

Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGS) ως εργαλείο χρηματοοικονομικού management: Μελέτη περίπτωσης χειρουργικών ογκολογικών περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου

Αναστάσιος Δαρδόγιαννος

Νοσηλεύτης, MSc, Κεντρική Αποστείρωση, Α.Ν. Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύστημα Diagnosis Related Groups (DRGs) θεωρείται μια από τις σπουδαιότερες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της υγείας διεθνώς τα τελευταία 30-40 χρόνια, και αποτελεί ένα σύγχρονο μηχανισμό αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, ο οποίος χρησιμοποιείται από τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου με επί μέρους παραλλαγές. Στις αρχές του 2012 η μέθοδος αυτή εισήχθη και στην Ελλάδα με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ).

Σκοπός: Να μελετηθεί η εφαρμογή των Διαγνωστικών Ομοιογενών Κατηγοριών (DRGs) στην Ελλάδα και να διερευνηθεί η δυνατότητα αξιοποίησής τους ως εργαλείο χρηματοοικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Η μελέτη περίπτωσης αφορούσε 6.100 χειρουργικά ογκολογικά εξιτήρια του έτους 2019 που καταγράφηκαν στο Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ. Σε μεγάλο βαθμό οι τιμές αποζημίωσης των εξεταζόμενων ΚΕΝ καθώς και η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση από τις καθορισμένες τιμές, γεγονός που οδηγεί στη διαπίστωση που έχει εκφραστεί και από άλλους ερευνητές: η εφαρμογή τεχνικών μικροκοστολόγησης αντικατοπτρίζει καλύτερα το πραγματικό κόστος της θεραπείας. Παρατηρήθηκαν επίσης λανθασμένες ταξινομήσεις σύμφωνα με τη συνήθη πρακτική στα δημόσια νοσοκομεία για τη σύνδεση της συντριπτικής πλειονότητας των περιπτώσεων με λίγους κωδικούς ΚΕΝ ή ακόμα και με έναν μόνο. Το σύστημα ΚΕΝ δεν μπορεί να αξιολογηθεί διότι δεν τηρήθηκαν οι βασικές αρχές ενός συστήματος DRG (cost weight, base rate, case mix Index). Ωστόσο το επερχόμενο σύστημα Gr-DRG θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας μας με την ανάπτυξη διεργασιών ελέγχου (Controlling) και επιτήρησης (Monitoring), εσωτερικής και εξωτερικής σύγκρισης των νοσοκομείων (Benchmarking), και προσαρμογής των διαδικασιών της παραγωγής προς όφελος του ασθενή και του νοσοκομείου. Το νέο σύστημα ίσως θα πρέπει να «ανταμείβει» τα νοσοκομεία υψηλής απόδοσης και αυτά που αντιμετωπίζουν πιο περίπλοκες περιπτώσεις.

Λέξεις κλειδιά: DRGs, αποζημίωση, Ελληνικό Ινστιτούτο DRG, ΚΕΝ

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αναστάσιος Δαρδόγιαννος, e-mail: tasosdar@hotmail.com

*Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Δαρδόγιαννος Α. (2025). Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGS) ως εργαλείο χρηματοοικονομικού management: Μελέτη περίπτωσης χειρουργικών ογκολογικών περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 7-17, <https://doi.org/10.24283/hjns.202512>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19 έχει διαταράξει όλες τις πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της προόδου και της καθολικής κάλυψης της υγείας και οι κυβερνήσεις όλων των χωρών αναγκάζονται να αυξήσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Η οικονομική ύφεση, το έντονο δημογραφικό πρόβλημα των χωρών, η παγκοσμιοποίηση και οι τεχνολογικές εξελίξεις θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και κάνουν επιτακτική την ανάγκη να προσδιοριστούν και να απαντηθούν ηθικά ζητήματα σχετικά με το ποιος χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας, πώς μπορεί να διατηρηθεί αυτή η χρηματοδότηση, πού χρειάζονται περισσότερες δαπάνες, σε ποιους απευθύνεται αυτή η χρηματοδότηση και με ποιον εισπρακτικό φορέα (WHO 2007, Liaropoulos & Goranitis 2015).

Εξάλλου η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε συστήματος υγείας και αφορά τόσο τον πληρωτή όσο και τους μηχανισμούς και τα κριτήρια με τα οποία χρηματοδοτούνται ή αποζημιώνονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι συνέπειες μιας αναποτελεσματικής πρακτικής αποζημίωσης, μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, δημιουργώντας ελλείμματα και χρέη. Μπορεί ίσως να οδηγήσουν σε προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, σε μεταφορά επιλογής μεταξύ των ιατρικών πράξεων, σε άδικη κατανομή των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, καθώς και σε περιπτώσεις διαφθοράς (Polyzos et al 2013, Bizoroulou et al 2017).

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης εξασφαλίζει την δίκαιη και επαρκή χρηματοδότηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει την αποδοτική χρήση των πόρων και τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους. Παρατηρήθηκε επίσης πως η μέθοδος της αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας δημιουργεί κίνητρα και αντικίνητρα, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών υγείας. Ως εκ τούτου οι τεχνικές αποζημίωσης επηρεάζουν το ύψος και τον ρυθμό αύξησης της δαπάνης υγείας άμεσα, επηρεάζοντας το επίπεδο της τιμής και έμμεσα, επηρεάζοντας την ποσότητα (τον όγκο) των παρεχόμενων υπηρεσιών (Kutzin 2001). Η πλειοψηφία των ερευνητών σήμερα υποστηρίζει ότι ο τρόπος αποζημίωσης είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την ικανοποίηση των πολιτών και τη λύση τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται να δίνουν οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Group - DRGs) αφού αποτελούν το κύριο μέσο αποζημίωσης για τις πληρωμές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία και με σημαντική ανάπτυξη σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής,

(Busse et al 2013).

Το σύστημα DRG βασίζεται στη συλλογή έγκυρων δεδομένων κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, με σκοπό την ταξινόμηση τους σε διαχειρίσιμο αριθμό κατηγοριών περιστατικών, οι οποίες είναι ιατρικά ομοιογενείς και προσομοιάζουν σε επίπεδο χρήσης πόρων. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται ορατή η υγειονομική παρεχόμενη υπηρεσία και διευκολύνεται η σύγκριση του νοσοκομειακού κόστους, της ποιότητας και της αποδοτικότητας, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της διαφάνειας στα νοσοκομεία (Busse et al 2011).

Τα DRG εφαρμόστηκαν αρχικά στις ΗΠΑ το 1983 ως σύστημα αποζημίωσης για το πρόγραμμα υγείας Medicare και σταδιακά από τη δεκαετία του 1990 αποτέλεσαν το κύριο μέσο αποζημίωσης των νοσοκομείων στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Το νέο σύστημα πληρωμών παρέχοντας έναν ορισμό για τα «νοσοκομειακά προϊόντα» επέτρεψε συγκρίσεις που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατές όπως η συγκριτική αξιολόγηση (Benchmarking) της απόδοσης και του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων. Επιπλέον αύξησε τη αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, βελτίωσε σημαντικά τη διαφάνεια στο σχεδιασμό και τη διαχείριση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, συνέβαλλε στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στη συγκράτηση των δαπανών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων συσχετίζοντας το είδος και τη βαρύτητα των ασθενών (case mix) ενός νοσοκομείου με τη δαπάνη που προκύπτει για τη θεραπεία τους (Busse et al 2013, Quinn 2014, Stadhouders et al 2019, WHO 2020).

Η Ελλάδα είναι μία από τις τελευταίες χώρες της Ευρώπης που υιοθέτησε την εισαγωγή των DRGs στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο αποδείχθηκε δύσκολο αλλά αναπόφευκτο έργο για τη μείωση του κόστους ύστερα και από τις πιέσεις της Τρόικας (Polyzos et al 2013). Το νέο σύστημα αποζημίωσης άρχισε να εφαρμόζεται στα νοσοκομεία της χώρας από τις αρχές του 2012 με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), χωρίς όμως να διαθέτει τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG και ουσιαστικά να αποτελεί ένα γενικευμένο τιμοκατάλογο νοσηλείων, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας.

Ωστόσο στόχοι του υπουργείου ήταν ο έλεγχος του κόστους μέσω της μείωσης της χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, η σταθερή αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, η ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαδικασία καταρτισμού κλειστών προϋπολογισμών, η εξοικονόμηση ανθρώπινων πόρων, η καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων και η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (Υπουργείο

Υγείας 2011). Μετά από αρκετά χρόνια προσαρμογής και προετοιμασίας των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων της χώρας, από τις αρχές του 2021 άρχισε η μετάβαση στο νέο ολοκληρωμένο Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ) ή Gr-DRGs. Τα βελτιωμένα και ολοκληρωμένα πια Gr-DRGs έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται καθολικά από τα νοσοκομεία της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, ενώ έχει γίνει προγραμματισμός για την ένταξη 10 νοσοκομείων με ηλεκτρονικό φάκελο για το 2022 (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ 2022).

Σκοπός της παρούσας μελέτης περίπτωσης είναι να μελετηθεί η εφαρμογή των DRGs στην Ελλάδα και να διερευνηθεί η δυνατότητα αξιοποίησής τους ως εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού πραγματοποιήθηκε μελέτη και ανάλυση των χειρουργικών ογκολογικών εξιτηρίων του έτους 2019 που καταγράφηκαν σε δημόσιο αντικαρκινικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης και τιμολογήθηκαν βάσει του προκαθορισμένου νοσηλίου (προοπτική χρηματοδότηση) ανά διαγνωστική κατηγορία. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη χρονιά διότι ήταν πιο αντιπροσωπευτική από τις χρονιές που ακολούθησαν, λόγω του ότι η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19, δημιούργησε πολλά εμπόδια στην ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Τα ερευνητικά δεδομένα που θα εξαχθούν από τη συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης, μπορούν να κατευθύνουν τις έρευνες σε νέα πεδία που δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, αλλά και να συμβάλουν στη διατύπωση προτάσεων για την αξιοποίηση των DRGs ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού οικονομικού Management και κλινικής διακυβέρνησης για τις διοικήσεις των νοσοκομείων της χώρας.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρόλο που τα KEN δε διαθέτουν τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG, η μελέτη τους μπορεί να καταστεί οδηγός για την επικαιροποιημένη και καθολική εφαρμογή ενός νέου τρόπου αποζημίωσης βάσει δραστηριότητας (Activity Based Payments), των Gr-DRGs (Συ.Κ.Ν.Υ), που ήδη έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια.

Σύμφωνα με την Υ4α/οικ.18051/27.3.2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 946/Β Π/2012), «στην έννοια του Κλειστού Ελληνικού Νοσηλίου (KEN) περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σε αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών. Σε κάθε εξιτήριο ασθενούς χρεώνεται το KEN της κύριας νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης χρεώνονται μέχρι δύο KEN, με το κύριο KEN να τιμολογείται κανονικά και το δεύτερο KEN να τιμολογείται στο 50% του κόστους του».

Σχετικά με την κωδικοποίηση των KEN το πρώτο γράμμα δηλώνει την κατηγορία που ανήκει (ΤΚΑ), το δεύτερο και το τρίτο γράμμα δηλώνει τον αριθμό του KEN, ενώ το τέταρτο έχει τις παρακάτω επεξηγήσεις:

Το Μ δηλώνει καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές.

Το Χ δηλώνει χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές.

Το Α δηλώνει χωρίς (άνευ) άλλες ενδείξεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόκειται για μία διερευνητική μελέτη περίπτωσης ποσοτικού τύπου που πραγματοποιήθηκε με δείγμα ηλεκτρονικών καταλόγων προερχόμενα από το γραφείο κίνησης ασθενών ενός δημόσιου αντικαρκινικού νοσοκομείου.

Το δειγματολογικό πλαίσιο περιλάμβανε ηλεκτρονικούς καταλόγους με εξιτήρια των παθολογικών και χειρουργικών κλινικών του νοσοκομείου και τον αντίστοιχο κωδικό KEN που συνόδευε το κάθε εξιτήριο. Το δείγμα αποτέλεσαν τα εξιτήρια όλων των χειρουργικών ογκολογικών κλινικών για το έτος 2019 συνοδευόμενα από τα Κ.Ε.Ν. που αντιστοιχούν (χρεώθηκαν) στους ασθενείς των κλινικών αυτών. Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης διασφαλίστηκε η έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής και η σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Διευθυντή, της Προϊσταμένης του τμήματος Κίνησης ασθενών και του Προέδρου της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου. Η απόφαση της έγκρισης επικυρώθηκε με την 34^η/23-10-2020 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Τα πρωτογενή δεδομένα που συλλέχθηκαν από το τμήμα Κίνησης ασθενών του νοσοκομείου κατόπιν της σχετικής έγκρισης, ήταν σε ηλεκτρονική μορφή και περιλάμβαναν δεδομένα για το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο έως το Δεκέμβριο του έτους 2019 χωρίς να γίνεται αναφορά σε προσωπικά στοιχεία, ήταν δηλαδή ανώνυμα σε σχέση με την ταυτοποίηση του ασθενή, αποσκοπώντας στην προστασία των προσωπικών δεδομένων και στη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου. Οι χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου που θα χρησιμοποιηθούν ως μελέτη περίπτωσης (case study), καθώς και το δείγμα και ο όγκος των νοσηλευόμενων περιστατικών των χειρουργικών κλινικών θεωρήθηκε ότι ήταν κατάλληλα για την άντληση του πρωτογενούς υλικού. Το σύνολο των πληροφοριών και των δεδομένων που συλλέχθηκαν σχετίζονται κυρίως με την αποζημίωση των νοσηλείων που πραγματοποιήθηκαν από τις χειρουργικές ογκολογικές κλινικές του νοσοκομείου και αφορούν 6.100 χειρουργικά εξιτήρια, το σύνολο των ημερών νοσηλείας, τον κωδικό και την τιμή του κάθε KEN, τον αριθμό των εξιτηρίων εντός και εκτός της προσδιορισμένης Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ) βάσει KEN, επιμέρους χρεώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν χρεώσεις

σε νοσήλια, φάρμακα, υλικά και ιατρικές πράξεις, καθώς και το συνολικό ποσό χρέωσης. Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το πακέτο εργαλείων στατιστικής ανάλυσης του Microsoft Excel. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής, εξετάστηκε ο μέσος όρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, το άθροισμα και η διακύμανση ενώ τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη συμβολή και τη χρήση πινάκων και γραφημάτων.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία δείγματος

Την εξεταζόμενη περίοδο καταχωρήθηκαν 6.100 εξιτήρια από τις χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου και συνολικά 23.828 ημέρες νοσηλείας. Τα 3.536 εξιτήρια και σε ποσοστό 58% ήταν εντός της καθορισμένης βάσει KEN μέσης διάρκειας νοσηλείας, ενώ τα 2.564 και σε ποσοστό 42% ήταν εκτός της καθορισμένης μέσης διάρκειας νοσηλείας. Τα εκτιμώμενα έσοδα του νοσοκομείου από την αποζημίωση των χειρουργικών περιστατικών με την τιμή που καθορίζεται από κάθε KEN ήταν 5.172.524€, ενώ ο ΕΟΠΥΥ κατέβαλε άλλα 1.240.863,14€ για τις επιπλέον χρεώσεις που αφορούσαν νοσήλια, φάρμακα, υλικά και ιατρικές πράξεις (Πίνακας 1). Ο μηνιαίος καταμερισμός όπως παρουσιάζεται στο Γράφημα 1 εμφανίζει μία σχετική σταθερότητα. Ωστόσο παρατηρείται μία μικρή αύξηση το μήνα Σεπτέμβριο και Οκτώβριο (592 και 608 αντίστοιχα) και μία αναμενόμενη μείωση το μήνα Αύγουστο (211 εξιτήρια).

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα εξιτήρια των χειρουργικών ογκολογικών κλινικών χωρισμένα σε 3 κατηγορίες σύμφωνα με τον κωδικό βαρύτητας των KEN. Συγκεκριμένα από το σύνολο των 6.100 χειρουργικών περιστατικών, τα 2.325 τιμολογήθηκαν με KEN βαρύτητας Α (άνευ άλλων ενδείξεων) και ποσοστό 28,1% του συνόλου, τα 3.636 τιμολογήθηκαν με KEN βαρύτητας Χ (χωρίς επιπλοκές) και ποσοστό 59,6% και μόνο 139 περιστατικά τιμολογήθηκαν με KEN βαρύτητας Μ (με επιπλοκές) και ποσοστό 2,3%.

Η κατηγορία που εμφανίζει τα περισσότερα εξιτήρια (1.819) και χρησιμοποιείται πιο πολύ για τις χρεώσεις (30%) είναι η κατηγορία ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (Χ) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας». Ακολουθεί η ΤΚΑ 09 με τον κωδικό (Δ) «Παθήσεις και βλάβες του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του μαστού» με 1220 εξιτήρια και ποσοστό εμφάνισης (20%). Παρόμοια ποσοστά (19%) με 1139 εξιτήρια εμφανίζει και η ΤΚΑ 11 με τον κωδικό (Υ) «Παθήσεις και διαταραχές νεφρού και ουροποιητικού συστήματος». Οι κατηγορίες που σπάνια επιλέγονται για την τιμολόγηση των χειρουργικών περιστατικών είναι η ΤΚΑ 03 (Ω) «Παθήσεις και διαταραχές ωτός, ρινός, στόματος και λάρυγγος» και η ΤΚΑ 07 (Η) «Παθήσεις και διαταραχές του ηπατοχο-

λικού συστήματος και του παγκρέατος» σε ποσοστό 1% και με 45 και 50 χρεώσεις εξιτηρίων αντίστοιχα (Γράφημα 2).

Ανάλυση Διάρκειας Νοσηλείας των εξιτηρίων του δείγματος

Ο μέσος όρος της ΜΔΝ των KEN (προτεινόμενη ΜΔΝ) δε φαίνεται να παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με την πραγματική ΜΔΝ των περιστατικών του δείγματος όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Συγκεκριμένα ο μέσος όρος της προτεινόμενης ΜΔΝ των KEN ανέρχεται σε 4,01 ημέρες ενώ ο μέσος όρος της πραγματικής ΜΔΝ των νοσηλείων που ανέρχεται σε 3,9 ημέρες. Ο χαμηλός αυτός μέσος όρος μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα χειρουργικά εξιτήρια ημερήσιας νοσηλείας ανέρχονται σε 2.824 περιστατικά, καταγράφοντας 3.132 ημέρες νοσηλείας, εκ των οποίων οι 2.596 ημέρες είναι εντός ΜΔΝ και μόνο οι 228 ημέρες είναι εκτός ΜΔΝ (Πίνακας 1).

Ωστόσο η καταγραφή των 10 πιο συχνών χειρουργικών εξιτηρίων σε σχέση με τη ΜΔΝ (Πίνακας 3) φανέρωσε ότι στα 6 από τα 10 πιο συχνά εξιτήρια, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (85% - 98%) υπερβαίνει την καθορισμένη ΜΔΝ ενώ μόνο ένας κωδικός KEN (X21X) βρίσκεται εντός της καθορισμένης ΜΔΝ. Παρατηρείται επίσης ότι κανένας από αυτούς τους κωδικούς KEN δεν περιέχει το γράμμα (Μ) που σημαίνει ότι το περιστατικό παρουσίασε επιπλοκές, γεγονός που θα δικαιολογούσε ίσως την υπέρβαση της ΜΔΝ.

Ανάλυση κόστους των εξιτηρίων του δείγματος

Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της πιθανής απόκλισης μεταξύ της τιμής που αποδίδεται για την αποζημίωση κάθε εξιτηρίου του δείγματος βάσει KEN και του πραγματικού χρηματικού ποσού που καλείται να καταβάλει ο πληρωτής (ΕΟΠΥΥ).

Τα εκτιμώμενα έσοδα του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης προερχόμενα από τα 6.100 εξιτήρια KEN των χειρουργικών κλινικών ανέρχονται σε 5.172.524€ με το μέσο όρο εσόδων ανά KEN να προσδιορίζεται στα 847,95€. Σε κάποιους κωδικούς KEN τιμολογήθηκαν επιπλέον χρεώσεις του ποσού των 1.240.863,14€ με το μέσο όρο του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό να ανέρχεται σε 1.051,37€ επιβαρύνοντας τον πληρωτή με μέσο όρο 203,42€ επιπλέον για κάθε περιστατικό (Πίνακας 1).

Με δεδομένη την οικονομική επιβάρυνση του πληρωτή για τα περιστατικά που υπερβαίνουν τη καθορισμένη διάρκεια νοσηλείας βάσει KEN, επιχειρείται η διερεύνηση των εξιτηρίων που επιβάρυναν περισσότερο τον πληρωτή. Τα πιο κοστοβόρα KEN παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4. Τα εξιτήρια που εμφανίζονται πιο κοστοβόρα και με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης, είναι το KEN A01X «Μειζονες επεμβάσεις θώρακος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές», το οποίο επιβαρύνει τον πληρωτή με 541.137,21€ συνολικά και με το επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό να αγγίζει

τα 1.261,4€, καθώς και το KEN Δ07Α «Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού» με τη συνολική επιβάρυνση προς τον πληρωτή να φτάνει τις 130.152,86€, με το επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό να αγγίζει τα 227,54€. Σημαντική συνολική επιβάρυνση παρουσιάζει και το KEN Δ06Α «Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού» με 82.723,31€ και με επιπλέον μέσο κόστος 367,66€.

Ανάλυση χειρουργικών εξιτηρίων KEN ανά κλινική προέλευσης

Η μελέτη και η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων (KEN) ανά κλινική προέλευσης θα μπορούσε να δώσει χρήσιμα συμπεράσματα για την ορθότερη κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance) του κάθε νοσοκομείου, η οποία μπορεί να συνεισφέρει με τη σειρά της στον προγραμματισμό, την παρακολούθηση, την ανάλυση και την αξιολόγηση των οικονομικών ροών και μεγεθών, κυρίως όμως στην κατεύθυνση του ορθού σχεδιασμού σε «Μίκρο» και «Μάκρο» επίπεδο.

Για τη μελέτη και σύγκριση των KEN που τιμολογήθηκαν σε κάθε χειρουργική κλινική από το γραφείο κίνησης ασθενών του νοσοκομείου, οι κωδικοί κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την ΤΚΑ που ανήκουν. Η καταγραφή και η ανάλυση των κατηγοριών πραγματοποιήθηκε με την αντιστοίχιση στις 6 χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου. Η ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (X) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας» αξιολογήθηκε χωριστά, χωρίς την αντιστοίχιση της σε κάποια κλινική, λόγω του ότι σε αυτή την κατηγορία τιμολογούνται KEN από όλες τις κλινικές του νοσοκομείου (Πίνακας 5). Όπως προαναφέρθηκε το γραφείο κίνησης ασθενών επιλέγει αυτή τη κατηγορία για την εύκολη και άμεση τιμολόγηση των περιστατικών εξαιτίας της αδυναμίας αντιστοίχισης ορισμένων ιατρικών διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων σε κάποιο κωδικό KEN.

Η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων (KEN) ανά κλινική προέλευσης φανέρωσε διαφορές στην παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα μεταξύ των χειρουργικών τμημάτων. Ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των εξιτηρίων της κλινικής Β όπως αναλύονται στον πίνακα 8. Η συγκεκριμένη κλινική καταγράφει 625 εξιτήρια, με το 84% αυτών (524 εξιτήρια) να είναι εκτός ΜΔΝ και με τη μέση τιμή της πραγματικής ΜΔΝ να εμφανίζει διπλάσια τιμή (8,8 ημέρες) από την μέση τιμή της καθορισμένης διάρκειας νοσηλείας (4 ημέρες). Όσον αφορά τις επιπλέον χρεώσεις, ο ΕΟΠΥΥ επιβαρύνεται σε ποσοστό 44% επιπλέον του καθορισμένου ποσού της αποζημίωσης, το οποίο μεταφράζεται σε 622.452,59€.

Εντύπωση επίσης προκαλεί η ανάλυση της ειδικής κατηγορίας ΤΚΑ23 (X) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας» (Πίνακας 5) και ο αρκετά μεγάλος αριθμός εξιτηρίων

που τιμολογούνται σε αυτή την κατηγορία (1819 εξιτήρια). Σε αυτή την κατηγορία παρατηρούνται μόνο 218 εξιτήρια εκτός ΜΔΝ, με τον μέσο όρο της πραγματικής διάρκειας νοσηλείας να φτάνει στις 1,65 ημέρες, λόγω των 1449 εξιτηρίων ημερήσιας νοσηλείας, έναντι 4 ημερών που είναι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης ΜΔΝ. Για άλλη μια φορά ο πληρωτής καλείται να καταβάλλει 14% επιπλέον αποζημίωση στο νοσοκομείο που αναλογεί στο ποσό των 70.784,51€.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα παραπάνω αποτελέσματα υπογραμμίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χειρουργικών ογκολογικών εξιτηρίων, δηλώνοντας τα ειδικά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και τονίζουν ότι η συλλογή κλινικών και οικονομικών δεδομένων αποτελεί βασικό προαπαιτούμενο για τη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληρωμών τύπου DRG.

Η μηνιαία ανάλυση των εξιτηρίων που πραγματοποιήθηκε αρχικά μπορεί να βοηθήσει τους προϊσταμένους και τους διευθυντές των χειρουργικών κλινικών στον καλύτερο προγραμματισμό των αδειών, στις συντηρήσεις των ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων καθώς και στον καλύτερο σχεδιασμό της εφοδιαστικής αλυσίδας του νοσοκομείου, σύμφωνα με την νοσοκομειακή παραγωγή.

Αναφορικά με τη βαρύτητα των περιστατικών, σύμφωνα με τον κωδικό KEN που τιμολογήθηκε, η ανάλυση έδειξε ότι αν και πρόκειται για αντικαρκινικό νοσοκομείο, που δε θα μπορούσε να ακολουθήσει την πρακτική της εκλεκτικής επιλογής ασθενών με απλές παθήσεις χωρίς επιπλοκές, αλλά θα δικαιολογούσε αρκετές επιπλοκές στις νοσηλείες των περιστατικών, μόνο 139 περιστατικά τιμολογήθηκαν με KEN βαρύτητας M (με επιπλοκές) και ποσοστό 2,3% συνδυάζοντας την παραγωγικότητα με την αποτελεσματικότητα. Το πολύ μικρό ποσοστό των χειρουργικών εξιτηρίων βαρύτητας (M) φανερώνει ότι το νοσοκομείο δεν χρησιμοποιεί τεχνικές DRG creep / up coding, δηλαδή να κατατάσσονται περιστατικά σε υψηλότερες διαγνωστικές κατηγορίες και κωδικούς από αυτές που πραγματικά ανήκουν με σκοπό την αύξηση της αποζημίωσης. Τέτοια περιστατικά, όπως αναφέρουν και οι έρευνες των Busse et al (2013), Mihailovic et al (2016), Van Herwaarden et al (2020) έχουν καταγραφεί σε πολλές χώρες όπως η ΗΠΑ, η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία. Εξάλλου σε αντίστοιχη μελέτη (Polyzos 2012), διαπιστώθηκε ότι το Αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, από τον πρώτο χρόνο εφαρμογής των KEN και της διαδικτυακής πλατφόρμας στατιστικών δεδομένων (ESY.Net) πέτυχαν βελτίωση της απόδοσης και κατάφεραν να καταταχθούν στις υγειονομι-

κές μονάδες βέλτιστων πρακτικών.

Ωστόσο η κατηγορία που χρησιμοποιείται πιο πολύ για τις χρεώσεις σε ποσοστό 30% είναι η κατηγορία ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (X) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας». Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι υπάρχουν ιατρικές διαγνώσεις οι οποίες δεν αντιστοιχούν σε κάποιο κωδικό KEN και το γραφείο κίνησης επιλέγει αυτή τη κατηγορία για την εύκολη και άμεση τιμολόγηση των περιστατικών, δηλώνοντας άλλη μία αδυναμία των KEN.

Σημαντικό εύρημα είναι η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού χειρουργικών εξιτηρίων ημερήσιας νοσηλείας κατεβάζοντας σημαντικά τον μέσο όρο της πραγματικής ΜΔΝ των νοσηλείων που ανέρχεται σε 3,9 ημέρες. Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι το νοσοκομείο επιλέγει περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας προς όφελός του, μειώνοντας έτσι τον γενικό μέσο όρο της ΜΔΝ. Η μεγάλη όμως συχνότητα εμφάνισης αυτών των εξιτηρίων θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι πρόκειται για ογκολογικό νοσοκομείο που τιμολογεί αρκετά KEN που αντιστοιχούν αφενός σε επεμβάσεις με σκοπό τη διάγνωση του καρκίνου όπως η διαγνωστική απόξεση (Γ10Α), η βρογχοσκόπηση (Α12Α), η κακοήθεια του δέρματος (Δ29Α) και η ουρηθροκυστεοσκόπηση (Υ21Α), αφετέρου σε επεμβάσεις που προηγούνται της εισαγωγής για την διενέργεια θεραπείας (π.χ. χημειοθεραπεία) όπως η τοποθέτηση διαδερμικής νεφροστομίας και η τοποθέτηση μόνιμου φλεβικού καθετήρα (port-a-cath).».

Ωστόσο όπως παρουσιάστηκε και στον Πίνακα 1 του κεφαλαίου, στο 42% των νοσηλείων η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω αποζημίωση. Ανάλογα ήταν και τα ευρήματα από τα πρώτα χρόνια ακόμη της εφαρμογής των KEN, με χαρακτηριστική την μελέτη των Polyzos et al (2013) σε ένα δείγμα $n=133$ νοσοκομείων όλων των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας. Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι για το 33,1% των περιστατικών, η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της.

Στο πλαίσιο αυτό επικυρώθηκε η καταγραφή των 10 πιο συχνών χειρουργικών εξιτηρίων, η υπέρβαση της προτεινόμενης τιμής της διάρκειας νοσηλείας τους και σε ποιο ποσοστό (πίνακας 5). Από την ανάλυση που προηγήθηκε παρατηρείται ότι στα 6 από τα 10 πιο συχνά εξιτήρια, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (85% - 98%) υπερβαίνει την καθορισμένη ΜΔΝ. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και η έρευνα των Panagiotopoulos et al (2019) σε ένα επιλεγμένο δείγμα 13 πιο συχνών KEN που χρεώθηκαν σε ογκολογικούς ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ιπποκράτειο». Η μελέτη έδειξε ότι τα 10 από τα 13 KEN του δείγματος υπερβαίνουν την καθορισμένη διάρκεια νοσηλείας σε ποσοστό από 20% έως 68%. Τα ευρήματα

φανερώνουν ότι η ΜΔΝ που καθορίζεται σε κάθε KEN δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική διάρκεια νοσηλείας των περιστατικών που εξετάστηκαν. Γεγονός που σημαίνει ότι το σύστημα των KEN από τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής τους μέχρι και σήμερα, δεν ενημερώθηκε ποτέ και δεν πραγματοποιήθηκε καμία προσπάθεια αναθεώρησης και προσαρμογής τους σε νέα δεδομένα. Δε λήφθηκαν ποτέ υπόψη οι διαφορές που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας όπως είναι το μέγεθος, η τοποθεσία και η εξειδίκευσή τους, απουσίασε η συστηματική διαδικασία της εκπαίδευσης αλλά και της πιστοποίησης των χρηστών που διενεργούν τις κωδικοποιήσεις, και δεν έχει προβλεφτεί μέχρι σήμερα κάποιος υποστηρικτικός μηχανισμός διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν καθημερινά.

Από την ανάλυση της υπέρβασης του κόστους και από τη διερεύνηση των εξιτηρίων που επιβάρυναν περισσότερο τον πληρωτή (Πίνακας 7) διαπιστώνεται η ανάγκη παρακολούθησης και επανατιμολόγησης ειδικά κάποιων συγκεκριμένων KEN αν όχι στο σύνολό τους. Είναι επίσης φανερό ότι λόγω της μη ύπαρξης αναλυτικών δεδομένων κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του νοσοκομείου και της μη ύπαρξης διαφοροποίησης του κόστους βαρύτητας (cost weight) υπερκοστολογούνται ή υποκοστολογούνται αρκετές ιατρικές πράξεις και ομάδες νοσηλείας. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ύπαρξη ενός μόνιμου μηχανισμού παρακολούθησης και ανάλυσης όλων των νοσηλείων που διενεργούνται στα νοσοκομεία της χώρας με σκοπό την επανεξέταση του ποσού αποζημίωσης λαμβάνοντας όμως υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσοκομείου και το case mix των περιστατικών.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης να αναφερθεί ότι η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων ανά κλινική προέλευσης έδειξε ότι η προτεινόμενη ΜΔΝ των περιστατικών που διαχειρίστηκαν οι χειρουργικές κλινικές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική διάρκεια νοσηλείας με εξαίρεση βέβαια τα περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας. Ωστόσο η ανάλυση των εξιτηρίων της κλινικής Β φανερώνει μεγάλη υπέρβαση της διάρκειας νοσηλείας, με την πραγματική να αγγίζει τις 8,8 ημέρες αντί 4 ημέρες που είναι η καθορισμένη βάσει KEN. Όσο αφορά το κόστος τη μεγαλύτερη υπέρβαση παρουσιάζει για άλλη μία φορά η κλινική Β με τον πληρωτή να χρεώνεται με 44% επιπλέον του καθορισμένου ποσού αποζημίωσης. Αυτά τα αποτελέσματα πιθανόν θα έπρεπε να στρέψουν την προσοχή των υπευθύνων (διοικητή νοσοκομείου & πληρωτή) σε παράγοντες που ευθύνονται για αυτήν την υπέρβαση. Η ελληνική εκπαίδευση των χρηστών που κάνουν την αντιστοίχιση και η βαρύτητα των περιστατικών (π.χ. μεταστατικοί καρκίνοι) θα πρέπει να επανεξεταστούν και να αναθεωρηθεί η ΜΔΝ και το κόστος σε αυτά τα περιστατικά. Θα μπορούσε επίσης ο πληρωτής να συγκρίνει

τους συγκεκριμένους κωδικούς KEN που χρησιμοποιούνται από την κλινική Β, με κλινικές από άλλα ογκολογικά νοσοκομεία της χώρας που χρεώνουν στους ίδιους κωδικούς και να προβεί σε χρήσιμα συμπεράσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρότι τα KEN παρουσίασαν πολλές αδυναμίες, αποτέλεσαν το στάδιο προσαρμογής και εξοικείωσης του νέου τρόπου αποζημίωσης και χρηματοδότησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας των Gr-DRG. Ωστόσο δεν μπορούν να αξιολογηθούν σαν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαγνωστικών ομοιογενών κατηγοριών διότι δε διαθέτουν τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG (cost weight, base rate, case mix Index).

Το βασικό στοιχείο για την πετυχημένη εφαρμογή των GR-DRG ίσως θα έπρεπε να είναι η μεταφορά όλων των δαπανών σε έναν και μοναδικό πληρωτή (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος θα πληρώνει σύμφωνα με συγκεκριμένες διαδικασίες, όπως να αποζημιώνει σε πραγματικές τιμές. Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε ακριβέστερη εσωτερική τιμολόγηση λόγω της σαφήνειας της εικόνας κόστους. Παράλληλα, στο κόστος να συμπεριλαμβάνεται και η μισθοδοσία του προσωπικού. Τα νοσοκομεία με αυτό τον τρόπο ίσως αποκτήσουν διοικήσεις με σχετική αυτονομία χωρίς κομματικές παρεμβάσεις και κυρίως η χρηματοδότησή τους να γίνεται βάσει των δραστηριοτήτων τους (απόδοσης) και όχι με βάση του υπηρετούντος προσωπικού. Διασφαλίζεται έτσι η δίκαιη κατανομή του προσωπικού μεταξύ κλινικών τμημάτων, νοσοκομείων και περιφερειών και τίθεται η βάση εξισορρόπησης των τιμών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Επίσης, να υπάρχει σταθερός συντελεστής βαρύτητας για τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα εξασφαλίζοντας την ισότητα πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ενισχύοντας τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων αποζημιώνοντας όμως τις καινοτομίες και τις σύγχρονες τεχνολογίες που διαθέτει ο κάθε πάροχος. Σε αντίθεση με τα KEN δε θα επιτρέπεται η είσπραξη διαφορών, εκτός βέβαια από αυτές που ορίζονται από το σύστημα DRG. Όταν αναπτυχθεί ένα πλήρες και ολοκληρωμένο σύστημα DRG θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας δίνοντας τη δυνατότητα για την προσαρμογή όλων των διαδικασιών παραγωγής προς όφελος του ασθενή (ασφάλεια και ποιότητα υπηρεσιών) και του νοσοκομείου (μείωση της σπατάλης), την ανάπτυξη διεργασιών ελέγχου (Controlling) και επιτήρησης (Monitoring), την σύγκριση και την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής και του παραγόμενου έργου μεταξύ κλινικών αλλά και νοσοκομείων και στην αποτύπωση των διαφορών στην παροχή

φροντίδας μέσω του Benchmarking που σε διαφορετική περίπτωση είναι δύσκολο να αποτυπωθεί, την κατάρτιση τεκμηριωμένων νοσοκομειακών προϋπολογισμών και για την αποτελεσματική παρακολούθηση και έλεγχο της εκτέλεσης του προϋπολογισμού και τον αποτελεσματικό ετήσιο σχεδιασμό με αξιόπιστη και τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών και στον καλύτερο σχεδιασμό της εφοδιαστικής αλυσίδας σύμφωνα με την νοσοκομειακή παραγωγή.

Ωστόσο για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος GR-DRG απαιτείται μακροχρόνιος επιχειρησιακός σχεδιασμός, κάτι το οποίο δε συνέβη στην περίπτωση των KEN, επαρκής χρονικά και ποσοτικά εκπαίδευση των ατόμων που θα κληθούν να εφαρμόσουν το νέο σύστημα, ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων, κωδικοποιήσεις νόσων και ιατρικών πράξεων, πολύ καλός ιατρικός φάκελος και τεκμηρίωση όλων των διαδικασιών που ακολουθούνται. Είναι, επίσης, αναγκαία η ύπαρξη ενός φορέα (Ελληνικό Ινστιτούτο DRG) για την ενοποίηση και διαχείριση του συνόλου της πληροφορίας της νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα, για την ανατροφοδότηση του συστήματος (feedback) με πιθανή την ετήσια αναθεώρηση κόστους και των συντελεστών βαρύτητας και την βελτίωση των ιατρικών κωδικοποιήσεων. Τέλος από την πλευρά του πληρωτή θα πρέπει να υπάρχει ένας ελεγκτικός μηχανισμός για την επεξεργασία των πληρωμών και για τον έλεγχο τυχόν τεχνικών λαθών, παραλείψεων και της τήρησης των προτύπων των κωδικοποιήσεων.

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε με ένα σχετικά μικρό δείγμα ογκολογικών χειρουργικών εξιτηρίων KEN από ένα δημόσιο νοσοκομείο και πιθανόν τα αποτελέσματα να μην έχουν την δυνατότητα γενίκευσης, αφήνοντας έτσι περιθώρια για μία μελλοντική μελέτη ενός μεγαλύτερου δείγματος που να συμπεριλαμβάνει τα παθολογικά εξιτήρια αλλά και το σύνολο των ογκολογικών νοσοκομείων της χώρας. Θα παρουσίαζε επίσης ενδιαφέρον η μελέτη να πραγματοποιηθεί μετά την καθολική εφαρμογή του νέου συστήματος GR-DRG ώστε να γίνουν ορατές οι δυνατότητες του νέου συστήματος κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις διαφορές που θα παρουσιάζει με το σύστημα των KEN.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

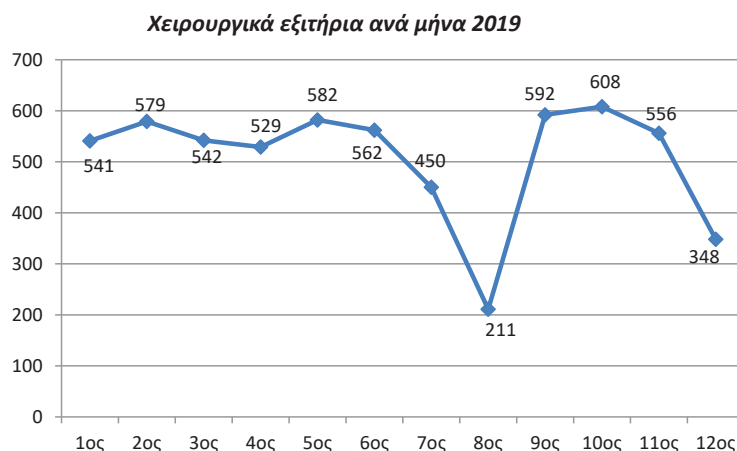
- Bizopoulou, A., Mangita, A., Chardalias, C., Coutonias, P., & Diomidous, M. (2017). Health Professionals Information for Diagnostics Related Groups (DRGs) with the Use of a Website. *Acta Informatica Medica*, 25(3): 195.
- Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W. (2013). Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?.

- BMJ, 347.
- Liaropoulos, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14(1): 1-4.
- Mihailovic, N., Kocic, S., & Jakovljevic, M. (2016). Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. *Health services research and managerial epidemiology*, 3:1-8.
- Panagiotopoulos, P., Maniadakis, N., Papatheodoridis, G., & Pektasidis, D. (2020). An Evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG). Implementation Focused on Cancer DRGs in Greek Public Hospitals. *Pharmaco Economics-open*, 4(1): 61-69.
- Polyzos, N. (2012). A three-year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece. *Hippokratia*, 16(4): 350
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health policy*, 109 (1): 14-22.
- Stadhouders, N., Koolman, X., van Dijk, C., Jeurissen, P., & Adang, E. (2019). The marginal benefits of healthcare spending in the Netherlands: Estimating cost-effectiveness thresholds using a translog production function. *Health economics*, 28(11): 1331-1344.
- Van Herwaarden, S., Wallenburg, I., Messelink, J., & Bal, R. (2020). Opening the black box of diagnosis-related groups (DRGs): unpacking the technical remuneration structure of the Dutch DRG system. *Health Economics, Policy and Law*, 15(2): 196-209.
- WHO. (2020). Diagnosis-related groups: a question and answer guide on case-based classification and payment systems. Διαθέσιμο σε <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf>. (Ανακτήθηκε 3 Απριλίου 2021).

Πίνακας 1. Συνοπτική περιγραφή δείγματος

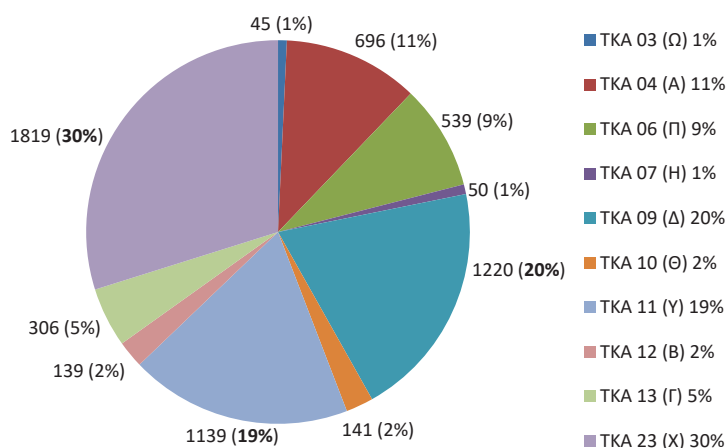
Αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων για το 2019	Ημέρες νοσηλείας χειρουργικών περιστατικών	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	Επιπλέον χρεώσεις (Νοσήλια, φάρμακα, Υλικά & Ιατρικές πράξεις)
6.100	23.828	3.536 (58%)	2.564 (42%)	5.172.524	1.240.863,14 (19,3%)
Συνολικός αριθμός εξιτηρίων	Αριθμός εξιτηρίων με ΜΔΝ 1 ημέρα	Ημέρες νοσηλείας	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ	Συνολικός αριθμός εξιτηρίων
6.100	2.824	3.132	2.596	228	6.100
Αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων για το 2019	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	Μέσος όρος εσόδων ανά περιστατικό	Επιπλέον χρεώσεις (Νοσήλια, φάρμακα, Υλικά & Ιατρικές πράξεις)	Μέσος όρος πραγματικού κόστους	Υπέρβαση τιμής ΚΕΝ
6.100	5.172.524€	847,95€	1.240.863,14€	1.051,37€	203,42€ (24%)

Γράφημα 1. Μηνιαίος καταμερισμός χειρουργικών εξιτηρίων



Πίνακας 2. Διαχωρισμός χειρουργικών εξιτηρίων σύμφωνα με τον κωδικό βαρύτητας των ΚΕΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΕΝ	ΕΞΙΤΗΡΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
(Α) Άνευ άλλων ενδείξεων	2325	38,1%
(Χ) Χωρίς επιπλοκές	3636	59,6%
(Μ) Με επιπλοκές	139	2,3%
Συνολικός αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων 2019	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) ΚΕΝ (μέσος όρος σε ημέρες)	Πραγματική ΜΔΝ χειρουργικών περιστατικών 2019 (μέσος όρος σε ημέρες)
6100	4,01	3,9

Γράφημα 2. Κατηγορίες ΚΕΝ χρέωσης χειρουργικών κλινικών
Εμφάνιση Κατηγοριών ΚΕΝ

Πίνακας 3. Τα 10 πιο συχνά σε εξιτήρια ΚΕΝ σε σχέση με τη ΜΔΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΔΝ ΚΕΝ (ημέρες)	ΕΞΙΤΗΡΙΑ	ΕΚΤΟΣ ΜΔΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
X21X	Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία	1	1334	-	0%
Δ07Α	Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	2	658	572	87%
Α01X	Μείζονες επεμβάσεις θώρακος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	7	507	429	84,6%
Χ01X	Χειρουργικές επεμβάσεις για διαγνώσεις που σχετίζονται με άλλη χρήση υπηρεσιών υγείας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	337	190	56%
Δ06Α	Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	3	230	225	98%
Υ07Χ	Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	149	134	90%

Π02Χ	Μείζονες επεμβάσεις λεπτού και παχέος εντέρου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	139	39	28%
Δ29Α	Κακοήθεια του δέρματος, ημερήσια νοσηλεία	1	131	61	46,5%
Θ06Χ	Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	126	109	86,5%
Γ10Α	Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστερο-σκόπηση	1	112	99	88%

Πίνακας 4. ΚΕΝ με υψηλό κόστος για τον πληρωτή. (Τα 12 πιο κοστοβόρα ΚΕΝ)

ΚΕΝ	Εξιτήρια	ΕΚΤΟΣ ΜΔΝ	Υπέρβαση (σε €)	Κόστος από 1/3/2012 (σε €)	Επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό (σε €)
A01X	507	429	541.137,21	2.465	1.261,4
Δ07Α	658	572	130.152,86	600	227,54
Δ06Α	230	225	82.723,31	1.380	367,66
Χ01Χ	337	190	60.617,66	531	319,04
Υ03Χ	75	68	42.130,56	2.709	619,56
Α22Χ	24	16	32.097,7	573	2.006,1
Υ07Χ	149	134	25.275,93	643	188,6
Π02Χ	139	39	23.465,34	2.519	601,66
Π03Μ	18	6	22.683,51	6.280	3.780,58
Γ20Χ	42	39	18.714,23	1.100	779,85
Π11Α	37	36	12.774,86	514	354,85
Π12Μα	8	7	7.994,72	3.797	1.142,1

Πίνακας 5. Ανάλυση εξιτηρίων ανά κλινική προέλευσης

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	Εξιτήρια	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ	ΜΔΝ ΚΕΝ	Πραγματική ΜΔΝ	Έσοδα εντός ΚΕΝ	Επιπλέον χρεώσεις
ΚΛΙΝΙΚΗ Α	45	20	25	4	5,91	62.392€	14.334,21€ (+23%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Β	696	172	524	4	8,8	1.418.685€	622.452,59€ (+44%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Γ	1.220	318	902	3,5	4,47	910.818€	226.259,88€ (+25%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Δ	1.275	921	354	4	2,44	669.819€	117.703,36€ (+ 17,5%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Ε	306	57	249	4	4,9	265.256€	63.164,42€ (+24%)
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤ	739	447	292	4	5,87	1.348.977€	189.328,59€ (+14%)
1819							
ΤΚΑ 23 (Χ)	*(1449 ημερήσιας νοσηλείας)	1601	218	4	1,65	496.577€	70.784,51€ (+14%)

Diagnosis related groups (DRGS) as a financial management tool: A case study on surgical oncological cases in public hospital

Anastasios Dardogiannos

RN, MSc, Central Sterilization Supply Department (CSSD), "Theagenio" Anticancer Hospital of Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: The DRGs system is considered one of the most important reforms in the field of health worldwide in the last 30-40 years, and is a modern mechanism for compensation and control of hospital costs, which is used by most developed countries in the world with individual variants. At the beginning of 2012, this method was introduced in Greece in the form of Hospital Consolidated Cost (KEN).

Aim: To study the implementation of DRGs in Greece and to investigate the possibility of their use as a tool for coordinating Financial Management in the country's hospitals.

Case report: This study included the entire set of discharges from surgical departments of the "Theagenio" Anticancer Hospital of Thessaloniki in 2019. The reimbursement values of the examined KEN as well as their standard length largely strongly deviate from the actual figures leading to a simple proposal already made by other researchers: the application of micro-costing techniques better reflects the actual cost of treatment. It was also observed misclassifications hidden under the usual practice at public hospitals to link many cases to a few KEN codes or even one. The analysis also revealed differences in productivity and efficiency among surgical departments. It is rather complicated to assess the KEN system as a genuine DRG system as it has not followed its basic principles (cost weight, base rate, case mix index). However, the upcoming Gr-DRG system could be used as an important tool for coordinating financial management in Greek hospitals, presupposing the development of controlling and monitoring processes, internal and external comparison of hospitals (benchmarking), and adaptation of production processes for the benefit of the patient and the hospital. Thus, the new system should "reward" high-performance and high-profile hospitals treating more complex cases.

Key Words: DRGs, Hellenic DRG Institute, KEN, Reimbursement.

Corresponding author:

Anastasios Dardogiannos

e-mail: tasosdar@hotmail.com

Citation: Dardogiannos A. (2025). Diagnosis related groups (DRGS) as a financial management tool: A case study on surgical oncological cases in public hospital. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 7-17, <https://doi.org/10.24283/hjns.202512>