, ενώ αυτό βασίστηκε στην εμπειρία των ομάδων εργασίας και σε ελάχιστα περιστατικά. Οι εκάστοτε καθορισθείσες τιμές πρέπει να βασίζονται σε αξιόπιστα πρωτογενή στοιχεία μεγάλου αριθμού περιστατικών (π.χ. στη Γερμανία καταγράφονται κατ' έτος περί τα 18.000.000 περιστατικά νοσηλείας).

²⁹ Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου, απαντήσεις ελεγχόμενων νοσοκομείων επί του σχετικού ερωτηματολογίου, Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

Έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης του προσωπικού

19. Για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του νέου συστήματος, το προσωπικό των νοσοκομείων θα έπρεπε να διαθέτει εξειδικευμένες γνώσεις, γεγονός που απαιτούσε την άρτια εκπαίδευσή του και την έκδοση των απαραίτητων οδηγιών.

20. Η πραγματοποιηθείσα εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων ήταν υποτυπώδης. Ενδεικτικά πρέπει να αναφερθεί ότι στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», δεν έγινε εκπαίδευση στο προσωπικό, στο ΓΝ Βόλου, η πραγματοποιηθείσα εκπαίδευση ήταν διάρκειας μίας ώρας και τριάντα λεπτά (1:30) μέσω διαδικτύου, ενώ στο ΓΝ Κορίνθου η εκπαίδευση που πραγματοποιήθηκε ήταν από την ιδιωτική εταιρεία πληροφορικής και αφορούσε στην χρήση της πληροφοριακής εφαρμογής των ΚΕΝ.

21. Η ενημέρωση των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας, για τις διαδικασίες τιμολόγησης των περιστατικών με βάση το νέο σύστημα (ΚΕΝ), ήταν ανεπαρκείς και σε ορισμένες περιπτώσεις αντιφατικές. Στο Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, δεν εστάλησαν καθόλου οδηγίες, ενώ σε ό,τι αφορά την επιλογή του κωδικού ΚΕΝ και τον τρόπο τιμολόγησης των περιστατικών, οι αναρτηθείσες στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας απαντήσεις, σε ορισμένες περιπτώσεις, έρχονταν σε αντίθεση με τη νομοθεσία που αφορούσε τα ΚΕΝ και τον ΕΟΠΥΥ.

22. Μετά την έκδοση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), όπου σε ορισμένες περιπτώσεις νοσηλείων³⁰ προβλέπονται διαδικασίες τιμολόγησης διαφορετικές από τις αναφερόμενες στη νομοθεσία των ΚΕΝ, δεν εστάλησαν στα νοσοκομεία οι απαραίτητες οδηγίες, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούνται ενιαίες διαδικασίες τιμολόγησης νοσηλίων.

Ελλείψεις στα πληροφοριακά και κοστολογικά συστήματα

23. Για τη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, την εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων διοίκησης και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητο να υπάρχουν σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες τα κατάλληλα πληροφοριακά και κοστολογικά συστήματα.

24. Αν και τα ΚΕΝ βασίστηκαν στο Αυστραλιανό μοντέλο αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας, δεν εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη άδεια χρήσης του συστήματος και δεν υπήρχε το ειδικό λογισμικό (αλγόριθμος) ταξινόμησης των περιστατικών (grouped), με το οποίο η ομαδοποίηση των περιστατικών νοσηλείας θα γινόταν αυτόματα και αντικειμενικά σύμφωνα με τα επιμέρους χαρακτηριστικά των ασθενών (ασθένεια, ηλικία, διάρκεια νοσηλείας, κ.λπ.), με αποτέλεσμα η επιλογή του κωδικού ΚΕΝ και κατά συνέπεια ο προσδιορισμός

³⁰ Βλ. άρθρο 10 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ (Φ 90380/25916/3294/Β' 2456/3.11.2011). Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν κυρίως νοσηλείες σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ), Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), Μονάδα Εγκαυμάτων, βραχεία παραμονή των ασθενών (μέχρι 12 ώρες), καθώς και περιπτώσεις θανάτου ασθενών εντός των δύο πρώτων ημερών από την εισαγωγή τους.

της αποζημίωσης, να γίνεται κατά την κρίση του προσωπικού του νοσοκομείου.³¹

25. Τα πληροφοριακά και κοστολογικά συστήματα των νοσοκομείων δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένα για τη λειτουργία του νέου συστήματος, ενώ δεν έγιναν σε αυτά οι απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Αυτό είχε ως συνέπεια να μην εφαρμόζεται η απαραίτητη για την επιτυχή εφαρμογή των ΚΕΝ, κωδικοποιημένη καταγραφή και παρακολούθηση όλων των κλινικών και κοστολογικών δεδομένων σε επίπεδο ασθενούς³².

26. Στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), υπάρχουν τμήματα χωρίς πληροφοριακά συστήματα ή με συστήματα που δεν καλύπτουν τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.³³ Ανασταλτικός παράγοντας για την ενοποίηση και δομημένη παρακολούθηση του αυξημένου όγκου των πληροφοριών που υπάρχουν στα νοσοκομεία, αποτελεί η μη διασύνδεση όλων των υπάρχοντων πληροφοριακών συστημάτων και εφαρμογών.

27. Κατά τον διενεργηθέντα έλεγχο διαπιστώθηκε ότι στις πληροφοριακές εφαρμογές των νοσοκομείων δεν προβλέπονταν η έκδοση στατιστικών καταστάσεων που θεωρούνται απαραίτητες για την παρακολούθηση και αξιολόγηση κλινικών και οικονομικών δεικτών.³⁴

28. Το υφιστάμενο στο Υπουργείο Υγείας σύστημα «Biforms», δεν διασυνδέεται με τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και δεν καταγράφονται σε αυτό σημαντικές πληροφορίες για την συνολική αξιολόγηση της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Οι ελλείψεις αυτές, έχουν ως αποτέλεσμα να μην υπάρχουν οι βάσεις δεδομένων με αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά στοιχεία (σε επίπεδο ασθενούς) που θεωρούνται απαραίτητες για την εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων διοίκησης και διαχείρισης, καθώς και για τη χάραξη βέλτιστων πολιτικών υγείας

Έλλειψη κεντρικής εποπτείας

29. Για τον γενικό συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων φορέων και τη διαχρονική παρακολούθηση του συστήματος των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (ΚΕΝ), δεν είχε οριστεί στο Υπουργείο Υγείας υπηρεσία με συγκεκριμένες αρμοδιότητες, ούτε προβλέπονται ειδικές διαδικασίες. Η αρμόδια, σύμφωνα με τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας υπηρεσία για τον καθορισμό των νοσηλίων των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών και την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων,³⁵ δεν άσκησε ποτέ καθήκοντα συντονισμού και διαχρονικής παρακολούθησης των ΚΕΝ.

³¹ Βλ. Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

³² Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου, Μηχανισμός Εφαρμογής DRGs στην Ελλάδα (ΕΣΔΥ) και Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

³³ Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου και Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ όπου «(...) Ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει ακριβής κοστολόγηση και δεν μπορεί να καθοριστεί το πραγματικό κόστος σε επίπεδο (ομάδας) ασθενών. Υπάρχουν εταιρείες στα νοσοκομεία που ασχολούνται με την κοστολόγηση, η οποία γίνεται σε επίπεδο Τμημάτων – Μονάδων όχι ασθενών.»

³⁴ Στα νοσοκομεία στα οποία διενεργήθηκε ο έλεγχος αυτός, οι στατιστικές καταστάσεις που ζητήθηκαν, δεν μπορούσαν να εκδοθούν από το προσωπικό τους, αλλά εκδόθηκαν από τις ιδιωτικές εταιρείες υποστήριξης των πληροφοριακών τους εφαρμογών. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των καταστάσεων που αφορούσαν ίδια δεδομένα.

³⁵ Βλ. άρθρο 16 παρ. 1 περιπτ. δ υποπεριπτ. 1, 2 του π.δ. 121/2017.

30. Στους 745 κωδικούς ΚΕΝ που βρέθηκαν κατά την έναρξη του ελέγχου αυτού, διαπιστώθηκε ότι έγιναν μόλις είκοσι έξι (26) τροποποιήσεις (ποσοστό 3,5%), οι οποίες αφορούσαν κυρίως καρδιολογικά και καρδιοχειρουργικά περιστατικά. Στις περιπτώσεις υποβολής αιτημάτων τροποποίησης των κωδικών ΚΕΝ, η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας διαβιβάζει το σχετικό φάκελο στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), στο οποίο ανήκει η σχετική αρμοδιότητα της γνωμοδότησης.³⁶ Από το έτος 2013 έως σήμερα, έχουν υποβληθεί ογδόντα (80) αιτήματα φορέων για εισαγωγές - ανακοστολογήσεις κωδικών ΚΕΝ, για τα οποία το ΚΕΣΥ δεν έχει γνωμοδοτήσει σχετικά. Επίσης, από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι, αν και εγκρίθηκε η δημιουργία τριών (3) νέων κωδικών ΚΕΝ,³⁷ δεν ενημερώθηκε η ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας για την αντιστοίχιση ΚΕΝ - ICD 10 - ιατρικών πράξεων, ούτε υπήρξε σχετική ενημέρωση στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Αν και τα Κ.Ε.Ν. αναπτύχθηκαν ως προσωρινό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (δημόσιων και ιδιωτικών) για την διευκόλυνση της μετάβασης σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα (DRGs) εφαρμόζονται από το έτος 2012 έως σήμερα, χωρίς τις απαραίτητες προσαρμογές και τροποποιήσεις για την παρακολούθηση της νοσοκομειακής δαπάνης. Η εφαρμογή αυτών παράλληλα με το προηγούμενο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων (ημερήσιο νοσήλιο) θα εξακολουθήσει μέχρι την λειτουργία με δημοσιονομικές συνέπειες (τιμολόγηση) του νέου συστήματος DRGs.

II

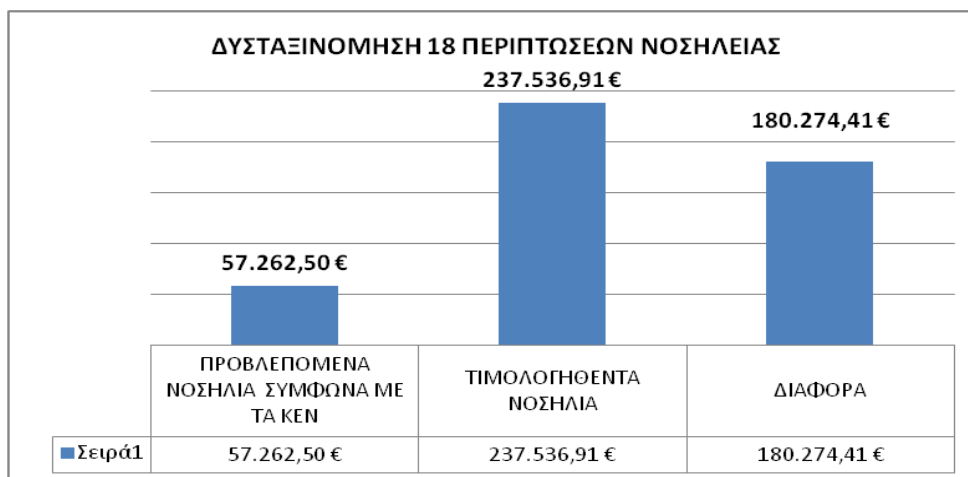
Η μη υποστήριξη, παρακολούθηση και αναβάθμιση για μεγάλο χρονικό διάστημα του συστήματος τιμολόγησης νοσηλίων, συνεπάγεται λανθασμένες πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους πολίτες, καθώς και λανθασμένες εισπράξεις από τα νοσοκομεία (σε δημόσια και ιδιωτικά).

Συλλογή εσφαλμένων στοιχείων λόγω μη εφαρμογής της νομοθεσίας των ΚΕΝ

31. Από τη διεθνή εμπειρία και τη μελέτη συστημάτων προοπτικής χρηματοδότησης, προκύπτει ότι τα δύο συνηθέστερα προβλήματα κατά την εφαρμογή τους, είναι το φαινόμενο της δυσταξινόμησης των περιστατικών σε ακριβότερες κατηγορίες (up-coding) με σκοπό την είσπραξη μεγαλύτερης αποζημίωσης και η πρόωρη χορήγηση εξιτηρίων. Από την επεξεργασία τυχαίου δείγματος τριάντα έξι (36) περιπτώσεων νοσηλείας του έτους 2019 για τις οποίες οι θεράποντες ιατροί είχαν θέσει κωδικό ΚΕΝ στα αντίστοιχα εξιτήρια νοσηλείας, σε ποσοστό 50% αυτών, παρατηρήθηκε το φαινόμενο της δυσταξινόμησης σε ακριβότερες κατηγορίες (up-coding), με αποτέλεσμα σε δέκα οκτώ (18) περιπτώσεις να παρατηρείται συνολική υπέρβαση των προβλεπόμενων νοσηλίων ύψους 180.274,41 ευρώ.

³⁶ Βλ. άρθρο 3 του ν. 4118/2013, Α' 32.

³⁷ Βλ. ΚΥΑ Γ28/ΓΠ/89839/18 (Β' 5557) και Γ2Δ/ΓΠ/2631/19 (Β' 1573).



Πηγή: ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

32. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις,³⁸ η συμπλήρωση του κωδικού ΚΕΝ στα εξιτήρια των ασθενών δεν γίνεται όπως προβλέπεται από τον θεράποντα ιατρό, αλλά συμπληρώνεται σε χρονικό διάστημα πολύ μεταγενέστερο της έκδοσης του εξιτηρίου, από τους υπαλλήλους του Γραφείου Νοσηλίων, οι οποίοι δεν διαθέτουν ιατρικές γνώσεις, ούτε έχουν στη διάθεσή τους όλες τις πληροφορίες για τη σωστή αντιστοίχιση του κωδικού ΚΕΝ. Σύμφωνα με τις αρχικές οδηγίες του Υπουργείου Υγείας, η συμπλήρωση του κωδικού ΚΕΝ στα εξιτήρια ασθενών, θα πρέπει να γίνεται από τους υπαλλήλους του γραφείου νοσηλίων, ενώ στη νομοθεσία του ΕΟΠΠΥ,³⁹ προβλέπεται ότι η αναγραφή του κατάλληλου ΚΕΝ, θα πρέπει να γίνεται από το θεράποντα ιατρό.

33. Στις νοσηλείες ασθενών, όπου η αποζημίωση των νοσηλίων προβλέπεται να καταβληθεί από τον ΕΟΠΥΥ, δεν εφαρμόζεται η νομοθεσία των ΚΕΝ, αλλά του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ. Παρότι στον ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ προβλέπεται ρητά ότι η αποζημίωση των νοσοκομείων θα γίνεται μόνο κατόπιν σχετικής σύμβασης, από τον έλεγχο δεν προέκυψε η ύπαρξη της προβλεπόμενης σύμβασης. Επίσης και σε ασφαλιστικά ταμεία πέραν του ΕΟΠΥΥ, δεν εφαρμόζεται η νομοθεσία των ΚΕΝ, αλλά ο ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ.

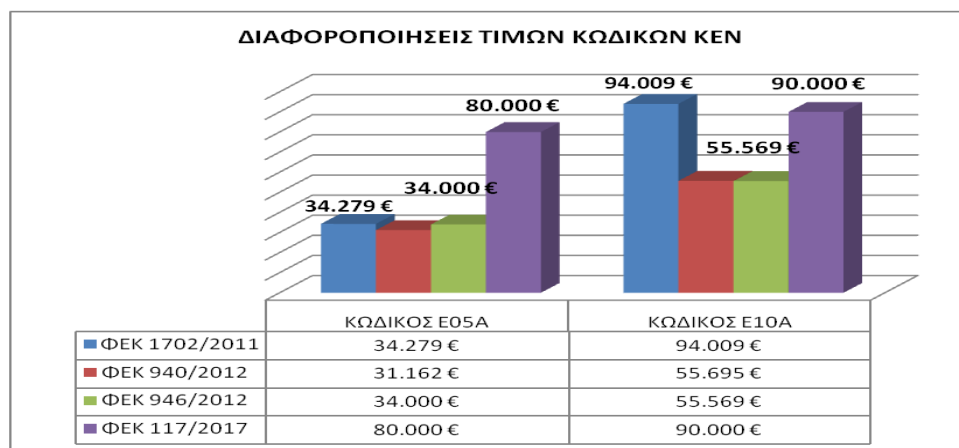
Ανεπαρκής αιτιολόγηση των νέων τιμών νοσηλίων

34. Από δειγματοληπτικό έλεγχο που έγινε στους υποβληθέντες στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) φακέλους, για τροποποιήσεις κωδικών ΚΕΝ, καθώς και σε τροποποιήσεις κωδικών ΚΕΝ που έχουν ήδη εγκριθεί, διαπιστώθηκε ότι για τον προσδιορισμό των νέων τιμών, δεν υπήρχαν αναλυτικά στοιχεία (τεκμηριωμένα και από αντιπροσωπευτικό δείγμα) και οι προτεινόμενες τιμές, δεν συνοδεύονταν από πρόσθετη ανάλυση και τεκμηρίωση.

³⁸ Ενδεικτικά, στο ΓΝ Βόλου, στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» και στο Πανακαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης ο κωδικός ΚΕΝ δεν συμπληρώνεται σε όλα τα εξιτήρια από τον θεράποντα ιατρό.

³⁹ Βλ. αριθμ. ΕΑΛΕ /ΓΠ/ 80157/2018 (ΦΕΚ 4898 /1.11.2018) ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ άρθρο 14.

35. Στις γνωμοδοτήσεις - αποφάσεις του ΚΕΣΥ, δεν αναφέρονται τα συγκριτικά στοιχεία που έλαβε υπόψη της η αρμόδια επιτροπή για τις ανακοστολογήσεις των τιμών των ΚΕΝ ή τη δημιουργία νέων κωδικών. Στο γράφημα που ακολουθεί, απεικονίζονται δύο (2) από τις είκοσι έξι (26) ανακοστολογήσεις που έγιναν σε κωδικούς ΚΕΝ (Ε05Α - Μεταμόσχευση Καρδιάς και Ε10Α - Εμφύτευση συσκευών κοιλιακής υποβοήθησης). Σε αυτό παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στο κόστος σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το γεγονός αυτό δεν συνάδει με αξιόπιστη μέθοδο κοστολόγησης.- αποτίμησης υπηρεσιών.

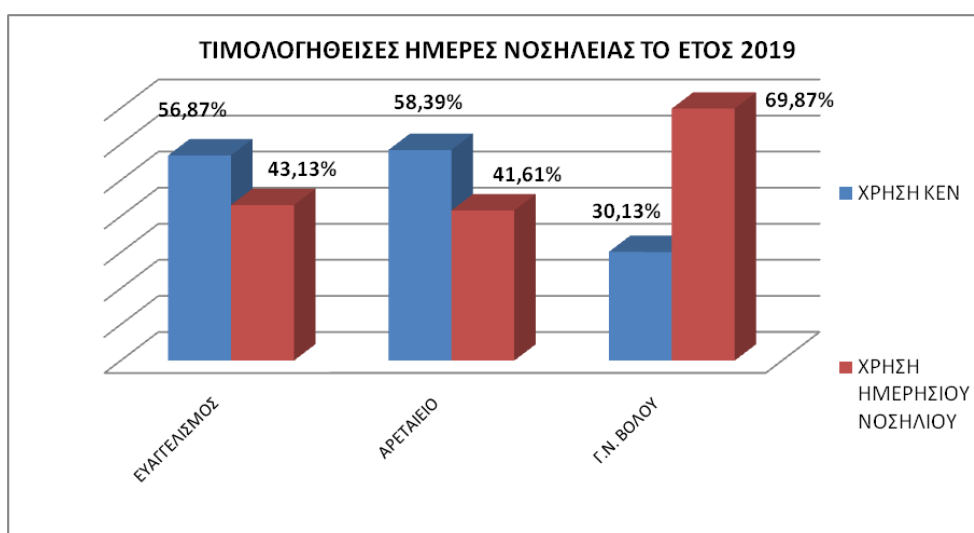
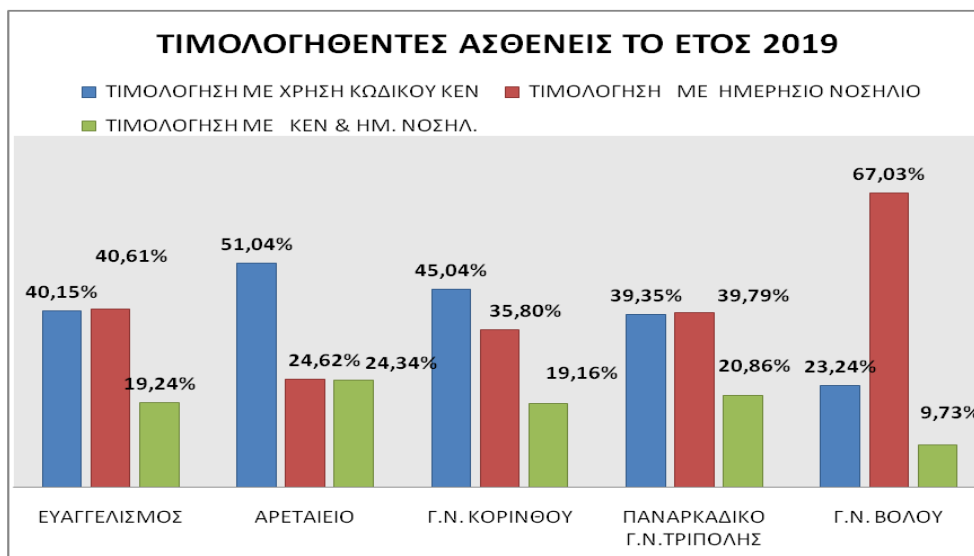


ΠΗΓΗ: Σχετική νομοθεσία

Τιμολογήσεις με το προισχύον σύστημα - Μη καθολική εφαρμογή του ΚΕΝ

36. Από τη νομοθεσία των ΚΕΝ, προβλέπεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις νοσηλείας, η τιμολόγηση νοσηλίων να γίνεται σύμφωνα με το προηγούμενο σύστημα (ΚΥΑ Υ4Α/ΟΙΚ.1320/1998). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα ΚΕΝ που εφαρμόζονται να καλύπτουν μικρό ποσοστό νοσηλίων και τα τιμολογούμενα νοσήλια να μην αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας⁴⁰.

⁴⁰ Πόρισμα της επιτροπής για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.



Πηγή: Στοιχεία διενεργηθέντα ελέγχου

37. Η καθορισθείσα με την ΚΥΑ Υ4Α/ΟΙΚ.1320/1998 (Β' 99/1998) αποζημίωση (Ημερήσιο Νοσήλιο), είναι ανά τομέα (χειρουργικό, παθολογικό, ψυχιατρικό και ειδικές μονάδες) και δεν προβλέπεται διαφοροποίηση των τιμών για τις κλινικές οι οποίες μπορεί μεν να ανήκουν στον ίδιο τομέα (π.χ. Χειρουργικό, νευροχειρουργικό, αγγειοχειρουργικό κ.λπ.), αλλά απορροφούν διαφορετικούς πόρους.

38. Στις περιπτώσεις κατάληξης ασθενών εντός των δύο πρώτων ημερών από την εισαγωγή τους, αν και προβλέπεται για αυτές η εφαρμογή του συστήματος των ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν τα νοσοκομεία σύμφωνα με το προηγούμενο σύστημα αποτίμησης (Ημερήσιο Νοσήλιο). Στις δε περιπτώσεις «Ημερήσιας Νοσηλείας Ασθενών», η τιμολόγηση νοσηλίων, γίνεται με χρήση κωδικού ΚΕΝ ή με Ημερήσιο Νοσήλιο, με κριτήριο την πιο συμφέρουσα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αποζημίωση⁴¹.

⁴¹ Άρθρο 15 ΕΑΛΕ/ΓΠ/80157/18 (Β' 4898/2018).

Μη είσπραξη από τα νοσοκομεία μέρους ή και όλου του οφειλόμενου ποσού νοσηλίων

39. Από το δειγματοληπτικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι δεν τιμολογούνται και δεν εισπράττονται τα προβλεπόμενα νοσήλια για όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς⁴².

40. Το Ενιαίο Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας «ΑΤΛΑΣ» που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία για την πιστοποίηση των δικαιούχων δωρεάν παροχών υγείας, δεν ενημερώνεται με όλες τις τρέχουσες αλλαγές (στοιχεία μόνιμης κατοικίας, νόμιμης παραμονής κλπ). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται ως δικαιούχοι δωρεάν παροχών υγείας, άτομα που έχουν απωλέσει το δικαίωμα αυτό⁴³ και δεν εισπράττονται τα προβλεπόμενα νοσήλια.

41. Από τον έλεγχο που διενεργήθηκε σε φακέλους νοσηλευμένων ασθενών, οι οποίοι ήταν πολίτες άλλων κρατών, διαπιστώθηκε ότι αποστέλλονται για είσπραξη νοσήλια στον ΕΟΠΥΥ, χωρίς την ύπαρξη των απαραίτητων δικαιολογητικών, από τα οποία να προκύπτει ότι τα πρόσωπα αυτά ήταν δικαιούχοι δωρεάν παροχών υγείας. Στις πληροφοριακές εφαρμογές των νοσοκομείων, δεν προβλέπεται ο διαχωρισμός της μόνιμης από την προσωρινή κατοικία, που αποτελεί βασικό κριτήριο για την δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, δεν υφίστανται οι απαραίτητες δικλίδες για τον εντοπισμό των μη δικαιούχων δωρεάν παροχών υγείας, ώστε να εισπράττονται τα προβλεπόμενα νοσήλια.

42. Το μισθολογικό κόστος που δεν συμπεριλαμβάνεται στις τιμές των ΚΕΝ και επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, δεν εισπράττεται στο σύνολο του από τα νοσοκομεία. Στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζονται τα ποσά του μισθολογικού κόστους που δεν εισπράχθηκαν το έτος 2019 από τέσσερα (4) νοσοκομεία που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο αυτό.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ ΤΟ ΕΤΟΣ 2019
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	10.942.201,80
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1.363.641,71
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1.854.700,63
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ	1.175.472,43

Πηγή: Στοιχεία διενεργηθέντα ελέγχου

43. Στις περιπτώσεις νοσηλείας ασθενών όπου η αποζημίωση καταβάλλεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, δεν προβλέπονται διαδικασίες είσπραξης του

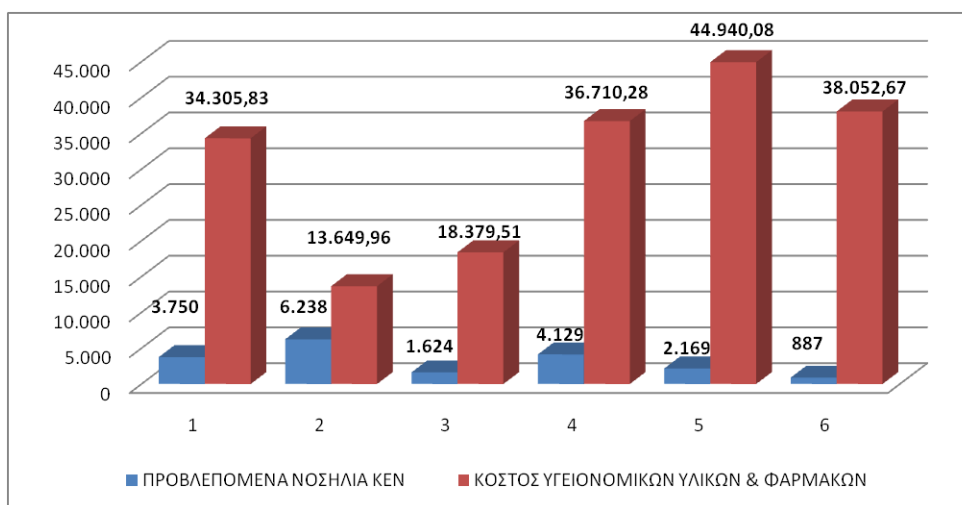
⁴² Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» δεν τιμολογήθηκαν 6.121 περιπτώσεις νοσηλείας (10,56%) και στο ΓΝ Βόλου δεν τιμολογήθηκαν 1.743 περιπτώσεις νοσηλείας (6,08%).

⁴³ Πρόκειται κυρίως για περιπτώσεις πολιτών άλλων χωρών που οποιαδήποτε χρονική στιγμή, διέθεταν στην Ελλάδα ΑΜΚΑ και ΑΦΜ λόγω δε της μη ενημέρωσης του συστήματος «ΑΤΛΑΣ», τα πρόσωπα αυτά, που δεν είναι πλέον μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας ή δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, να εξακολουθούν να εμφανίζονται ως δικαιούχοι..

ποσοστού μισθολογικού κόστους που δεν περιλαμβάνεται στην τιμή των ΚΕΝ (ποσοστό μεγαλύτερο του 40%), με αποτέλεσμα αυτό να βαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό και όχι τις ασφαλιστικές εταιρείες.

44. Η έλλειψη διαδικασιών παρακολούθησης, αξιολόγησης και σύγκρισης του πραγματικού μέσου κόστους νοσηλείας και Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), με τα οριζόμενα ανά κωδικό ΚΕΝ,⁴⁴ έχει ως αποτέλεσμα οι ισχύουσες σήμερα τιμές να μην ενσωματώνουν τις διαφοροποιήσεις που υπήρξαν σε βάθος δεκαετίας (2012 -2022) στα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα (νέες ασθένειες, αλλαγές κόστους, νέες τεχνολογίες, διαγνωστικές μέθοδοι, κ.λπ.). Επιπλέον, η έλλειψη αξιόπιστου μηχανισμού για τον εντοπισμό των περιπτώσεων που παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις, έχει ως συνέπεια να μην αποφεύγονται λανθασμένες τιμολογήσεις νοσηλίων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και πληρωμές στους ιδιωτικούς φορείς από τα ασφαλιστικά ταμεία.

45. Για περιπτώσεις νοσηλίων όπου απαιτούνται ειδικές θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις με υψηλό κόστος υλικών, δεν προβλέπεται δυνατότητα πρόσθετων χρεώσεων και η προβλεπόμενη αποζημίωση αποκλίνει σημαντικά από το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο παρακάτω γράφημα, εμφανίζονται ενδεικτικά έξι (6) περιπτώσεις νοσηλίων, όπου η προβλεπόμενη αποζημίωση σύμφωνα με τα ΚΕΝ, υπολείπονταν σημαντικά, ακόμη και του κόστους των φαρμάκων και των υγειονομικών υλικών.



Πηγή: Στοιχεία από δειγματοληπτικό έλεγχο στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Περιορισμένη έως μηδενική η συμβολή των ΚΕΝ στη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων.

46. Από το έτος 1998 και έκτοτε, οι αλλαγές που έγιναν στις τιμές νοσηλίων της ΚΥΑ Υ4Α/ΟΙΚ.1320/1998 (Β' 99/1998), που χρησιμοποιείται για αρκετές

⁴⁴ Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει σήμερα ένας μόνιμος μηχανισμός παρακολούθησης όλων των νοσοκομειακών περιστατικών και ανάλυσης των στοιχείων από την εφαρμογή των ΚΕΝ, ώστε να μπορούν να αναθεωρηθούν τόσο οι τιμές όσο και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας τους. Μια τέτοια αναλυτική ποσοτική προσέγγιση προϋποθέτει την ύπαρξη συστηματικών κοστολογικών δεδομένων, τα οποία επίσης επί του παρόντος δεν είναι διαθέσιμα, δεδομένου ότι δεν υφίστανται κέντρα κόστους (σε επίπεδο ασθενή) στα νοσοκομεία της χώρας (βλ. Μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, 2011).

περιπτώσεις νοσηλείας, αφορούσαν κυρίως στρογγυλοποιήσεις λόγω μετατροπής σε ευρώ των αρχικών τιμών που ήταν σε δραχμές, ενώ δεν έγιναν ουσιαστικές αναπροσαρμογές ώστε να καλύπτουν τις διαφοροποιήσεις που υπήρξαν στα συστατικά στοιχεία του κόστους και στις ιατρικές μεθόδους από το έτος 1998 έως σήμερα. (Βλ. τον παρακάτω πίνακα).

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΤΙΜΕΣ 1998 (ΕΥΡΩ)		ΤΙΜΕΣ 2019		ΔΙΑΦΟΡΕΣ 2019 -1998	
	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ €	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝ/ΣΗ €	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ €	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝ/ΣΗ €	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ €	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝ/ΣΗ €
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	58,69	73,37	60,00	80,00	1,31	6,63
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	73,37	88,04	75,00	90,00	1,63	1,96
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	35,00	29,34	40,00	40,00	5,00	10,66
ΜΕΘ	187,82		200,00		12,18	
ΜΑΦ	93,91		110,00		16,09	
Μ.ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	93,91		110,00		16,09	
Μ. ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	187,82		200,00		12,18	

47. Η εφαρμογή των ΚΕΝ δεν συνέβαλε στη βελτίωση της συνολικής διαδικασίας τιμολόγησης νοσηλίων, η οποία εξακολουθεί να είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα, κυρίως στις περιπτώσεις όπου γίνεται συγχρόνως χρήση κωδικών ΚΕΝ και του Ημερήσιου Νοσηλίου. Για την προετοιμασία και αποστολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στον κύριο ασφαλιστικό φορέα ΕΟΠΥΥ (αφορά ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των νοσηλευόμενων ασθενών), απαιτούνται αρκετές ανθρωποώρες και σημαντικό κόστος (συλλογή, ταξινόμηση και συσκευασία δικαιολογητικών, κόστος αποστολής).

48. Η εφαρμογή των ΚΕΝ, δεν συνέβαλε στην κατάρτιση τεκμηριωμένων προϋπολογισμών από τα νοσοκομεία και στη δίκαιη κατανομή των νοσοκομειακών πόρων. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων δεν αποτυπώνουν τις πραγματικές εκτιμήσεις από τις οικονομικές τους υπηρεσίες για τα έσοδα και τα έξοδα, αλλά καταρτίζονται με βάση τα ανώτατα όρια πιστώσεων, όπως αυτά προκύπτουν από τις αποφάσεις του Κεντρικού Συμβουλίου των Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΠΕ) και των αρμόδιων Υγειονομικών Περιφερειών.

49. Μετά την εφαρμογή των ΚΕΝ εξακολουθούν να μην καταγράφονται στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων τα αναλυτικά κλινικά και κοστολογικά δεδομένα που είναι απαραίτητα για την παρακολούθηση και συγκριτική αξιολόγηση της δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα, καθώς και για τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας και της κλινικής αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων. Το ίδιο ισχύει και για το πληροφοριακό σύστημα «Biforms» του Υπουργείου Υγείας.

50. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους νοσηλευόμενους ασθενείς τους, από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα ΕΟΠΥΥ δεν

εισπράττουν το μεγαλύτερο ποσοστό των τιμολογούμενων νοσηλίων⁴⁵ και για την κάλυψη των αναγκών τους, επιχορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας. Ο προσδιορισμός όμως του ύψους, τόσο των τακτικών, όσο και των έκτακτων επιχορηγήσεων, γίνεται με κριτήριο το ύψος των δαπανών και εν γένει των οφειλών τους και όχι σύμφωνα με την πραγματική τους δραστηριότητα, η οποία πρέπει να στηρίζεται σε συγκεκριμένα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά.

ΕΟΠΥΥ - ΕΤΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (2012-2019)				
ΕΤΟΣ	ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΠΛΗΡΩΜΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ
2012	1.719.488.872,16	72.143.196,43	4,20%	1.647.345.675,73
2013	1.855.207.449,64	66.046.605,99	3,56%	1.789.160.843,65
2014	1.547.322.533,41	149.320.219,11	9,65%	1.398.002.314,30
2015	1.408.143.400,68	223.342.924,00	15,86%	1.184.800.476,68
2016	1.726.924.193,06	539.376.935,31	31,23%	1.187.547.257,75
2017	1.950.092.737,28	636.205.745,21	32,62%	1.313.886.992,07
2018	2.111.740.994,68	664.003.562,28	31,44%	1.447.737.432,40
2019	2.212.042.880,74	635.992.405,11	28,75%	1.576.050.475,63
ΣΥΝΟΛΟ	14.530.963.061,65	2.986.431.593,44	20,55%	11.544.531.468,21

Με τα ΦΕΚ Β' 2137/2016 και 4828/2019, έγινε διαγραφή των απαιτήσεων των νοσοκομείων έναντι του ΕΟΠΥΥ για τα έτη από 2012 έως 2017 συνολικού ποσού 8.014.331.348,69 ευρώ.



Πηγή: Υπουργείο Υγείας

⁴⁵ Από την εφαρμογή των ΚΕΝ (2012) έως το έτος 2019, τα δημόσια νοσοκομεία από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα (ΕΟΠΥΥ), σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, από τα υποβληθέντα για αποζημίωση νοσήλια, εισέπραξαν μόνο το 20,55%, ενώ σημαντικό ποσό συμψηφίστηκε με εκταμιεύσεις από το Υπουργείο Υγείας.

III

Για την επιτυχή εφαρμογή του νέου συστήματος κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών (DRG's), δεν έχουν ολοκληρωθεί οι προβλεπόμενες ενέργειες και διαδικασίες και εξακολουθούν να υφίστανται οι δυσλειτουργίες και παθογένειες του Συστήματος Υγείας που συντέιναν στην αποτυχία των ΚΕΝ.

Μη ολοκλήρωση των προβλεπόμενων ενεργειών και διαδικασιών

51. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τα κοστολογικά δεδομένα διαφέρουν μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των χωρών. Στις περιπτώσεις όπου γίνεται χρήση στοιχείων από άλλα συστήματα, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση (ανάπτυξη ελληνικών DRGs), η προσαρμογή αυτών στις ιδιαιτερότητες του συστήματος Υγείας της εκάστοτε χώρας, πρέπει να γίνεται βάσει αξιόπιστων κλινικών και κοστολογικών δεδομένων τα οποία να συλλέγονται από αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνόλου των νοσοκομείων (τουλάχιστον σε ποσοστό 10%)⁴⁶.

52. Από την σύσταση της «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων-ΕΣΑΝ ΑΕ όπως αυτή αντικαταστάθηκε από το ΚΕΤΕΚΝΥ και την εισαγωγή του νέου συστήματος κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέχρι σήμερα δεν προκύπτει ότι έχουν επιτευχθεί οι προβλεπόμενοι από το νομοθέτη⁴⁷ στόχοι, ήτοι: **α)** Η εισαγωγή, μελέτη, ανάπτυξη και κοστολόγηση επί τη βάση ενός διεθνώς αναγνωρισμένου συστήματος κατανομής αμοιβών Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (DRG), καθώς και η λειτουργία, εκμετάλλευση, διοίκηση, διαχείριση και συντήρηση ενός Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων για την κατανομή όλων των πόρων των νοσοκομειακών δομών στο ελληνικό κράτος. **β)** Η ηλεκτρονική συγκέντρωση όλων των οικονομικών και ιατρικών στοιχείων και των στοιχείων από το διοικητικό φάκελο των ασθενών που νοσηλεύονται στις εγχώριες νοσοκομειακές δομές. **γ)** Η θέση σε λειτουργία και η διαρκής επικαιροποίηση Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων, επί τη βάση των διεθνώς αναγνωρισμένων αρχών του συστήματος DRG. **δ)** Η ενοποίηση και η διαχείριση του συνόλου της πληροφορίας στο χώρο της νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα.

53. Για τη μετάβαση του νέου συστήματος DRGs, από τη φάση της ανάπτυξης και της δημοσιονομικά ουδέτερης προσαρμογής, στην πλήρη εφαρμογή του (με δημοσιονομικές συνέπειες), θα πρέπει να έχουν εξασφαλιστεί οι κατάλληλες υποδομές στα νοσοκομεία⁴⁸ και να έχει ολοκληρωθεί η απαραίτητη αξιολόγησή της δοκιμαστικής εφαρμογής του, ώστε να προκύπτει τεκμηριωμένα ότι τα εξαγόμενα δεδομένα του, αντιπροσωπεύουν πραγματικές τιμές και αντιστοιχούν

⁴⁶ Βλ. Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

⁴⁷ Ν. 4286/2014.

⁴⁸ Τα συστήματα πληρωμών που βασίζονται στα DRG είναι διοικητικά πολύπλοκα, αφού απαιτούν λεπτομερή και τυποποιημένη κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των διαδικασιών, αναλυτική καταγραφή του κόστους και ακριβή υπολογισμό της μέσης κατανάλωσης των πόρων (δηλαδή του μέσου κόστους) ανά διαγνωστική κατηγορία (Geissleretal, 2011).

σε πραγματικά γεγονότα. Αν δεν υλοποιηθούν οι απαραίτητες διαρθρωτικές αλλαγές,⁴⁹ δεν θα υπάρξουν επαρκή και αξιόπιστα στοιχεία,⁵⁰ ώστε να προκύπτει τεκμηριωμένα ότι τα τιμολογούμενα νοσήλια αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας και ότι ενσωματώνουν τις ιδιαιτερότητες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Επιπροσθέτως, για την ορθή εφαρμογή του νέου συστήματος, κρίνεται αναγκαία η ακριβής καταχώρηση κλινικών στοιχείων και η τεκμηρίωσή τους μέσω ενδεδειγμένης τήρησης ιατρικού φακέλου ασθενούς από τα νοσοκομεία⁵¹.

Στο Ελληνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας το οποίο εγκρίθηκε από το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βάσει της πρότασης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Συνιστώσα 3.3), περιέχονται μεταρρυθμίσεις που θα χρηματοδοτηθούν από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, καθώς και παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν για την αύξηση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Προβλέπονται, μεταξύ άλλων, οργανωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας που περιλαμβάνουν την ενίσχυση του Ελληνικού Ινστιτούτου Διαγνωστικά Ομοειδών Ομάδων (DRG) (ΚΕΤΕΚΝΥ), καθώς και τη δημιουργία πλαισίου για την εξασφάλιση αξιόπιστων ποιοτικών διαδικασιών και μετρήσεων απόδοσης που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών, τις ανάγκες της υγείας και την παροχή φροντίδας για την υποστήριξη του ελληνικού Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) και των δραστηριοτήτων του. Επίσης, προβλέπεται η δημιουργία εθνικού χάρτη υγείας και η θέσπιση πλαισίου για την αξιολόγηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας.⁵²

Οι δυσλειτουργίες και παθογένειες στα νοσοκομεία παραμένουν

54. Η χρήση κατά το σχεδιασμό συστημάτων DRGs, δεδομένων χαμηλής ποιότητας⁵³ υπονομεύει την καλή λειτουργία και αξιοπιστία τους. Η παραγωγική λειτουργία του νέου συστήματος, προϋποθέτει τη διενέργεια τεκμηριωμένης

⁴⁹ Σύμφωνα με την 53560/5.6.2013 εγκύκλιο του ΓΓ του Υπουργείου Υγείας, τα νοσοκομεία από 1.10.2013 έως 31.12.2013 θα έπρεπε να προβούν σε όλες εκείνες τις απαραίτητες ενέργειες για την εφαρμογή του συστήματος της πλήρους κοστολόγησης, προκειμένου από 1.1.2014 να παρακολουθούν τη διαμόρφωση του κόστους και σε επίπεδο φορέων κόστους (ΚΕΝ).

⁵⁰ Στο Γερμανικό σύστημα DRG, ο υπολογισμός του κόστους γίνεται ετησίως από δεδομένα πραγματικού κόστους ανά κατηγορία, τα οποία παρέχονται από ένα δείγμα νοσοκομείων, και από δεδομένα νοσηλείας που παρέχουν όλα τα νοσοκομεία προς το ΙnEK. Η μέθοδος κοστολόγησης περιλαμβάνει τις ιατρικές υπηρεσίες (στις περισσότερες περιπτώσεις το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μισθοδοτείται από το νοσοκομείο), το κόστος φαρμάκων και υλικών, τα υποστηρικτικά και διοικητικά έξοδα. Υπολογίζονται κι επιμερίζονται ανά στοιχείο (άμεσο/έμμεσο), ανά κέντρο κόστους (τμήμα) και ανά μονάδα (DRG).

⁵¹ Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου και πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

⁵² Βλ. Μεταρρύθμιση: Οργανωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας (ΚΕΤΕΚΝΥ, ΟΔΠΥ) αναγνωριστικό μέτρου : 16756.

⁵³ Τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά την εισαγωγή του συστήματος Γερμανικού DRGs, σχετίζονταν με τη συλλογή χαμηλής ποιότητας δεδομένων κόστους από τα νοσοκομεία για τον υπολογισμό των συντελεστών βαρύτητας κόστους, τις διαφοροποιήσεις στην αποζημίωση μεταξύ κρατιδίων και νοσοκομείων που ίσχυαν με το παλαιό σύστημα, τους περιορισμούς του μικρού αρχικού δείγματος των νοσοκομείων της πιλοτικής λειτουργίας και τις καθυστερήσεις πληρωμών κατά την έναρξη της χρηματοδοτικής του λειτουργίας (Busseetal 2005).

αξιολόγησής του, άλλως, υφίσταται ο κίνδυνος ύπαρξης απροσδιόριστων δημοσιονομικών επιπτώσεων στα νοσοκομεία και στα ασφαλιστικά ταμεία.

55. Στον παρακάτω πίνακα, απεικονίζεται ο τρόπος προσδιορισμού της τιμής του νέου συστήματος (DRGs) και οι βασικοί συντελεστές για τον προσδιορισμό αυτής.

Τιμή ανά DRG	=	Συντελεστής βαρύτητας κόστους (costweight)	X	Δείκτης βάσης (baserate)	X	Δείκτης προσαρμογής (adjustmentfactor)
		Εκφράζει το μέσο σχετικό κόστος της ομάδας DRG και αναθεωρείται ετήσια στη βάση των μεταβολών κόστους τεχνολογίας και ιατρικής πρακτικής.		Σχετίζεται με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους για τη λειτουργία του συστήματος.		Δίνει τη δυνατότητα επιδότησης ειδικών νοσοκομείων (απομακρυσμένες περιοχές, νησιά, πανεπιστημιακά κ.λπ.).

56. Σχεδόν στο σύνολο των Ελληνικών νοσοκομείων δεν υφίσταται σε λειτουργία Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος Ασθενούς με διαδικασίες κωδικοποιημένης καταγραφής και ταξινόμησης όλων των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη νοσηλεία των ασθενών,⁵⁴ ούτε εφαρμόζονται συστήματα αναλυτικής λογιστικής για όλα τα κέντρα κόστους, με αποτέλεσμα να μην παρακολουθείται το πραγματικό κόστος νοσηλείας σε επίπεδο ασθενούς και να μην είναι δυνατόν να μετρηθεί το παραγόμενο προϊόν.⁵⁵ Αναφορικά με το μισθολογικό κόστος (ποσοστό μεγαλύτερο του 40% του συνολικού κόστους νοσηλείας), για το οποίο σε αντίθεση με τα ΚΕΝ, στο υπό ανάπτυξη Ελληνικό DRGs, προβλέπεται δυνατότητα συμπερίληψής στην τιμή των νοσηλίων, δεν υπάρχει ο απαραίτητος επιμερισμός του κόστους μισθοδοσίας που αφορά μόνο τους νοσηλευόμενους ασθενείς,⁵⁶ δοθέντος ότι το ίδιο προσωπικό εκτελεί και πρόσθετα καθήκοντα (ήτοι: τακτικά ιατρεία, εκπαιδεύσεις προσωπικού, πανεπιστημιακό προσωπικό, τμήματα επειγόντων περιστατικών κ.λπ.).

57. Από τον έλεγχο, δεν προέκυψε ότι υπήρξαν μελέτες με τις οποίες να προσδιορίζονται τα νοσοκομεία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών,⁵⁷ ώστε

⁵⁴ Σύμφωνα με το ΚΕΤΕΚΝΥ (Πρακτικό 3/2021), η ακριβής καταχώρηση κλινικών στοιχείων και η τεκμηρίωσή τους μέσω ενδεδειγμένης τήρησης ιατρικού φακέλου ασθενούς είναι απαραίτητοι παράμετροι για την ορθή εφαρμογή ενός συστήματος DRGs.

⁵⁵ Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου και έρευνα που πραγματοποίησε το ΚΕΤΕΚΝΥ με τίτλο «Αποτύπωση βασικών στοιχείων Στελέχωσης και Οργάνωσης των Πιλοτικών Νοσοκομείων σχετικά με το Σύστημα DRG», όπου προκύπτει ότι σε κανένα από τα δεκαοκτώ (18) νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα και έχει προγραμματιστεί να γίνει δοκιμαστική εφαρμογή του νέου συστήματος, δεν εφαρμόζεται αναλυτική λογιστική με κέντρα κόστους σε επίπεδο ασθενούς «Δεν είναι δυνατόν να διαχειριστείς κάτι που δεν μπορείς να ελέγξεις και δεν μπορείς να ελέγξεις κάτι που δεν μπορείς να μετρήσεις» (Peter Drucker).

⁵⁶ Διαπιστώσεις ελέγχου και απαντήσεις ΚΕΤΕΚΝΥ (Πρακτικό 3/2021)

⁵⁷ Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: 1) η τοποθεσία του νοσοκομείου 2) ο τύπος και ο βαθμός εξειδίκευσης του νοσοκομείου (Γενικό - Ειδικό), 3) οι αναπτυγμένες κλινικές, 4) το ποσοστό κάλυψης 4) η ΜΔΝ, 5) ο αριθμός και η εξειδίκευση των απασχολούμενων σε όλες τις ειδικότητες, 6) το κόστος των εξετάσεων και των ιατρικών παρεμβάσεων, 7) το προφίλ των νοσηλευθέντων.

να μπορούν να εφαρμοστούν οι απαραίτητες διαφοροποιήσεις στο δείκτη προσαρμογής (adjustmentfactor)⁵⁸.

58. Το νέο σύστημα DRGS, δεν θα καλύπτει όλες τις κατηγορίες νοσηλευόμενων ασθενών⁵⁹ οι οποίες θα εξακολουθήσουν να τιμολογούνται με το παλαιό σύστημα. Οι εν λόγω κατηγορίες ασθενών δεν συμπεριλαμβάνονταν στα ΚΕΝ και η τιμολόγηση νοσηλίων στις περιπτώσεις αυτές θα γίνεται με την ΚΥΑ Υ4Α/ΟΙΚ.1320/1998 (Β' 99 - Ημερήσιο Νοσήλιο). Από τον έλεγχο προέκυψε ότι δεν έχουν γίνει οι απαραίτητες συμπληρώσεις και τροποποιήσεις στη εν λόγω ΚΥΑ, ώστε τα τιμολογούμενα νοσήλια να αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

⁵⁸ Ο εν λόγω δείκτης δίνει τη δυνατότητα επιδότησης σε ειδικά νοσοκομεία (απομακρυσμένες περιοχές, νησιά, πανεπιστημιακά κ.λπ.).

⁵⁹ Με το νέο σύστημα δεν καλύπτεται η ιατρική περίθαλψη σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και σε εξειδικευμένα νοσοκομειακά τμήματα ή κέντρα αποκατάστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράσματα

59. Για τη συνολική μεταρρύθμιση που επιχειρείται στο σύστημα νοσηλίων από το 2011 έως σήμερα, δεν υπάρχουν στο Υπουργείο Υγείας αναλυτικές μελέτες για την απαραίτητη αξιολόγησή της, ούτε στοιχεία για το συνολικό κόστος αυτής (αγορά δικαιωμάτων, κόστος υποστηρικτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών τεχνικής βοήθειας, κόστος λειτουργίας νομικών προσώπων αρμοδίων κ.λπ.).

60. Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN), ως προσωρινό σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων δεν εξυπηρέτησαν τις ανάγκες για τις οποίες εφαρμόστηκαν. Δεν ήταν αξιόπιστο, ούτε λειτουργικό σύστημα τιμολόγησης ενώ τα τιμολογούμενα νοσήλια δεν αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Για την πλήρη εφαρμογή (με δημοσιονομικές συνέπειες) του νέου συστήματος (DRGs), δεν πληρούνται όλες οι απαιτούμενες προϋποθέσεις και εξακολουθούν να υφίστανται οι επαναλαμβανόμενες παθολογίες που υπήρχαν και κατά την ανάπτυξη και εφαρμογή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN).

61. Λόγω της συνεχιζόμενης έλλειψης διαδικασιών παρακολούθησης και αναπροσαρμογής των συντελεστών του εφαρμοζόμενου συστήματος τιμολόγησης νοσηλίων (KEN), από το έτος 2012 έως την έναρξη της παραγωγικής λειτουργίας του νέου συστήματος DRGs⁶⁰, εκτιμάται ότι θα υπάρξουν απροσδιόριστες επιπτώσεις στα ασφαλιστικά ταμεία⁶¹ και στα νοσοκομεία, αφού οι εξελίξεις στις θεραπευτικές μεθόδους, τα νέα υλικά και ιατρικά μηχανήματα, τροποποιούν συνεχώς, είτε με αύξηση, είτε με μείωση, τα κλινικά και οικονομικά δεδομένα. Τα συστήματα κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στην επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων μόνο όταν αυτά αξιολογούνται αποτελεσματικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα⁶².

Συστάσεις

62. Συνιστάται σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ:

62.1. Η διασύνδεση σε κεντρικό επίπεδο όλων των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων, με σκοπό τη συγκέντρωση, ενοποίηση και διαχείριση του συνόλου της πληροφορίας στο χώρο της νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα.

62.2. Η ανάπτυξη και εφαρμογή στα νοσοκομεία, ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης, φαρμάκων, υγειονομικών υλικών, ιατρικών πράξεων, κλπ.

⁶⁰ Σύμφωνα με τα αριθμ. πρωτ. 9157/14.2.2022 και 75/14.2.2022 έγγραφα του Γενικού Γραμματέα και του Υπουργείου Υγείας αντιστοίχως, δεν κρίνεται σκόπιμο να δοθεί έμφαση στην παράλληλη, υποστήριξη και αναβάθμιση του ισχύοντος συστήματος τιμολόγησης νοσηλίων (KEN).

⁶¹ Η μη παρακολούθηση και αναπροσαρμογή των συντελεστών των KEN για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχει ως αποτέλεσμα την πραγματοποίηση λανθασμένων πληρωμών σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία

⁶² Στη Γερμανία καταγράφονται για τον σκοπό αυτό 18.000.000 περιστατικά κάθε χρόνο και εφαρμόζονται ετήσιες διαδικασίες αναπροσαρμογής των απαραίτητων συντελεστών.

62.3. Η καθιέρωση και λειτουργία σε όλα τα νοσοκομεία, συστημάτων αναλυτικής λογιστικής για όλα τα κέντρα κόστους, καθώς και συστημάτων ελέγχου της ποιότητας των κλινικών και κοστολογικών δεδομένων.

62.4. Η εφαρμογή και λειτουργία σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενιαίου «Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου Ασθενών».

63. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας:

63.1. Αυξημένη εποπτεία στα νοσοκομεία ως προς την εφαρμογή από αυτά του συστήματος τιμολόγησης νοσηλίων.

63.2. Να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην καταγραφή, παρακολούθηση και συγκριτική αξιολόγηση του παραγόμενου έργου στα νοσοκομεία σε συνάρτηση με τους χρησιμοποιούμενους πόρους.

63.3. Να αποστέλλονται στα νοσοκομεία, αναλυτικές οδηγίες για τις διαδικασίες τιμολόγησης όλων των περιστατικών νοσηλείας, ώστε να εφαρμόζονται ενιαίες διαδικασίες.

63.4. Να εξεταστεί η δυνατότητα απλοποίησης των διαδικασιών αποστολής στον ΕΟΠΥΥ, των απαιτούμενων δικαιολογητικών για τους νοσηλευόμενους ασθενείς (αφορά πάνω από το 90% των περιπτώσεων νοσηλείας).

63.5. Να ολοκληρωθεί η αναλυτική καταγραφή των διαδικασιών οι οποίες θα αποτελέσουν τη βάση αναφοράς για τη λειτουργία συστήματος Εσωτερικού Ελέγχου.

64. Άλλες συστάσεις:

64.1. Από τον αρμόδιο φορέα που διαχειρίζεται το «Ενιαίο Μητρώο Ασφάλισης-Ασφαλιστικής Ικανότητας-ΑΤΛΑΣ», σε συνεργασία με συναρμόδιους φορείς, θα πρέπει να γίνουν οι απαιτούμενες ενέργειες, για την έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωσή του, με τις αλλαγές που επέρχονται στα στοιχεία των ασφαλισμένων (στοιχεία μόνιμης κατοικίας, νόμιμης παραμονής κλπ), ώστε να διασφαλίζεται ότι εμφανίζει την πραγματική κατάσταση της ασφαλιστικής ικανότητας.

64.2. Πριν από την έναρξη της παραγωγικής λειτουργίας (με δημοσιονομικές συνέπειες) του νέου συστήματος, θα πρέπει απαραίτητως να έχουν ολοκληρωθεί οι διαδικασίες συνολικής αξιολόγησής του από τον αρμόδιο φορέα, και να προκύπτει τεκμηριωμένα ότι τα εξαγόμενα δεδομένα, αντιπροσωπεύουν πραγματικές τιμές και γεγονότα, καθώς και ότι ενσωματώνουν τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε από τις Υπηρεσίες Επιτρόπου του Ελεγκτικού Συνεδρίου στους Τομείς Υγείας ΙΙΙ και V, Παιδείας Ι και στις ΠΕ Αρκαδίας, Κορινθίας και Μαγνησίας, υπό την εποπτεία της Αντιπροέδρου του Ελεγκτικού Συνεδρίου Ευαγγελίας - Ελισάβετ Κουλουμπίνη, από τους Επιτρόπους, Ιωάννη Αλεβιζάκη, Γεωργία Κοντογιάννη, Δημήτριο Μπίντα, Ταξιάρχη Σπανό και Σταύρο Χρονόπουλο, τους Προϊσταμένους Τμήματος Βασιλική Ευαγγελοπούλου, Ιωάννη Γεωργόπουλο, Φωτεινή Καρνή, Ιωάννη Κουτσόπουλο και Γεώργιο Μαμαγκάκη και τους Υπαλλήλους Πέτρο Βάκουλη, Μαριάννα Κόσσυβα, Αγγελική Οικονόμου, Νικόλαο Παπαδάτο, Ιωάννα - Μαρία Πατάπη και Μαρία Χαλεπλή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΛΕΓΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 20-4-22
ΕΠΙΣΤΟΛΗ 22794
ΑΠΩ. ΠΡΩΤ. 22794

Αθήνα 18 Απριλίου 2022

Αριθμ. Πρωτ. 1137

Προς

Τον Πρόεδρο του Ελεγκτικού Συνεδρίου

κ. Ιωάννη Σαρμά

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε,

Θα ήθελα κατ' αρχάς να σας ευχαριστήσω για τη διαβίβαση του σχεδίου Εκθέσεως Ελέγχου που υιοθέτησε το Τμήμα Ελέγχων Ι του Ελεγκτικού Συνεδρίου με θέμα: «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπλήρτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», ο οποίος υπάγεται στο Ετήσιο Πρόγραμμα Ελέγχων 2021 του Ελεγκτικού Συνεδρίου.

Μετά από αναλυτική μελέτη του ανωτέρω σχεδίου Εκθέσεως Ελέγχου, θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα του ενδεδειγμένου ελέγχου που διενεργήσατε, σε ότι αφορά τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια, απηχούν σε μεγάλο βαθμό και τις αντίστοιχες διαπιστώσεις του Υπουργείου Υγείας. Πράγματι τα ΚΕΝ, ένεκα και του αναγκαστικού τους σχεδιασμού και υλοποίησης σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, κάτω από τις ιδιαίτερα πιεστικές συνθήκες της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας μας στις απαιτήσεις των θεσμών, μερικώς μόνον ανταποκρίθηκαν στο ζητούμενο της εφαρμογής μίας λειτουργικής και αξιόπιστης μεθόδου υπολογισμού και εξορθολογισμού των νοσοκομειακών δαπανών.

Για το λόγο αυτό, το Υπουργείο Υγείας, αξιολογώντας τα ΚΕΝ ήδη σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την εφαρμογή τους, προέβη στις απαραίτητες ενέργειες για τη θεμελίωση ενός αξιόπιστου και τεκμηριωμένου συστήματος κοστολόγησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας. Για το σκοπό αυτό, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, νομοθέτησε και υποστήριξε την ίδρυση και λειτουργία ειδικού προς τούτο φορέα (ΕΣΑΝ - ΚΕΤΕΚΝΥ) και προώθησε την ανάπτυξη και εισαγωγή ενός νέου Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΣυΚΝΥ), αντλώντας τεχνογνωσία από καταξιωμένους διεθνείς φορείς και βασιζοντάς το στις αρχές λειτουργίας του διεθνούς προτύπου των Διαγνωστικών Ομοειδών Ομάδων – Diagnostic Related Groups (DRG).

Θεωρούμε ότι το έργο της ανάπτυξης όλων των δομικών εργαλείων του ΣυΚΝΥ έχει ήδη ολοκληρωθεί και ότι η θέση του σε φάση λειτουργίας στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, παρά τις αντίξοες συνθήκες της πανδημίας του COVID-19, προχωρά με ικανοποιητικούς ρυθμούς, και αναμένεται να ολοκληρωθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, παράλληλα με άλλα πολυεπίπεδα προγράμματα παρεμβάσεων στον τομέα της ψηφιακής υγείας. Το ΣυΚΝΥ, σε αντίθεση με τα ΚΕΝ, θεωρούμε ότι αποτελεί ένα ώριμο και καλοσχεδιασμένο σύστημα, για την εφαρμογή του οποίου αρχικά στην (τρέχουσα) φάση δημοσιονομικά ουδέτερης προσαρμογής και στη συνέχεια στη σταδιακή πλήρη εφαρμογή του με δημοσιονομικές συνέπειες, ελήφθησαν υπόψη όλες οι ιδιαιτερότητες των ελληνικών νοσοκομείων όσο και

οι ανάγκες αναβάθμισης, εξέλιξης και απλοποίησης των συστημάτων κωδικοποίησης, λογιστικής και μηχανογραφικής υποστήριξής τους.

Σας διαβεβαιούμε ότι τόσο η πολιτική ηγεσία όσο και οι αρμόδιες διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας θα συνεχίσουμε να εργαζόμαστε για την αποτελεσματική εφαρμογή του νέου συστήματος (ΣυΚΝΥ) ασκώντας τον απαιτούμενο συντονισμό και εποπτεία σε συνεργασία με τις διοικήσεις του αρμόδιου φορέα (ΚΕΤΕΚΝΥ), αλλά και με τις διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών και των νοσοκομείων της επικράτειας. Θεωρούμε ότι με τον τρόπο αυτό, λαμβάνοντας υπόψη μας και τις επιμέρους αναλυτικές σας συστάσεις, ανταποκρινόμαστε πιστά στο θεσμικό μας ρόλο της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες και του δημοσιονομικού εξορθολογισμού των νοσοκομειακών δαπανών.

Με εκτίμηση,



Υπουργός Υγείας
Αθανάσιος Πλεύρης