

Η τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων και των διαγνωστικών κατηγοριών ως βάση για αποτελεσματικές και αποδοτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας

Νικόλαος Οικονόμου

MSc in Public Health, LSHTM

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Επιμελητής ΠΕΔΥ – ΠΠΙ Γενναδίου

ΠΦΥ και εξωνοσοκομειακή φροντίδα

- Η έννοια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αναφέρεται στις υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται σε ασθενείς, οι οποίοι **δεν είναι απαραίτητο να εισαχθούν** και να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας τους
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται στην **πρώτη επαφή** του ασθενή με τους επαγγελματίες της υγείας και δεν είναι απαραίτητο να αφορά την προσφυγή σε γιατρό, αλλά μπορεί να παρέχεται στο επίπεδο της κοινότητας, από οποιονδήποτε εξουσιοδοτημένο επαγγελματία.

Χαρακτηριστικά 'καλού' συστήματος καθορισμού τιμών

- Αποδίδει τα πραγματικά μεγέθη του υγειονομικού τομέα (κλινικά και οικονομικά)
- Είναι 'σωστές' και 'δίκαιες' και για τα δύο μέρη
- Προσδιορίζεται με γνώμονα την άριστη χρήση των πόρων και τη μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας
- Εκφράζει τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας.
- Μπορεί να αναπροσαρμόζεται στις μεταβολές της παραγωγικής διαδικασίας της φροντίδας υγείας

Αναγκαιότητα ύπαρξης σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών

- Επιφέρει θετικές οικονομικές επιπτώσεις
- Επιτρέπει την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών / ασθενών
- Επιτρέπει την καταγραφή της δραστηριότητας των προμηθευτών
- Απεμπλέκει τις ανταλλαγές στο σύστημα
- Διευκολύνει τη χρηστή διαχείριση του συστήματος
- Εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του συστήματος
- Οδηγεί σε καλά αποτελέσματα υγείας

Λειτουργικό σύστημα κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων

- Πράξη ορίζεται μια ολοκληρωμένη ιατρική διαδικασία με σαφές περιεχόμενο το οποίο καθορίζεται μέσω του ορισμού-περιγραφής της
- Εργαλείο ελέγχου και παρακολούθησης της δραστηριότητας που επιτρέπει τον επιχειρησιακό σχεδιασμό και την ορθολογική διαχείριση
- Επιτρέπει την παραγωγή τιμών με εσωτερική συνοχή
- **CPT (Current Procedural Terminology)**
- **HCPCS (Healthcare Common Procedure Coding System)**
- **ICD-10-PCS**
- **OPCS-4 (Office of Population, Censuses and Surveys Classification of Surgical Operations and Procedures) and CCSD**
- **CCAM (Classification Communes des Actes Médicaux) and NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)**

Περί τιμολόγησης και κοστολόγησης

- Κοστολόγηση υπηρεσιών με τη λογιστική έννοια είναι η δραστηριότητα της απόδοσης του κόστους παραγωγής.
- Τιμολόγηση είναι ο καθορισμός της τιμής ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας
 - Προϋποθέτει πληροφόρηση σχετικά με το ανά μονάδα κόστος
 - Ενδέχεται **να αποκλίνει** θετικά ή αρνητικά από το υπολογισθέν κόστος

Σχηματικά, η συνάρτηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας παίρνει τη γενική μορφή:

$$Q = f\{K, L\}$$

Όπου Q : η παραγόμενη υπηρεσία υγείας σε όρους ποσότητας

K : ο συντελεστής κεφάλαιο, ο οποίος στην προκειμένη περίπτωση απεικονίζει τις αναγκαίες υποδομές δια των οποίων παράγεται η υπηρεσία (κτίρια, εξοπλισμός, συσκευές κ.ο.κ)

L : ο συντελεστής εργασία, ο οποίος περιλαμβάνει τη συμβολή του υγειονομικού προσωπικού στο παραγόμενο "προϊόν".

Συνεπώς, μια συνάρτηση κοστολόγησης, πλέον, θα πρέπει να υπακούει στη γενική μορφή

$$C = f\{C_K, C_L\}$$

υποδεικνύοντας ότι το συνολικό κόστος C μιας υπηρεσίας θα πρέπει να αποτελεί συνισταμένη του κόστους χρήσης των επιμέρους συντελεστών C_K, C_L , οποιαδήποτε και αν είναι η ακριβής μορφή αυτής της συσχέτισης.

Προσεγγίσεις τιμολόγησης- κοστολόγησης ιατρικών πράξεων

Παραδοσιακές μέθοδοι

- Με βάση ιστορικές τιμές
- Με βάση την επικρατούσα τιμή
- Λογιστική κοστολόγηση

Με βάση μονάδες σχετικής αξίας

- Στη βάση μορίου
- Στη βάση σχετικών αξιών συντελεστών (RBRVS)

Βάση σχετικών αξιών συντελεστών – Resource-based relative value scale

- Νεότερη και πιο καινοτόμος μέθοδος
- Αντιπροσωπευτική κατανομή του συνόλου των εισροών και παραγωγή πραγματικών τιμών
- Κάθε υπηρεσία αποτελείται από βασικές 3 συνιστώσες:
 - Κεφάλαιο
 - Εργασία ιατρικού προσωπικού
 - Αβεβαιότητα
- Το μέτρο καθεμίας συντίθεται από μια σειρά μεταβλητών
- Αναπτύχθηκε το 1979 από τους Hsia και Stason για λογαριασμό του AMA για κοστολόγηση χειρουργικών πράξεων και επισκέψεων

ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ

- Εργασία ιατρικού προσωπικού:
Εργασιακά σταθμισμένος χρόνος ως προς
 - Διανοητική προσπάθεια
 - Κλινική κρίση
 - Τεχνικές δεξιότητες
 - Σωματική προσπάθεια και ένταση
- Δαπάνη ιατρικής πρακτικής
 - Κόστος χρήσης υποδομών
 - Κόστος βοηθητικού προσωπικού
 - Δαπάνες αναλωσίμων
 - Κόστος χρήσης εξοπλισμών βιοιατρικής τεχνολογίας
- Αβεβαιότητα ιατρικών πράξεων
 - Πιθανότητα αρνητικού αποτελέσματος

Διαδικασία τιμολόγησης βάση RBRVS

- Η συμβολή της κάθε συνιστώσας μετράται σε μονάδες σχετικής αξίας RVU
- Τα RVU πολλαπλασιάζονται με ένα δείκτη γεωγραφικής βαρύτητα
- Άθροισμα επιμέρους γινομένων
- Το τελικό άθροισμα μετατρέπεται σε τιμή όταν πολλαπλασιαστεί με ένα συντελεστή για το σύνολο των πράξεων

$$[(RVU \text{ εργασίας} * GPCI \text{ εργασίας}) + (RVU \text{ πρακτικής} * GPCI \text{ πρακτικής}) + (RVU \text{ κακής} \text{ πρακτικής} * GPCI \text{ κακής πρακτικής})] * [\text{Conversion Factor}]$$

Πλεονεκτήματα συστήματος RBRVS

- Ευρέως διαδεδομένο και δοκιμασμένο
- Διάφανο
- Αποτελεσματικό
- Δυνατότητα εύκολης έκφρασης των επιλογών της πολιτικής υγείας
- Δυνατότητα προσαρμογής στις μεταβολές της ιατρική πρακτικής
- Χαμηλό κόστος συντήρησης

Συστήματα case-mix εξωνοσοκομειακής φροντίδας

- Συστήματα τοποθέτησης σε ομάδες ασθενών παρόμοιων ως προς κάποιο χαρακτηριστικό:
 - κλινικό (όπως η διάγνωση, σοβαρότητα της νόσου, η πρόγνωση, η λειτουργική κατάσταση)
 - το κοινωνικό-οικονομικό status
 - ή διαδικασία φροντίδας
- Οι εκροές θα πρέπει να αντανακλούν:
 - την κλινική κατάσταση
 - τη χρήση των πόρων
 - ή το κόστος

Στόχοι των εξωνοσοκομειακών case-mix συστημάτων πληρωμής

- Να είναι κλινικώς ουσιώδη και περιεκτικά
- Απλά και αποδοτικά στην ανάπτυξη, εφαρμογή και συντήρηση
- Να είναι διαφανή και τεκμηριωμένα
- Να προωθούν κίνητρα στους προμηθευτές και να ενθαρρύνουν την ισορροπία ανάμεσα στη ποιότητα και την αποδοτικότητα
- Να εξυπηρετούν τους ιδιαίτερους στόχους αποζημίωσης της κοινότητας
- Να προάγουν την ισότητα των πληρωμών

Ambulatory Patient Classifications

- Τα APCs αποτελούν μέθοδο κρατικής αποζημίωσης εξωτερικών ιατρικών νοσοκομείων για το πρόγραμμα Medicare
- Μέθοδος προοπτικής χρηματοδότησης:
 - Οι προμηθευτές λαμβάνουν σταθερές αμοιβές για μεμονωμένες υπηρεσίες
 - Το ποσό και το είδος των πόρων που χρησιμοποιούνται σε κάθε επίσκεψη ομαδοποιείται σε κατηγορίες APC
- Κάθε APC περιλαμβάνει ασθενείς και υπηρεσίες με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά, ένταση, χρήση των πόρων και κόστος
- Μεταφέρουν μέρος του οικονομικού κινδύνου για την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών στους προμηθευτές

Ambulatory Patient Groups (APGs)

- Σύστημα ταξινόμησης με βάση την επίσκεψη που σχεδιάστηκε για την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών σε διαφορετικά περιβάλλοντα
- Σχεδιάστηκε ως παραλλαγή ενός συστήματος fee-for-service και όχι ως προοπτικό σύστημα χρηματοδότησης
- Χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει και να αποζημιώσει τον τύπο και το ποσό των υπηρεσιών που σχετίζονται με την επίσκεψη
- Η ομαδοποίηση των ασθενών σε κάθε ομάδα APG βασίζεται σε παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και παραπλήσιες υπηρεσίες
- Προβλέπει με ακρίβεια τη μέση χρήση των πόρων

Κατηγορίες EAPGs

EAPG Types (classify services in a visit)

- Significant Procedures, Therapies, Tests
- Ancillary Services (test and procedures)
- Incidental Procedures
- Medical Visits
- Drugs
- Durable Medical Equipment
- Per Diem
- Unassigned

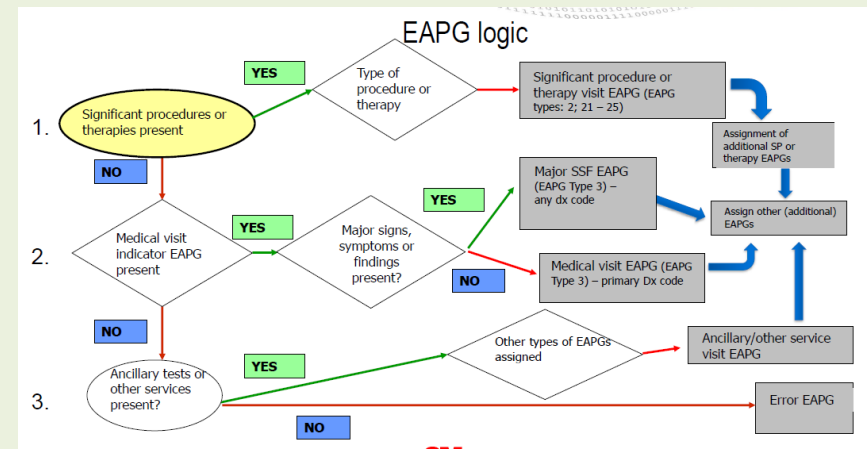
Examples:

- Echocardiography
- Bone / Joint Manipulation
- Hernia Repair
- Cat Scans
- Stress tests
- Pacemakers

Variable	Example
Etiology	Pregnancy, Poisoning, etc...
Body System	Respiratory, Digestive, etc...
Type of Disease	Acute or Chronic
Medical Specialty	Ophthalmology, Gynecology, etc...
Patient Age	Pediatric, Adult, etc...
Patient Type	New or Old
Complexity	Time needed to treat patient

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά EAPGs

- Η δομή πληρωμής βασίζεται στην επίσκεψη
- Κίνητρα για αποδοτική λειτουργία
 - Packaging
 - Discounting
- Πολλά APGs μπορεί να αντιστοιχούν σε κάθε επίσκεψη
- Αφορούν κάθε είδους εξωνοσοκομειακό περιβάλλον
- Αφορούν όλους τους ασθενείς



Adjusted Clinical Groups (ACGs)

- 93 διαφορετικές αλληλοαποκλειόμενες ομάδες
- Καθορίζονται από την εκτίμηση του γιατρού
- Αφορούν σε μεμονωμένους ασθενείς
- Βασισμένα σε διαγνώσεις, όχι σε διαδικασίες ή προηγούμενη χρήση των πόρων
- Μικρές απαιτήσεις σε δεδομένα
- Χαρακτηρίζουν και εξηγούν την μεταβλητότητα στην χρήση των πόρων
- Χρησιμεύουν στην προοπτική χρηματοδότηση των προμηθευτών

Examples of the 32 ADGs

ADG

Time limited: minor

Time limited: major

Likely to recur: discrete

Likely to recur: progressive

Prevention/administrative

Chronic medical: stable

Chronic medical: unstable

Common diagnoses

Dermatitis, food poisoning

Appendicitis, acute thyroiditis

Vaginitis, gout

Diabetic ketoacidosis

Routine medical exam

Diabetes mellitus, hypertension

Hypertensive renal disease

Εγκυρότητα ACGs

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1999; 9: 27-35

CASEMIX

Performance of an ambulatory casemix measurement system in primary care in Spain

Ambulatory care groups (ACGs)

SEBASTIÁN JUNCOSA, BONAVENTURA BOLÍBAR, MONTSERRAT ROSET, ROSA TOMÁS *

Background: Patient classification systems based on the defining of iso-resources provide useful tools for the analysis, management and financing of health care services. However, their development and application in an ambulatory setting are still in their first steps. Furthermore, these systems, which are often created in the USA, have to be adapted to the characteristics of primary care (PC) in Europe. Because we think that ambulatory care groups (ACGs) can be used in PC, we evaluated their performance in a region of Spain. **Methods:** We used the data from a study based on 13 voluntary doctor and nurse teams which followed a random sample of 2,467 patients for a mean of six months. We used sex, patient age and ICD-9-CM diagnoses of the episodes of care of the patients to assign an ACG to each patient. We used the number of visits, number of episodes, PC cost and total cost per patient as dependent variables to evaluate the ACG performance. **Results:** In the ACG distribution obtained, the ten most frequent ACGs accounted for 66% of patients and only two ACG classes were empty. Most ACGs showed a consistent relative weight throughout the different measures of resource use and much lower coefficients of variation for the four dependent variables than the total population. However, ACG 4, 5 and 16 showed a high heterogeneity between the four dependent variables. The ACGs showed an explanatory power of 64% for the number of episodes per patient, 44% for visits per patient, 41% for PC costs and 31% for total costs. **Conclusions:** ACGs came closest to meeting some theoretical needs of the European PC system with a covered population. The performance of the ACGs groups is acceptable and the results obtained are not very different from those obtained by the authors.

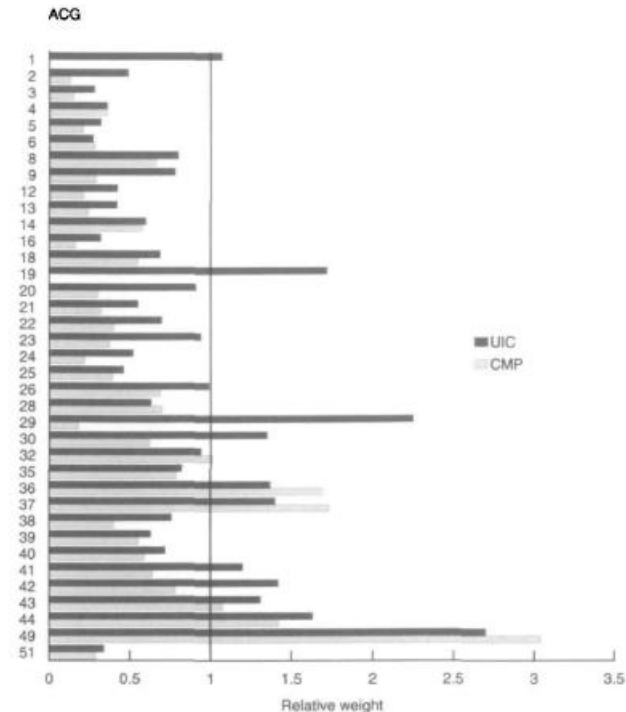


Figure 2 Relative weights of PC cost (average cost per patient of ACG/total average cost per patient); comparison between the UIC study and the CMP results

Διαρκής εξέλιξη των συστημάτων case-mix

Hopfe et al. *BMC Health Services Research* (2016) 16:40
DOI 10.1186/s12913-016-1277-x

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Capturing patients' needs in casemix: a systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems

Maren Hopfe^{1,2*}, Gerold Stucki^{1,2}, Ric Marshall³, Conal D. Twomey⁴, T. Bedirhan Üstün⁵ and Birgit Proding^{1,2}

Abstract

Background: Contemporary casemix systems for health services need to ensure that payment rates adequately account for actual resource consumption based on patients' needs for services. It has been argued that functioning information, as one important determinant of health service provision and resource use, should be taken into account when developing casemix systems. However, there has to date been little systematic collation of the evidence on the extent to which the addition of functioning information into existing casemix systems adds value to those systems with regard to the predictive power and resource variation explained by the groupings of these systems. Thus, the objective of this research was to examine the value of adding functioning information into casemix systems with respect to the prediction of resource use as measured by costs and length of stay.

Methods: A systematic literature review was performed. Peer-reviewed studies, published before May 2014 were retrieved from CINAHL, EconLit, Embase, JSTOR, PubMed and Sociological Abstracts using keywords related to functioning (Functioning, 'Functional status', 'Function*', 'ICF', 'International Classification of Functioning, Disability and Health', 'Activities of Daily Living' or 'ADL') and casemix systems (Casemix, 'case mix', 'Diagnosis Related Groups', 'Function Related Groups', 'Resource Utilization Groups' or 'AN-SNAP'). In addition, a hand search of reference lists of included articles was conducted. Information about study aims, design, country, setting, methods, outcome variables, study results, and information regarding the authors' discussion of results, study limitations and implications was extracted.

Results: Ten included studies provided evidence demonstrating that adding functioning information into casemix systems improves predictive ability and fosters homogeneity in casemix groups with regard to costs and length of stay. Collection and integration of functioning information varied across studies. Results suggest that, in particular, DRG casemix systems can be improved in predicting resource use and capturing outcomes for frail elderly or severely functioning-impaired patients.

Conclusion: Further exploration of the value of adding functioning information into casemix systems is one promising approach to improve casemix systems ability to adequately capture the differences in patient's needs for services and to better predict resource use.

Keywords: Functioning information, DRG, Casemix, Systematic review, Resource utilization

International casemix and funding models: lessons for rehabilitation

Lynne Turner-Stokes^{1,2}, Stephen Sutch³, Robert Dredge⁴ and Kathy Eagar⁵

© The Author(s) 2011
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269215511417468
cre.sagepub.com



This series of articles for rehabilitation in practice aims to cover a knowledge element of the rehabilitation medicine curriculum. Nevertheless they are intended to be of interest to a multidisciplinary audience. The competency addressed in this article is 'An understanding of the different international models for funding of health care services and casemix systems, as exemplified by those in the US, Australia and the UK.'

Abstract

Background: Payment for treatment in healthcare systems around the world is increasingly based on fixed tariff models to drive up efficiency and contain costs. Casemix classifications, however, must account adequately for the resource implications of varying case complexity. Rehabilitation poses some particular challenges for casemix development.

Objective: The objectives of this educational narrative review are (a) to provide an overview of the development of casemix in rehabilitation, (b) to describe key characteristics of some well-established casemix and payment models in operation around the world and (c) to explore opportunities for future development arising from the lessons learned.

Results: Diagnosis alone does not adequately describe cost variation in rehabilitation. Functional dependency is considered a better cost indicator, and casemix classifications for inpatient rehabilitation in the United States and Australia rely on the Functional Independence Measure (FIM). Fixed episode-based prospective payment systems are shown to contain costs, but at the expense of poorer functional outcomes. More sophisticated models incorporating a mixture of episode and weighted per diem rates may offer greater flexibility to optimize outcome, while still providing incentive for throughput.

Conclusion: The development of casemix in rehabilitation poses similar challenges for healthcare systems all around the world. Well-established casemix systems in the United States and Australia have afforded valuable lessons for other countries to learn from, but have not provided all the answers. A range of casemix and payment models is required to cater for different healthcare cultures, and casemix tools must capture all the key cost-determinants of treatment for patients with complex needs.

Η κατάσταση τιμολόγησης στην Ελλάδα

- Αυθαίρετες, δογματικές και άκαμπτες τιμές
- Στρεβλώσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας
 - Αυξημένη παραγωγή για κάποιες υπηρεσίες
 - Μειωμένη για άλλες υπηρεσίες
- Αυξημένες δαπάνες για ασφαλιστικά ταμεία και κρατικό προϋπολογισμό
- Μη έκφραση των μεταβολών της τεχνολογίας και της ιατρικής πρακτικής
- Χαμηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα
- Αδυναμία διαμόρφωσης πολιτικών υγείας

Υπολογισμός σχετικών τιμών για τις ιατρικές πράξεις στην Ελλάδα

Βήμα 1: Άθροιση των σχετικών βαρών των συντελεστών κάθε πράξης

RW εργασίας	+	RW πρακτικής	+	RW αβεβαιότητας	=	RW συνολικό
-------------	---	--------------	---	-----------------	---	-------------

Βήμα 2: προσαρμογή για τη βαθμίδα φροντίδας και την αστικότητα

RW συνολικό	x	Gq	x	Sr	=	RW προσαρμοσμένο
-------------	---	----	---	----	---	------------------

Βήμα 3: εκτίμηση της τελικής τιμής

RW προσαρμοσμένο	x	Fm	=	ΤΙΜΗ		
------------------	---	----	---	------	--	--

Πίνακας 6: παραδείγματα υπολογισμού των τιμών για χαρακτηριστικές διαγνωστικές και εργαστηριακές πράξεις με βάση το προτεινόμενο σύστημα τιμολόγησης (δευτεροβάθμια φροντίδα, ενιαίος συντελεστής γεωγραφικής διαφοροποίησης)

Απόδοση σχετικών βαρών (RW)						Εθνική ενιαία κατολάνη (FACTOR = 10 ΕΥΡΩ)	Εθνική ενιαία κατολάνη (FACTOR = 15 ΕΥΡΩ)	Εθνική ενιαία κατολάνη (FACTOR = 20 ΕΥΡΩ)
Κωδικός	Περιγραφή	RW ΕΡΓΑΣΙΑΣ	RW ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ	RW ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ RW	ΚΟΣΤΟΣ (s=1, S=1, F=10)	ΚΟΣΤΟΣ (s=1, S=1, F=15)	ΚΟΣΤΟΣ (s=1, S=1, F=20)
K301061	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΚΟΡΥΣ, ΠΡΟΣΩΠΟ, ΚΑΙ/Η ΑΝΚΥΛΑΣ ΧΩΡΙΣ ΣΙΣΤΕΡΑΦΗΚΟ(Δ) ΝΥΧΟ(Δ)	1,42	13,01	0,08	14,50	145,02 €	217,53 €	290,04 €
K300001	ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΚΕΦΑΛΗ Η ΕΓΚΕΦΑΛΟΝ, ΧΩΡΙΣ ΣΙΑΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	0,89	5,11	0,05	6,05	60,47 €	90,70 €	120,94 €
K300041	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ, ΟΦΘΑΛΜΟΣ, ΓΙΑ ΑΝΙΚΗΛΥΞΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	0,19	0,65	0,02	0,87	8,66 €	12,99 €	17,32 €
K302001	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ, ΘΩΡΑΚΑΣ, ΜΙΑ ΠΡΩΒΟΛΗ, ΜΕΤΟΠΙΑΙΑ	0,19	0,47	0,02	0,67	6,73 €	10,09 €	13,46 €
K313053	ΥΠΕΡΗΧΟΣ, ΜΑΛΑΚΟΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (ΤΥΧ, ΘΥΡΟΕΙΣΗΣ, ΠΑΡΑΘΥΡΕΙΣΗΣ ΠΑΡΤΙΣΙΑΣ), ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΤΕΧΝΗΡΟΣΗ	0,61	2,61	0,03	3,25	32,46 €	48,69 €	64,92 €
K314091	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ, ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ	0,71	1,76	0,05	2,51	25,13 €	37,69 €	50,26 €
B301907	ΑΝΑΛΥΣΗ ΟΥΡΩΝ, ΜΕ ΣΤΙΚ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ Ή ΔΙΕΚΟ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΟΥ ΓΙΑ ΧΟΛΕΣΤΕΡΟΛΗ, ΓΛΥΚΟΣΗ, ΑΜΜΟΦΩΦΟΡΙΝΗ, ΚΕΤΟΝΕΣ, ΝΕΥΚΟΤΤΑΡΑ, ΝΙΤΡΩΔΗ ΡΗ, ΠΡΟΣΤΕΙΝΗ, ΕΙΣΚΟ ΒΑΡΟΣ, ΟΥΡΟΧΩΛΗΛΟΓΟΝΟ	0,00	0,14	0,00	0,14	1,44 €	2,15 €	2,87 €
B304327	ΑΙΣΘΗΣΙΟ ΟΛΙΚΟ	0,00	0,22	0,00	0,22	2,15 €	3,23 €	4,31 €
B304927	ΚΡΕΑΤΙΝΗ	0,00	0,20	0,00	0,20	2,02 €	3,03 €	4,04 €
B305007	ΚΡΕΑΤΙΝΙΚΗ ΚΙΝΑΣΗ (CK), (CPK), ΟΛΙΚΗ	0,00	0,30	0,00	0,30	2,99 €	4,47 €	5,96 €
B305247	ΟΙΣΤΡΑΔΙΟΛΗ	0,00	1,28	0,00	1,28	12,83 €	19,25 €	25,67 €
B308057	ΑΛΚΑΛΙΚΗ ΦΟΣΦΑΤΑΣΗ	0,00	0,22	0,00	0,22	2,21 €	3,31 €	4,42 €
B308173	ΚΑΛΙΟ, ΟΥΡΑ	0,00	0,19	0,00	0,19	1,90 €	2,85 €	3,80 €
B308211	ΕΙΣΚΟ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟ ΑΓΓΕΙΟΝ (PSA), ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΟ (ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΡΗΣΗ)	0,00	0,76	0,00	0,76	7,65 €	11,47 €	15,30 €

Ομάδες επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κατηγορία περιστατικών	Παρατήρηση
1. Διαχείριση επείγοντος περιστατικού (π.χ. τοκετός, OEM, σοβαρή παρόξυνση ΧΑΠ)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις - συνταγογράφηση-παραπομπή-διακομιδή
2. Διαχείριση έκτακτου / οξέος νοσήματος (μη επείγοντος) (π.χ. θλαστικό τραύμα, λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, κρίση ημικρανίας)	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις- συνταγογράφηση-παραπομπή
3. Επανεξέταση έκτακτου / οξέος ή επείγοντος περιστατικού	Περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις συνταγογράφηση- παραπομπή
4. Ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (π.χ. πιστοποιητικό υγείας, πρώτη εξέταση σε ιατρείο χρόνιων παθήσεων)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις
5. Μερική αξιολόγηση υγείας - επανεξέταση για χρόνιες παθήσεις ή ενοχλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση, ΑΥ, κατάθλιψη, γλαύκωμα, προβλήματα όρασης)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος, και σύνθετες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις
6. Τακτική εξέταση υγιούς ατόμου (π.χ. περιγεννητική φροντίδα, παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος
7. Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση
8. Συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων	Χωρίς κλινική εξέταση
9. Απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. μέτρηση ΑΠ, σακχάρου αίματος, ενεσιοθεραπεία, αλλαγή απλού τραύματος)	Χωρίς κλινική εξέταση
10. Σύνθετη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. αφαίρεση σπύλου, υπέρηχος)	Χωρίς κλινική εξέταση
11. Εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων	Χωρίς κλινική εξέταση
12. Πρωτογενής πρόληψη (π.χ. συμβουλή για κάπνισμα, αντιούλκηψη, αλκοόλ, δίαιτα, ΣΜΝ, ατυχήματα)	Δεν περιλαμβάνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος
13. Σύνθετη προληπτική παρέμβαση (π.χ. λήψη επιχρίσματος κατά Παπανικολάου)	Χωρίς συνολική κλινική εξέταση
14. Εξειδικευμένη υποστήριξη (π.χ. φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία, κοινωνική υποστήριξη, παρηγορητική θεραπεία)	Από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας
15. Αντιμετώπιση διοικητικού θέματος (π.χ. λήψη απαντήσεων εξετάσεων, λήψη παραπεμπτικού, διόρθωση λάθους συνταγής)	Χωρίς κλινική εξέταση

Μετάβαση σε ένα υπόδειγμα προοπτικής χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η περίπτωση των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σκρουμπέλος Α., Οικονόμου Ν, Θηραίος Ε., Οικονομίδου Ρ., Κυριόπουλος Γ.

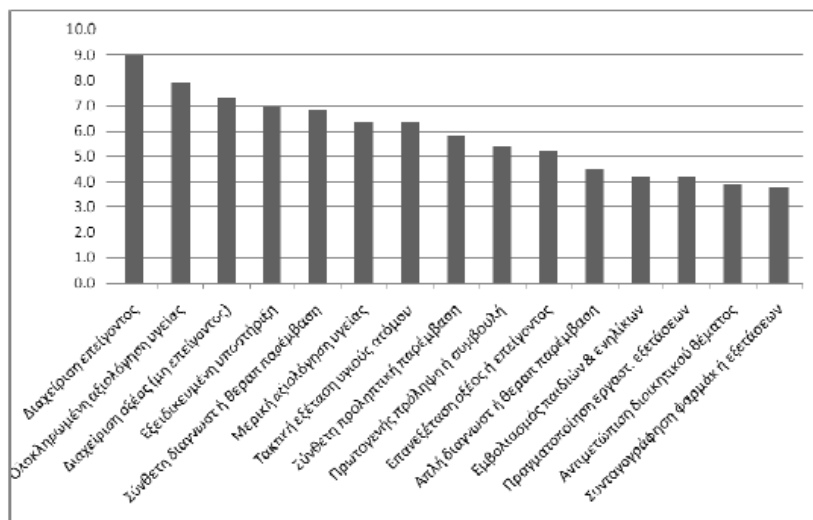
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Τομέας Οικονομικών της Υγείας

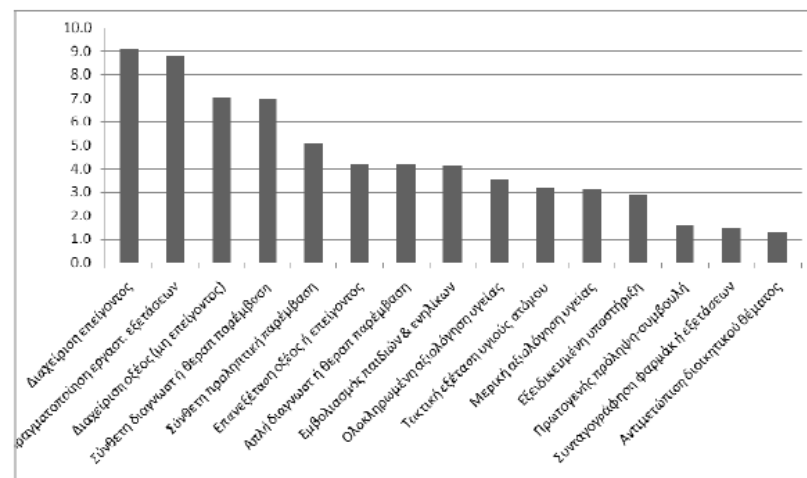
2012

Μέση κατανάλωση πόρων ανά ΟΕΠΦΥ

Διάγραμμα 3. Μέση κατανάλωση χρόνου προσωπικού ανά ΟΕΠΦΥ

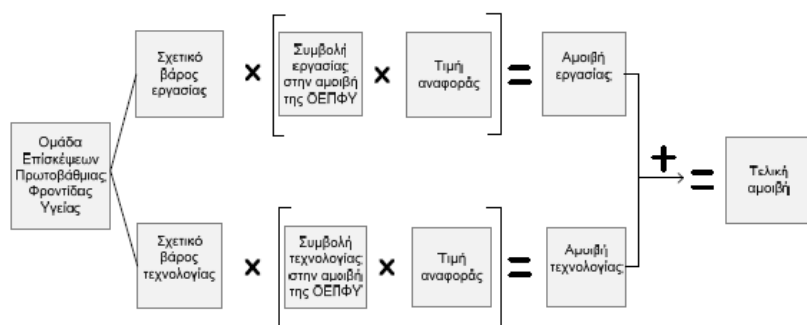


Διάγραμμα 4. Μέσο κόστος (εργαστηριακές εξετάσεις, αναλώσιμα, φάρμακα επείγουσας χρήσης και έξοδα κίνησης ασθενοφόρου) ανά ΟΕΠΦΥ



ΟΕΠΦΥ ως σύστημα αποζημίωσης

Διάγραμμα 2. Υπολογισμός αμοιβής ΟΕΠΦΥ



ΟΕΠΦΥ	ΟΕ01 Διαχείριση ή επίπλυνση ε	ΟΕ02 Διαχείριση ή ούλος ή επίπλυνση ε	ΟΕ03 Εκπαίδευση ή ούλος ή επίπλυνση ε	ΟΕ04 Ολοκλήρωση μηνιαίων αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ05 Μικροί αποδόσεις ή υγιεινής	ΟΕ06 Τεχνική αποδόσεις ή υγιεινής	ΟΕ07 Προγραμματισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ08 Συντονισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ09 Ανάπτυξη αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ10 Συντονισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ11 Εκπαίδευση αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ12 Προγραμματισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ13 Συντονισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ14 Εκπαίδευση αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ15 Αποδόσεις αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ16 Συντονισμός αποδόσεων ή υγιεινής
ΟΕ01	102.8	-	-	-	-	-	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	-	-	-	-	-	-
ΟΕ02	-	64.7	-	-	-	-	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	-	-	-	-	-	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ03	-	-	28.5	-	-	-	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	-	-	-	-	-	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ04	-	-	-	48.1	-	-	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ11 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ12 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ13 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ14 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ15 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ05	-	-	-	-	38.6	-	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ11 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ12 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ13 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ14 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ15 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ06	ΟΕ01	ΟΕ02	-	ΟΕ04	ΟΕ05	34.9	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ10 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ11 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ12 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ13 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ14 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ15 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ07	Προγραμματισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ07 50% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	100.8	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ08	Συντονισμός αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	18.7	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ15 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ
ΟΕ09	Ανάπτυξη αποδόσεων ή υγιεινής	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΟΕ09 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΔΩΜΑ ΣΕΗ	ΟΕ08 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ	26.9	ΟΕ09 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ11 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ12 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ09 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ09 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ15 75% ΕΚΤΙΣΤΕΙ	ΟΕ16 ΕΝΔΕΙΚΝΑΤ ΟΝΕΤΑΙ

Περιορισμοί της χρησιμότητας της τιμολόγησης

- Δεν μπορεί να προφυλάξει το σύστημα από:
 - προκλητή ζήτηση – υπερκατανάλωση υπηρεσιών
 - απάτες
 - Δεν διασφαλίζει την καταλληλότητα των επιλεγόμενων πράξεων
 - Δεν διασφαλίζει την ποιότητα στην εκτέλεση των πράξεων
- **Δεν οδηγεί αυτομάτως σε αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες**

Ανάγκη συστήματος παρακολούθησης

- Στενός έλεγχος απαιτήσεων πληρωμών
- Τήρηση στατιστικών στοιχείων της κατανάλωσης πόρων από κάθε γιατρό
- Ανάπτυξη λειτουργικών πληροφοριακών συστημάτων
- Βελτίωση των διοικητικών δεξιοτήτων των στελεχών του τομέα της υγείας

Μέτρα περιορισμού του κόστους

- Ο περιορισμός των υγειονομικών φροντίδων που χρηματοδοτούνται
- Συμμετοχή ασθενών στο κόστος
- Σφαιρικοί προϋπολογισμοί
- Οικογενειακός ιατρός – capitation system
- Σύστημα παραπομπής

Βελτίωση της καταλληλότητας & ποιότητας ιατρικών πράξεων

- Διάχυση κατευθυντήριες οδηγιών
- Εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων
- Προώθηση κλινικών εργαλείων
- Εσωτερική αξιολόγηση (auditing)
- Εξωτερική αξιολόγηση - πιστοποίηση
- Χορήγηση κινήτρων ποιότητας
- Διοίκηση ολικής ποιότητας
- Δια βίου εκπαίδευση των γιατρών

Η τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων και των διαγνωστικών κατηγοριών ως βάση για αποτελεσματικές και αποδοτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας

Νικόλαος Οικονόμου

MSc in Public Health, LSHTM

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Επιμελητής ΠΕΔΥ – ΠΠΙ Γενναδίου