ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
**«ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ**

*«Εισαγωγή και Εφαρμογή του συστήματος των DRGs στο χώρο της Υγείας – Αποτύπωση της γνώμης των Διοικητών για την επικείμενη εφαρμογή του νέου συστήματος στα νοσοκομεία της Ελλάδας»*

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ**

Ιωάννης Κυριόπουλος ,*Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)*

Κωνσταντίνος Αθανασάκης, *Οικονομολόγος Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας -Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)*

ΣΜΥΡΗ ΣΟΦΙΑ

**Αθήνα, 2019**

# Πίνακας περιεχομένων

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** ..... **3**

**ABSTRACT** ..... **4**

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ – ABBREVATIONS** ..... **5**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΠΙΝΑΚΩΝ –ΔΙΑΓΡΑΜΑΤΩΝ** ..... **6**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** ..... **9**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Το Σύστημα των Ομοειδή Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs)**

*1.1 Ιστορική αναδρομή- προέλευση του συστήματος των DRGs* ..... 11

*1.2 Μέθοδος αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με βάση τα DRGs.* ..... 12

*1.3 Κίνητρα, Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs.* ..... 15

*1.4 Εισαγωγή του συστήματος των DRGs στην Ευρώπη* ..... 17

*1.4.1. Γερμανικά DRGs* ..... 18

*1.4.2. Γαλλικά DRGs* ..... *21*

*1.4.3.Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης & των Βαλκανίων* ..... *24*

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2$^{O}$. Η Εισαγωγή του συστήματος των ΚΕΝ στην Ελλάδα**

*2.1 Δομή και χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα* ..... 26

*2.2 Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης* ..... 27

*2.3 Η εισαγωγή και εφαρμογή των ΚΕΝ* ..... 30

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

*3.1 Μεθοδολογία –Σκοπός Έρευνας* ..... 33

*3.2 Αποτελέσματα Έρευνας* ..... 35

*3.3 Συμπεράσματα -Προτάσεις* ..... 56

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** ..... **58**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** ..... **60**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups, DRGs) αποτελούν ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, το οποίο αποσκοπεί στην ενίσχυση της νοσοκομειακής αποδοτικότητας, μέσω της ακριβέστερης τιμολόγησης της νοσηλείας των ασθενών. Εισήχθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του ’80 και στη συνέχεια υιοθετήθηκε από τις υπόλοιπες χώρες τις Ευρώπης, οι οποίες το προσάρμοσαν σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες και το εφαρμόζουν μέχρι σήμερα.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αποτύπωση της γνώμης των διοικητικών στελεχών των νοσοκομείων σε σχέση με την εφαρμογή των ΚΕΝ και την επικείμενη εφαρμογή του νέου συστήματος DRGs, με στόχο τη διερεύνηση του βαθμού ετοιμότητας των νοσοκομείων της Ελλάδας, για την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Η μεθοδολογία της έρευνας βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο το οποίο αναπτύχθηκε, βασιζόμενο σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο του Ελληνικού Ινστιτούτου DRG και στάλθηκε ηλεκτρονικά στις διευθύνσεις των νοσοκομείων, προκειμένου να απαντηθούν από τους Διοικητές όλων των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στους 87 Διοικητές των Δημόσιων νοσοκομείων, στις Διοικήσεις 3 ιδιωτικών κλινικών και συγκεντρώθηκαν 33 απαντημένα ερωτηματολόγια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας εκφράζεται η θετική επιρροή των ΚΕΝ στον τρόπο χρηματοδότησης και την λειτουργία των νοσοκομείων παρά τις αναντιστοιχίες που παρατηρούνται τόσο στο ύψος της κοστολόγησης όσο και στις περιπτώσεις νοσηλείας. Πιο συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αποτυπώνεται η υπο-κοστολόγηση των τιμών των ΚΕΝ σε σχέση με το πραγματικό κόστος των νοσοκομείων σε ποσοστό άνω του 25%, ενώ το 93,8% των στελεχών συμφωνούν ότι υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ. Η εφαρμογή ενός συστήματος τύπου DRG σύμφωνα με την γνώμη των διοικητικών στελεχών θα συνέβαλλε στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων (67%), στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (58%), στην αποτελεσματική εφαρμογή σύγχρονου management (82%).

Κρίνεται, λοιπόν αναγκαία η μετάβαση σε ένα αποτελεσματικό σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων το οποίο θα συμβάλλει ουσιαστικά στην διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. Η επιτυχής εφαρμογή του, προϋποθέτει σταθερά και συγκεκριμένα βήματα εισαγωγής και εφαρμογής τους, την ύπαρξη υποδομών και αποδοτικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας και τη χρήση σύγχρονων εργαλείων διοίκησης.

Λέξεις Κλειδιά : DRGs, ΚΕΝ, χρηματοδότηση, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, σύστημα υγείας

**ABSTRACT**

A diagnosis related Group (DRG) is a hospital compensation system prospect aiming at the enhancement of efficiency, through more accurate pricing of patient hospitalization. It was introduced for the first time in the early 1980s and was subsequently adopted by the rest of Europe , it was adapted to each country's own needs and is applied to date.

The present study aims to capture the opinion of the hospital Managers on the implementation of KEN and the imminent implementation of the new DRG system, the basic objective of this study is to investigate the Greek hospitals degree of readiness, in order to implement the aforementioned system. The research methodology was based on the development of a questionnaire and was guided by a corresponding questionnaire of the Greek DRG Institute, it was sent electronically to all hospitals units of the country in order to be completed by the their Managers. The questionnaire was sent to the 87 Managers of Public Hospitals, the Managers of 3 private clinics and a total of 33 questionnaires were answered.

According to the results of the survey, a positive influence of the KEN on the way of financing and the operation of the hospitals is expressed, despite the mismatches observed both in the level of the costing and in the cases of hospitalization. More specifically, participant responses reflect that the undercutting of KEN prices compared to the actual hospital costs of more than 25%, while 93.8% of executives agree that there are cases of hospitalization that do not correspond to the existing available KEN. The implementation of a DRG system according to the Managers opinion, would contribute to the effectiveness and efficiency of hospitals (67%), the improvement of services provided (58%), the effective implementation of modern management (82%).

A transition to an efficient hospital funding system deems necessary and will substantially contribute to ensure the sustainability of the health system. Successful implementation requires firm and concrete steps for its introduction and implementation, the existence of an infrastructure and the efficient organization of health systems, with the use of modern management tools

Keywords: DRGs, KEN, financing, effectiveness, efficiency, health system

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ – ABBREVATIONS**

| | |
|---|---|
| ΚΕΝ | Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια |
| ΕΣΥ | Ελληνικό Σύστημα Υγείας |
| ΜΔΝ | Μέση Διάρκεια Νοσηλείας |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΕΟΠΥΥ | Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας |
| ΟΟΣΑ | Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης |
| ΙΚΑ | Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων |
| ΚΕΤΕΚΝΥ | Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών |
| ΠΕΔΥ | Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας |
| ΥΥΚΑ | Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΕΛΣΤΑΤ | Ελληνική Στατιστική Αρχή |
| | |
| DRG | Diagnosis Related Group |
| MDCs | Major Diagnostic Categories |
| LOS | Length of Stay |
| ICD | International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death |
| WHO | World Health Organization |
| CMI | Case Mix Index |
| HCFA | Health Care Finance Administration |
| OECD | Organization for Economic Co-operation and Development |

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΠΙΝΑΚΩΝ –ΔΙΑΓΡΑΜΑΤΩΝ**


| **ΣΧΗΜΑΤΑ** | **ΣΕΛ.** |
|---|---|
| *Σχήμα 1.1 : Διαδικασία Εύρεσης κατάλληλης Κατηγορίας DRGs.* | 12 |
| *Σχήμα 1.2 : Διαδικασία κατηγοριοποίησης του ασθενή σε ένα DRG* | 13 |
| *Σχήμα 1.3 : Χρόνος εισαγωγής των DRGs και χρήσης αυτών ως σύστημα πληρωμών σε Ευρωπαϊκές χώρες* | 17 |
| *Σχήμα 1.4 : Φάσεις εισαγωγής του συστήματος των DRGs στη Γερμανία* | 19 |
| *Σχήμα 2.1: Διαδικασία επιλογής ΚΕΝ* | 31 |

| **ΠΙΝΑΚΕΣ** | **ΣΕΛ.** |
|---|---|
| *Πίνακας 3.1: Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 3i (Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι υψηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ ;)* | 38 |
| *Πίνακας 3.2: Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 4i.( Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι χαμηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ;)* | 38 |
| *Πίνακας 3.3: Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 5i.(*Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ;) | 39 |
| *Πίνακας 3.4 : Κατανομή του δείγματος* | 54 |
| *Πίνακας Ι: Βαθμός συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση* | |
| *Πίνακας ΙΙ: Βαθμός συσχέτισης ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης* | 65 |

| **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ** | |
|---|---|
| *Διάγραμμα 2.1 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ* | 27 |
| *Διάγραμμα 2.2 Κατανομή χρηματοδότησης Δημόσιων δαπανών υγείας για τα έτη 2011-2015 (σε εκ. €)* | 28 |
| *Διάγραμμα 3.1: Έτη σε θέση ευθύνης* | 35 |
| *Διάγραμμα 3.2 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 1 (Πως πιστεύετε ότι επηρέασε η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας;)* | 35 |
| *Διάγραμμα 3.3 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 1* | 36 |
| *Διάγραμμα 3.4: Συσχέτιση ετών ευθύνης με απαντήσεις στην ερώτηση 1* | 36 |
| *Διάγραμμα 3.5: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 2 (Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ βελτίωσε τον τρόπο τιμολόγησης των παραγόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου σας;)* | 37 |
| *Διάγραμμα 3.6 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 2* | 37 |
| *Διάγραμμα 3.7 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 3ii (Σε τι ποσοστό θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι υψηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ ;)* | 38 |
| *Διάγραμμα 3.8 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 4ii. (Σε τι ποσοστό θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι χαμηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ; )* | 39 |
| *Διάγραμμα 3.9 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 5ii. (Σε τι ποσοστό υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ;)* | 39 |
| *Διάγραμμα 3.10 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 6 (Πραγματοποιείται η αντιστοίχιση του ICD10 και του ΚΕΝ κάθε περιστατικού από το ιατρικό προσωπικό στο Νοσοκομείο σας;)* | 40 |
| *Διάγραμμα 3.11 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 6* | 40 |

*Διάγραμμα 3.12: Συσχέτιση ετών ευθύνης με απαντήσεις στην ερώτηση 6* 41
*Διάγραμμα 3.13: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 7 ) Έχετε ενημερωθεί αρμοδίως για την επικείμενη εφαρμογή του συστήματος των DRGs στα νοσοκομεία της χώρας;)* 41
*Διάγραμμα 3.14: Σχετική συχνότητα ερώτησης 7* 42
*Διάγραμμα 3.15: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 8 (Θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των ΚΕΝ και των συστημάτων DRGs που χρησιμοποιούνται διεθνώς;* 42
*Διάγραμμα 3.16 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 8* 43
*Διάγραμμα 3.17 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 9 (Πως πιστεύετε ότι θα επηρεάσει η εφαρμογή του συστήματος των DRGs την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του Νοσοκομείου σας ;)* 43
*Διάγραμμα 3.18 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 9* 44
*Διάγραμμα 3.19: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 10 (Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές στο Νοσοκομείο σας για την εφαρμογή του συστήματος των DRGs ;)* 44
*Διάγραμμα 3.20: Σχετική συχνότητα ερώτησης 10* 45
*Διάγραμμα 3.21 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11i.(Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην κατάρτιση αντικειμενικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών;)* 45
*Διάγραμμα 3.22 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 11i.* 46
*Διάγραμμα 3.23: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11ii. (Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στον καθορισμό δίκαιης τιμής ανά νοσηλεία ή παρέμβαση;)* 46
*Διάγραμμα 3.24: Σχετική συχνότητα ερώτησης 11ii.* 47
*Διάγραμμα 3.25 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11iii. (Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στη χρηματοδότηση του νοσοκομείου;)* 47
*Διάγραμμα 3.26 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 11iii.* 48
*Διάγραμμα 3.27 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11iv. (Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας;)* 48
*Διάγραμμα 3.28: Σχετική συχνότητα ερώτησης 11iv.* 49
*Διάγραμμα 3.29 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11v.( Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην εφαρμογή σύγχρονου management ;)* 49
*Διάγραμμα 3.30 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 11v.* 50
*Διάγραμμα 3.31 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 12 (Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι το κόστος της μισθοδοσίας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαμόρφωση των DRGs;)* 50
*Διάγραμμα 3.32: Σχετική συχνότητα ερώτησης 12* 51
*Διάγραμμα 3.33 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 13 (Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα πρέπει προοδευτικά να οδηγήσει στην κατάρτιση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών;)* 51
*Διάγραμμα 3.34 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 13* 52
*Διάγραμμα 3.35 :Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 14 (Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ;)* 52

*Διάγραμμα 3.36 : Σχετική συχνότητα ερώτησης 14* 53
*Διάγραμμα 3.37 : Συσχέτιση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης (ερώτηση 1)* 55
*Διάγραμμα 3.38 : Συσχέτιση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης (ερώτηση 2)* 55

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων λόγω της υφιστάμενης χρηματοπιστωτικής κρίσης ,στη Ελλάδα, καθώς και οι «βίαιες» μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια των μνημονιακών απαιτήσεων, έθεσαν σε ύψιστη προτεραιότητα την υλοποίηση διαρθρωτικών αλλαγών στη διαδικασία χρηματοδότησης των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης , προκειμένου να αποφευχθεί η απορρύθμιση του συνόλου των λειτουργιών του υγειονομικού τομέα και ανέδειξαν τις αδυναμίες του αναχρονιστικού μοντέλου χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Η μεγαλύτερη πρόκληση στα σύγχρονα συστήματα υγείας, είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλότερης ποιότητας με την όσο το δυνατόν υψηλότερη οικονομική αποδοτικότητα. Ως εκ τούτου, οι διαρθρωτικές αλλαγές που επιχειρούνται διεθνώς αλλά και στη χώρας μας στοχεύουν στη συγκράτηση των δαπανών και στη μείωση του κόστους παραγωγής.

Οι δαπάνες του νοσοκομειακού τομέα, διεθνώς, απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Συνεπώς , η εφαρμογή των κλασικών τεχνικών αποζημίωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών αποδείχθηκε αναποτελεσματική στη συγκράτηση του νοσοκομειακού κόστους , προβάλλοντας την ανάγκη υιοθέτησης εναλλακτικών προτύπων χρηματοδότησης.

Μία από τις σύγχρονες τεχνικές αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης που αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του ‘80 είναι οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups – DRGs). Η μέθοδος αυτή, εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ από τον καθηγητή Fetter και τους συνεργάτες του. Βασικό χαρακτηριστικό της αποτελεί η εκ των προτέρων κοστολόγηση των ιατρονοσηλευτικών και εργαστηριακών πράξεων ανάλογα με την διαγνωστική κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής. Η ευρεία εξάπλωση του συστήματος των DRGs οφείλεται στην παροχή κινήτρων που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων.

Στην Ελλάδα, τέθηκε σε πιλοτική εφαρμογή, το 2011, ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης με την ονομασία «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια»(ΚΕΝ), το οποίο αποτελεί την ελληνική εκδοχή των DRGs. Κάτω από την πίεση των μνημονιακών απαιτήσεων , σε λιγότερο από ένα έτος, εφαρμόστηκε σε όλα τα νοσοκομεία .Το βραχύ χρονικό διάστημα εφαρμογής του ,δεν έδωσε τη δυνατότητα υλοποίησης των απαιτούμενων διαδικασιών και την ανάπτυξη υποδομών που θα οδηγούσαν στην αποτελεσματική εφαρμογή του. Από το 2018 ξεκίνησε νέα διαδικασία για την πιλοτική εφαρμογή του ελληνικού συστήματος DRG (GR-DRG), το οποίο θα αντικαταστήσει τα ΚΕΝ, σε 18 νοσοκομεία της χώρας.

Η παρούσα διπλωματική έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση του βαθμού ετοιμότητας των δημόσιων νοσοκομείων της Ελλάδας, για την εφαρμογή του συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών ,όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την γνώμη των Διοικητών των νοσοκομείων.

Στο πρώτο κεφάλαιο ,μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, παρουσιάζονται οι λόγοι ανάπτυξης και εξάπλωσης του συστήματος των DRGs , η μέθοδος λειτουργίας του καθώς και οι επιπτώσεις εφαρμογής του μέσα από τη διεθνή εμπειρία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφεται η δομή και τα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας καθώς και οι αναγκαίες και υποχρεωτικές μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν στον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος.

Στο ειδικό μέρος, αποτυπώνεται η γνώμη 33 Διοικητών σχετικά με την εφαρμογή των ΚΕΝ , την ύπαρξη υποδομών για την εισαγωγή του νέου συστήματος (GR-DRG) , τη συμβολή του στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις της εφαρμογής του. Τέλος, παρουσιάζονται συμπεράσματα και προτάσεις από την επεξεργασία των απαντήσεων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1$^{ο}$**

**Το Σύστημα των Ομοειδή Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs)**

*1.1 Ιστορική αναδρομή- προέλευση του συστήματος των DRGs*

Οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs), αποτελούν μια διεθνώς αναγνωρισμένη μέθοδο χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή τους έγινε για πρώτη φορά στις Η.Π.Α. τη δεκαετία του ογδόντα , και έκτοτε η εφαρμογή τους έχει επεκταθεί στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στις ΗΠΑ, ο Fetter , δημιούργησε τα DRGs, ως μία μέθοδο για τη σύγκριση του επιπέδου υπηρεσιών υγείας μεταξύ των Αμερικάνικων Νοσοκομείων.

Η πρώτη έκδοση αυτού αναπτύχθηκε το 1973 και περιλάμβανε 54 κύριες διαγνωστικές κατηγορίες (Major Diagnostic Categories - MDCs) και 333 διαγνωστικές ομάδες. Η δεύτερη έκδοση αναπτύχθηκε για την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης και περιλάμβανε 83 MDCs και 383 κατηγορίες (Fetter et al., 1980), ενώ η τρίτη έκδοση το 1978 σχεδιάστηκε για το κράτος του New Jersey, η οποία προχώρησε στη δημιουργία ενός συστήματος DRG βασισμένο στις νοσοκομειακές πληρωμές.

Η τελική έκδοση του συστήματος DRG αναπτύχθηκε από την ομάδα διαχείρισης συστημάτων υγείας στο Πανεπιστήμιο Yale στο πλαίσιο σύμβασης με τη διοίκηση χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (HCFA), με σκοπό την ανάπτυξη ενός συστήματος ταξινόμησης ασθενών που θα διαφοροποιούσε το ύψος των νοσοκομειακών πόρων που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας και θα ήταν κλινικά συνεπής, με την έννοια ότι οι ομάδες αναμενόταν να προκαλέσουν μια σειρά κλινικών απαντήσεων που είχαν ως αποτέλεσμα ένα παρόμοιο μοντέλο πόρων (Rodrigues, 1993).

Το αποκαλούμενο "μελλοντικό σύστημα πληρωμών", το οποίο εισήχθη για το πρόγραμμα Medicare το 1983, προέβλεπε ότι οι πληρωμές για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες καθορίζονταν βάσει της πρώτης εκδοχής του συστήματος HCFA-DRG, που την εποχή εκείνη περιλάμβανε 470 ομάδες 23 MDCs. Η υιοθέτηση του μελλοντικού συστήματος πληρωμών της Medicare θεωρήθηκε ως «η μόνη πιο αποτελεσματική μεταπολεμική καινοτομία στον τομέα της ιατρικής χρηματοδότησης» από τον Mayes , ο οποίος σημειώνει ότι «το νέο μελλοντικό σύστημα πληρωμών της Medicare με DRG προκάλεσε μια αλλαγή στην ισορροπία της πολιτικής και οικονομικής εξουσίας μεταξύ των παρόχων ιατρικής περίθαλψης (νοσοκομείων και ιατρών) και εκείνων που την πληρώνουν (δύναμη που οι πάροχοι είχαν συγκεντρώσει με επιτυχία για περισσότερο από μισό αιώνα ).[1]

Ο διεθνής αντίκτυπος της μετάβασης σε ένα μελλοντικό σύστημα πληρωμών από το πρόγραμμα Medicare των Ηνωμένων Πολιτειών ήταν γρήγορος. Στην Ευρώπη η εφαρμογή του συστήματος DRGs ξεκίνησε από την Πορτογαλία το 1988, το οποίο λειτούργησε ως σύστημα πληρωμών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς φορείς υιοθετώντας την αρχική έκδοση των DRGs. Έπειτα, ακολούθησαν η Νορβηγία και υπόλοιπες σκανδιναβικές χώρες τροποποιώντας την πρώτη έκδοση ώστε να καλυφθούν οι εκάστοτε ανάγκες καθώς και Ιρλανδία για τα νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούν ένα σύστημα ταξινόμησης βασισμένο κυρίως στα αμερικανικά και αυστραλιανά DRGs (AN/AR DRG), τα οποία εισήχθησαν το 1992.

[1] WHO :Diagnosis-Related Groups in Europe
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

*1.2 Μέθοδος αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με βάση τα DRGs.*

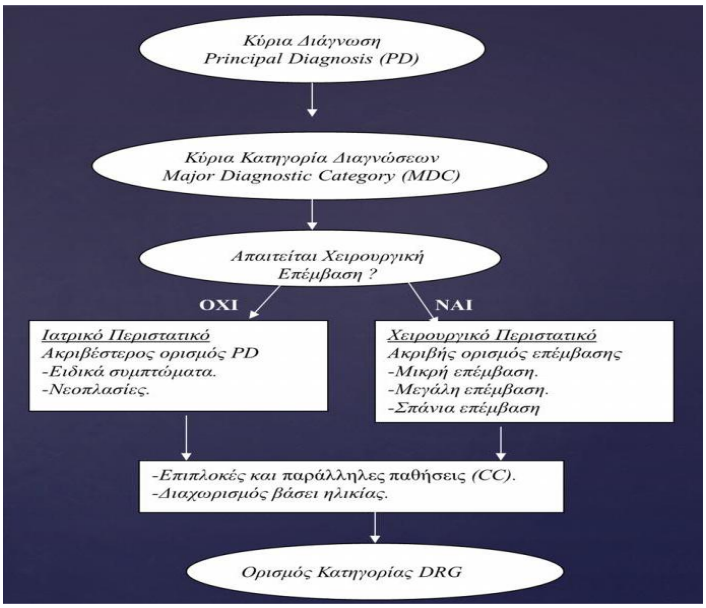
Σήμερα, τα DRGs χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των ενδο-νοσοκομειακών ασθενών με βάση την πάθηση αλλά και τη χρήση ιατρικών πόρων [Leidl R. (1990)]. Η κατάταξη των ασθενών σε συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα βασίζεται στις κύριες διαγνωστικές κατηγορίες

Η εκτίμηση του κόστους κάθε διαγνωστικής ομάδας, γίνεται με βάση τον εθνικό μέσο όρο για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στον εθνικό μέσο όρο ανατίθεται μοναδιαίος συντελεστής (1), και εν συνεχεία για κάθε διαγνωστική ομάδα ανατίθεται με βάση τη σχέση κόστους με τον εθνικό μέσο όρο, συντελεστής κόστους. Τα DRGs δηλαδή, αποτελούν συστήματα, που κατατάσσουν τα διάφορα περιστατικά σε κλινικά καθορισμένες ομάδες με παρόμοιο κόστος νοσηλείας. Στόχος τους είναι η ομαδοποίηση όλων των τύπων θεραπευτικής αγωγής, ώστε να καθίσταται δυνατή η χρήση τους και ως «μονάδας αποτίμησης», στη διαδικασία χρηματοδότησης – αποζημίωσης των νοσοκομείων.[2] Τα κριτήρια κατάταξης σε ομάδες DRGs περιλαμβάνουν:

- Την Κύρια Διάγνωση (Principal Diagnosis, PD) από την Κύρια Κατηγορία Διαγνώσεων ( MDC).
- Τη δευτερεύουσα διάγνωση (secondary diagnosis).
- Τυχόν επιπλοκές και συν νοσηρότητα (complications and comorbidities CC).
- Τυχόν χειρουργική επέμβαση και το είδος της.
- Την ηλικία και το φύλο.
- Την έκβαση του περιστατικού.
- Τη διάρκεια της Νοσηλείας (Length of Stay – LOS).
- Καθορίζονται από την Κύρια Διάγνωση (Principal Diagnosis).

Υπάρχουν περίπου 25 κύριες κατηγορίες διαγνώσεων, ανάλογα με τη χώρα και καθορίζουν το σύστημα, το όργανο ή την περιοχή που πάσχει, διευκολύνοντας έτσι, την ακριβέστερη κωδικοποίηση.

**Σχήμα 1.1 :***Διαδικασία Εύρεσης κατάλληλης Κατηγορίας DRGs.*




[2] Διαχείριση Κόστους – DRGs
https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3051/1/02_chapter_16.pdf

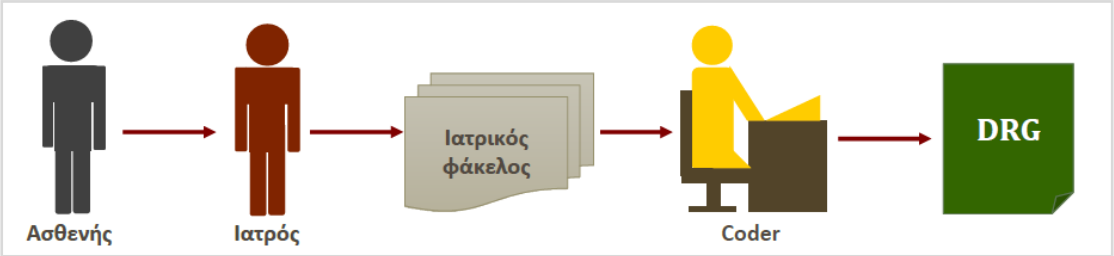
Κάθε περιστατικό συνδέεται με έναν κωδικό από την λίστα των DRGs και απαιτεί για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένους πόρους (υλικούς και ανθρώπινους). Για κάθε κατηγορία DRG καταγράφεται το είδος και η ποσότητα των απαιτούμενων πόρων, οι οποίοι κοστολογούνται .Το άθροισα των επιμέρους πόρων «αθροιζόμενο» δίνει το «Κόστος Ανά Κατηγορία DRG». Με κατάλληλους συντελεστές προσδιορίζεται το ύψος της «Αποζημίωσης Ανά Κατηγορία DRG» που δέχεται το νοσοκομείο.

Κάθε περιστατικό αντιστοιχίζεται (μέσω κύριας διάγνωσης κ.λπ.) σε μία συγκεκριμένη κατηγορία DRG. Έπειτα, το νοσοκομείο αποζημιώνεται για το περιστατικό αυτό με το προκαθορισμένο ποσό «Αποζημίωσης Ανά Κατηγορία DRG». Η αποζημίωση δεν επηρεάζεται από τους πόρους που καταναλώθηκαν για το συγκεκριμένο περιστατικό.
Εξαιρέσεις αποτελούν :

- Περιστατικά με πολύ μακρότερο ή πολύ μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας από τον προκαθορισμένο μέσο χρόνο.
- Περιστατικά που ο ασθενής καταλήγει.
- Σπάνια περιστατικά.
- Περιστατικά που ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο με δική του ευθύνη.

Για την κατηγοριοποίηση του ασθενή σε ένα DRG , θα πρέπει ο ιατρός που αναλαμβάνει τη θεραπεία του ασθενή να ενημερώνει των ιατρικό φάκελο του ασθενούς, έπειτα πραγματοποιείται η κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των πράξεων , η οποία θα οδηγήσει σε ένα και μοναδικό DRG.

***Σχήμα 1.2*** *:Διαδικασία κατηγοριοποίησης του ασθενή σε ένα DRG*




Πηγή ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ 2019

*Φόρμουλα Αποζημίωσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων :*

Τιμή DRG = Συντελεστής Βαρύτητας Κόστους (Case Mix Index ) x Αριθμός Ασθενών x Συντελεστής Βαρύτητας (Base rate)

Το μίγμα των περιπτώσεων (Case Mix) των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο καθώς παρέχει πληροφόρηση τόσο σε κλινικό όσο και χρηματοοικονομικό επίπεδο. Πρόκειται για τον μέσο όρο των συντελεστών βαρύτητας των ασθενών (συντελεστές των DRGs) μέσα ένα νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ουσιαστικά ο δείκτης Case Mix Index, απαντά στο ερώτημα που σχετίζεται με το πόσο 'βαρέως πάσχοντες' είναι οι ασθενείς ενός νοσοκομείου ώστε να συνδεθεί η βαρύτητα των περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση των νοσοκομειακών πόρων.[3]

[3] *David Scheller-Kreinsen, Alexander Geissler, Reinhard Busse, Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Winter 2009 Volume 11, Number 4*

Απαραίτητη προϋπόθεση για την δημιουργία των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών αποτελεί η κωδικοποίηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η κωδικοποίηση των περισσότερων συστημάτων διεθνώς και πανευρωπαϊκά, στηρίζεται στο διεθνές σύστημα ταξινόμησης ασθενειών (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death -ICD).Το ICD αποτελεί ένα πρότυπο σύστημα ταξινόμησης νόσων-διαγνώσεων –ιατρικών πράξεων το οποίο υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας- ΠΟΥ (World Health Organization –WHO) το 1948, ο οποίος ανέλαβε την ευθύνη έκδοσης των αναθεωρημένων του εκδόσεων περίπου ανά δεκαετία. Οι εργασίες για την αναθεώρηση με ICD-10 ξεκίνησαν το 1983 και η νέα αναθεώρηση εγκρίθηκε από τη 43η Συνέλευση του ΠΟΥ (Μάιος 1990). Η τελευταία έκδοση τέθηκε σε χρήση στα κράτη μέλη του ΠΟΥ από το 1994. Το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 αποτελεί μια σημαντική επέκταση του ICD-9 αφού από τους περίπου 17.000 διαθέσιμους κωδικούς του ICD-9, πλέον είναι διαθέσιμοι περισσότεροι από 155.000 διαφορετικοί κωδικοί που επιτρέπουν την παρακολούθηση πολλών νέων διαγνώσεων και διαδικασιών. Η αποδοχή του ήταν σχετικά γρήγορη στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου. [4]

[4] *Miriam Wiley, Diagnosis-Related Groups in Europe : From the origins of DRGs to their implementation in Europe , 2011*

*1.3 Κίνητρα, Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs.*

Τα συστήματα DRG θεσπίστηκαν διεθνώς για παρόμοιους λόγους, :

- πρώτον, για να αυξήσουν τη διαφάνεια των υπηρεσιών που παρέχονται πραγματικά στα νοσοκομεία ( δηλαδή μέσω της ταξινόμησης των ασθενών, της μέτρησης της νοσοκομειακής παραγωγής κ.λπ.)
- δεύτερον, τα συστήματα πληρωμών με βάση το DRG θα πρέπει να παρέχουν κίνητρα για την αποτελεσματική χρήση των πόρων στα νοσοκομεία.[5]

Επιπλέον, ο συνδυασμός της αυξημένης διαφάνειας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων θα μπορούσε συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Υπάρχουν τρία βασικά κίνητρα που αποδίδονται στην εφαρμογή του εν λόγω συστήματος νοσοκομειακών πληρωμών (Lave, 1989). Τα νοσοκομεία έχουν κίνητρα : (1) να μειώσουν το κόστος ανά θεραπευόμενο ασθενή, (2) να αυξήσουν τα έσοδο ανά ασθενή και (3) να αυξήσουν τα περιστατικά νοσηλείας. Τα κίνητρα αυτά οδηγούν σε στρατηγικές των νοσοκομειακών μονάδων από τις οποίες προκύπτουν σημαντικά οφέλη αλλά και στρατηγικές οι οποίες εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

*Πλεονεκτήματα*

- Δυνατότητα αξιολόγησης του συνολικού νοσοκομειακού κόστους, καθώς και πλήρης ανάλυση του μείγματος των ασθενών και των καταναλωθέντων πόρων.
- Βελτίωση στην οικονομική διαχείριση, μέσω της προσπάθειας συγκράτησης των δαπανών και εξορθολογισμός της χρηματοδοτικής λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Δυνατότητα σύγκρισης του κόστους ,κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου από τον πληρωτή.
- Δίκαιη μέθοδος, τόσο για τα νοσοκομεία όσο και για τους φορείς που πληρώνουν, ενώ ελέγχεται και δικαιολογείται το χρηματοοικονομικό ρίσκο για την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση.
- Δυνατότητα σύγκρισης νοσοκομειακών μονάδων σε περιφερειακό, εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, επομένως βελτιώνεται και προάγεται η ποιότητα.
- Μειώνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας του ασθενή
- Βελτιώνεται η οργανωτική δομή και η διοικητική λειτουργία των Νοσοκομείων, δημιουργώντας δομές και θέσεις υπευθυνότητας.
- Προσδιορισμένο έσοδο, το οποίο λειτουργεί παρακινητικά στην προσπάθεια διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές.
- Συμβάλλει στη βελτίωση του συντονισμού με άλλους παρόχους.
- Βελτίωση της κωδικοποίησης των διαγνώσεων και των διαδικασιών

[5] *Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen and Reinhard Busse Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe,2011*

*Μειονεκτήματα*

- Αποφυγή ασθενών που το κόστος θεραπείας είναι υψηλό λόγω σημαντικού βαθμού ετερογένειας των περιστατικών αλλά και σοβαρών περιστατικών με απρόβλεπτες επιπλοκές.
- Υψηλές ανάγκες πληροφόρησης**,** οι οποίες απαιτούν την ύπαρξη καλής οργάνωσης και σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων. Για την απόκτηση των πληροφοριακών συστημάτων και την αποτελεσματική αξιοποίησή τους απαιτούνται επαρκείς πόροι, εκπαίδευση του διοικητικού και υγειονομικού προσωπικού .
- Η προσπάθεια μείωσης της διάρκειας νοσηλείας, η μη παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών φροντίδας στους ασθενής, για την συγκράτηση των δαπανών, μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη έξοδο του ασθενή ('bloody discharge') και αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγής του.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από πολλές συγχρόνως ασθένειες, ο γιατρός τον κατατάσσει στην πιο υψηλά αμειβόμενη διαγνωστική κατηγορία, με σκοπό την αύξηση της αμοιβής του νοσοκομείου
- Έμφαση σε περιπτώσεις με ακριβότερη διαγνωστική κατηγορία, με κύριο στόχο την αύξηση της αποζημίωσής τους.

Τα συστήματα νοσοκομειακών πληρωμών που βασίζονται στα DRGs έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, περισσότερο από άλλα συστήματα πληρωμών . Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, τα νοσοκομεία έχουν σαφή κίνητρα για την αύξηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, κι αυτό επειδή αποζημιώνονται ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών που θεραπεύουν. Επιπλέον, το ύψος της αποζημίωσης καθορίζεται ανεξάρτητα από ύψος των δαπανών του κάθε νοσοκομείου.

Η νοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία, η οποία συχνά απαιτεί την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών στους ασθενείς και πολλές φορές υπό καθεστώς αβεβαιότητας και κρίσης , δημιουργώντας την ανάγκη συντονισμού των επαγγελματιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη, αυτή την πολυπλοκότητα το επιλεγμένο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομειακών μονάδων θα πρέπει να είναι αρκετά προηγμένο , ώστε να παρέχει σαφή κίνητρα που θα οδηγούν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα DRGs , σύμφωνα με την διεθνή και ευρωπαϊκή εμπειρία αποτελούν ένα σύστημα πληρωμών που είναι δυνατό να οδηγήσει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας .

Σε πολλές χώρες, επαγγελματίες υγείας έχουν εκφράσει την ανησυχία τους ότι αυτά τα συστήματα πληρωμών είναι περισσότερο εστιασμένα στην κοστολόγηση σε βάρος της ποιότητας της περίθαλψης. Τα DRGs περιλαμβάνουν ένα σύστημα δεικτών που αναπτύσσουν κίνητρο για μείωση κλινικών σφαλμάτων (λοιμώξεις, επανεισαγωγές, επανάληψη χειρουργείου, υποτροπές κ.α.) και αναδεικνύουν διαφορές στην παροχή φροντίδας μέσω του benchmarking δημιουργώντας κίνητρο βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο βέλτιστος τρόπος για τον περιορισμό της παροχής χαμηλής ποιότητας φροντίδας είναι η διασφάλιση της ύπαρξης μηχανισμού παρακολούθησης και ελέγχου

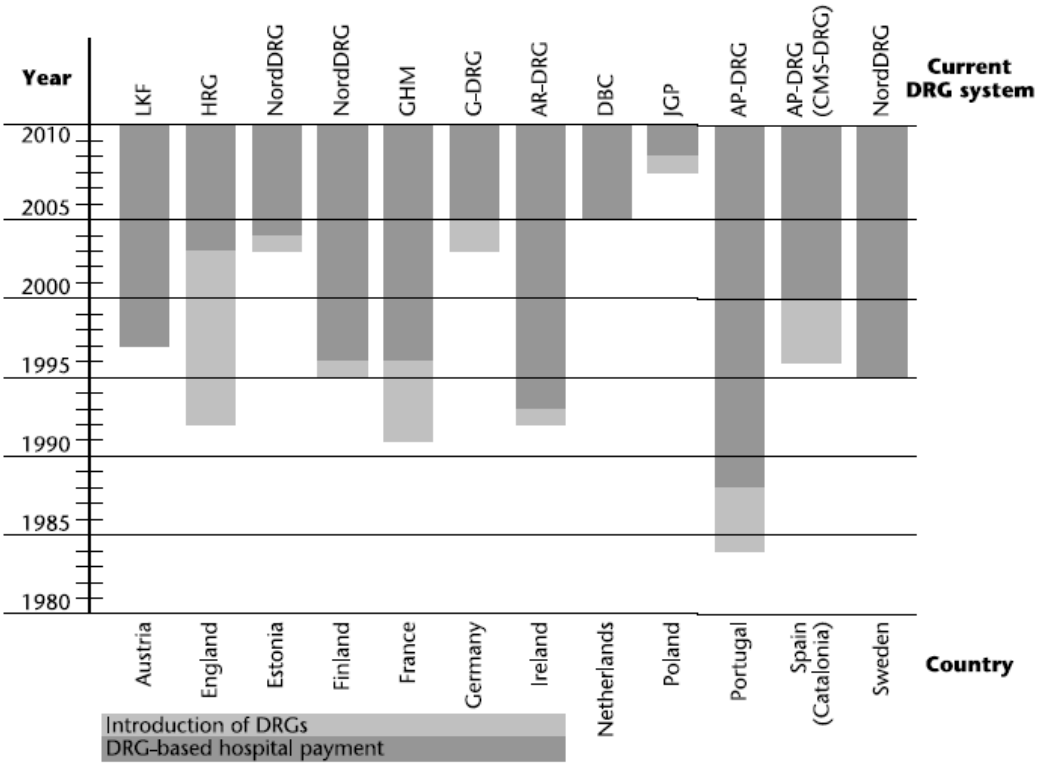
(auditing and monitoring), για την εποπτεία των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων τους. (*Miriam Wiley,2011)*

*1.4 Εισαγωγή του συστήματος των DRGs στην Ευρώπη*

Η γρήγορη απήχηση των DRGs παγκοσμίως, ως σύστημα κοστολόγησης και αποζημίωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, αντανακλάται στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος αλλά και στην ορθολογικότερη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση τους κατέστησε δυνατή την ορθολογική κατανομή και αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων. Σύμφωνα με τα δεδομένα των χωρών που υλοποιήθηκε , βασική προϋπόθεση αποτελεί η σταδιακή εισαγωγή και εφαρμογή, παράλληλα με την ύπαρξη κατάλληλων υποδομών , οργάνωσης και ύπαρξης σύγχρονων εργαλείων διοίκησης.

Το σχήμα 1.3 απεικονίζει τη διαδικασία εισαγωγής DRG σε διάφορες χώρες από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Κάθε χώρα ακολούθησε μια διαφορετική διαδρομή και εισήγαγε σε διαφορετικό χρόνο ένα σύστημα βασισμένο σε DRGs, αρχικά, κυρίως για λόγους ταξινόμησης των ασθενών και στη συνέχεια και για σκοπούς αποζημίωσης. Ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν τα DRGs για αρκετό χρονικό διάστημα αποκλειστικά με σκοπό την ταξινόμηση των ασθενών και την αύξηση της διαφάνειας (για παράδειγμα, έως και δέκα χρόνια στην Αγγλία), προκειμένου να εξοικειωθούν με τη λογική ομαδοποίησης των DRGs προτού αρχίσουν να κοστολογούν και να αποζημιώνουν τις νοσοκομειακές μονάδες βάσει των DRGs.

**Σχήμα 1.3 :***Χρόνος εισαγωγής των DRGs και χρήσης αυτών ως σύστημα πληρωμών σε Ευρωπαϊκές χώρες*




Πηγή : WHO

Στο πλαίσιο των αυξανόμενων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, τα νοσοκομειακά συστήματα πληρωμών που βασίζονται στα DRGs είναι προσαρμοσμένα σε πολιτικές άσκησης χρηματοοικονομικής πίεσης που ενθαρρύνουν την αποτελεσματική χρήση των πόρων (Shleifer, 1985).

Αρκετές χώρες της Ευρώπης χρησιμοποίησαν ως βάση για την ανάπτυξη του δικού τους συστήματος DRG τα Αυστραλιανά DRGs (AR-DRG) , τα οποία αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του ’90 και αναγνωρίστηκαν ως ένα από τα αρτιότερα συστήματα. Παρακάτω αναλύονται τα συστήματα DRGs , της Γερμανίας, της Γαλλίας και χωρών της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων

*1.4.1. Γερμανικά DRGs*

Το Γερμανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως μέσα από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark). Οι πόροι του συστήματος προέρχονται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Στην οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος , αλλά και στο επίπεδο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, εμπλέκονται μια σειρά από φορείς και όργανα όπως, η ομοσπονδιακή και οι τοπικές κυβερνήσεις, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις γιατρών, αλλά και ένας αριθμός εθελοντικών οργανισμών κοινωνικής προστασίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπως ο Γερμανικός Ερυθρός Σταυρός, η Ευαγγελική Εκκλησία, το Εβραϊκό Γραφείο Πρόνοιας, ο Οργανισμός Πρόνοιας Εργατών , κτλ.[6]

Το ομοσπονδιακό υπουργείο έχει την κύρια ευθύνη για τις πολιτικές υγείας και την στρατηγική που ακολουθείται σε εθνικό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της χώρας. Σε περιφερειακό επίπεδο, την ευθύνη των υπηρεσιών υγείας έχουν οι τοπικές κυβερνήσεις και οι υπουργοί υγείας των κρατιδίων. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των ιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν τα θεμέλια του συστήματος, αφού μέσω της συνεχής διαπραγμάτευσης αυτών των μερών, καθορίζονται τα σημαντικότερα θέματα του συστήματος όπως η κατανομή των πόρων, ο έλεγχος του κόστους, η ποιότητα των υπηρεσιών, κτλ.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς . Η ασφάλιση των εργαζομένων είναι υποχρεωτική εφόσον το εισόδημα των εργαζομένων είναι μικρότερο από ένα ορισμένο ποσό το οποίο αναπροσαρμόζεται κάθε έτος. Η ασφάλιση γίνεται προαιρετική εφόσον το εισόδημα υπερβαίνει αυτό το ποσό και ο εργαζόμενος έχει την δυνατότητα να προσφύγει στην ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούν τις νοσοκομειακές μονάδες, χωρίς την κρατική παρέμβαση αλλά μέσω των διαπραγματεύσεων που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο μεταξύ αυτών. Ο νόμος παρέχει το δικαίωμα στο ταμείο να διακόψει το συμβόλαιο που έχει με κάποιο νοσοκομείο, στην περίπτωση που αυτό κριθεί μη αποτελεσματικό. Τα

[6] *Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001*

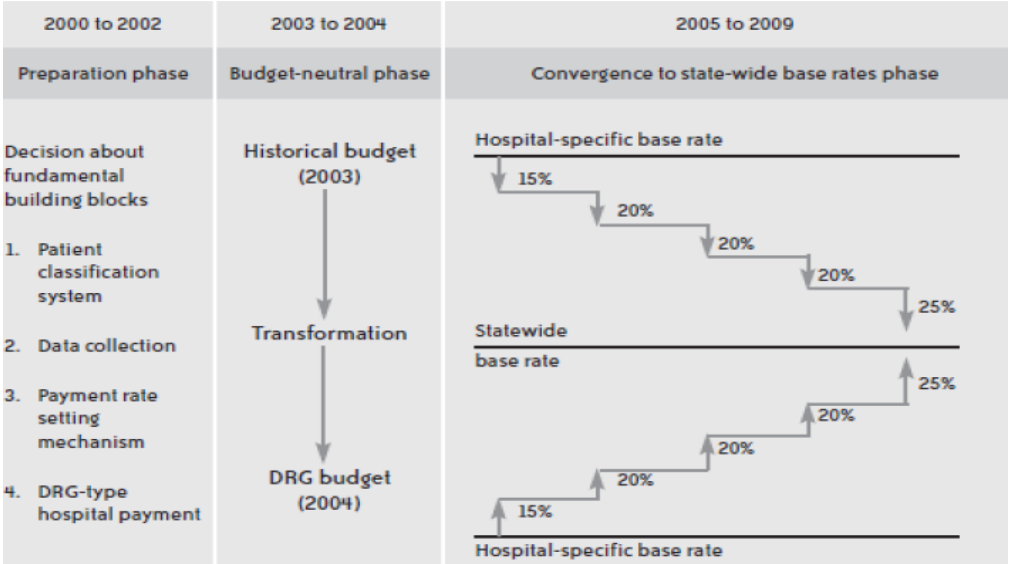
νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να δημοσιεύουν τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρουν και η αγορά ιατρικής τεχνολογίας απαιτεί έγκριση ειδικής επιτροπής.

Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs, στη Γερμανία, είχε ως βασικότερο στόχο την μεταρρύθμιση του παλαιότερου συστήματος αποζημίωσης το οποίο βασιζόταν στην αμοιβή κατά ημέρα νοσηλείας η οποία θα οδηγούσε βαθμιαία στη συγκράτηση των δαπανών και των έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, προάγοντας την αποδοτικότητα, την ποιότητα και την διαφάνεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Γερμανία υιοθέτησε τα αυστραλιανά DRGs (AR-DRG), το 2000 λόγω του υψηλού βαθμού ακρίβειας που παρείχαν στην διαφοροποίηση της κατανάλωσης των πόρων. Στη συνέχεια , η δημιουργία των γερμανικών DRGs υποστηρίχθηκε από εξουσιοδοτημένους φορείς της αυτοδιοίκησης σε συνεργασία με επαγγελματικές ιατρικές εταιρίες και ιατρικούς συλλόγους. Επιλεγμένα νοσοκομεία άρχισαν να εφαρμόζουν το νέο σύστημα αποζημίωσης το 2003, σε εθελοντική βάση. Μετά από αυτό, όλα τα εθνικά νοσοκομεία ήταν υποχρεωμένα από το νόμο να χρησιμοποιούν DRG προκειμένου να κοστολογηθούν οι νοσοκομειακές τους υπηρεσίες, στις αρχές του 2004. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες εξαιρέθηκαν από την χρήση του συστήματος DRG γιατί η πληρωμή θεωρήθηκε ανεπαρκής εκείνη την περίοδο. Για την τεχνική διαχείριση του νέου συστήματος, οι αυτοδιοικούμενοι φορείς ίδρυσαν το Ινστιτούτο Πληρωμών στα Νοσοκομεία (InEK). Για την προστασία των νοσοκομειακών προϋπολογισμών από απροσδόκητες απώλειες, καθόρισαν μια μεταβατική περίοδο , η οποία διήρκησε 5 χρόνια. [7]

Το σχήμα 1.4 απεικονίζει τρεις φάσεις στη διαδικασία εισαγωγής της νοσοκομειακής πληρωμής με βάση το σύστημα των DRGs..

**Σχήμα 1.4 :** *Φάσεις εισαγωγής του συστήματος των DRGs στη Γερμανία*




Πηγή : Wilm Quentin 2010

[7] *Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen, Reinhard Busse , DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system,2011*

*Πρώτη Φάση*

Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης καθορίστηκαν τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά του συστήματος. Προκειμένου να προσαρμοστούν τα AR-DRG στο γερμανικό πλαίσιο, οι αυστραλιανές ταξινομήσεις μετατράπηκαν σε κώδικες γερμανικής ταξινόμησης διαδικασιών και ICD-10-GM (γερμανική τροποποίηση) . Μετά την πιλοτική εφαρμογή του συστήματος σε επιλεγμένα νοσοκομεία το 2001, δημιουργήθηκε η πρώτη έκδοση με 664 DRGs μέχρι το τέλος του 2002. Σύμφωνα με τους κανόνες κωδικοποίησης G-DRG, όλοι οι ασθενείς ταξινομούνται σε ένα συγκεκριμένο DRG με βάση έναν αλγόριθμο ομαδοποίησης χρησιμοποιώντας το σύνολο δεδομένων από το νοσοκομείο. Σε περιπτώσεις πολύ υψηλού κόστους, όπως οι μεταμοσχεύσεις ή νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας το DRG οριζόταν απευθείας από την διαδικασία. Στις άλλες περιπτώσεις, ο αλγόριθμος περιλαμβάνει την κύρια διάγνωση, τις διαδικασίες, τις δευτερογενείς διαγνώσεις και τα χαρακτηριστικά ασθενών (ηλικία, φύλο, κτλ..) προκειμένου να προσδιοριστεί το DRG. Τα κλινικά δεδομένα ασθενών συλλέγονται από όλα τα νοσοκομεία της Γερμανίας και στέλνονται στα ταμεία και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς για την πληρωμή των νοσοκομείων. Πριν την πληρωμή των νοσοκομείων, αρμόδιες επιτροπές ελέγχουν τα ληφθέντα δεδομένα προκειμένου να ανιχνεύσουν τυχόν δόλιες ενέργειες από τα νοσοκομεία, όπως ακατάλληλες απορρίψεις ασθενών, η ταξινόμηση ασθενών σε ακριβότερα DRGs. Επιπλέον, κλινικά δεδομένα από όλα τα νοσοκομεία, ( αριθμός κλινών, αριθμός προσωπικού, κτλ.) αποστέλλονται σε ένα Κέντρο Δεδομένων και στο InEK για την ανάπτυξη του νέου καταλόγου G-DRG. Τα δεδομένα κόστους συλλέγονται από ένα δείγμα περίπου 250 νοσοκομείων που συμμορφώνονται με ένα τυποποιημένο σύστημα κοστολόγησης που αναπτύχθηκε από το InEK. Τα συμμετέχοντα νοσοκομεία πρέπει να είναι σε θέση να υπολογίζουν το κόστος σε επίπεδο ασθενούς συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με μεμονωμένες υπηρεσίες που παρέχονται σε κάθε ασθενή. Το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με το μείγμα ασθενών του υπολόγιζε το δικό του base rate.

*Δεύτερη Φάση*

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης οι νοσοκομειακές μονάδες μπορούσαν, αρχικά εθελοντικά, να κατατάσσουν τους ασθενείς τους σε DRGs με το κίνητρο διαπραγμάτευσης υψηλότερων προϋπολογισμών. Από το 2004 όλα τα νοσοκομεία ήταν πλέον υποχρεωμένα να κατατάσσουν τους ασθενείς σε DRGs. Βάσει των πληροφοριών για τα DRG των ασθενών που έλαβαν θεραπεία σε κάθε νοσοκομείο, κατέστη δυνατή η εκτίμηση του «μείγματος ασθενών» των νοσοκομείων. Το μίγμα των ασθενών μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Το μείγμα ασθενών διαιρούμενο με τον αριθμό των ασθενών αποτελεί έναν δείκτη μέσης πολυπλοκότητας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία. Το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με το μείγμα ασθενών του υπολόγιζε το δικό του base rate, αυτό είχε ως αποτέλεσμα τις σημαντικές διαφορές στις διαπραγματεύσεις των νοσοκομειακών προϋπολογισμών.

*Τρίτη Φάση*

Ακολούθησε η «φάση σύγκλισης των τιμών » . Στη φάση αυτή τα εξατομικευμένα base rates, σταδιακά συνέκλιναν προς ένα ενιαίο base rate σε επίπεδο κρατιδίου.. Προκειμένου να γίνει η μεταρρύθμιση να γίνει περισσότερο αποδεκτή, τα νοσοκομεία προστατεύονταν

από υπερβολικές περικοπές του προϋπολογισμού, περιορίζοντας τις απώλειες το 2005 σε 1% (σε σύγκριση με τους προϋπολογισμούς του 2004) και αυξάνοντας το ποσοστό αυτό σε 3% το 2009 (σε σύγκριση με το 2008). Από το 2010, έπαψε να υφίσταται δικλίδα ασφαλείας για τυχόν απώλειες του προϋπολογισμού και πλέον όλα τα νοσοκομεία αποζημιώνονται με βάση τα base rates του κάθε κρατιδίου. Ωστόσο, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων εξακολουθούσαν να αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης για κάθε έτος, με βάση τον αναμενόμενο όγκο μιγμάτων.

Ο νόμος περί μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης των νοσοκομείων, του 2009, τροποποίησε περαιτέρω τη νοσοκομειακή χρηματοδότηση στη Γερμανία. Τα base rates του κάθε κρατιδίου σχεδιάστηκε, να συγκλίνουν σε εθνικό επίπεδο το έτος 2015. Από το 2013 ξεκίνησε η προσπάθεια ανάπτυξης και εισαγωγής ενός συστήματος πληρωμών DRG για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το 2012, οι κυβερνήσεις των κρατών είχαν την επιλογή να εγκαταλείψουν το υφιστάμενο σύστημα «διπλής χρηματοδότησης» για ένα σύστημα ενιαίου πληρωτή, προσαρμόζοντας στο σύστημα DRG το βάρος των επενδυτικών δαπανών. Στο τέλος μιας δεκαετούς διαδικασίας προσεκτικής εισαγωγής των G-DRG, το σύστημα είναι ευρέως αποδεκτό και γενικά θεωρείται επιτυχία. Η αξιολόγηση επιπτώσεων του G-DRG καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το σύστημα έχει αυξημένη διαφάνεια στον νοσοκομειακό τομέα. Η πληρωμή των νοσοκομείων με βάση τα DRGs θεωρείται ότι συνέβαλε στην αύξηση της αποτελεσματικότητας με παράλληλη διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. [8]

*1.4.2. Γαλλικά DRGs*

Από τα τέλη του 19ου αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στην Γαλλία τα πρώτα συστήματα ασφάλισης τα οποία αφορούσαν αποκλειστικά στην προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας. Το σύστημα υγείας στη Γαλλία είναι αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark. Τις τελευταίες δεκαετίες η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Το Γαλλικό σύστημα στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς από την άλλη να απουσιάζει ο κυβερνητικός έλεγχος. Οι δαπάνες υγείας καταβάλλονται σε ποσοστό 76% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 24% καταβάλλεται από την ιδιωτική. Το υπουργείο εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων σε συνεργασία με το υπουργείο οικονομικών επωμίζονται την εποπτεία των ασφαλιστικών ταμείων. Το Γαλλικό σύστημα ασφάλισης καλύπτει περίπου το 85% των μισθωτών ποσοστό που περιλαμβάνει διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Στο σύστημα αυτό όλοι οι ασφαλισμένοι καλύπτονται για συντάξεις γήρατος, για ασθένεια αλλά και για εργατικά ατυχήματα. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία, έχει από τις πιο υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας – εργαζομένων στην Ευρώπη (ποσοστό 19%), ενώ καλύπτει στους πολίτες από το 40% έως 100% των ιατρικών δαπανών ανάλογα με την περίπτωση. Τα τελευταία χρόνια

[8] *Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen, Reinhard Busse , DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system,2011*

παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Από το 1996 με την τότε μεταρρύθμιση που συντελέστηκε στο χώρο της υγείας, δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα με διοικητική αυτονομία και άλλαξε ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Με γνώμονα την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι Γάλλοι περιφερειάρχες δημιούργησαν δίκτυα υπηρεσιών όπου εντάσσεται όχι μόνο ο δημόσιος, αλλά και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία στη Γαλλία καλύπτονται οικονομικά από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων. Το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης προέρχεται από το κράτος, ενώ το υπόλοιπο από τις πληρωμές των ιδιωτών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, ενώ κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό του. Σε όλους τους ασφαλισμένους παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται κατά πράξη και προβλέπονται ποινές για ενδεχόμενη «προκλητή ζήτηση». Τα τελευταία χρόνια έχει συσταθεί ειδικός φορέας που έχει αναλάβει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων των υπηρεσιών υγείας, αλλά και την αποτελεσματική διοίκηση του συστήματος Υγείας. Στις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα τις οποίες ψηφίζει η γαλλική Βουλή, υπάρχει ένα καθορισμένο όριο, το οποίο αν ξεπεραστεί, ο διευθυντής του περιφερειακού νοσοκομειακού οργανισμού έχει τη δυνατότητα να μειώσει την τιμή ανά πράξη, βάσει εθνικής συμφωνίας. Στόχος της τακτικής αυτής είναι να υπάρξει μία ενιαία τιμή ανά πράξη είτε αυτή παρέχεται από δημόσιο νοσοκομείο είτε από ιδιωτική κλινική.

Η Γαλλία κατέχει την 1η θέση παγκοσμίως όσο αφορά την ολική απόδοση του συστήματος υγείας, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων. Το γαλλικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν το πιο φιλελεύθερο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά στην αυτονομία τόσο των ασθενών όσο και των γιατρών. Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: Το βασικό (δηλαδή την κύρια ασφάλιση), τον συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση) και τον υπέρ-συμπληρωματικό. Οι δύο πρώτοι είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος προαιρετικός. Πρόσφατα πάντως πολλοί επέκριναν τη Γαλλική κυβέρνηση ότι παραδίδει σταδιακά το άλλοτε περήφανο γαλλικό σύστημα υγείας στα χέρια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και αυτός είναι ο λόγος που αύξησε κατά 25% τα νοσήλια στα δημόσια νοσοκομεία.

Το σύστημα πληρωμών DRG εισήχθη στη Γαλλία, το 2004-2005 (το οποίο ονομάζεται T2A, Tarification à l'activité) για τη χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλα τα νοσοκομεία. Οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης ήταν η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων, η δημιουργία ενός «επίπεδου ανταγωνισμού» μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η βελτίωση της διαφάνειας και της διαχείρισης των πόρων. Μέχρι το 2005, οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί αποτελούσαν την μέθοδο χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων, βασιζόμενοι σε προηγούμενες πληρωμές. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία παρείχαν περισσότερο από το ένα τρίτο των χειρουργικών επεμβάσεων και ένα τέταρτο της μαιευτικής φροντίδας στη Γαλλία, αποζημιωνόταν κατά πράξη (fee for service payment). Τόσο τα δημόσια όσο και τα ιδιωτικά νοσοκομεία υποστήριξαν, αρχικά, το νέο σύστημα πληρωμών τύπου DRG. Τα ιδιωτικά

νοσοκομεία θεώρησαν, το νέο σύστημα ως ευκαιρία για τη βελτίωση του μεριδίου αγοράς τους.

Στο δημόσιο χώρο το ποσοστό των δραστηριοτήτων που καλύφθηκε από τις πληρωμές DRG αυξήθηκε σταδιακά: 10% το 2004, 25% το 2005 και φθάνοντας το 100% το 2008. Τα χαρακτηριστικά του γαλλικού μοντέλου πληρωμών DRG και τα στοιχεία που τέθηκαν σε εφαρμογή αναφέρονται παρακάτω. [9][10]

*Ταξινόμηση ασθενών*

Το σύστημα ταξινόμησης ασθενών που χρησιμοποιήθηκε (GHM, Groupe Homogène des Malades) ήταν αρχικά εμπνευσμένο από το σύστημα ταξινόμησης των ΗΠΑ (HCFA-DRG). Τροποποιήθηκε τρεις φορές μέχρι την εισαγωγή του T2A, περνώντας από 600 ομάδες το 2004 σε περίπου 2.300 το 2009 με τέσσερα επίπεδα βαρύτητας ασθενών για το σύνολο των ταξινομήσεων . Οι συνεχείς τροποποιήσεις της ταξινόμησης δημιούργησαν σύγχυση και μείωσαν την συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων του συστήματος πληρωμών από το ένα έτος στο επόμενο. Επιπλέον, αμφισβητήθηκε η οικονομική καταλληλότητα της τελευταίας ταξινόμησης, καθώς ορισμένες ομάδες βασιζόταν σε πολύ λίγες περιπτώσεις ανά νοσοκομείο.

*Δεδομένα κόστους*

Οι δαπάνες υπολογίστηκαν με βάση ετήσια μελέτη του εθνικού κόστους ,η οποία εκπονήθηκε ξεχωριστά για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Η μελέτη παρείχε λεπτομερείς πληροφορίες κόστους για κάθε παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη από επιλεγμένα νοσοκομεία τα οποία παρείχαν δεδομένα σε εθελοντική βάση και σύμφωνα με λεπτομερές τυποποιημένο μοντέλο λογιστικής. Ο αριθμός των νοσοκομείων που συμμετείχε αυξήθηκε σημαντικά, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών νοσοκομείων, από 44 το 2005 σε 110 το 2012, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 16% των νοσοκομειακών περιπτώσεων. Μέχρι το 2012, η αξιοπιστία της βάσης δεδομένων κόστους ήταν ένα ζήτημα.

*Ρύθμιση τιμής*

Οι τιμές των DRGs καθορίστηκε ετησίως σε εθνικό επίπεδο χρησιμοποιώντας διαφορετικό κόστος αναφοράς για τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ωστόσο, το Υπουργείο Υγείας καθόρισε τις τελικές τιμές λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό προϋπολογισμό (στόχοι δαπανών) για τον νοσοκομειακό τομέα και τις εθνικές προτεραιότητες για την υγεία . Οι τιμές των DRGs αρχικά ήταν διαφορετικές για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Επιπλέον, το μέρος που κάλυπταν οι τιμές διέφερε μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Οι τιμές των δημόσιων νοσοκομείων κάλυπταν το σύνολο των δαπανών που συνδέονται με τη διαμονή, ενώ οι δαπάνες για τον ιδιωτικό τομέα δεν κάλυπταν τις ιατρικές αμοιβές που καταβάλλονται στους ιατρούς (καταβάλλονται με αμοιβή για

[9] Dr. med. Wilm Quentin,MSc HPPF ,European Observatory ,DRG-based hospital payment Experiences from 12 European countries, November 2011

[10] *Zeynep Or. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments May 2014*

υπηρεσία) και τις δαπάνες των απεικονιστικών εξετάσεων, οι οποίες χρεώνονται ξεχωριστά. Ο αρχικός στόχος της σύγκλισης των τιμών μεταξύ των δύο τομέων, ο οποίος άρχισε το 2010 σταμάτησε το 2013 ως αποτέλεσμα ισχυρής κριτικής από τα δημόσια νοσοκομεία. Στην πράξη, η σύγκλιση σήμαινε μείωση των τιμών για τα δημόσια νοσοκομεία και τις σταθερές τιμές για τα ιδιωτικά, αφού οι τιμές βασιζόταν στο μέσο κόστος και υπήρχαν τομείς της νοσοκομειακής φροντίδας όπου ο ιδιωτικός τομέας διατηρούσε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και σημαντικό περιθώριο κέρδους.

*Πρόσθετες πληρωμές*

Τα δημόσια νοσοκομεία λάμβαναν επιπρόσθετες πληρωμές για την αντιστάθμιση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων όπως την εκπαίδευση, την έρευνα και την καινοτομία, ανάπτυξη προληπτικής μέριμνας, κτλ. Επιπλέον, καταβάλλονται αναδρομικές πληρωμές, για την κάλυψη του κόστους δαπανηρών φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού. Ενώ υπήρξε πρόοδος στη βελτίωση της διαφάνειας των πιστώσεων για εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες με πληρωμή βασιζόμενη στο σύστημα DRG, ο ιδιωτικός τομέας υποστήριζε ότι οι πληρωμές αυτές χρησιμοποιούνται ως μηχανισμός για την κάλυψη πραγματικών ελλειμμάτων αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα ζητούσαν καλύτερη κοστολόγηση της αξίας των λειτουργιών τους για τις οποίες λάμβαναν πρόσθετες πληρωμές.

Έλεγχος των δαπανών

Για τη συγκράτηση των δαπανών νοσοκομείων, οι στόχοι εθνικών δαπανών για τη νοσοκομειακή περίθαλψη (με χωριστούς στόχους για τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα) καθορίζονται από το Κοινοβούλιο. Εάν η πραγματική αύξηση του συνολικού όγκου υπερβαίνει το στόχο, οι τιμές στη συνέχεια μειώνονται.

Αυτός ο ρυθμιστικός μηχανισμός μακροοικονομικού επιπέδου δημιούργησε ένα περιβάλλον αβεβαιότητας και κατέστησε πολύ δύσκολο για τα νοσοκομεία να προβλέψουν την κατάσταση του προϋπολογισμού τους για το επόμενο έτος, εφόσον οι τιμές αναπροσαρμόζονται κάθε χρόνο ως συνάρτηση της συνολικής δραστηριότητας. Η έλλειψη σαφώς καθορισμένων τιμών καθώς και η έλλειψη στοιχείων κόστους για τη συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων συνέβαλλε στην δημιουργία κλίματος αμφισβήτησης για την αποτελεσματικότητα του νέου συστήματος πληρωμών.

*1.4.3.Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων*

Εκτός από τα συστήματα της Ελλάδας και της Τουρκίας, τα συστήματα υγείας των βαλκανικών χωρών έχουν αναπτυχθεί με τρόπο όχι πολύ διαφορετικό από εκείνο του υποδείγματος «Shemashko». Ήταν χρηματοδοτούμενα από το κράτος, με συγκεντρωτικές δομές, περιείχαν στοιχεία του υποδείγματος «Bismarck» και παρείχαν καθολική κάλυψη. Από το 1989, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που πραγματοποιήθηκαν σε αυτές τις χώρες είχαν σαφείς συνέπειες στις κρατικές δαπάνες για την υγεία.

Μέχρι το 2009, 12 χώρες είχαν υιοθετήσει ένα σύστημα πληρωμών DRG, ενώ 17 χώρες βρισκόταν σε πιλοτικό στάδιο εφαρμογής. Οι χώρες αυτές είχαν δύο επιλογές : α)την

εισαγωγή και εφαρμογή ενός υφιστάμενου συστήματος DRG ή β)την ανάπτυξη ενός δικού τους συστήματος DRG.Η δεύτερη επιλογή ήταν σημαντικά δαπανηρή διαδικασία αφού απαιτούσε την επένδυση χρηματικών κεφαλαίων σε πόρους, γεγονός το οποίο οδήγησε αρκετές χώρες όπως, την Λιθουανία, την Εσθονία, Λετονία κτλ. Τα Σκανδιναβικά συστήματα (NordDRG) εφαρμόστηκαν στην Εσθονία και την Λετονία, ενώ τα Αυστραλιανά (AR – DRG) εισήχθησαν στη Σλοβενία και αργότερα σε άλλες χώρες την νοτιοανατολικής Ευρώπης, όπως στη πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, τη Ρουμανία, κτλ. Ωστόσο, ορισμένες χώρες άρχισαν σταδιακά να αναπτύσσουν τα δικά τους συστήματα τη δεκαετία του 1990, όπως η Ουγγαρία, το σύστημα της οποίας βασίστηκε στο Αμερικάνικο σύστημα πληρωμών (HCFA-DRG).

Στη Ρουμανία τον Ιούλιο του 2007 εισήχθη το νέο σύστημα χρηματοδότησης (activity-based funding -ABF), το οποίο οδήγησε σε λανθασμένη κωδικοποίηση λόγω της έλλειψης γνώσης των ιατρών σχετικά με τις διαδικασίες του νέου συστήματος ταξινόμησης, με συνέπεια την αύξηση της νοσοκομειακής νοσηρότητας των ασθενών κατά 25% μεταξύ των ετών 2007-2009. [11]

*Συμπέρασμα*

Η μεγαλύτερη πρόκληση στα σύγχρονα συστήματα υγείας, είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλότερης ποιότητας . Απαραίτητα στοιχείο για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η παροχή κινήτρων με βάση την κλινική και οικονομική αποδοτικότητα. Παρά τις διαφορές που παρουσιάζουν τα συστήματα υγείας της κάθε χώρας , βρέθηκαν μελέτες που είναι δυνατό να υπολογίσουν τη διαφορά της αποδοτικότητας των νοσοκομείων πριν και μετά την εφαρμογή του συστήματος των DRGs. Οι διαφορές αυτές αναδεικνύουν τη σημαντικότητα εξατομίκευσης του συστήματος τύπου DRG σύμφωνα με τα πολιτισμικά και τα υγειονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Η θεσμοθέτηση χρηματικών κινήτρων ανάλογα με την παραγωγικότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελεί σύγχρονη διεθνή εξέλιξη στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Από τις μεθόδους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας τύπου DRGs απορρέουν άρρητα (explicit) οικονομικά κίνητρα που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των παραγωγών. Η επιτυχής εφαρμογή τους, προϋποθέτει σταθερά και συγκεκριμένα βήματα εισαγωγής και εφαρμογής τους, την ύπαρξη υποδομών και αποδοτικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας και τη χρήση σύγχρονων εργαλείων διοίκησης. Σήμερα, η βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνεται και ανακαλύπτει τρόπους για την αντιμετώπιση των ζητημάτων κόστους, αποτελεσματικότητας και ποιότητας της περίθαλψης. Με τα DRGs**,** βελτιώθηκε η διοίκησης των νοσοκομείων ως προς την κλινική διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος και στην ορθολογική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Με την χρήση τους, άλλαξε ριζικά η κουλτούρα των νοσοκομειακών μονάδων, τα οποία λαμβάνουν υπόψη την διάρθρωση της παραγωγής και του νοσοκομειακού προϊόντος, της κοστολόγησης, της

[11] *Jonas Schreyougg & Tom Stargardt & Oliver Tiemann & Reinhard Busse, Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries, Health Care Manage Sci (2006) 9: 215–223 DOI 10.1007/s 10729-006-9040-1*

τιμολόγησης, της οικονομικής διοίκησης ανά τμήμα, την ασθένεια, την ορθολογική αποκατάσταση των εισροών και γενικότερα τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας τους .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2$^{ο}$

## Η Εισαγωγή του συστήματος των ΚΕΝ στην Ελλάδα

### *2.1 Δομή και χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μεικτό σύστημα, όπου σε ότι αφορά τη δομή του συνυπάρχει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας, σε ότι αφορά τον τρόπο χρηματοδότησής του στηρίζεται στους δημόσιους πόρους (κρατικός προϋπολογισμός και ασφαλιστικές εισφορές) και στις ιδιωτικές πληρωμές.

Η δημιουργία του ΕΣΥ( Εθνικό Σύστημα Υγείας) το 1983 (Ν. 1397/1983) σηματοδοτεί μία προσπάθεια που αποσκοπούσε στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγείας όφειλαν να παρέχονται απρόσκοπτα και ισότιμα σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Η μεταρρύθμιση αυτή εισήχθη με το νόμο 1397/83.

Ο δυισμός που χαρακτηρίζει το ελληνικό σύστημα υγείας αντικατοπτρίζεται άμεσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία προσφέρεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, είτε με την παροχή υπηρεσιών μέσω δικών τους κέντρων ή ιατρών είτε μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, αλλά και από τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία.

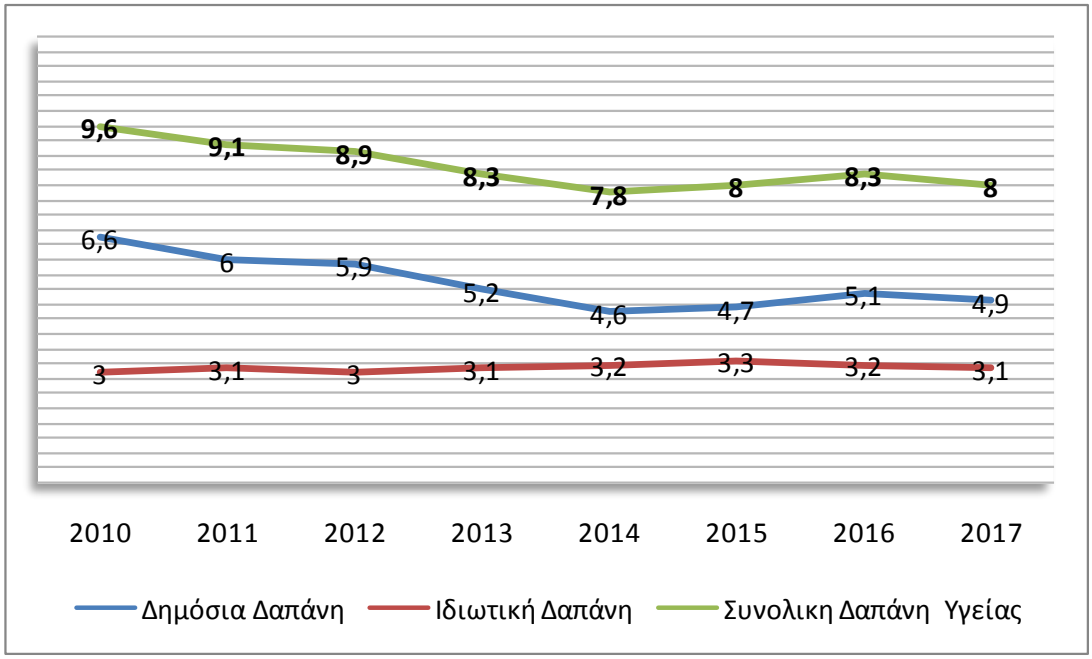
Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983) αποτέλεσε ίσως τη σοβαρότερη προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Όμως, στην πορεία σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις που εμπεριέχονταν στο νόμο δεν εφαρμόστηκαν ή εφαρμόστηκαν αρκετά περιορισμένα. Ανεξαρτήτως της δομής που τελικά έλαβε το ΕΣΥ, μπορούμε να επισημάνουμε τρία βασικά χαρακτηριστικά του στοιχεία : α) ο ρόλος του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας παρέμενε κυρίαρχος β) το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων ήταν κυρίως ο άμεσος παραγωγός υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν ταυτόχρονα και ως αγοραστές υπηρεσιών, κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γ) η κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών καθοριζόταν από το κράτος και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δε σχετιζόταν άμεσα με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, δ) το σύστημα υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα και ε) υπήρχε άνιση πρόσβαση και άνιση κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό που αποτελεί την κύρια πηγή εσόδων των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, την κοινωνική ασφάλιση αλλά από τις ιδιωτικές δαπάνες.

*2.2 Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης*[12][13][14][15]

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας στην Ελλάδα υπέστη σημαντικές μεταβολές, προβάλλοντας τις αδυναμίες του ακόμη περισσότερο και καθιστώντας όσο ποτέ άλλοτε επιτακτική την ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των πόρων, μέσω μεταρρυθμίσεων. Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών για την υγεία την περίοδο της οικονομικής ύφεσης.

***Διάγραμμα 2.1*** *Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ*




Πηγή :ΟΟΣΑ

Υπό αυτό το πρίσμα των εξελίξεων, με στόχο τη μείωση των δαπανών υγείας, προτάθηκαν και υλοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις για τη νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη φαρμακευτική πολιτική. Μεταξύ άλλων προτάθηκαν συγχωνεύσεις, η δημιουργία συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα KEN-DRGs, η δημιουργία του ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ(Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών) , του ΕΟΠΥΥ, του ΠΕΔΥ, της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης , της αύξησης του μεριδίου των γενόσημων στην αγορά.

---

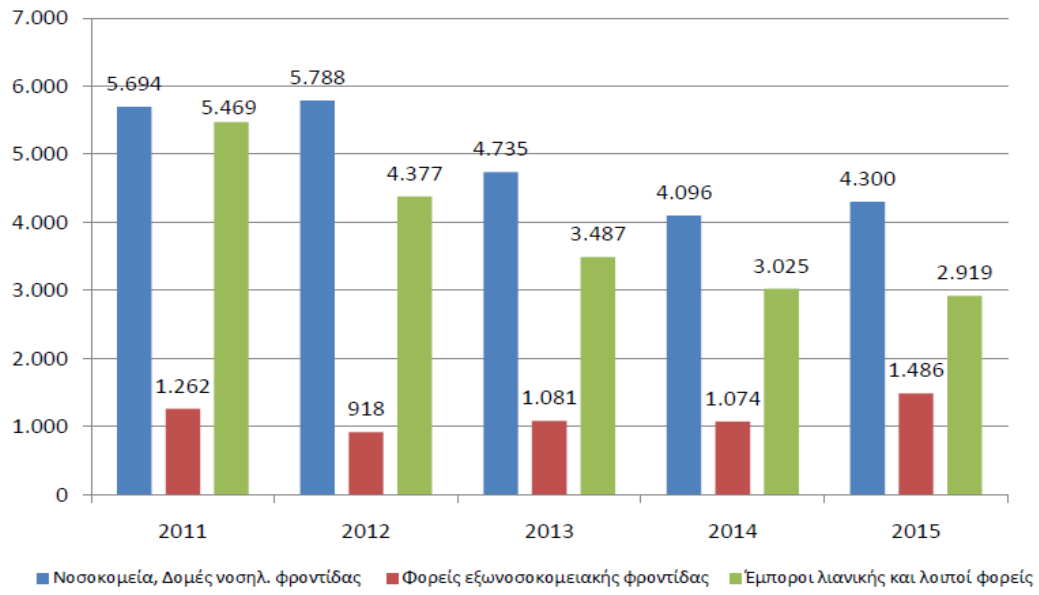
[12] *Ε. Μπακόλα, Ε. Φραδέλος ,Ε. Μπακόλα, Σ. Ζυγά1, Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης, ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):549-557*

[13] *POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy 2013, 109:14–22*

[14] *Ζ. Σαραντοπούλου. Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 256 – 262*

[15] *Quality in Health, https://qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou*

***Διάγραμμα 2.2*** *Κατανομή χρηματοδότησης Δημόσιων δαπανών υγείας για τα έτη 2011-2015 (σε εκ.€)*




Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 4172/2013 (ΦΕΚ 67/Α/23.7.2013) και την υπ' αριθμ. Υ9/οικ 91813 (ΦΕΚ 2511/Β/7.10.2013) υπουργική απόφαση τέθηκαν σε εφαρμογή ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw back) από τους ιδιώτες παρόχους υγείας και η διαδικασία κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς τους συμβεβλημένους παρόχους (rebate). Αποτέλεσμα αυτών, ήταν η απώλεια από τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ενός αρκετά μεγάλου μεριδίου απαιτήσεών τους από τον ΕΟΠΠΥ. Το claw back και το rebate είναι δύο οριζόντια μέτρα του Υπουργείου Υγείας, τα οποία στοχεύουν στη συγκράτηση και τον περιορισμό των κρατικών δαπανών υγείας, αφού οι συμβεβλημένοι πάροχοι θα πρέπει να προβούν σε επιστροφή του ποσού το οποίο υπερβαίνει μηνιαία τις προϋπολογισμένες δαπάνες υγείας προς τον ΕΟΠΥΥ και αντίστροφα, με το rebate ο ΕΟΠΥΥ επιστρέφει στους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους το ποσό που δικαιούνται για νοσήλια, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες πραγματοποίησαν οι ασφαλισμένοι του. Αυτές οι ενέργειες οδήγησαν σε προσφυγή των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας στο Συμβούλιο της Επικρατείας για ακύρωσή τους, λόγω της σημαντικής μείωσης των κερδών τους εκτός από τις συνέπειες που ήδη υπέστησαν λόγω της οικονομικής κρίσης.

Για τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμισή της προτάθηκαν συγχωνεύσεις νοσοκομείων, ακολουθώντας μια ευρωπαϊκή πρακτική. Οι συγχωνεύσεις περιλάμβαναν τη συνένωση κλινικών, τη συγχώνευση νοσοκομείων, διοικητικές συγχωνεύσεις, τη μετατροπή 8 νοσοκομείων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας. Από τις συγχωνεύσεις αναμενόταν εξοικονόμηση πόρων από το σύστημα εφημεριών, εξοικονόμηση ενέργειας και αύξηση της αποδοτικότητας .Ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή δεν ολοκληρώθηκε καθώς υπήρχαν νοσοκομεία που συγχωνεύτηκαν διοικητικά και εξοικονομήθηκαν κάποιοι πόροι, χωρίς όμως να μειωθούν λειτουργικά έξοδα μιας και ουσιαστικά παρέμειναν αμετάβλητα, χωρίς τη συγχώνευση των κλινικών.

Παράλληλα, εφαρμόστηκαν μέτρα λιτότητας τα οποία περιλάμβαναν τη μείωση των αποδοχών των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, την αναστολή οποιασδήποτε πρόσληψης με τη μη αντικατάσταση των αποχωρούντων, μειώνοντας έτσι το εργασιακό κόστος και την περικοπή των προϋπολογισμών όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, στην περίοδο της οικονομικής ύφεσης εγείρει ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Ακόμη, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η οποία αντανακλάται από την αύξηση της ανεργίας και τις μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις, αυξάνει τις ακάλυπτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ 2017 δημιουργεί δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία, σε κοινωνική περιθωριοποίηση και σε φτώχεια.

Λόγω του γεγονότος ότι οι νοσοκομειακές δαπάνες απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό συνολικών δαπανών για την υγεία, η κυβέρνηση αποφάσισε την εισαγωγή ενός συστήματος αποζημίωσης νοσοκομείων με βάση DRGs, καθώς και την εισαγωγή τεχνολογιών πληροφορικής και ηλεκτρονικής της υγείας. Η υιοθέτηση των DRGs από άλλες χώρες έχει επιφέρει σημαντική μείωση των δαπανών και του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ενώ παράλληλα υποστηρίζεται ότι συνδράμει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων. Για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών, επί πλέον η κυβέρνηση εισήγαγε τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΚΕΝ) για την αποζημίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και δημιούργησε έναν φορέα συστήματος αμοιβών νοσοκομείων (ΕΣΑΝ- ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ). Στόχος ήταν η σταθεροποίηση των δαπανών και η βελτίωση διαφάνειας και ποιότητας της περίθαλψης.

*2.3 Η εισαγωγή και εφαρμογή των ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια)*[16][17][18][19][20]

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μέχρι πρόσφατα ήταν ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Οι πληρωμές προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας ήταν αναδρομικές και περιλάμβαναν τους μισθούς του προσωπικού του ΕΣΥ , την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση όσον αφορά τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία παρόχους και τα ημερήσια νοσήλια για τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτός ο τρόπος αποζημίωσης των παρόχων δεν παρείχε κίνητρα για την αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων με αποτέλεσμα να παρατηρείται σπατάλη των πόρων.

Στην Ελλάδα είχε υιοθετηθεί η μέθοδος των ομάδων διαγνωστικών κατηγοριών μόνο για τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά, όπου το ύψος αμοιβής είχε καθοριστεί σύμφωνα με τους νόμους της αγοράς και τα κοστολογικά δεδομένα άλλων χωρών κυρίως της Μ. Βρετανίας. Με τη χρηματοδοτική αυτή πολιτική και τη δημιουργία του Ωνασείου, περιορίστηκε το φαινόμενο της προσφυγής των ασθενών σε νοσοκομεία του εξωτερικού και καλύφθηκε κατά πολύ η ζήτηση. Από τα τέλη του 2011 ,εισήχθη το σύστημα πληρωμών των ΚΕΝ (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία), το οποίο αποτελεί την ελληνική εκδοχή των DRGs και καταργήθηκαν, αντίστοιχα, τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις. Το εν λόγω εγχείρημα, βασίστηκε στην αυστραλιανή εκδοχή των DRGs και επιλέχθηκε η ταξινόμηση AR-DRG version 6, η οποία μεταφράστηκε προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα. Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία .Ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-ΚΕΝ, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί ορθά, διασπάστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.

Τα ΚΕΝ αποτελούν έναν γενικευμένο τιμοκατάλογο νοσηλειών, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Τα στοιχεία αυτά ανταποκρίνονται στους μέσους όρους νοσηλειών, και χρησιμοποιούνται για την ταχεία και εύκολη τιμολόγηση των περιστατικών, ανεξάρτητα του ακριβούς αριθμού χρεώσεων και του ακριβούς κόστους νοσηλείας που πραγματικά υπήρξε. Σημειώνεται ότι η λογική των DRGs είναι η λογική του μέσου όρου. Συνεπώς, η ΜΔΝ αποτελεί πραγματικά αυτό που υποδηλώνει ο ορισμός της. Δηλαδή, π.χ. τρία περιστατικά που εντάσσονται στο ίδιο ΚΕΝ για αποζημίωση μπορεί να έχουν διαφορετική ΜΔΝ το καθένα, ακόμη και διαφορετική από τη ΜΔΝ που ορίζεται για το ΚΕΝ, αλλά ο μέσος όρος να συγκλίνει προς την οριζόμενη για το ΚΕΝ ΜΔΝ. Τα συστήματα άλλων χωρών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο αποζημίωσης των DRGs εδώ και χρόνια, έχουν αναπτύξει τον άκρως απαραίτητο και

---

[16] *POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy 2013, 109:14–22*

[17] *Xenos P, Nektarios M, Polyzos N, Yfantopoulos, J. Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. Archives of Hellenic Medicine, 2014; 31(2):172–185*

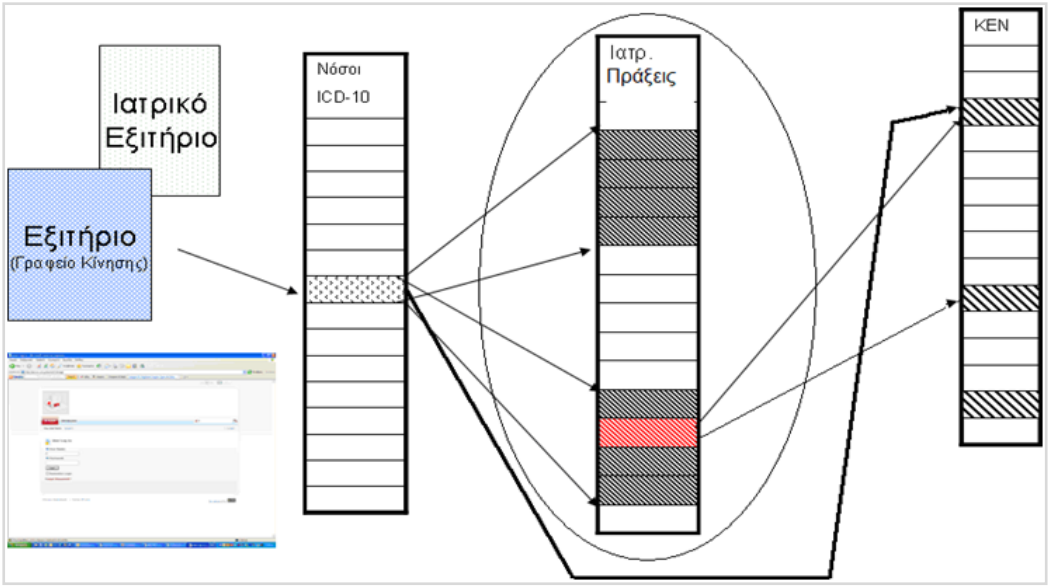
[18] *Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα, ΕΣΔΥ, Δεκέμβριος 2011*

[19] *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.), Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,09/2011*

[20] *Ελληνικό Ινστιτούτο DRG | Greek DRG Institute, https://instdrg.gr/%ce%b5%ce%bb%ce%bb%ce%b7%ce%bd%ce%b9%ce%ba%cf%8c-%ce%b4%ce%af%ce%ba%cf%84%cf%85%ce%bf-drg/*

κατάλληλο μόνιμο μηχανισμό παρακολούθησης όλων των νοσοκομειακών περιστατικών, και αναθεώρησης των DRGs τόσο όσον αφορά στο κόστος όσο και στη ΜΔΝ. Συνεπώς, η εκάστοτε ΜΔΝ βασίζεται σε αξιόπιστα πρωτογενή στοιχεία μεγάλου αριθμού (π.χ. στη Γερμανία καταγράφονται περί τα 18.000.000 περιστατικά νοσοκομειακής νοσηλείας κατ' έτος τα οποία αναλύονται). Έτσι, η ΜΔΝ είναι απόλυτα τεκμηριωμένη. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα παρόμοια δυνατότητα μηχανογραφικής παρακολούθησης και ανάλυσης των νοσοκομειακών περιστατικών ώστε η ΜΔΝ των ΚΕΝ να αποτελεί ένα απόλυτα τεκμηριωμένο στοιχείο. Ο μόνιμος μηχανισμός παρακολούθησης και ανάλυσης των στοιχείων από την εφαρμογή των ΚΕΝ στην Ελλάδα θα δώσει λύση στο πρόβλημα αυτό.

***Σχήμα 2.1:*** *Διαδικασία επιλογής ΚΕΝ*




*Πηγή: Εγκύκλιος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας, 2011*

Για την επιλογή του κατάλληλου ΚΕΝ θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να συμπληρώνει το εξιτήριο του ασθενή όπου αναγράφεται η διάγνωση (ICD – 10) εξόδου και η ιατρική πράξη και έπειτα το λογιστήριο ασθενών χρησιμοποιώντας την εφαρμογή αντιστοίχισης ΚΕΝ – ICD-10 –Ιατρικών Πράξεων του υπουργείου υγείας να επιλέγει το ΚΕΝ

Κάτω από τις σημαντικές δημοσιονομικές πιέσεις της περιόδου, έγινε προσπάθεια ανάπτυξης των απαιτούμενων υποδομών από τις αρμόδιες αρχές (συγκρότηση των απαιτούμενων ομάδων εργασίας, υιοθέτηση συστήματος DRGs μετά από έρευνα ξένων συστημάτων, μετάφραση και απόδοση στα ελληνικά της απαραίτητης ορολογίας, σύνδεση των DRGs με κωδικούς διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων, κοστολόγηση, εκτίμηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας, ανάπτυξη διαδικασιών, κτλ) ώστε, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα σε σχέση με άλλες χώρες, να εισαχθεί και να εφαρμοσθεί και στη χώρα μας η παραπάνω μεθοδολογία τιμολόγησης.

Με βάση τα παραπάνω και την Εγκύκλιο του ΓΓ ΥΥΚΑ (Αρ. Πρωτ. 94622, 23/08/2011), από 9/9/2011 ξεκίνησε η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε μία ομάδα 20 πιλοτικών Νοσοκομείων με σκοπό τη σταδιακή εξοικείωση με τη διαδικασία, την απόκτηση

εμπειρίας και την κατά το δυνατόν ομαλή μετάβαση στη νέα τιμολόγηση, ενώ από 1/10/2011 ξεκίνησε η πρότυπη εφαρμογή σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ.

Συμπερασματικά, τα ΚΕΝ εφαρμόστηκαν χωρίς να δοθεί το απαραίτητο χρονικό διάστημα προσαρμογής στην ελληνική πραγματικότητα, εγείροντας τα αντανακλαστικά των αρμόδιων αρχών να δημιουργήσουν τα ΚΕΝ, καθώς βρισκόταν σε μια συνεχή προσπάθεια διόρθωσής τους, αφού απουσίαζαν εμπειρικά δεδομένα και υπήρχε σαφής δυσχέρεια στη συλλογή τους. Επιπλέον, η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να αποζημιώσει βάσει αυτού του συστήματος οδήγησε στην αύξηση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων, δημιουργώντας ένα επιπλέον πρόβλημα στον προϋπολογισμό τους. Η ανάγκη αναμόρφωσης του συστήματος αποζημίωσης ήταν εμφανής και οδήγησε σε μία νέα προσπάθεια δόμησης της μεθόδου τιμολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών βασιζόμενη στα γερμανικά DRGs. Με την τεχνική υποστήριξη του ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2019 η πιλοτική κωδικοποίηση και συλλογή δεδομένων από 18 νοσοκομεία προκειμένου να διαμορφωθεί ένας αξιόπιστος κατάλογος των Ελληνικών DRGs και να αποδίδει μία δίκαιη τιμή ανά κατηγορία, που να ανταποκρίνεται στο πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρακάτω , παρατίθεται η φόρμουλα αποζημίωσης με βάση το σύστημα GR-DRG.

Τιμή ανά DRG = cost weight *base rate* adjustment factor

Ο συντελεστής βαρύτητας (cost weight)εκφράζει το μέσο σχετικό κόστος της ομάδας DRG και αναθεωρείται ετήσια στην βάση των μεταβολών των παραμέτρων κόστους, τεχνολογίας και ιατρικής πρακτικής . Ο συντελεστής βάσης (base rate) σχετίζεται με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους για την λειτουργία του συστήματος υγείας. Ο δείκτης προσαρμογής (adjustment factor) δίνει την δυνατότητα επιδότησης νοσοκομείων (απομακρυσμένες περιοχές – νησιά, πανεπιστημιακά) διασφαλίζοντας την καθολική και ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού, καθώς και την ποιότητα στην εκπαίδευση και προώθηση της έρευνας.

Για τον υπολογισμό των συντελεστών βαρύτητας κόστους είναι απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η συλλογή αξιόπιστων στοιχείων κόστους από τα νοσοκομεία προκειμένου να αναπτυχθεί και να ενημερωθεί το σύστημα DRG και να καθοριστεί δίκαιη αποζημίωση.

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

*3.1 Μεθοδολογία –Σκοπός Έρευνας*

Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups, DRGs) αποτελούν ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, το οποίο αποσκοπεί στην ενίσχυση της νοσοκομειακής αποδοτικότητας, μέσω της ακριβέστερης τιμολόγησης της νοσηλείας των ασθενών. Εισήχθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του ’80 και στη συνέχεια υιοθετήθηκε από τις υπόλοιπες χώρες τις Ευρώπης, οι οποίες το προσάρμοσαν σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες και το εφαρμόζουν μέχρι σήμερα. Η μέθοδος DRG αποτελεί έναν μηχανισμό κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, ο οποίος παράλληλα αποθαρρύνει την παροχή της περιττής (μη αναγκαίας) ιατρικής περίθαλψης και ενθαρρύνει, αντίστοιχα, την οικονομικά αποδοτική παροχή της κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης. Η μέθοδος των DRGs, ταυτόχρονα με την κατάλληλη μηχανοργάνωση που απαιτείται, αποσκοπεί στην υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα παρακολούθησης και ελέγχου του έργου των ιατρών.

Στην Ελλάδα αυτή η μέθοδος εισήχθηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 2011, με την μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), ως επιβεβλημένη ανάγκη και εφαρμόζεται μέχρι σήμερα με κύριο σκοπό τον περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους. Από το 2018 επιχειρείται η ανάπτυξη του Ελληνικού Συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRG), σε πρώτη φάση στα 18 πιλοτικά νοσοκομεία τα οποία έχουν καθοριστεί με Κοινή Υπουργική Απόφαση. Για την ανάπτυξη του ελληνικού συστήματος DRG έχουν ήδη (από το 2014) αγοραστεί οι άδειες χρήσης του γερμανικού συστήματος και η χώρα μας θα κάνει χρήση της τεχνικής βοήθειας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αποτύπωση της γνώμης των διοικητικών στελεχών των νοσοκομείων σε σχέση με την εφαρμογή των ΚΕΝ και την επικείμενη εφαρμογή του νέου συστήματος DRGs, με στόχο τη διερεύνηση του βαθμού ετοιμότητας των νοσοκομείων της Ελλάδας, για την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Επιπλέον, η μεθοδολογία της έρευνας βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο το οποίο αναπτύχθηκε βασιζόμενο σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο του Ελληνικού Ινστιτούτου DRG και στάλθηκε ηλεκτρονικά στις διευθύνσεις των νοσοκομείων, προκειμένου να απαντηθούν από τους Διοικητές όλων των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας.

Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε ηλεκτρονικά στις 3/04/19 στους 87 Διοικητές των Δημόσιων νοσοκομείων καθώς και στις Διοικήσεις 3 ιδιωτικών κλινικών. Μέχρι τις 24/05/19 συγκεντρώθηκαν 33 απαντημένα ερωτηματολόγια από τους Διοικητές των παρακάτω νοσοκομείων.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ιατρικό (κλινικές) | ΓΝ ΚΑΤ | ΓΝ Ερυθρός Σταυρός | ΓΝ Ιπποκράτειο Αθηνών |
| Διαβαλκανικό | ΓΝ Σισμανόγλειο | ΓΝ Ρεθύμνου | ΓΝ Καρπενησίου |
| ΓΝ Κέρκυρας | ΓΝ Αγ. Ανάργυροι | ΓΝ Σάμου | ΓΝ Κυθήρων |
| ΓΝ Κως | ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας | ΓΝ Σύρου | ΓΝ Αγία Όλγα |

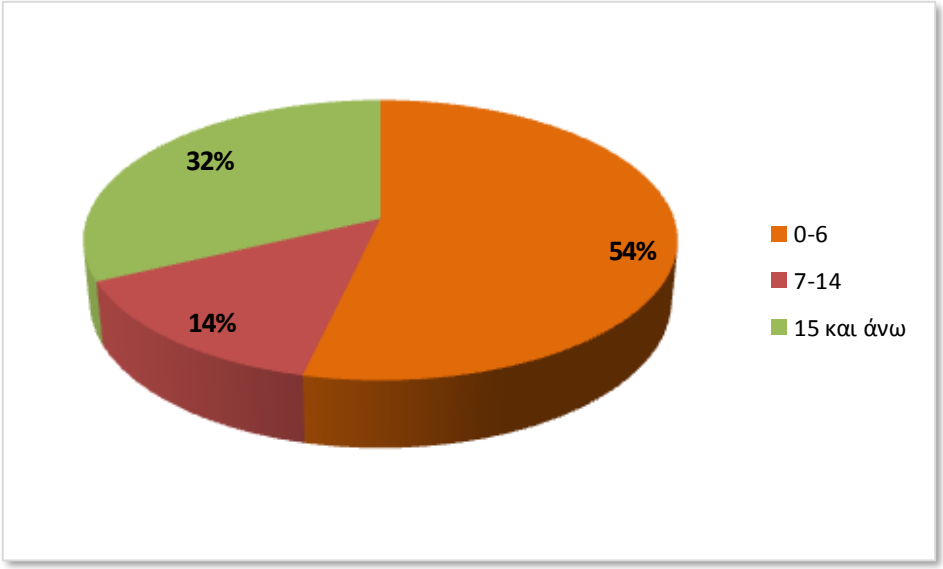
| | | | |
|---|---|---|---|
| ΓΠΝ Λαϊκό | ΓΝ Βέροιας | ΓΝ Χανίων | ΓΝ Βενιζέλειο-ΓΠΝ ΠΑΓΝΗ |
| ΓΝ Κρατικό Γεννηματάς | ΓΝ Φλώρινας | ΓΝ Γεννηματάς Θεσ/νίκης | ΓΝ Σητείας |
| ΓΠΝ Αττικόν | ΓΝ Ελπίς | ΓΠΝ Πατρών | ΓΝ Παπαγεωργίου |
| ΓΝ Ικαρίας | ΓΝ Ευαγγελισμός | ΓΠΝ Τζάνειο | ΓΝ Ικαρίας |
| ΓΝ Σωτηρία | | | |

Ακολουθεί στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των απαντήσεων με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος IBM SPSS. Στις περιπτώσεις μερικής μη απόκρισης χρησιμοποιήθηκαν, μέθοδοι αντιμετώπισης ελλιπών τιμών. Από την ανάλυση των δεδομένων που θα προκύψουν αναμένεται να αποσαφηνιστούν τα προβλήματα που οδήγησαν στη μη εφαρμογή ,μέχρι σήμερα, ενός αποτελεσματικού συστήματος αποζημιώσεων των νοσοκομείων . Τέλος, προτείνονται παρεμβάσεις για την αποτελεσματική ενσωμάτωση του συστήματος των DRGs, στο σύστημα υγείας της χώρας μας.

*3.2 Αποτελέσματα Έρευνας*

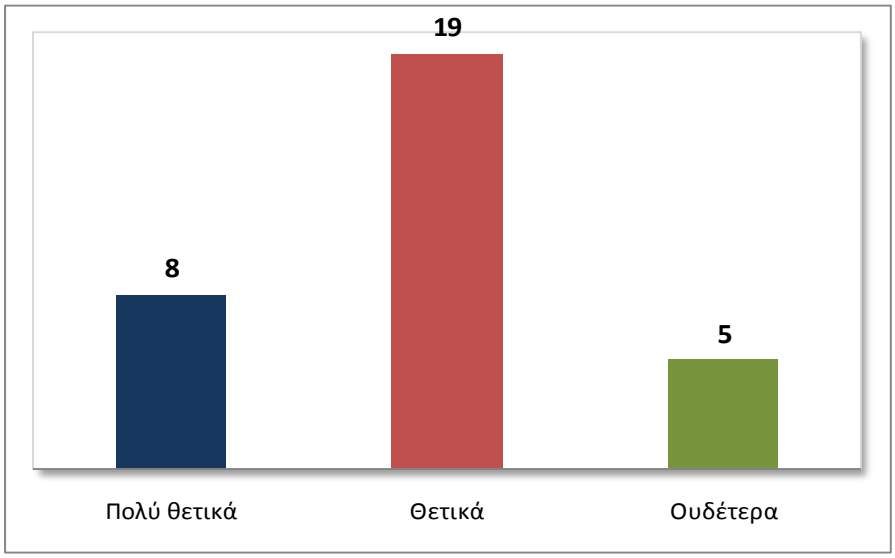
Από το σύνολο των Διοικητών του δείγματος ,όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, το 54% αυτών έχει υπηρετήσει σε θέση ευθύνης κάτω από 7 έτη, ενώ το 32% ξεπερνά τα 14 έτη εμπειρίας σε θέση ευθύνης.

***Διάγραμμα 3.1:*** *Έτη σε θέση ευθύνης*

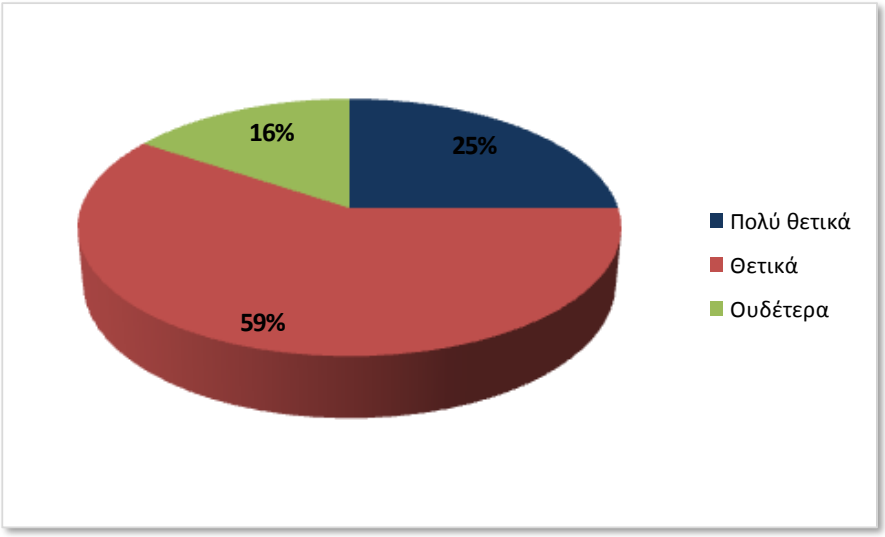



**Ερώτηση 1.** Πως πιστεύετε ότι επηρέασε η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας;

***Διάγραμμα 3.2 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 1*



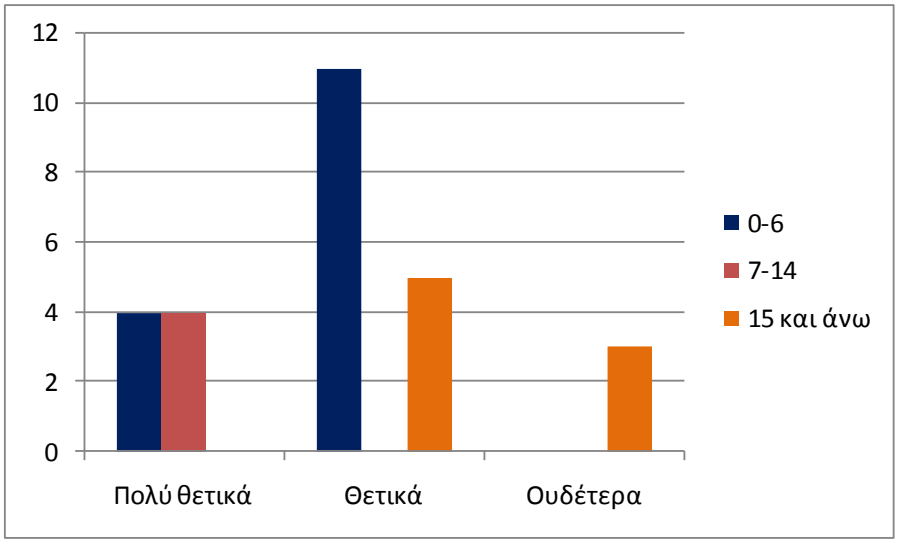
***Διάγραμμα 3.3 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 1*




Πάνω από το 60% των ερωτηθέντων Διοικητών αναφέρουν την θετική επιρροή του συστήματος των ΚΕΝ στη λειτουργία των νοσοκομείων.

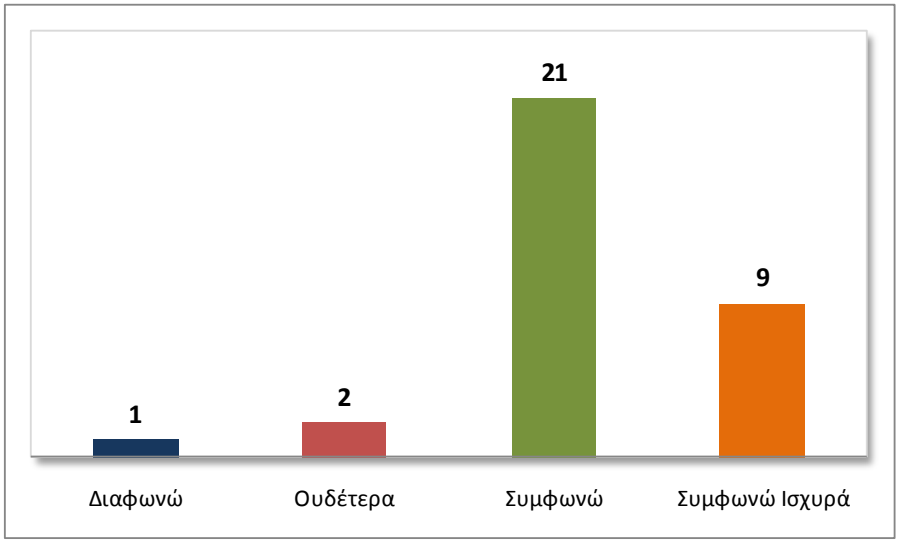
Το 55% των διοικητών που πιστεύουν ότι η εισαγωγή του νέου συστήματος στα δημόσια νοσοκομεία επέδρασε θετικά στη λειτουργία των νοσοκομείων, έχουν τελέσει έως και 6 έτη σε θέση ευθύνης. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των Διοικητών που έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης έως και 6 έτη και αυτών που έχουν υπηρετήσει πάνω από 6 έτη (mean difference :0,733, Sig. 020).

***Διάγραμμα 3.4:*** *Συσχέτιση ετών ευθύνης με απαντήσεις στην ερώτηση 1*

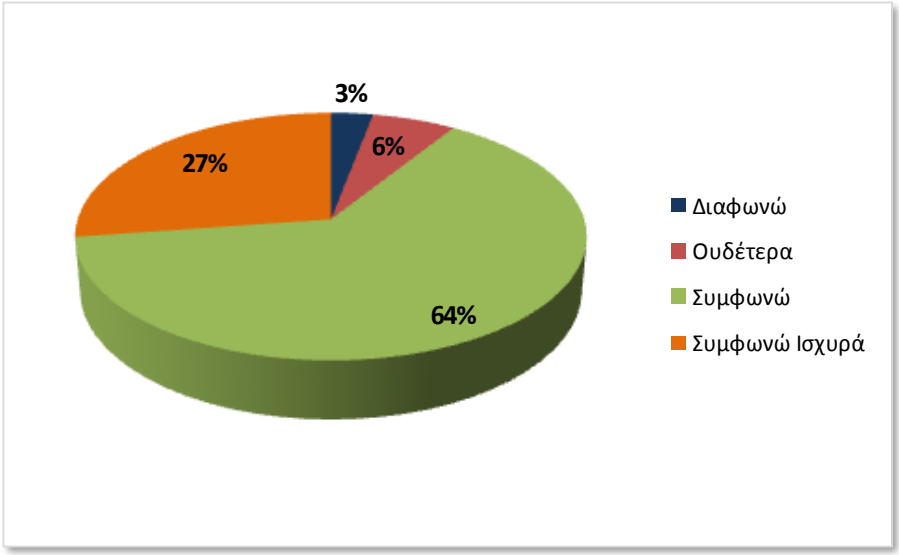



**Ερώτηση 2.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ βελτίωσε τον τρόπο τιμολόγησης των παραγόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου σας;

***Διάγραμμα 3.5:****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 2*




***Διάγραμμα 3.6 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 2*




Συνολικά, οι Διοικητές του δείγματος συμφωνούν πως η εφαρμογή του συστήματος των ΚΕΝ συνέβαλλε στη βελτίωση του τρόπου τιμολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε ποσοστό 64%. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες

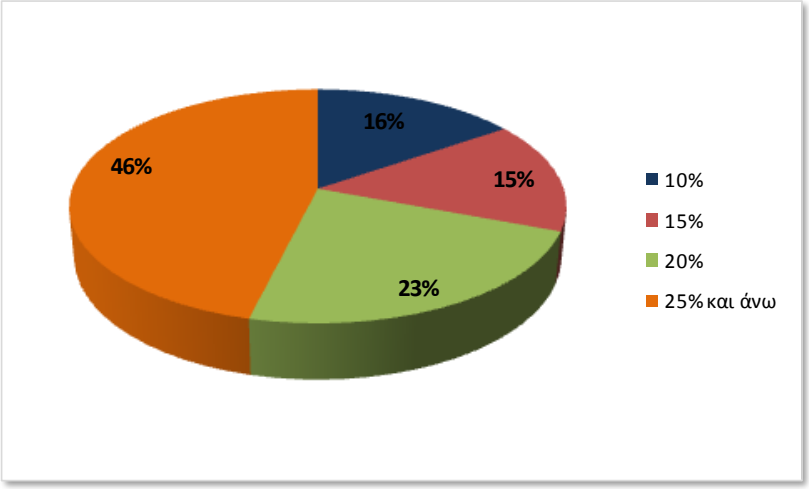
**Ερώτηση 3i.** Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι υψηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ ;

***Πίνακας 3.1 :*** *Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 3i*

| | Απόλυτη Συχνότητα | Ποσοστό |
|---|---|---|
| ΝΑΙ | 27 | 84,4 % |
| ΟΧΙ | 5 | 15,6 % |

**Ερώτηση 3ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό;

***Διάγραμμα 3.7 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 3ii*




Το 84% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το πραγματικό κόστος των νοσοκομείων στα οποία υπηρετούν είναι υψηλότερο σε σχέση με τις τιμές των ΚΕΝ και μάλιστα το 46% αυτών κρίνει πως η αναντιστοιχία ξεπερνά 25%.

Ενώ αντίθετα, όπως αποτυπώνεται στα αποτελέσματα των απαντήσεων της παρακάτω ερώτησης το 35% πιστεύει πως το πραγματικό κόστος νοσηλείας είναι μικρότερο σε σχέση με αυτό που ορίζεται από τα ΚΕΝ. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες

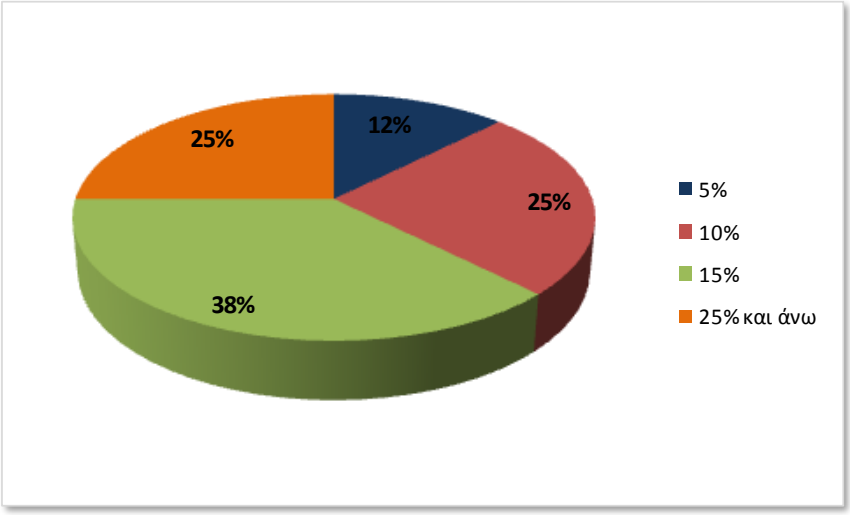
**Ερώτηση 4i.** Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι χαμηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ;

***Πίνακας 3.2:*** *Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 4i.*

| | Απόλυτη Συχνότητα | Ποσοστό |
|---|---|---|
| ΝΑΙ | 9 | 34,6% |
| ΟΧΙ | 17 | 65,4% |

**Ερώτηση 4ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό;

***Διάγραμμα 3.8 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 4ii.*



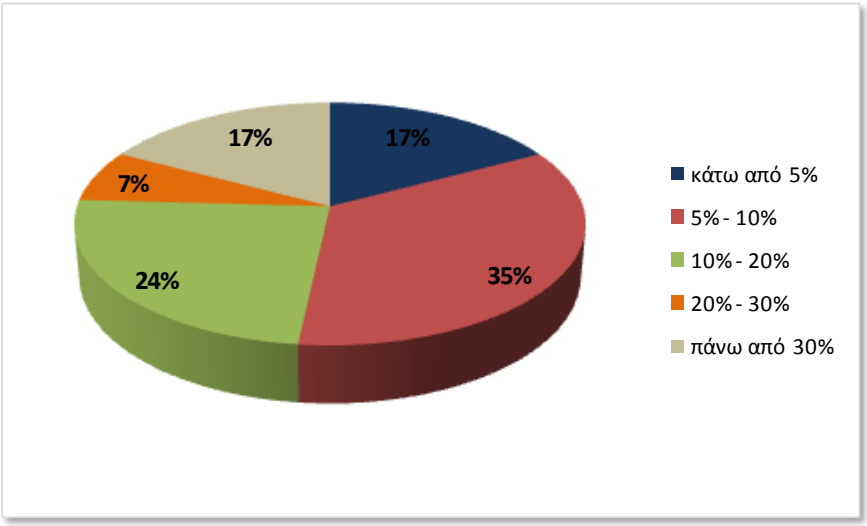

**Ερώτηση 5i.** Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ;

***Πίνακας 3.3 :*** *Απόλυτη και σχετική συχνότητα ερώτησης 5i.*

| | Απόλυτη Συχνότητα | Ποσοστό |
|---|---|---|
| ΝΑΙ | 30 | 93,8% |
| ΟΧΙ | 2 | 6,2% |

**Ερώτηση 5ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό;

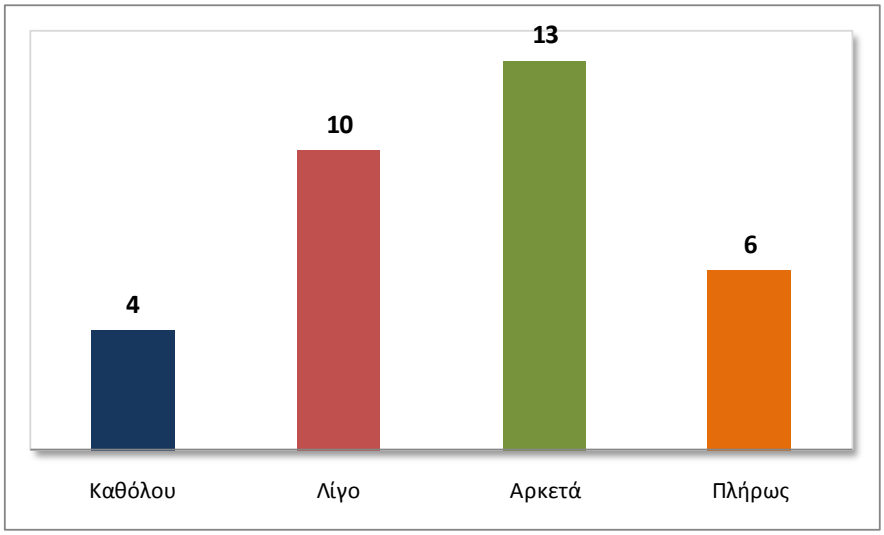
***Διάγραμμα 3.9 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 5ii.*



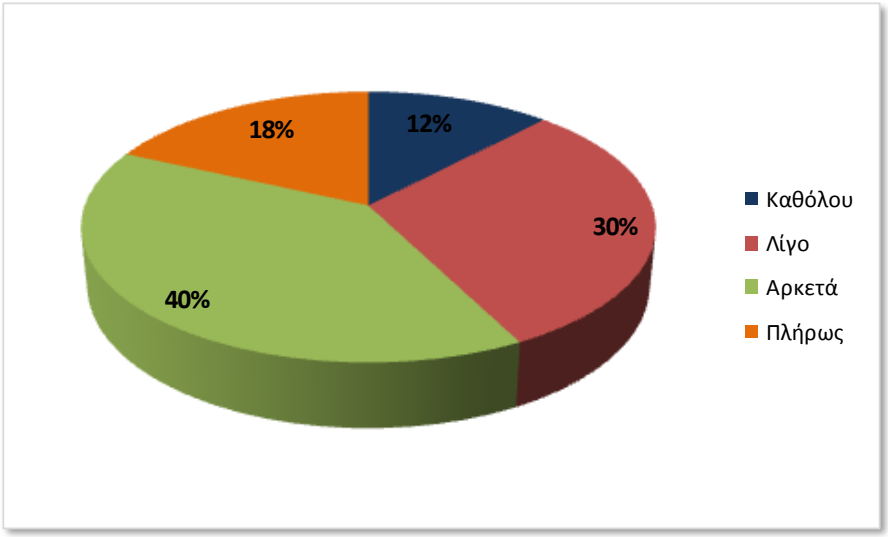
Το σύνολο των Διοικητών του δείγματος εκτιμά ότι υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ(93,8%) και μάλιστα κρίνεται πως οι περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα ΚΕΝ ξεπερνούν το 5%. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 6.** Πραγματοποιείται η αντιστοίχιση του ICD10 και του ΚΕΝ κάθε περιστατικού από το ιατρικό προσωπικό στο Νοσοκομείο σας;

***Διάγραμμα 3.10 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 6*



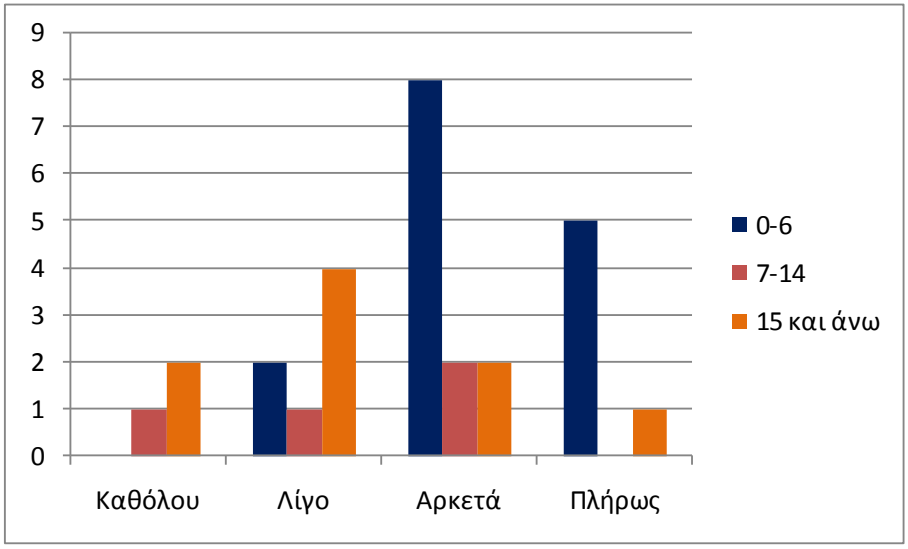

***Διάγραμμα 3.11 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 6*



Το 40% των ερωτηθέντων απαντούν πως το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου τους πραγματοποιούν σε αρκετό βαθμό την αντιστοίχιση του ICD10 και του ΚΕΝ, ενώ το 12% απαντούν πως δεν πραγματοποιούν καμία αντιστοίχιση.

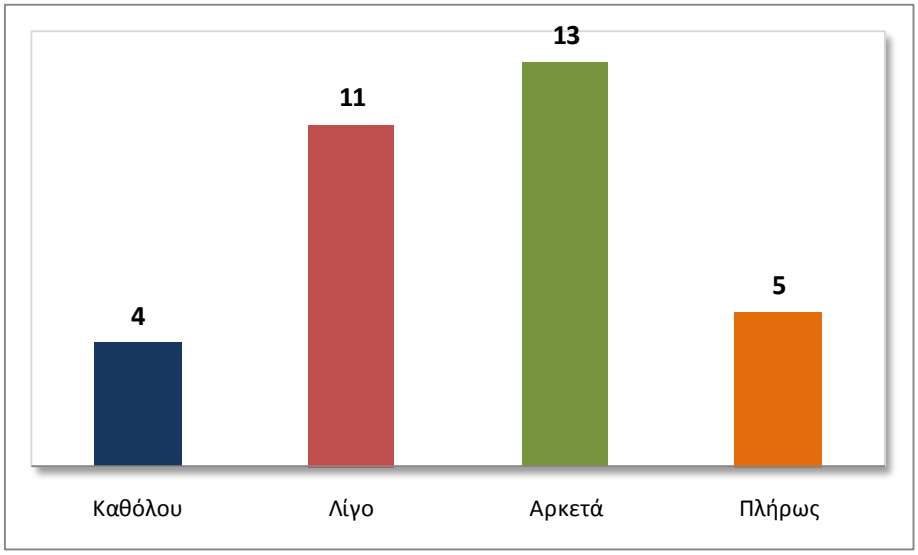
Το πλήθος των ερωτηθέντων που απαντούν πως πραγματοποιείται αντιστοίχιση μεταξύ του ICD10 και του ΚΕΝ στο νοσοκομείο τους σε αρκετό βαθμό και πλήρως έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης κάτω από 7 έτη. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των Διοικητών που έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης έως και 6 έτη και αυτών που έχουν υπηρετήσει πάνω από 14 έτη (mean difference :0,978, Sig. 023).

***Διάγραμμα 3.12:*** *Συσχέτιση ετών ευθύνης με απαντήσεις στην ερώτηση 6*

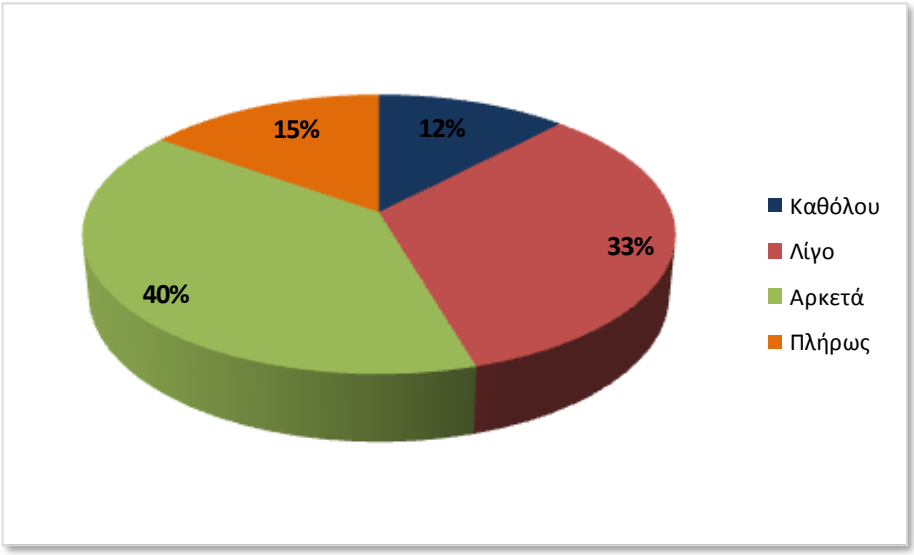



**Ερώτηση 7.** Έχετε ενημερωθεί αρμοδίως για την επικείμενη εφαρμογή του συστήματος των DRGs στα νοσοκομεία της χώρας;

***Διάγραμμα 3.13 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 7*



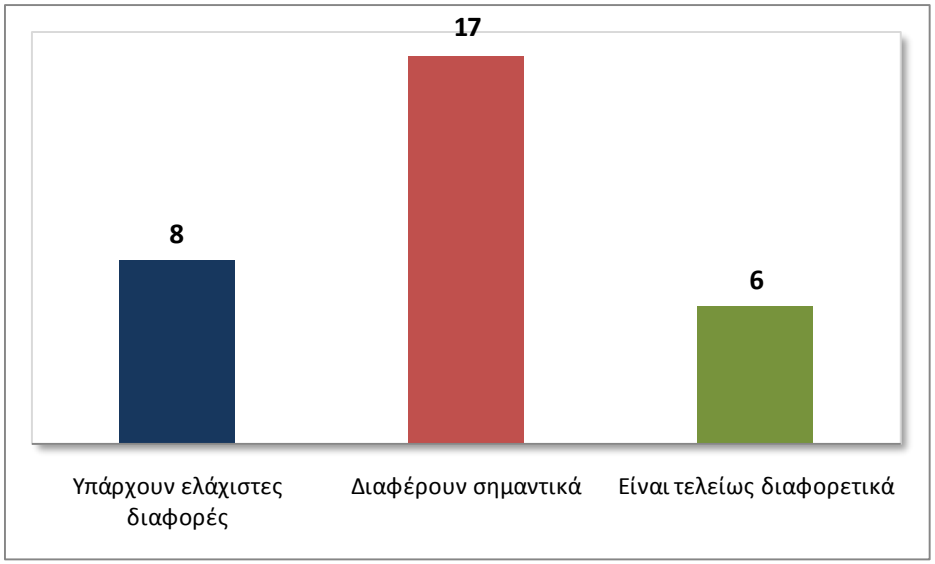
***Διάγραμμα 3.14:*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 7*



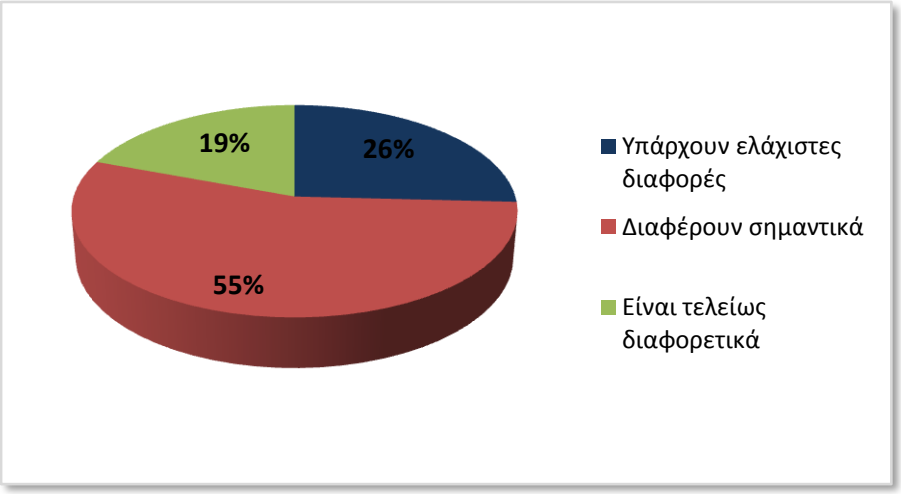

Πάνω από το 40% των ερωτηθέντων απαντούν πως έχουν ενημερωθεί αρμοδίως σε κάποιο βαθμό για την επικείμενη εφαρμογή του νέου συστήματος κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών , ενώ το 12% αυτών απαντά πως δεν έχει λάβει καμία ενημέρωση. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 8.** Θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των ΚΕΝ και των συστημάτων DRGs που χρησιμοποιούνται διεθνώς;

***Διάγραμμα 3.15:*** *Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 8*



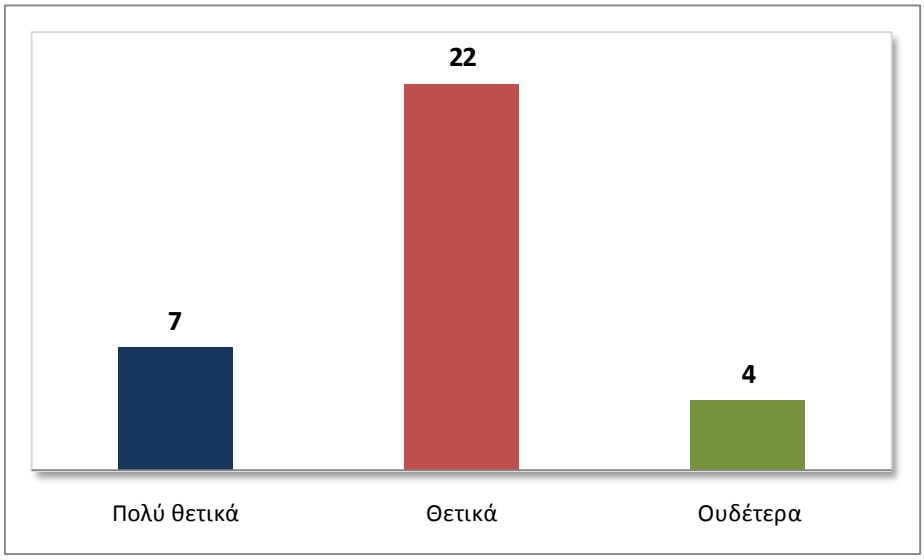
***Διάγραμμα 3.16 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 8*



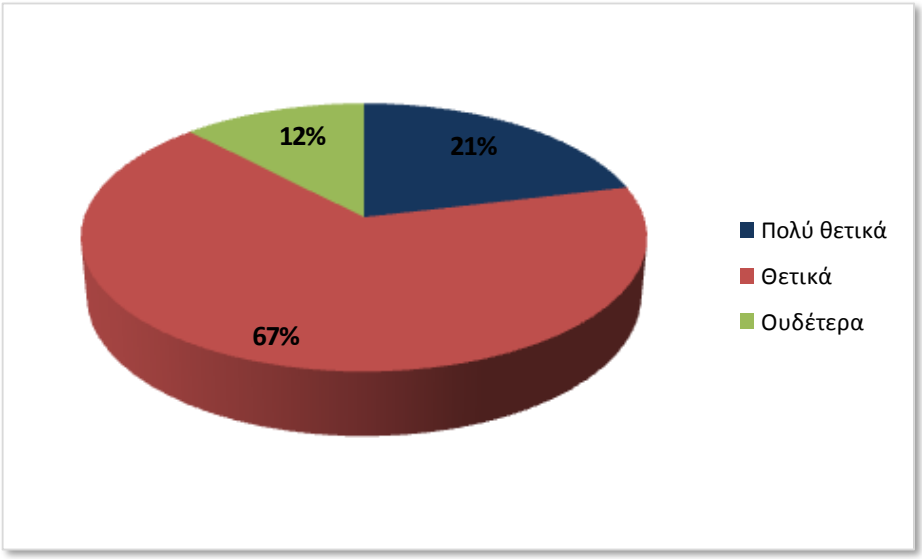

Πάνω από των μέσο όρο των ερωτηθέντων και σε ποσοστό 55% εκτιμά ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ΚΕΝ και των συστημάτων DRGs που χρησιμοποιούνται διεθνώς. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 9.** Πως πιστεύετε ότι θα επηρεάσει η εφαρμογή του συστήματος των DRGs την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του Νοσοκομείου σας ;

***Διάγραμμα 3.17 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 9*



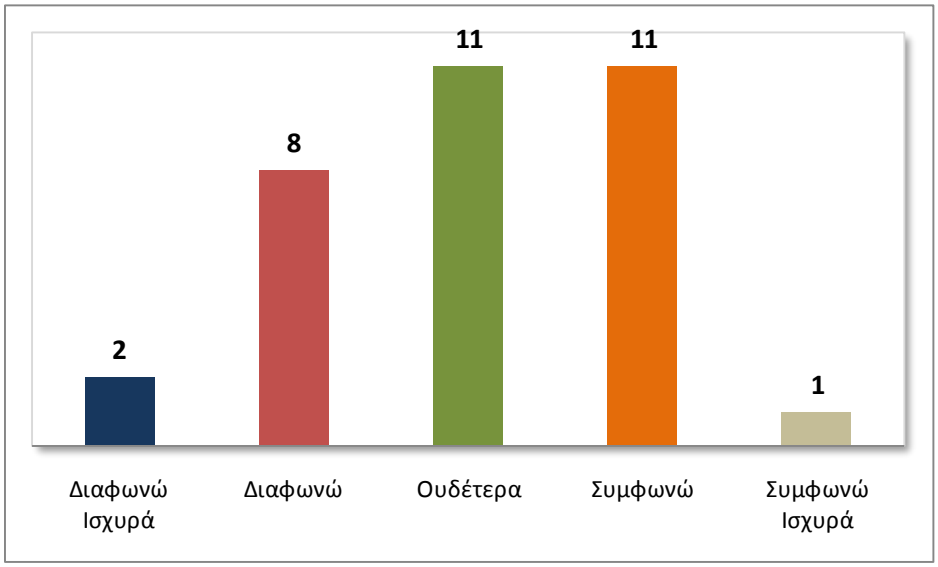
***Διάγραμμα 3.18 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 9*



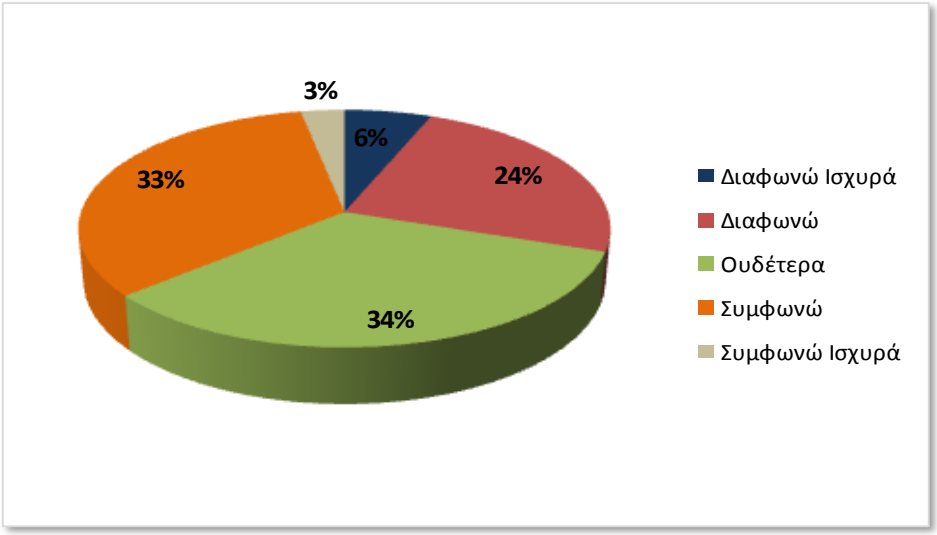

Συνολικά κρίνεται ότι η εφαρμογή του νέου συστήματος των DRGs θα επηρέαζε θετικά την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων σε ποσοστό 67%. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 10.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές στο Νοσοκομείο σας για την εφαρμογή του συστήματος των DRGs ;

***Διάγραμμα 3.19 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 10*



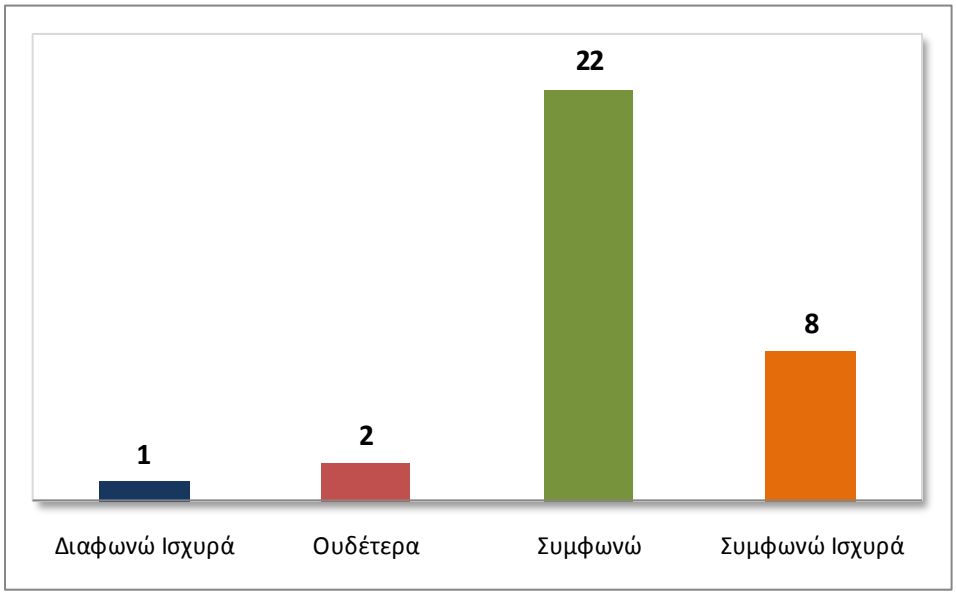
***Διάγραμμα 3.20:*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 10*



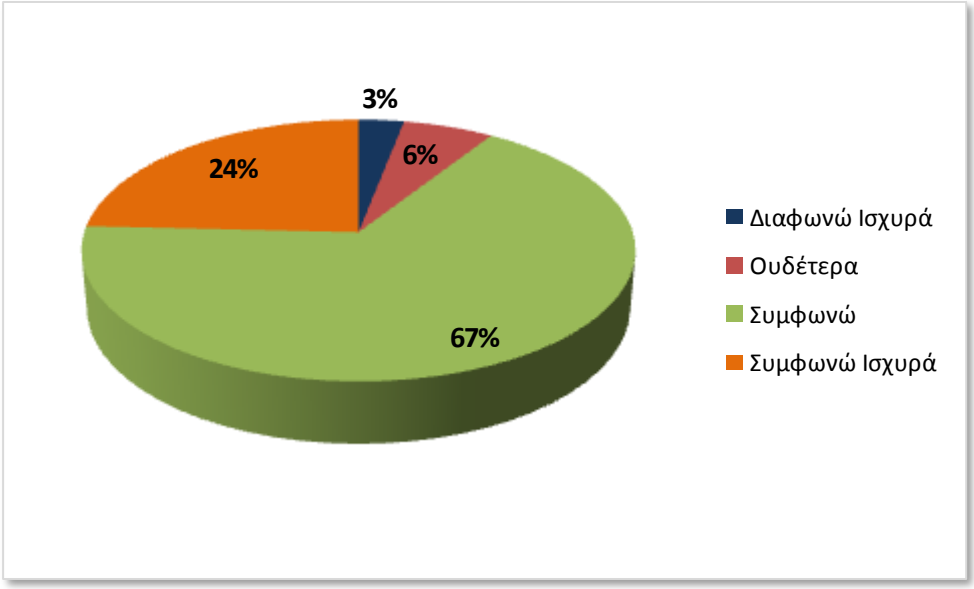

Από το σύνολο των Διοικητών του δείγματος το 33% συμφωνεί ενώ το 24% διαφωνεί ότι υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές στο νοσοκομείο τους για την εφαρμογή του νέου συστήματος τιμολόγησης. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 11 i.**Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην κατάρτιση αντικειμενικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών;

***Διάγραμμα 3.21 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11i.*



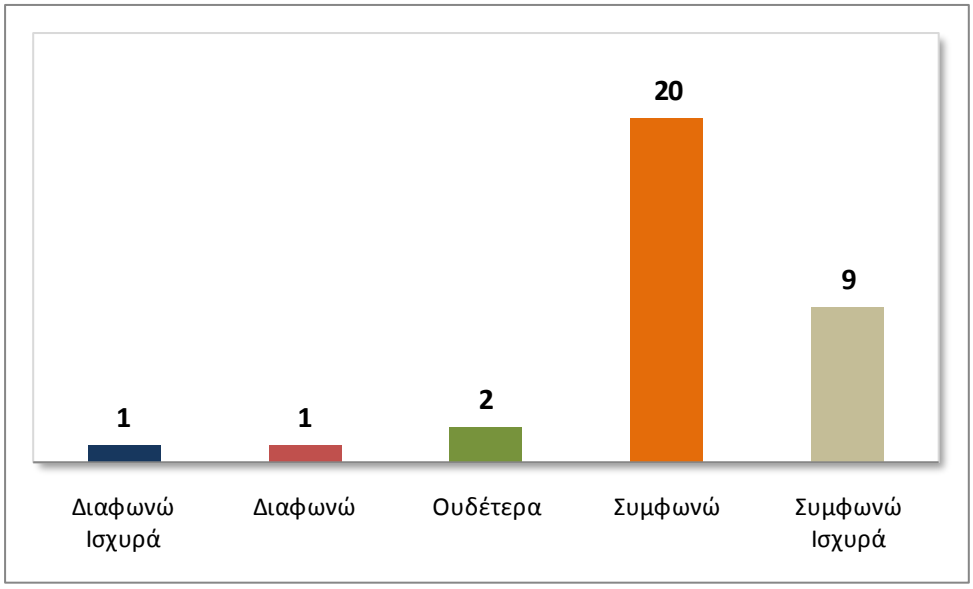
***Διάγραμμα 3.22 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 11i.*



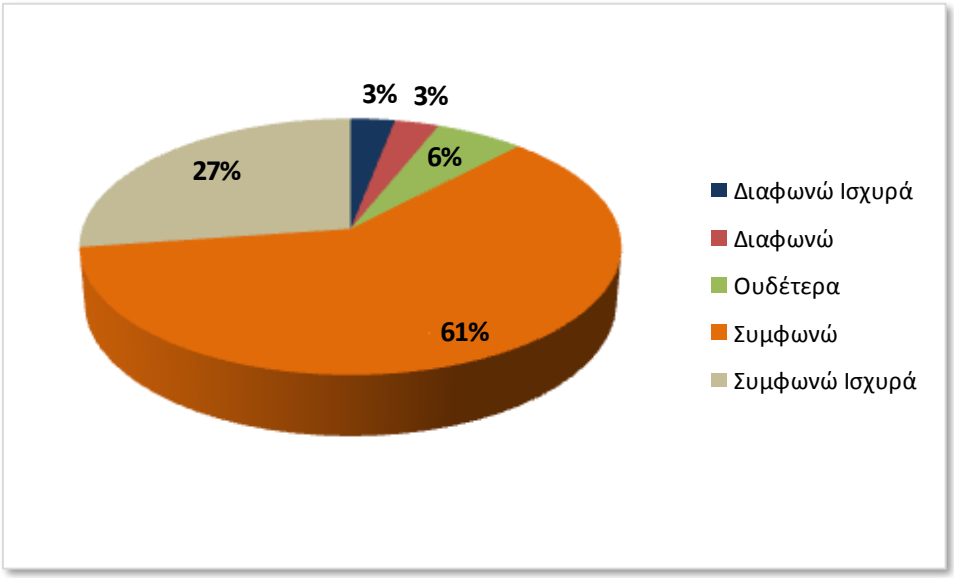

Το σύνολο των Διοικητών του δείγματος εκφράζει τη σύμφωνη γνώμη, για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα στην κατάρτιση αντικειμενικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών , με την εφαρμογή του νέου συστήματος DRGs. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 11 ii.**Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στον καθορισμό δίκαιης τιμής ανά νοσηλεία ή παρέμβαση;

***Διάγραμμα 3.23:****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11ii.*

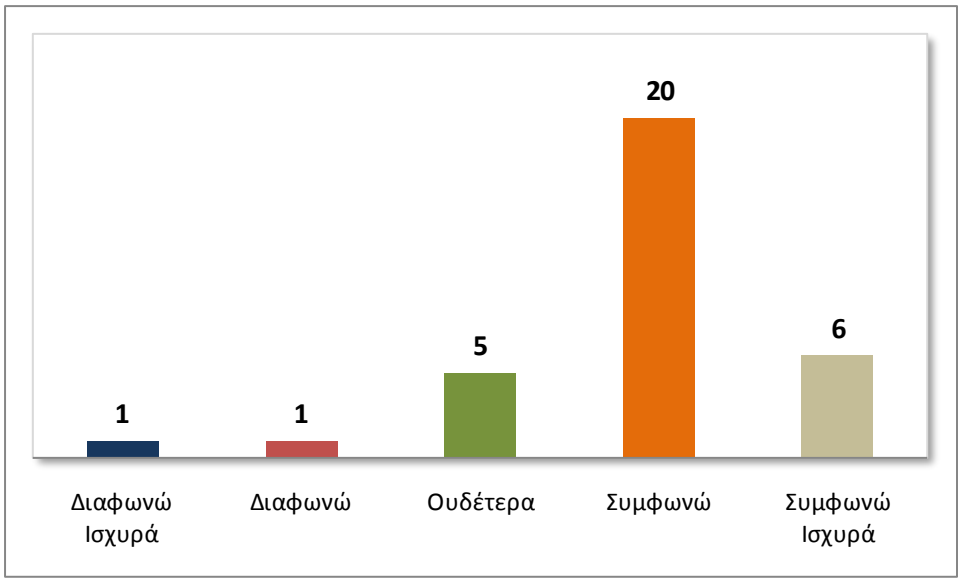


***Διάγραμμα 3.24:*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 11ii.*

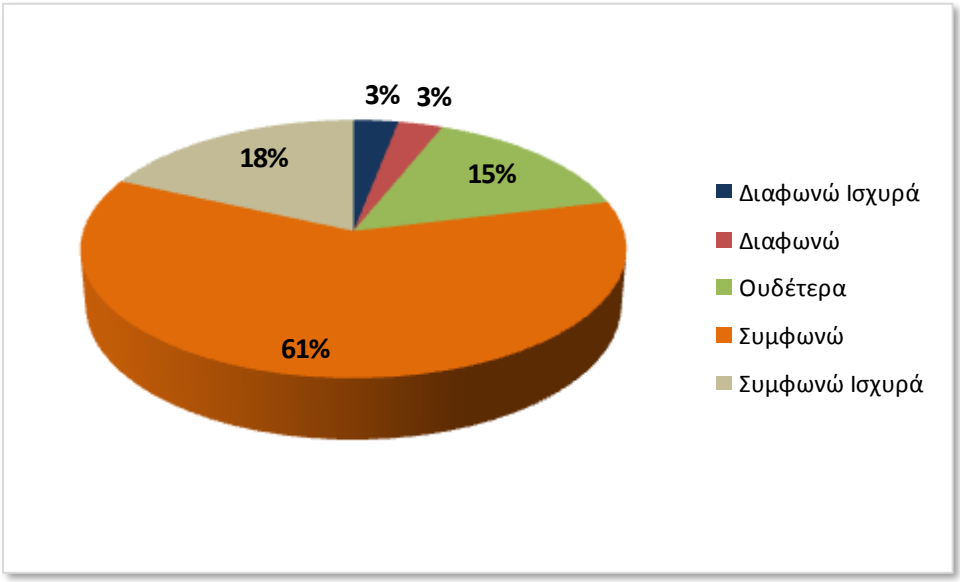



**11 iii.**Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στη χρηματοδότηση του νοσοκομείου;

***Διάγραμμα 3.25 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11iii.*

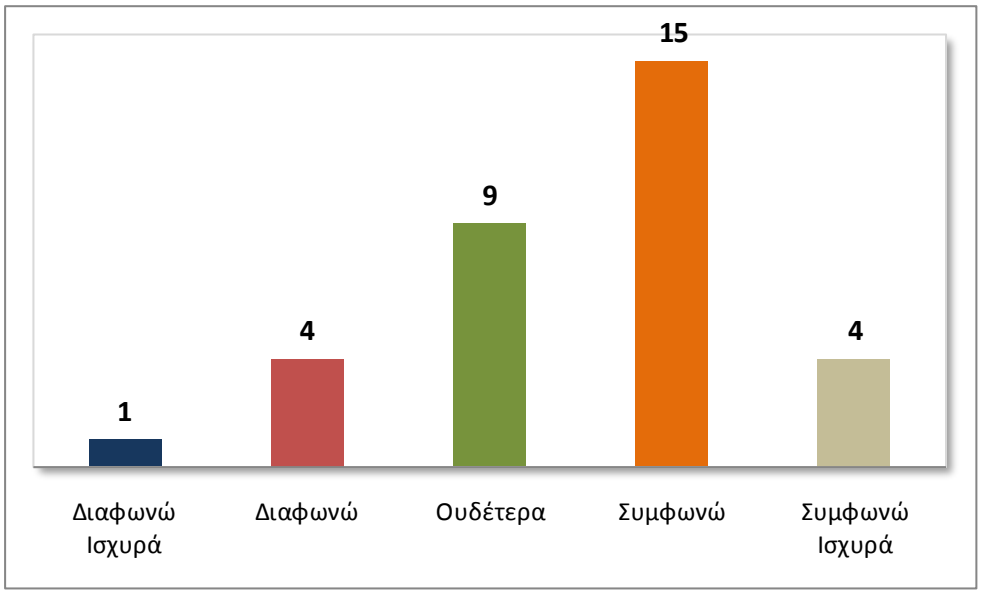


***Διάγραμμα 3.26 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 11iii.*

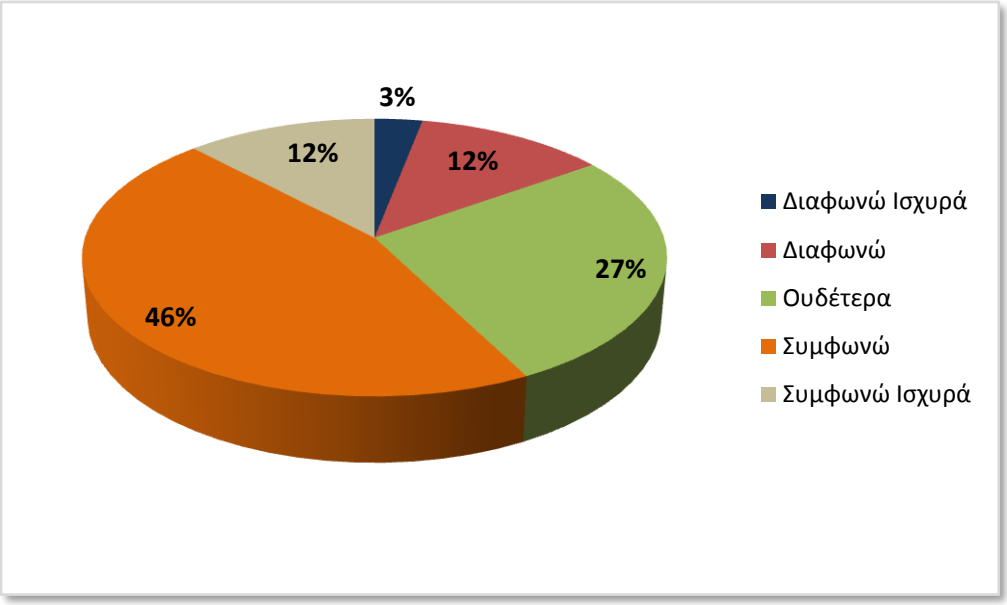



**Ερώτηση 11 iv.**Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας;

***Διάγραμμα 3.27 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11iv.*

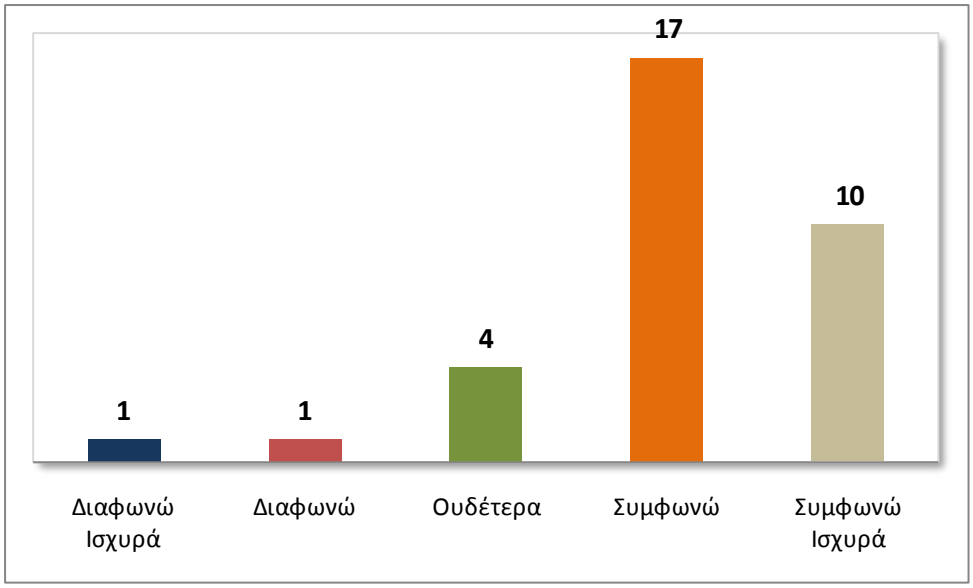


***Διάγραμμα 3.28:*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 11iv.*

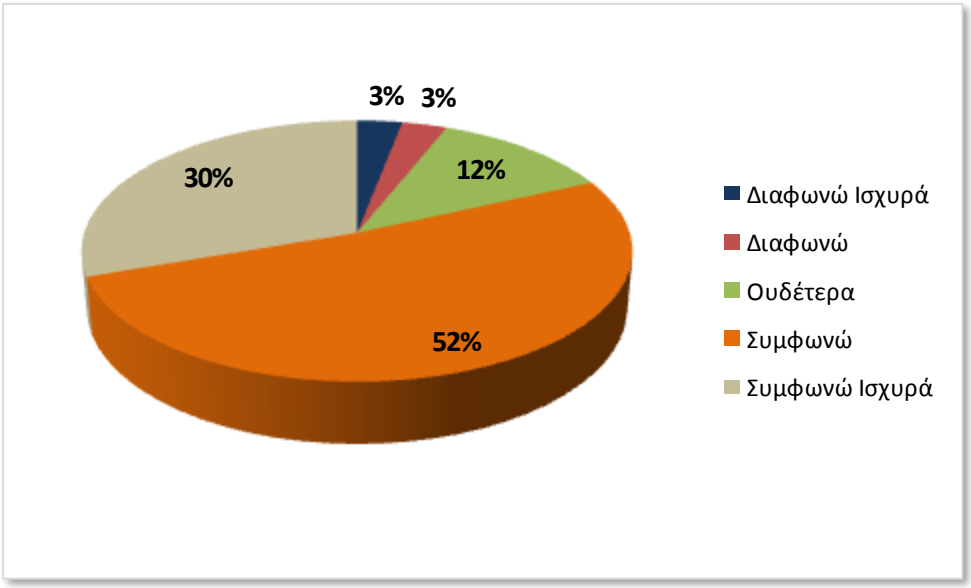



**Ερώτηση 11 v.** Συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην εφαρμογή σύγχρονου management ;

***Διάγραμμα 3.29 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11v.*



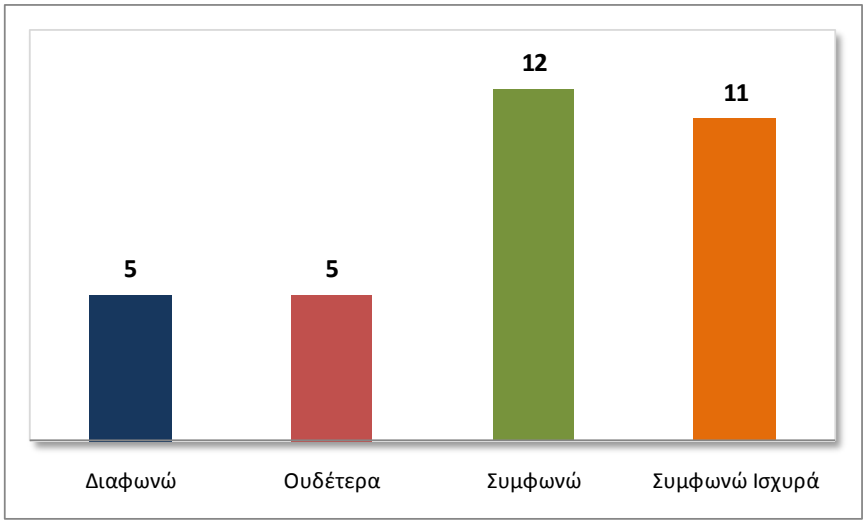
***Διάγραμμα 3.30 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 11ν.*



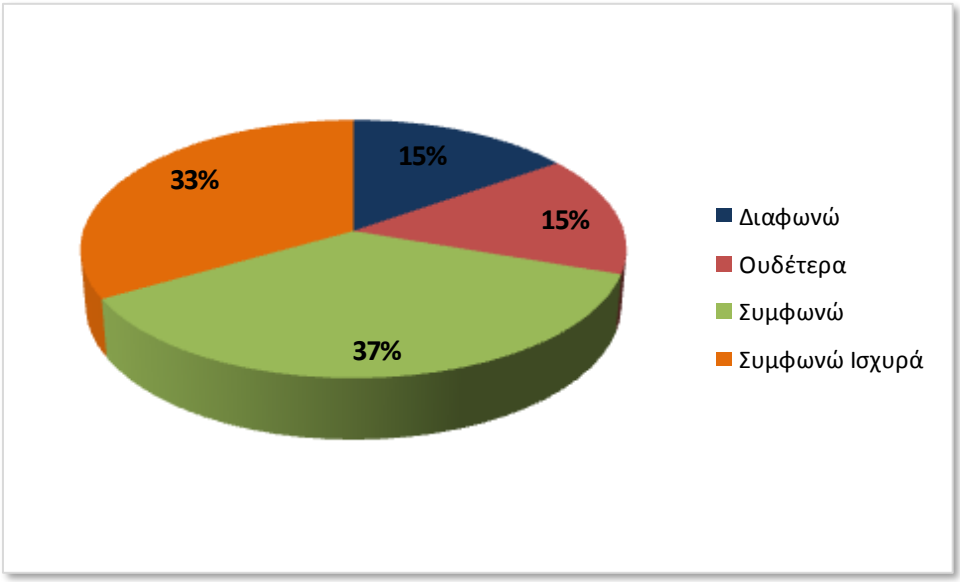

Συνολικά, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων εκφράζεται η συμφωνία ότι η εφαρμογή του νέου συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων θα συμβάλει αποτελεσματικά στην κατάρτιση αντικειμενικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών (67%), στον καθορισμό δίκαιης τιμής ανά νοσηλεία ή παρέμβαση (61%), στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων (61%), στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας (46%) και στην εφαρμογή σύγχρονου management (52%). Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 12.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι το κόστος της μισθοδοσίας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαμόρφωση των DRGs;

***Διάγραμμα 3.31 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 12*



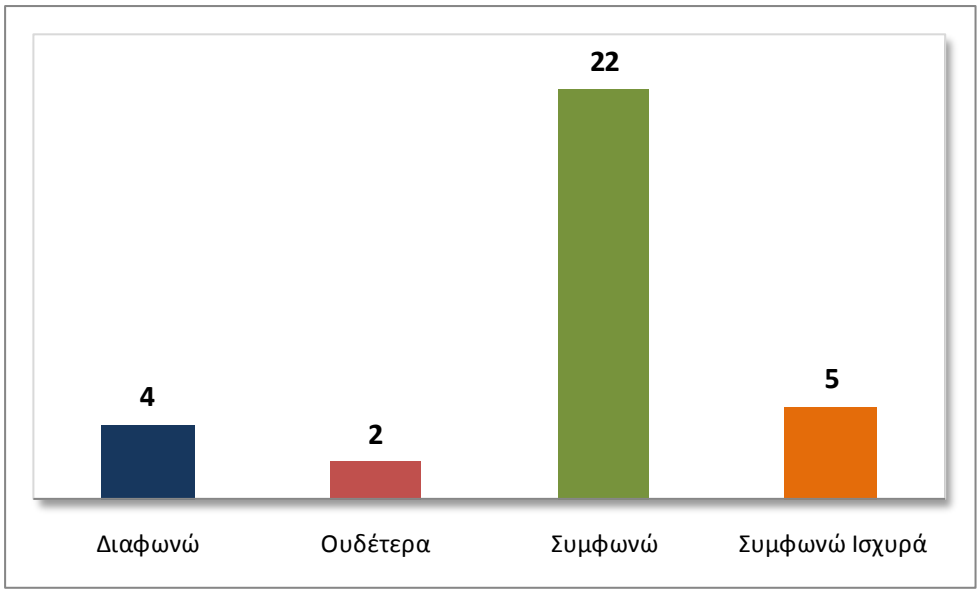
***Διάγραμμα 3.32:*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 12*



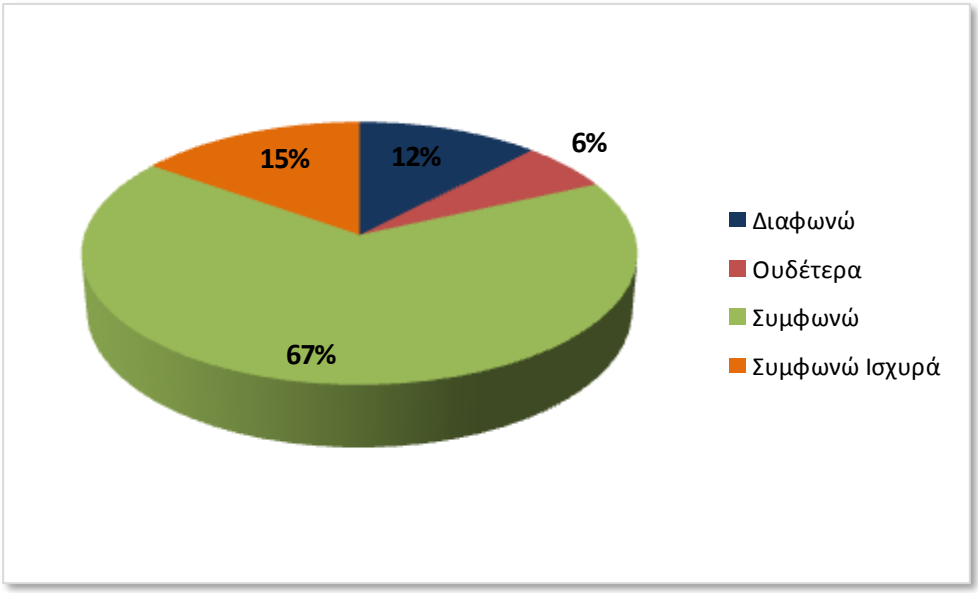

Παρόμοια, με τα αποτελέσματα της ερώτησης 11, παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα της ερώτησης 12, όπου εκφράζεται η συμφωνία(37%) και η ισχυρή συμφωνία των διοικητών (33%) στην αναγκαιότητα να συμπεριληφθεί το κόστος μισθοδοσίας στη διαμόρφωση των DRGs. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης που έχουν υπηρετήσει οι συμμετέχοντες.

**Ερώτηση 13.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα πρέπει προοδευτικά να οδηγήσει στην κατάρτιση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών;

***Διάγραμμα 3.33 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 13*

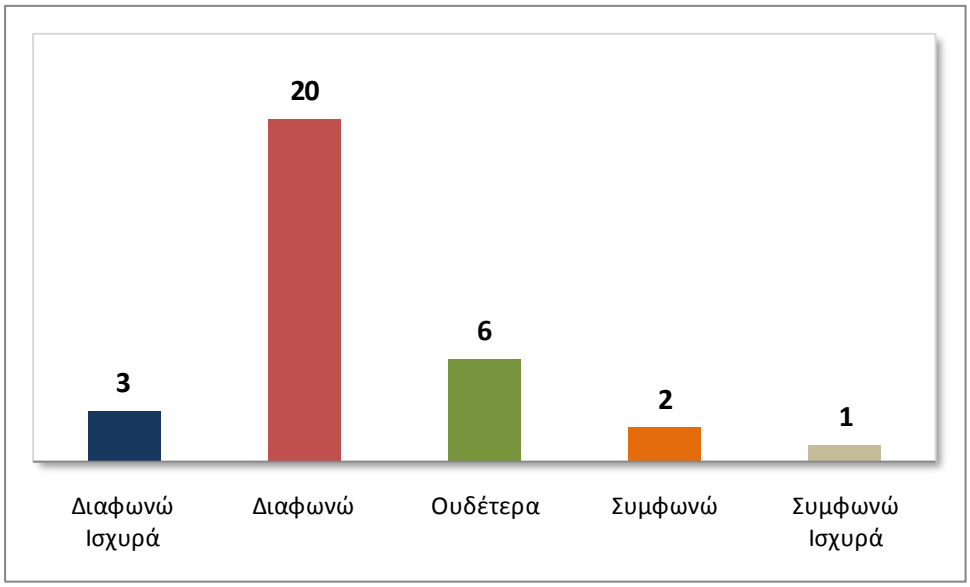


***Διάγραμμα 3.34 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 13*

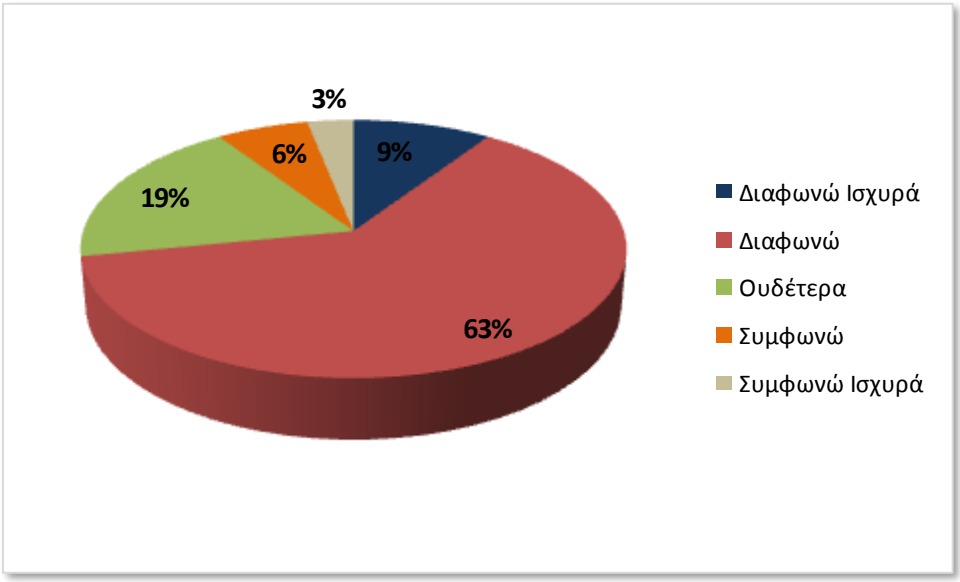



**Ερώτηση 14.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ;

***Διάγραμμα 3.35 :****Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 14*



***Διάγραμμα 3.36 :*** *Σχετική συχνότητα ερώτησης 14*

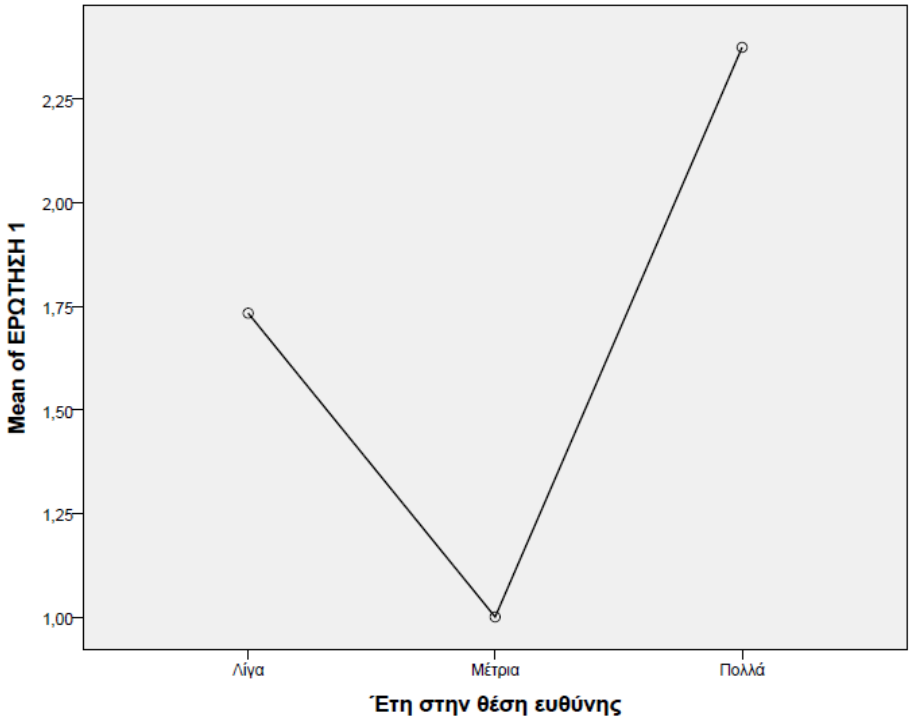



Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 13 και στην ερώτηση 14 το σύνολο των Διοικητών συμφωνεί ότι το νέο σύστημα τιμολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών θα πρέπει να οδηγήσει στην κατάρτιση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών (67%), ενώ εκφράζεται η διαφωνία, ότι η εφαρμογή του θα οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (63%)

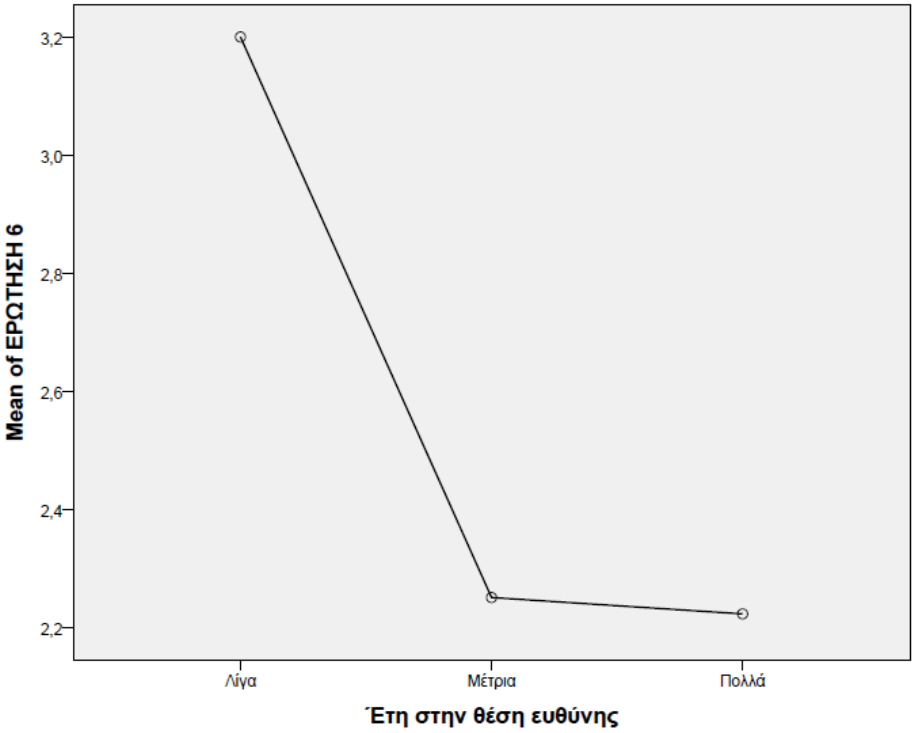
***Πίνακας 3.4 :****Κατανομή του δείγματος*

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | 32 | 2 | 1 | 3 | 1.91 | .641 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | 33 | 3 | 2 | 5 | 4.15 | .667 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 3i | 32 | 1 | 1 | 2 | 1.16 | .369 |
| Αν ναι σε τι ποσοστό; | 26 | 3 | 2 | 5 | 4.00 | 1.131 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 4i | 26 | 1 | 1 | 2 | 1.65 | .485 |
| Αν ναι σε τι ποσοστό; | 8 | 4 | 1 | 5 | 3.00 | 1.414 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 5i | 32 | 1 | 1 | 2 | 1.06 | .246 |
| Αν ναι σε τι ποσοστό; | 29 | 4 | 1 | 5 | 2.72 | 1.334 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | 33 | 3 | 1 | 4 | 2.64 | .929 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | 33 | 3 | 1 | 4 | 2.58 | .902 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | 31 | 2 | 2 | 4 | 2.94 | .680 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | 31 | 2 | 1 | 3 | 1.87 | .562 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | 33 | 4 | 1 | 5 | 3.03 | .984 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | 33 | 4 | 1 | 5 | 4.09 | .765 |
| ii | 33 | 4 | 1 | 5 | 4.06 | .864 |
| iii | 33 | 4 | 1 | 5 | 3.88 | .857 |
| iv | 33 | 4 | 1 | 5 | 3.52 | .972 |
| v | 33 | 4 | 1 | 5 | 4.03 | .918 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | 33 | 3 | 2 | 5 | 3.88 | 1.053 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | 33 | 3 | 2 | 5 | 3.85 | .834 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | 32 | 4 | 1 | 5 | 2.31 | .859 |

**Διάγραμμα 3.37 :** Συσχέτιση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης (ερώτηση 1)




**Διάγραμμα 3.38 :** Συσχέτιση ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης (ερώτηση 6)



### *3.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ*

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης σε σχέση με τα έτη εμπειρίας σε θέση ευθύνης , εγείρουν σημαντικά ερωτήματα για τον τρόπο επιλογής των Διοικητικών στελεχών στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, αφού το 54% των στελεχών του δείγματος έχει υπηρετήσει σε θέση ευθύνης λιγότερο από 7 έτη. Οι Διοικητές των νοσοκομείων απαιτείται να είναι έμπειροι γνώστες του αντικειμένου με επιστημονική επάρκεια αλλά και ικανότητα διοίκησης.

Συνολικά αποτυπώνεται η θετική επιρροή των ΚΕΝ στον τρόπο χρηματοδότησης και την λειτουργία των νοσοκομείων παρά τις αναντιστοιχίες που παρατηρούνται τόσο στο ύψος της κοστολόγησης όσο και στις περιπτώσεις νοσηλείας. Πιο συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αποτυπώνεται η υπο-κοστολόγηση των τιμών των ΚΕΝ σε σχέση με το πραγματικό κόστος των νοσοκομείων σε ποσοστό άνω του 25%, ενώ το 93,8% των στελεχών συμφωνούν ότι υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ. Παρόλα αυτά, κάτω από δυσμενείς οικονομικές συνθήκες και συστολής των δαπανών για την υγεία, τα ΚΕΝ αποτέλεσαν την πρώτη προσπάθεια συσχέτισης της διάγνωσης με το κόστος συνυπολογίζοντας τη βαρύτητα της νόσου, τις επιπλοκές καθώς και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Επιπλέον, υιοθετήθηκαν ενιαίοι και κοινοί κατάλογοι τιμολόγησης για όλες τις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίοι ενσωματώνουν τις σχετικές χρεώσεις των ιατρικών πράξεων.

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα ΚΕΝ αποτελούν ένα γενικευμένο τιμοκατάλογο με περιορισμένη χρησιμότητα και σημαντικές διαφορές με τα συστήματα DRGs που εφαρμόζονται διεθνώς . Συνδυαστικά, με τους επιβαρυμένους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς κρίνεται αναγκαία η μετάβαση σε ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης που θα εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με την γνώμη των διοικητικών στελεχών η εφαρμογή ενός συστήματος τύπου DRG θα μπορούσε να οδηγήσει στην κατάρτιση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών και στον καθορισμό δίκαιης τιμής ανά νοσηλεία ή παρέμβαση συμπεριλαμβάνοντας το κόστος μισθοδοσίας στις τιμές των DRGs. Θα πρέπει να τονιστεί , όμως η αναγκαιότητα της καταχώρησης αξιόπιστων στοιχείων κόστους από τα νοσοκομεία για την ανάπτυξη και ενημέρωση του συστήματος DRG και τον καθορισμό δίκαιης αποζημίωσης. Σύμφωνα , με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων μέχρι στιγμής η αντιστοίχιση του ICD10 και του ΚΕΝ κάθε περιστατικού από το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων πραγματοποιείται από ελάχιστα έως καθόλου σε ποσοστό 42%.

Σημαντικά στοιχεία για την αποτελεσματική εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης αποτελεί η πλήρης ενημέρωση αρχικά των διοικητικών στελεχών και έπειτα η ενημέρωση και η εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων που θα συμβάλλει στην εξοικείωση , στην αποδοχή του συστήματος. Όπως παρατηρείται, από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων , το 45% αυτών υποστηρίζει πως δεν έχει ενημερωθεί επαρκώς από τους αρμόδιους φορείς, γεγονός το οποίο δημιουργεί σημαντικό κενό στην προσπάθεια εισαγωγής του νέου συστήματος . Η έλλειψη ενημέρωσης θα μπορούσε σε ένα βαθμό να συνδεθεί με την ουδέτερη απάντηση που δόθηκε (33%)σε σχέση με την ύπαρξη κατάλληλων υποδομών στα νοσοκομεία.

Η εφαρμογή ενός συστήματος τύπου DRG σύμφωνα με την γνώμη των διοικητικών στελεχών θα συνέβαλλε στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων (67%), στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (58%), στην αποτελεσματική εφαρμογή σύγχρονου management (82%).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή ενός νέου συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων αποτελεί η αποδοχή του από τα διοικητικά στελέχη καθώς μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση νέας κουλτούρας, στον περιορισμό των πιθανών αντιστάσεων από το προσωπικό των νοσοκομείων, στην ανάπτυξη και υλοποίηση σχεδίων δράσης προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή μετάβαση καθώς και η βιωσιμότητα των νοσοκομειακών μονάδων. Η επιτυχής εφαρμογή του, προϋποθέτει σταθερά και συγκεκριμένα βήματα εισαγωγής και εφαρμογής τους, την ύπαρξη υποδομών και αποδοτικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας και τη χρήση σύγχρονων εργαλείων διοίκησης. Η μη αποτελεσματική εφαρμογή των ΚΕΝ, έγκειται κυρίως στο σημαντικά σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμογής του, το οποίο δεν επέτρεψε την ανάπτυξη και αξιοποίηση των κατάλληλων διαδικασιών και πόρων αλλά και την εξατομίκευση του συστήματος σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της χώρας. Αντίθετα, σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η εισαγωγή και εφαρμογή του συστήματος διήρκησε αρκετά έτη (π.χ. στη Γερμανία 10έτη), δίνοντας τους τη δυνατότητα ανάπτυξης των κατάλληλων υποδομών και την συλλογή απαραίτητων στοιχείων, τα οποία συνέβαλλαν στη δημιουργία ενός δίκαιου και αποτελεσματικού συστήματος προσαρμοσμένο στα πολιτισμικά και τα υγειονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Απαιτείται, λοιπόν η ανάπτυξη ενός μακροχρόνιου ευέλικτου επιχειρησιακού σχεδίου στο οποίο θα εντάσσεται χρονοδιάγραμμα τακτικών ελέγχων.

Επιπλέον, στο νέο σύστημα χρηματοδότησης θα πρέπει σταδιακά να συμπεριληφθεί και το κόστος μισθοδοσίας, ώστε μελλοντικά τα νοσηλευτικά ιδρύματα να αποτελούν κυρίως αυτοχρηματοδοτούμενες μονάδες, με επικουρική χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αυτό, θα μπορούσε να συντελέσει στη δημιουργία ισχυρών κινήτρων για αύξηση της αποδοτικότητας και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος , η διαμόρφωση ενός αξιοκρατικού συστήματος αξιολόγησης και επιλογής Διοικητών, θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα για την πολιτική υγείας. Η αξιοκρατική επιλογή των κατάλληλων προϋποθέτει την εισαγωγή κριτηρίων, διαφάνεια στην κατάταξη των υποψηφίων και κυρίως πολιτική συναίνεση.

# Βιβλιογραφία


1. Miriam Wiley, Diagnosis-Related Groups in Europe : From the origins of DRGs to their implementation in Europe , 2011
2. Alexander Geissler, Wilm Quentin, David, Scheller-Kreinsen and Reinhard Busse,Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems, 2011
3. Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen and Reinhard Busse Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe,2011
4. Lave, J.R. Developing a Medicare prospective payment system for inpatient psychiatric care. Health Affairs (Millwood) ,2003.
5. Kimberly, J.R., de Pouvourville, G., D'Aunno, T., eds (2008). The Globalization of Managerial Innovation in Health Care. Cambridge: Cambridge University Press.
6. Torsten Furstenberg, (March 2013) InEK G-DRG- Impact evaluation according to sec. 17b para 8 Hospital Finance Act, Executive summary of the third research cycle(2008 to 2010)
7. Dr. med. Wilm Quentin,MSc HPPF ,European Observatory ,DRG-based hospital payment Experiences from 12 European countries, November 2011
8. David Scheller-Kreinsen, Alexander Geissler, Reinhard Busse, Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Winter 2009 Volume 11, Number 4
9. Jonas Schreyougg & Tom Stargardt & Oliver Tiemann & Reinhard Busse, Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries, Health Care Manage Sci (2006) 9: 215–223 DOI 10.1007/s 10729-006-9040-1
10. Wilm Quentin, David Scheller-Kreinsen, Miriam Blümel, Alexander Geissler, and Reinhard Busse Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States, doi: 10.1377/hlthaff.2012.0876 HEALTH AFFAIRS 32, NO. 4 (2013): 713–723 2013 Project HOPE—the People-to-People Health Foundation, Inc.
11. Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen, Reinhard Busse , DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system,2011
12. Zeynep Or. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments May 2014
13. Natasa Mihailovic , Sanja Kocic, and Mihajlo Jakovljevic, Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care, Health Services Research and Managerial Epidemiology Volume 3: 1-8 ª The Author(s) 2016 Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/2333392816647892 hme.sagepub.com
14. Ιωάννης Κυριόπουλος, Κωνσταντίνος Αθανασάκης, Ελπίδα Πάβη, Οικονομική Κρίση και Υγεία, Εκδόσεις Καστανιώτη,2012
15. Γ. Δημολιάτης, Ι. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, Τ. Φιλαλήθης, Η δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2006
16. Γεωργία Οικονομοπούλου, Η Διακυβέρνηση των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων- Διαχρονική Εξέλιξη, Ανάγκες και Προοπτικές , Ελληνική Εταιρεία Management Association, 2016

17. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
18. Σωτήρης Σούλης, Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση,1999
19. Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα, ΕΣΔΥ, Δεκέμβριος 2011
20. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.), Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων στα Συστήματα Πληροφορικής του Λογιστηρίου Ασθενών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,09/2011
21. George Dimogerontas, Dimitra Balaska, Zoi Bitsiori, THE FINANCING OF THE HELLENIC PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS BASED ON THE CLOSED CONSOLIDATED NON-HOSPITALS AND THE EFFECT ON SUSTAINABLE SUSTAINABILITY, PERIOPERATIVE NURSING (2017), VOLUME 6, ISSUE 2
22. Ε. Μπακόλα, Ε. Φραδέλος ,Ε. Μπακόλα, Σ. Ζυγά1, Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης, ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):549-557
23. Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2012
24. NIAKAS D. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. Int J Health Serv 2013, 43:597–602
25. POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy 2013, 109:14–22
26. Xenos P, Nektarios M, Polyzos N, Yfantopoulos, J. Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. Archives of Hellenic Medicine, 2014; 31(2):172–185.
27. Γιάννης Μαστρογιαννάκης, DRGs: Η εφαρμογή τους στη χώρα μας και οι προκλήσεις, Ελληνικό Ινστιτούτο DRG, Αθήνα 2019
28. Κυριόπουλος Γ: «Πέραν του Μνημονίου: Ανασυγκρότηση ή collapsus στο Σύστημα υγείας» Retrieved 20 - 10 - 2015
29. Ζ. Σαραντοπούλου. Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. Επιστημονικά Χρονικά 2015; 20(3): 256 – 262
30. Ελληνικό Ινστιτούτο DRG | Greek DRG Institute, https://instdrg.gr/%ce%b5%ce%bb%ce%bb%ce%b7%ce%bd%ce%b9%ce%ba%cf%8c-%ce%b4%ce%af%ce%ba%cf%84%cf%85%ce%bf-drg/
31. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2017, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf
32. Quality in Health, https://qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou
33. Health at a Glance: Europe 2018, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1564090520&id=id&accname=guest&checksum=C2D03A5E363C1DB1792CE1E4FFD9B4A3
34. WHO :Diagnosis-Related Groups in Europe http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

***Πίνακας Ι:*** *Βαθμός συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση*

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | ΕΡΩΤΗΣΗ 7 |
|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | Pearson Correlation | 1 | -,337 | -,328 | ,486** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,059 | ,067 | ,005 |
| | N | 32 | 32 | 32 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | Pearson Correlation | -,337 | 1 | ,092 | -,098 |
| | Sig. (2-tailed) | ,059 | | ,612 | ,589 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | Pearson Correlation | -,328 | ,092 | 1 | -,003 |
| | Sig. (2-tailed) | ,067 | ,612 | | ,985 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | Pearson Correlation | ,486** | -,098 | -,003 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,005 | ,589 | ,985 | |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | Pearson Correlation | ,457* | -,287 | -,249 | ,407* |
| | Sig. (2-tailed) | ,011 | ,118 | ,177 | ,023 |
| | N | 30 | 31 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | Pearson Correlation | -,120 | -,131 | ,377* | -,104 |
| | Sig. (2-tailed) | ,529 | ,482 | ,037 | ,578 |
| | N | 30 | 31 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | Pearson Correlation | ,266 | ,040 | -,364* | ,085 |
| | Sig. (2-tailed) | ,141 | ,823 | ,038 | ,637 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | Pearson Correlation | ,213 | ,033 | -,084 | ,510** |
| | Sig. (2-tailed) | ,243 | ,854 | ,642 | ,002 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ii | Pearson Correlation | ,183 | ,255 | -,166 | ,435* |
| | Sig. (2-tailed) | ,316 | ,153 | ,355 | ,011 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| iii | Pearson Correlation | -,022 | ,033 | -,096 | ,214 |
| | Sig. (2-tailed) | ,906 | ,855 | ,594 | ,231 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| iv | Pearson Correlation | ,230 | ,117 | -,270 | ,471** |
| | Sig. (2-tailed) | ,205 | ,517 | ,128 | ,006 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| v | Pearson Correlation | ,167 | -,059 | -,206 | ,582** |
| | Sig. (2-tailed) | ,361 | ,745 | ,249 | ,000 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | ΕΡΩΤΗΣΗ 11i |
|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | Pearson Correlation | ,457* | -,120 | ,266 | ,213 |
| | Sig. (2-tailed) | ,011 | ,529 | ,141 | ,243 |
| | N | 30 | 30 | 32 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | Pearson Correlation | -,287 | -,131 | ,040 | ,033 |
| | Sig. (2-tailed) | ,118 | ,482 | ,823 | ,854 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | Pearson Correlation | -,249 | ,377* | -,364* | -,084 |
| | Sig. (2-tailed) | ,177 | ,037 | ,038 | ,642 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | Pearson Correlation | ,407* | -,104 | ,085 | ,510** |
| | Sig. (2-tailed) | ,023 | ,578 | ,637 | ,002 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | Pearson Correlation | 1 | -,198 | ,098 | ,384* |
| | Sig. (2-tailed) | | ,295 | ,600 | ,033 |
| | N | 31 | 30 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | Pearson Correlation | -,198 | 1 | -,237 | -,196 |
| | Sig. (2-tailed) | ,295 | | ,199 | ,290 |
| | N | 30 | 31 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | Pearson Correlation | ,098 | -,237 | 1 | ,204 |
| | Sig. (2-tailed) | ,600 | ,199 | | ,255 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | Pearson Correlation | ,384* | -,196 | ,204 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,033 | ,290 | ,255 | |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ii | Pearson Correlation | ,284 | -,195 | ,218 | ,795** |
| | Sig. (2-tailed) | ,122 | ,294 | ,222 | ,000 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| iii | Pearson Correlation | ,267 | -,182 | ,190 | ,732** |
| | Sig. (2-tailed) | ,147 | ,326 | ,290 | ,000 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| iv | Pearson Correlation | ,297 | -,346 | ,179 | ,691** |
| | Sig. (2-tailed) | ,105 | ,056 | ,318 | ,000 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| v | Pearson Correlation | ,314 | -,117 | ,172 | ,752** |
| | Sig. (2-tailed) | ,086 | ,531 | ,339 | ,000 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |

| | | ii | iii | iv | v | ΕΡΩΤΗΣΗ 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | Pearson Correlation | ,183 | -,022 | ,230 | ,167 | ,239 |
| | Sig. (2-tailed) | ,316 | ,906 | ,205 | ,361 | ,188 |
| | N | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | Pearson Correlation | ,255 | ,033 | ,117 | -,059 | -,106 |
| | Sig. (2-tailed) | ,153 | ,855 | ,517 | ,745 | ,555 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | Pearson Correlation | -,166 | -,096 | -,270 | -,206 | -,270 |
| | Sig. (2-tailed) | ,355 | ,594 | ,128 | ,249 | ,129 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | Pearson Correlation | ,435* | ,214 | ,471** | ,582** | ,306 |
| | Sig. (2-tailed) | ,011 | ,231 | ,006 | ,000 | ,084 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | Pearson Correlation | ,284 | ,267 | ,297 | ,314 | ,266 |
| | Sig. (2-tailed) | ,122 | ,147 | ,105 | ,086 | ,147 |
| | N | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | Pearson Correlation | -,195 | -,182 | -,346 | -,117 | -,271 |
| | Sig. (2-tailed) | ,294 | ,326 | ,056 | ,531 | ,141 |
| | N | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | Pearson Correlation | ,218 | ,190 | ,179 | ,172 | ,275 |
| | Sig. (2-tailed) | ,222 | ,290 | ,318 | ,339 | ,121 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | Pearson Correlation | ,795** | ,732** | ,691** | ,752** | ,518** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ii | Pearson Correlation | 1 | ,770** | ,743** | ,668** | ,317 |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,072 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| iii | Pearson Correlation | ,770** | 1 | ,752** | ,600** | ,225 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,207 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| iv | Pearson Correlation | ,743** | ,752** | 1 | ,752** | ,124 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,492 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| v | Pearson Correlation | ,668** | ,600** | ,752** | 1 | ,424* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,014 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | ΕΡΩΤΗΣΗ 14 |
|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | Pearson Correlation | ,047 | ,174 |
| | Sig. (2-tailed) | ,800 | ,348 |
| | N | 32 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | Pearson Correlation | -,070 | -,198 |
| | Sig. (2-tailed) | ,699 | ,279 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | Pearson Correlation | -,194 | -,410* |
| | Sig. (2-tailed) | ,278 | ,020 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | Pearson Correlation | ,120 | -,108 |
| | Sig. (2-tailed) | ,507 | ,557 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | Pearson Correlation | ,275 | ,374* |
| | Sig. (2-tailed) | ,135 | ,041 |
| | N | 31 | 30 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | Pearson Correlation | -,458** | ,157 |
| | Sig. (2-tailed) | ,010 | ,398 |
| | N | 31 | 31 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | Pearson Correlation | -,032 | ,038 |
| | Sig. (2-tailed) | ,858 | ,836 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | Pearson Correlation | ,316 | -,190 |
| | Sig. (2-tailed) | ,073 | ,297 |
| | N | 33 | 32 |
| ii | Pearson Correlation | ,057 | -,112 |
| | Sig. (2-tailed) | ,755 | ,540 |
| | N | 33 | 32 |
| iii | Pearson Correlation | ,105 | -,032 |
| | Sig. (2-tailed) | ,562 | ,860 |
| | N | 33 | 32 |
| iv | Pearson Correlation | ,061 | -,203 |
| | Sig. (2-tailed) | ,737 | ,265 |
| | N | 33 | 32 |
| v | Pearson Correlation | ,088 | -,053 |
| | Sig. (2-tailed) | ,627 | ,774 |
| | N | 33 | 32 |

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | ΕΡΩΤΗΣΗ 7 |
|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | Pearson Correlation | ,239 | -,106 | -,270 | ,306 |
| | Sig. (2-tailed) | ,188 | ,555 | ,129 | ,084 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | Pearson Correlation | ,047 | -,070 | -,194 | ,120 |
| | Sig. (2-tailed) | ,800 | ,699 | ,278 | ,507 |
| | N | 32 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | Pearson Correlation | ,174 | -,198 | -,410* | -,108 |
| | Sig. (2-tailed) | ,348 | ,279 | ,020 | ,557 |
| | N | 31 | 32 | 32 | 32 |

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | ΕΡΩΤΗΣΗ 11i |
|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | Pearson Correlation | ,266 | -,271 | ,275 | ,518** |
| | Sig. (2-tailed) | ,147 | ,141 | ,121 | ,002 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | Pearson Correlation | ,275 | -,458** | -,032 | ,316 |
| | Sig. (2-tailed) | ,135 | ,010 | ,858 | ,073 |
| | N | 31 | 31 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | Pearson Correlation | ,374* | ,157 | ,038 | -,190 |
| | Sig. (2-tailed) | ,041 | ,398 | ,836 | ,297 |
| | N | 30 | 31 | 32 | 32 |

| | | ii | iii | iv | v | ΕΡΩΤΗΣΗ 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | Pearson Correlation | ,317 | ,225 | ,124 | ,424* | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,072 | ,207 | ,492 | ,014 | |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | Pearson Correlation | ,057 | ,105 | ,061 | ,088 | ,619** |
| | Sig. (2-tailed) | ,755 | ,562 | ,737 | ,627 | ,000 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | Pearson Correlation | -,112 | -,032 | -,203 | -,053 | ,127 |
| | Sig. (2-tailed) | ,540 | ,860 | ,265 | ,774 | ,487 |
| | N | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |

| | | ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | ΕΡΩΤΗΣΗ 14 |
|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | Pearson Correlation | ,619** | ,127 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,487 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | Pearson Correlation | 1 | ,069 |
| | Sig. (2-tailed) | | ,706 |
| | N | 33 | 32 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | Pearson Correlation | ,069 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,706 | |
| | N | 32 | 32 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

***Πίνακας ΙΙ :*** *Βαθμός συσχέτισης ανάλογα με τα έτη σε θέση ευθύνης*

| Dependent Variable | (I) Έτη στην θέση ευθύνης | (J) Έτη στην θέση ευθύνης | Mean Difference (I-J) |
|---|---|---|---|
| ΕΡΩΤΗΣΗ 1 | Λίγα | Μέτρια | ,733* |
| | | Πολλά | -,642* |
| | Μέτρια | Λίγα | -,733* |
| | | Πολλά | -1,375* |
| | Πολλά | Λίγα | ,642* |
| | | Μέτρια | 1,375* |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 2 | Λίγα | Μέτρια | ,333 |
| | | Πολλά | ,333 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,333 |
| | | Πολλά | ,000 |
| | Πολλά | Λίγα | -,333 |
| | | Μέτρια | ,000 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 6 | Λίγα | Μέτρια | ,950 |
| | | Πολλά | ,978* |
| | Μέτρια | Λίγα | -,950 |
| | | Πολλά | ,028 |
| | Πολλά | Λίγα | -,978* |
| | | Μέτρια | -,028 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 7 | Λίγα | Μέτρια | ,850 |
| | | Πολλά | -,289 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,850 |
| | | Πολλά | -1,139 |
| | Πολλά | Λίγα | ,289 |
| | | Μέτρια | 1,139 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 8 | Λίγα | Μέτρια | ,119 |
| | | Πολλά | -,214 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,119 |
| | | Πολλά | -,333 |

| Dependent Variable | (I) Έτη στην θέση ευθύνης | (J) Έτη στην θέση ευθύνης | Mean Difference (I-J) |
|---|---|---|---|
| | Πολλά | Λίγα | ,214 |
| | | Μέτρια | ,333 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 9 | Λίγα | Μέτρια | ,400 |
| | | Πολλά | ,192 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,400 |
| | | Πολλά | -,208 |
| | Πολλά | Λίγα | -,192 |
| | | Μέτρια | ,208 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 10 | Λίγα | Μέτρια | ,117 |
| | | Πολλά | -,467 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,117 |
| | | Πολλά | -,583 |
| | Πολλά | Λίγα | ,467 |
| | | Μέτρια | ,583 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 11i | Λίγα | Μέτρια | ,133 |
| | | Πολλά | -,089 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,133 |
| | | Πολλά | -,222 |
| | Πολλά | Λίγα | ,089 |
| | | Μέτρια | ,222 |
| ii | Λίγα | Μέτρια | ,133 |
| | | Πολλά | ,022 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,133 |
| | | Πολλά | -,111 |
| | Πολλά | Λίγα | -,022 |
| | | Μέτρια | ,111 |
| iii | Λίγα | Μέτρια | -,317 |
| | | Πολλά | ,156 |
| | Μέτρια | Λίγα | ,317 |
| | | Πολλά | ,472 |
| | Πολλά | Λίγα | -,156 |
| | | Μέτρια | -,472 |
| iv | Λίγα | Μέτρια | ,217 |
| | | Πολλά | -,200 |
| | Μέτρια | Λίγα | -,217 |
| | | Πολλά | -,417 |

| Dependent Variable | (I) Έτη στην θέση ευθύνης | (J) Έτη στην θέση ευθύνης | Mean Difference (I-J) |
|---|---|---|---|
| | Πολλά | Λίγα | ,200 |
| | | Μέτρια | ,417 |
| v | Λίγα | Μέτρια | -,250 |
| | | Πολλά | -,111 |
| | Μέτρια | Λίγα | ,250 |
| | | Πολλά | ,139 |
| | Πολλά | Λίγα | ,111 |
| | | Μέτρια | -,139 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 12 | Λίγα | Μέτρια | -,967 |
| | | Πολλά | -,800 |
| | Μέτρια | Λίγα | ,967 |
| | | Πολλά | ,167 |
| | Πολλά | Λίγα | ,800 |
| | | Μέτρια | -,167 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 13 | Λίγα | Μέτρια | -,583 |
| | | Πολλά | -,222 |
| | Μέτρια | Λίγα | ,583 |
| | | Πολλά | ,361 |
| | Πολλά | Λίγα | ,222 |
| | | Μέτρια | -,361 |
| ΕΡΩΤΗΣΗ 14 | Λίγα | Μέτρια | -1,000 |
| | | Πολλά | -,375 |
| | Μέτρια | Λίγα | 1,000 |
| | | Πολλά | ,625 |
| | Πολλά | Λίγα | ,375 |
| | | Μέτρια | -,625 |

*Λίγα : 0-6 έτη , Μέτρια : 7-14 έτη, Πολλά : 15 και άνω έτη

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

*Το παρόν ερωτηματολόγιο συντάχθηκε για την εκπόνηση διπλωματικής έρευνας με θέμα : « Η Εισαγωγή των DRGs στο χώρο της Υγείας».*
*Η διπλωματική έρευνα εκπονείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών (ΕΚΠΑ) σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ).*
*Οι απαντήσεις θα συμβάλλουν στην αποτύπωση της γνώμης των διοικητικών στελεχών των νοσοκομείων αλλά και στην διερεύνηση του βαθμού ετοιμότητας των νοσοκομείων για την εφαρμογή του συστήματος των DRGs.*

| | |
|---|---|
| **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** | |
| **ΚΛΙΝΕΣ** | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | |

| | |
|---|---|
| **ΗΛΙΚΙΑ** | |

| | |
|---|---|
| **ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΕ ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Πως πιστεύετε ότι επηρέασε η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας; | 1. Πολύ θετικά | 2. Θετικά | 3. Ουδέτερα | 4. Αρνητικά | 5. Πολύ αρνητικά |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **2.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εισαγωγή και χρήση των ΚΕΝ βελτίωσε τον τρόπο τιμολόγησης των παραγόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου σας; | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **3i.** Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι υψηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ ; | 1. ΝΑΙ | 2. ΟΧΙ | | | |
| | | | | | |
| **ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό; | 5% | 10% | 15% | 20% | 25% και άνω |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **4i.** Θεωρείτε ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας, στο Νοσοκομείο σας είναι χαμηλότερο σε σχέση με το κόστος των ΚΕΝ; | 1. ΝΑΙ | 2. ΟΧΙ | | | |
| | | | | | |
| **ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό; | 5% | 10% | 15% | 20% | 25% και άνω |
| | | | | | |
| **5i.** Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλείας που δεν αντιστοιχούν στα υπάρχοντα διαθέσιμα ΚΕΝ; | 1. ΝΑΙ | 2. ΟΧΙ | | | |
| | | | | | |
| **ii**. Αν ναι σε τι ποσοστό; | κάτω από 5% | 5% - 10% | 10% - 20% | 20% - 30% | πάνω από 30% |
| | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **6.** Πραγματοποιείται η αντιστοίχιση του ICD10 και του ΚΕΝ κάθε περιστατικού από το ιατρικό προσωπικό στο Νοσοκομείο σας; | 1. Καθόλου | 2. Λίγο | 3. Αρκετά | 4. Πλήρως |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **7.** Έχετε ενημερωθεί αρμοδίως για την επικείμενη εφαρμογή του συστήματος των DRGs στα νοσοκομεία της χώρας; | 1. Καθόλου | 2. Λίγο | 3. Αρκετά | 4. Πλήρως |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **8.** Θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των ΚΕΝ και των συστημάτων DRGs που χρησιμοποιούνται διεθνώς; | 1. Δεν υπάρχουν διαφορές | 2. Υπάρχουν ελάχιστες διαφορές | 3. Διαφέρουν σημαντικά | 4. Είναι τελείως διαφορετικά |
| | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **9.** Πως πιστεύετε ότι θα επηρεάσει η εφαρμογή του συστήματος των DRGs την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του Νοσοκομείου σας ; | 1. Πολύ θετικά | 2. Θετικά | 3. Ουδέτερα | 4. Αρνητικά | 5. Πολύ αρνητικά |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **10.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές στο Νοσοκομείο σας για την εφαρμογή του συστήματος των DRGs ; | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
| | | | | | |

| **11.** Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος DRGs μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά : | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
|---|---|---|---|---|---|
| **i.** στην κατάρτιση αντικειμενικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών;<br>**ii.** στον καθορισμό δίκαιης τιμής ανά νοσηλεία ή παρέμβαση; | | | | | |
| **iii.** στη χρηματοδότηση του νοσοκομείου; | | | | | |
| **iv.** στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας; | | | | | |
| **v.** στην εφαρμογή σύγχρονου management ; | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **12.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι το κόστος της μισθοδοσίας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαμόρφωση των DRGs; | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
| | | | | | |
| **13.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα πρέπει προοδευτικά να οδηγήσει στην κατάρτιση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών; | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
| | | | | | |
| **14.** Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι η εφαρμογή του συστήματος των DRGs θα οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ; | 1. Διαφωνώ Ισχυρά | 2. Διαφωνώ | 3. Ουδέτερα | 4. Συμφωνώ | 5. Συμφωνώ Ισχυρά |
| | | | | | |

Copyright © Σμύρη Σοφία, 2019. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Απαγορεύεται η αντιγραφή, η αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας εξ ολοκλήρου ή μέρους αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.