



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Εφαρμογή των DRGs – ΚΕΝ στην Ελλάδα. Ανάλυση και κριτική προσέγγιση, αδυναμίες εφαρμογής: Η οπτική γωνία των ιατρών

ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΦΩΣΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΡΩΞΑΝΗ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2013

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Εφαρμογή των DRGs – ΚΕΝ στην Ελλάδα. Ανάλυση και κριτική προσέγγιση, αδυναμίες εφαρμογής: Η οπτική γωνία των ιατρών

ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΦΩΣΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
ΡΩΞΑΝΗ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2013

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια κα Ρωζάνη Καραγιάννη για την πολύτιμη καθοδήγηση, συμπαράσταση, αμεσότητα και συμβολή της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της Διατριβής μας. Τον Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο της θεματικής ενότητας Επίκουρο Καθηγητή κ. Ανδρέα Παυλάκη για την συμβολή του στην αποστολή των ερωτηματολογίων στους φοιτητές-ιατρούς του ΑΠΚΥ προτρέποντάς τους να ανταποκριθούν αλλά και για τα εποικοδομητικά του σχόλια στην ολοκλήρωση της συγγραφής της εργασίας. Επίσης τον κ. Μιχάλη Τάλια για τις ουσιαστικές παρατηρήσεις του στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες σε όλους τους Συντονιστές θεματικών ενοτήτων από την αρχή του μεταπτυχιακού προγράμματος, κυρίους Μάμα Θεοδώρου, Νικόλαο Μανιαδάκη, Χαράλαμπο Οικονόμου, Μιχάλη Τάλια καθώς και τους καθηγητές μου κα Δάφνη Καϊτελίδου, κα Χριστίνα Οικονομοπούλου, κα Θάλεια Μπελλάλη.

Την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας για την έγκριση διανομής των ερωτηματολογίων στα νοσοκομεία. Τους κ. Χατζηδημητρίου Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας τον κ. Τσακουνίδη Αναπληρωτή Διοικητή της μονάδας Νάουσας, την κα Μπούρτζου, Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, και τον κ Μάρκου, Διοικητή των Γενικών Νοσοκομείων Γιαννιτσών και Έδεσσας. Τους Διευθυντές των τμημάτων καθώς και τους ιατρούς που με ευγένεια και διάθεση συμμετείχαν στην έρευνα παρόλο το φόρτο εργασίας τους.

Τους καθηγητές Dr. Lars Tummers και Dr. Steven Van de Walle για την ευγενική παραχώρηση του ερωτηματολογίου της εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τους γονείς μου Οδυσσέα και Ελένη, τον σύζυγό μου Γεώργιο και ιδιαίτερα τα παιδιά μου Ευδοκία και Οδυσσέα – Παναγιώτη για την υπομονή και κατανόηση που επέδειξαν έως την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού μου προγράμματος.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ .....	10
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> – ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Εισαγωγή .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> – ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ DRGs	
2.1. Εισαγωγή .....	15
2.2. Θεωρητική ανάλυση των DRGs	
2.2.1. Ορισμός .....	16
2.2.2. Ιστορική εξέλιξη .....	17
2.2.3. Μεθοδολογία και ανάλυση .....	18
2.2.4. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs .....	22
2.2.5. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs σε χώρες της Ευρώπης .....	25
2.3. Ευρήματα ερευνών σχετικά με την αποδοχή των DRGs από τους επαγγελματίες υγείας .....	27
2.4. Συμπερασματικές παρατηρήσεις .....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> – ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΕΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
3.1. Εισαγωγή .....	32
3.2. Ανάλυση / Μηχανισμός .....	33
3.3. Στάδια συγκρότησης .....	36
3.4. Πρακτικά ζητήματα εφαρμογής των ΚΕΝ .....	42
3.5. Συμπερασματικές παρατηρήσεις .....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
4.1. Εισαγωγή .....	46
4.2. Γενικός Σκοπός – Ερευνητικά Ερωτήματα .....	46
4.3. Σχεδιασμός - Πεδίο διεξαγωγής της Μελέτης .....	47
4.4. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου .....	49
4.5. Αξιοπιστία – εγκυρότητα εργαλείου .....	51
4.6. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης ευρημάτων .....	52
4.7. Συμπερασματικές παρατηρήσεις .....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> – ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	
5.1. Εισαγωγή .....	55

5.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	55
5.3. Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών .....	57
5.4. Κοινωνικά οφέλη .....	60
5.5. Οφέλη ασθενών .....	73
5.6. Οφέλη ιατρών .....	76
5.7. Συμπερασματικές παρατηρήσεις .....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	
6.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα .....	86
6.2. Περιορισμοί της μελέτης .....	91
6.3. Εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα .....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	99

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups, DRGs) αποτελούν ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων. Εισήχθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του '80 και στη συνέχεια υιοθετήθηκε από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, οι οποίες το προσαρμόσαν σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες και το εφαρμόζουν μέχρι σήμερα. Στην Ελλάδα εισήχθηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 2011, ως κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) ως επιβεβλημένη ανάγκη και εφαρμόζεται μέχρι σήμερα με κύριο σκοπό τον περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιοριστούν και να αναλυθούν οι προβληματισμοί και οι αδυναμίες που προκύπτουν από την εφαρμογή του συστήματος των KEN-DRGs στην Ελλάδα και να αναζητηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των ιατρών, σχετικά με την αποδοχή αυτής της νέας πολιτικής

**Υλικό – Μεθοδολογία:** Αρχικά αναζητούνται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ενώ η εμπειρική προσέγγιση βασίζεται σε ερωτηματολόγιο για ένα δείγμα 134 ιατρών που διερευνά τη στάση τους απέναντι στην εφαρμογή των KEN.

**Αποτελέσματα:** Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε δύο διαστάσεις, η πρώτη αφορά την επιθυμία των ιατρών να συμμετέχουν σε μια τέτοια διαδικασία εφαρμογής της νέας μεθόδου αποζημίωσης με βάση τα DRGs και η δεύτερη διάσταση αφορά την προσωπική τους άποψη για το αν θεωρούν, ότι θα υπάρξουν θετικά οφέλη για την κοινωνία, τους ασθενείς και τους ίδιους. Οι απαντήσεις των ιατρών για την εφαρμογή των KEN είναι γενικά αρνητική. Αναφορικά με την κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών» παρουσιάζονται με θετική στάση στην εφαρμογή των KEN ως νέα πολιτική. Σε αντίθεση με τις κλίμακες «ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας», «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης, «δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης, «οφέλη ασθενών» και «οφέλη ιατρών», όπου η αρνητική στάση των ιατρών δηλώνει την πεποίθησή τους, πως η εφαρμογή των KEN δεν συνδέεται με βελτίωση στην ποιότητα, αποδοτικότητα και δυνατότητα επιλογής

νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς δεν πιστεύουν ότι θα επιφέρει οφέλη στους ασθενείς και στους ίδιους.

**Συμπεράσματα:** Στο εξεταζόμενο δείγμα των ιατρών παρόλο που πιστεύεται ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ δε βελτιώνει τα κοινωνικά οφέλη, τα οφέλη των ασθενών, αλλά και τα ίδια οφέλη, αποδέχονται τη νέα πολιτική και προτίθενται να προσπαθήσουν για τους στόχους της.

**Λέξεις κλειδιά:** Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, ΚΕΝ, επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, εφαρμογή πολιτικής, αντίσταση στην αλλαγή, οφέλη πολιτικής

## ABSTRACT

**Introduction:** The Diagnosis Related Groups constitute a system with the prospect of compensating hospitals. It was introduced for the first time at the beginning of the 80's and later on was adapted by the rest of the European countries, which they adjusted it according to their own needs and it has been implemented ever since. In Greece it was initiated for the first time at the end of 2011 as closed integrated hospital charges (KEN) as an imperative need and it has been put into practice up until today, its main aim to limit the hospital costs.

**Objective:** The aim of the present thesis is to define and analyze the problems and weaknesses that arise from the application of the system of KEN-DRGs in Greece and to inquire the viewpoints of professionals in the field of Medicine and particularly the ones expressed by physicians, as to how they receive the new policy.

**Material – Methodology:** Initially the benefits and drawbacks of implementing KEN in Greece, by means of bibliographic review, are inquired, while the empiric approach is based on a questionnaire given to a sample of 134 physicians through which their stand towards the application of KEN is studied.

**Results:** The questionnaire refers to two variances; the first one is concerned with the physicians' desire to participate in such a process of applying the new compensating method based on the DRGs where the second one is related to their personal point of view as to whether there will be positive benefits for the society, the patients as well as themselves. The physicians' responses on the implementation of KEN are overall negative. In relation to the scale "resistance to the realization of new policies" they seem to have a positive attitude towards the application of KEN as a new policy. In contrast the scales "quality in hospital care", "efficiency of hospital care", "ability to choose which hospital care", "patients' benefits" and "physicians' benefits" in which the negative attitude of the physicians indicates their conviction that the implementation of KEN is not related to the improvement of quality, productivity and ability to choose hospital care since they are not convinced it will induce benefits to the patients as well as themselves.

**Conclusion:** Although the sample of physicians researched, believed that the application of KEN does not improve the social benefits, the patients' benefits as well



as theirs, they accede to the new policy and are willing to make an effort to see through its goals.

**Key words:** Diagnosis Related Groups, KEN, health care professionals, policy implementation, resistance to change, policy benefits.

## ΠΙΝΑΚΕΣ

**Πίνακας 3.1.** Υπουργικές αποφάσεις εφαρμογής ΚΕΝ

**Πίνακας 3.2.** Ανάλυση στοιχείων της εξίσωσης σύνθεσης του κόστους ενός ΚΕΝ/ διαθεσιμότητα στην Ελλάδα

**Πίνακας 3.3.** Συγκριτική απεικόνιση της κοστολόγησης μερικών θεραπευτικών διαδικασιών

**Πίνακας 4.1.** Τιμές του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach

**Πίνακας 4.2.** Αρχικές και μετασηματισμένες βαθμολογίες του ερωτηματολογίου

**Πίνακας 5.1.** «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

**Πίνακας 5.2.** «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας».

**Πίνακας 5.3.** «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

**Πίνακας 5.4.** «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς».

**Πίνακας 5.5.** «Οφέλη ασθενών».

**Πίνακας 5.6.** «Οφέλη ιατρών».

**Πίνακας 5.7.** Κλίμακες κατά φθίνουσα σειρά/ Μέση τιμή

**Πίνακας 5.8.** Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμολογίας στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών», «οφέλη ασθενών», «οφέλη ιατρών».

**Πίνακας 5.9.** Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμολογίας στην κλίμακα «κοινωνικά οφέλη»

**Πίνακας 5.10.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

**Διάγραμμα 2.1.** Βασική δομή των DRGs συστημάτων

**Διάγραμμα 5.1.** Κατανομή δημογραφικών χαρακτηριστικών

**Διάγραμμα 5.2.** «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

**Διάγραμμα 5.3.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

**Διάγραμμα 5.4.** «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας».

**Διάγραμμα 5.5.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας»

**Διάγραμμα 5.6.** «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

**Διάγραμμα 5.7.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

**Διάγραμμα 5.8.** «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους  
ασθενείς».

**Διάγραμμα 5.9.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους  
ασθενείς».

**Διάγραμμα 5.10.** «Οφέλη ασθενών».

**Διάγραμμα 5.11.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«Οφέλη ασθενών».

**Διάγραμμα 5.12.** «Οφέλη ιατρών».

**Διάγραμμα 5.13.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα  
«Οφέλη ιατρών».

# Κεφάλαιο Πρώτο

## Εισαγωγή

Οι δαπάνες στα νοσοκομεία αποτελούν το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών δαπανών στο ντομέα της υγείας σ' όλες τις χώρες της Ευρώπης αλλά και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες. Καθώς τα νοσοκομεία συνεχίζουν να καταναλώνουν πόρους αυξάνοντας τις δαπάνες στον τομέα της υγείας, οι αρμόδιοι για την χάραξη πολιτικών ερευνούν για νέες στρατηγικές αποζημιώσεων στα νοσοκομεία, ώστε να εξασφαλίζεται η νοσοκομειακή περίθαλψη με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Η έλλειψη πραγματικών κινήτρων στα νοσοκομεία, τα αυξημένα έξοδά τους που υπερέβαιναν τους προϋπολογισμούς τους, οι καθυστερήσεις των αποζημιώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία και οι υποκοστολογημένες από το κράτος νοσοκομειακές υπηρεσίες σε σχέση με τις πραγματικές δαπάνες, οδήγησαν τα δημόσια νοσοκομεία σε μεγάλα ελλείμματα τα οποία καλύπτονταν από κρατικές επιχορηγήσεις (Economidou, 2010).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας σκοπό είχαν την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας με σκοπό να μειώσουν τις δαπάνες δίνοντας κίνητρα στα νοσοκομεία για βελτίωση της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και την αύξηση του ανταγωνισμού.

Η εισαγωγή ενός νέου τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων, οδήγησε στο πέραςμα από την αναδρομική μέθοδο χρηματοδότησης σε ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης. Αυτό επιτεύχθηκε με την εισαγωγή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs), ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης, που βασίζεται στην κατηγοριοποίηση των ασθενειών σε διαγνωστικές κατηγορίες ανάλογα με του πόρους που καταναλώνονται για τη θεραπεία και την κλινική υποστήριξη που παρέχεται. Οι DRGs στόχο έχουν τη βελτίωση της διαφάνειας, την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης στα νοσοκομεία. Από την εισαγωγή του συστήματος των DRGs στις Η.Π.Α. στις αρχές

της δεκαετίας του '80, οι DRGs έχουν γίνει η κύρια μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων στην πλειονότητα των χωρών του ΟΟΣΑ. Το σύστημα των DRGs εισήχθη για πρώτη φορά στην Ελλάδα στα τέλη του 2016 ως Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) και εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιοριστούν και να αναλυθούν οι προβληματισμοί και οι αδυναμίες που προκύπτουν από την εφαρμογή του συστήματος των KEN-DRGs στην Ελλάδα και να αναζητηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα των ιατρών, σχετικά με την αποδοχή αυτής της νέας πολιτικής.

Από τη μια πλευρά η υπάρχουσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα και από την άλλη τα ελλείμματα που εμφανίζουν τα νοσοκομεία τα οποία εν μέρει οφείλονται στο κλειστό νοσήλιο, επιβάλλουν την ανάγκη για την εισαγωγή μιας νέας μεθόδου αποζημίωσης στα νοσοκομεία. Αυτή η μέθοδος αποζημίωσης είναι τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια τα οποία είναι σε πρώτο στάδιο εφαρμογής στην χώρα μας και γι' αυτό κρίνεται σημαντική η μελέτη τους. Η εφαρμογή τους θεωρείται ότι θα βοηθήσει στη συγκράτηση του κόστους στο νοσοκομειακό τομέα αλλά και στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Επειδή η εφαρμογή είναι σε πρώιμο στάδιο και δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ποσοτικά, ποιοτικά που να βοηθήσουν στην αξιολόγηση της εφαρμογής της νέας πολιτικής, η εργασία μελετά την άποψη των ιατρών οι οποίοι αποτελούν και το βασικό πυλώνα εφαρμογής. Κατά την άποψή μας και όπως προέκυψε από μηχανές αναζήτησης, αντίστοιχη ερευνητική προσέγγιση εφαρμόζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

Ως μεθοδολογικό εργαλείο για την προσέγγιση της άποψης των ιατρών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μιας αντίστοιχης μελέτης των Tummers και Van de Walle στην Ολλανδία. Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε δύο διαστάσεις, η πρώτη αφορά την επιθυμία των ιατρών να συμμετέχουν στην εφαρμογή μιας νέας πολιτικής και η δεύτερη διάσταση αφορά την προσωπική τους άποψη για το αν θεωρούν, ότι θα υπάρξουν θετικά οφέλη για την κοινωνία, τους ασθενείς και τους ίδιους.

Η εργασία οργανώνεται ως εξής: στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η θεωρητική προσέγγιση των DRGs – KEN, δίνεται ο ορισμός τους, περιγράφεται η ιστορική τους εξέλιξη και παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης. Παρουσιάζονται εμπειρικά ευρήματα σχετικά με την εφαρμογή των DRGs μέσα από την άποψη των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των ιατρών που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή τους. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται ο μηχανισμός εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα και τα πρακτικά ζητήματα που προκύπτουν από την μέχρι τώρα εφαρμογή τους. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μεθοδολογία και στον σχεδιασμό της εργασίας. Περιγράφεται αναλυτικά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε καθώς και η διαδικασία συλλογής και ανάλυσης των ευρημάτων. Στο πέμπτο κεφάλαιο ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων του ερωτηματολογίου. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι συμπερασματικές παρατηρήσεις καθώς και προτάσεις για περαιτέρω μελέτη.

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ DRGs

#### 2.1. Εισαγωγή

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στις υπηρεσίες υγείας και τις ταχέως αυξανόμενες εισαγωγές ασθενών στα νοσοκομεία, δημιουργήθηκαν πολλά ερωτήματα σχετικά με το πώς θα υπάρξει ένας σωστά δομημένος προϋπολογισμός και πώς θα διασφαλιστεί η διαφάνεια, η ισότητα στην πρόσβαση και στην ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες χωρίς να αυξάνεται η κατανάλωση. Αυτοί οι λόγοι οδήγησαν τις χώρες της Ευρώπης μεταξύ των οποίων και την Ελλάδα να προβούν στην εισαγωγή ενός συστήματος αποζημιώσεων στα νοσοκομεία, το οποίο θα βασίζεται σε αξιόπιστα δεδομένα που θα αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, βάσει του πραγματικού κόστους και θα δίνει κίνητρα για παροχή υψηλής ποιότητας και αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό το σύστημα αποζημιώσεων είναι οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups- DRGs) και χαρακτηρίζεται ως σύστημα προοπτικής αποζημίωσης.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί περιγράφεται συνοπτικά η δομή και η εφαρμογή των DRGs καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής τους σε υγειονομικά συστήματα χωρών της Ευρώπης. Τέλος, συζητιόνται εμπειρικά ευρήματα σχετικά με την εφαρμογή των DRGs μέσα από την άποψη των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των ιατρών που αποτελούν και τους βασικούς πυλώνες της εφαρμογής τους.

#### 2.2. Θεωρητική ανάλυση των DRGs

### 2.2.1. Ορισμός

Οι DRGs είναι ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών το οποίο έχει τέσσερα χαρακτηριστικά: α) συλλέγονται στοιχεία που αφορούν ασθενείς, θεραπείες και παροχές, β) ταξινομούνται οι ασθενείς σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, ανάλογα γ) με τους πόρους που καταναλώνονται για τη θεραπεία τους (ομοιογενώς οικονομικά) και δ) με την κλινική τους υποστήριξη (Quentin et al, 2011). Υπεύθυνοι για αυτή την ταξινόμηση είναι οι ιατροί, οι οποίοι και καθορίζουν το κατάλληλο DRGs για κάθε ασθενή (Miranda και Cortez, 2005).

Οι DRGs συνοψίζουν ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, κλινικά και ομοιογενώς οικονομικά. Έτσι παρέχουν συνοπτική εικόνα για την νοσοκομειακή δραστηριότητα ή με άλλα λόγια μπορούν να προσδιορίσουν το νοσοκομειακό προϊόν. Συνεπώς διευκολύνουν τις συγκρίσεις των νοσοκομείων ως προς τις δαπάνες, την ποιότητα, την αποδοτικότητα και συμβάλλουν στην αύξηση της διαφάνειας στα νοσοκομεία (Quentin et al, 2011).

Είναι μια μέθοδος αποζημίωσης όπου έχει ως κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος, την ομαδοποίηση των ασθενειών σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, έτσι ώστε να αντιστοιχίζονται οι κλινικές περιπτώσεις με τις οικονομικές αξίες. Δηλαδή εμμέσως αποτελούν τρόπο κοστολόγησης των νοσοκομειακών μονάδων. Αρχικά γίνεται ομαδοποίηση των ασθενειών σε διαγνωστικές κατηγορίες και αυτές με τη σειρά τους υποδιαιρούνται σε άλλες κατηγορίες. Βασίζονται ουσιαστικά στην κατηγοριοποίηση των εσωτερικών ασθενών ενός νοσοκομείου με βάση τη διάγνωση. Ο ασθενής εντάσσεται σε μια ομάδα ασθενειών ανάλογα με τη διάγνωση εισαγωγής, η οποία στη συνέχεια μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις διαδικασίες περίθαλψης που θα ακολουθήσουν, οπότε και λαμβάνονται υπόψη στη διάγνωση εξόδου από το νοσοκομείο (Μπαλασοπούλου, 2010).

Η ομαδοποίηση των ασθενών εξαρτάται αφενός, από τη διάγνωση της κυρίως ασθένειας, αφετέρου από ειδικότερους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, δευτερεύουσες διαγνώσεις και επιπλοκές και τη μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία



χρησιμοποιείται ως ένδειξη για την χρήση των πόρων. Οι ασθενείς με την ίδια ή παρόμοια διάγνωση απαιτούν παρόμοιες διαδικασίες περίθαλψης και καταναλώνουν ίδιους νοσοκομειακούς πόρους (Αλετράς και συν., 2002).

### **2.2.2. Ιστορική εξέλιξη**

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο όρος «νοσοκομείο» χαρακτηρίστηκε ως «πρόβλημα», λόγω των αυξανόμενων δαπανών στον τομέα της υγείας. Περίπου εκατό χρόνια μετά συνεχίζει να υφίσταται το ίδιο πρόβλημα (Wiley, 2011). Ο καθηγητής Fetter με τους συνεργάτες του, τον Devereaux Thompson και άλλους διακεκριμένους ερευνητές, στο Πανεπιστήμιο του Yale των Η. Π. Α. στα τέλη της δεκαετίας του '60, ασχολήθηκαν μ' αυτό το πρόβλημα. όταν κλήθηκαν να βοηθήσουν στο πρόγραμμα για τη διασφάλιση της ποιότητας στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο όπου εργάζονταν. Αυτοί οι δύο μετέπειτα έπαιξαν τον κεντρικό ρόλο στη δημιουργία και στην καθιέρωση του συστήματος των DRGs (White, 2003).

Ο Fetter και η ομάδα του ξεκίνησαν έρευνα για τη μέτρηση της παραγωγής στο νοσοκομείο τους για να αξιολογήσουν τη νοσοκομειακή δραστηριότητα. Έτσι για τις απαιτήσεις της ίδρυσης του προγράμματος Medicare το 1983 εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά οι DRGs (Fetter et al, 1980). Με την βοήθεια της τεχνολογίας, η οποία ήταν σε εξέλιξη εκείνη την εποχή, βρήκαν τρόπο να μετρήσουν το κόστος των εξόδων των νοσοκομείων. Η πρώτη έκδοση των DRGs δημιουργήθηκε το 1973 και αποτελούνταν από 54 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και 333 τελικές ομάδες. Η δεύτερη έκδοση εισήχθη από την Ομοσπονδιακή Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Federal Social Security Administration), συμπεριλάμβανε 83 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και 383 ομάδες. Η τρίτη έκδοση έθεσε σε εφαρμογή το νοσοκομειακό σύστημα πληρωμών με βάση τις DRGs. Η τελική έκδοση και ουσιαστικά η πρωταρχική, δημιουργήθηκε από μια ομάδα διαχείρισης συστημάτων υγείας (Health Systems Management Group) στο Πανεπιστήμιο του Yale, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή ταξινόμηση ασθενών. Το ονομαζόμενο «σύστημα προοπτικής αποζημίωσης» βασίστηκε στην πρώτη έκδοση και αποτελείται τελικά από 23 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και 470 ομάδες.

Μετά από περίπου τριάντα χρόνια, οι DRGs είναι το μοναδικό σημαντικό σύστημα ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification System-PCS) που εφαρμόζεται διεθνώς και το οποίο υιοθετήθηκε το 1983 από την κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Wiley, 2011). Αρχικά λειτούργησε τότε ως πενταετές πιλοτικό πρόγραμμα (Tzavaras et al, 2006) στις Η.Π.Α ενώ από το 1984 σταδιακά εφαρμόζεται και στις χώρες της Ευρώπης, φτάνοντας τις 15 και συνεχίζει να χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Η Πορτογαλία ήταν η πρώτη χώρα της Ευρώπης που χρησιμοποίησε τις DRGs για τις πληρωμές από την επαγγελματική υγεία ασφάλισης το 1988 και μετά ακολούθησαν η Νορβηγία και η Ιρλανδία το 1993 (Wiley, 2011).

Οι DRGs ήταν οι βάσεις για να αλλάξει το σύστημα αποζημιώσεων των νοσοκομείων, το οποίο πλέον θα βασιζόταν στο κόστος ανά ασθενή ανάλογα με τη διάγνωση και θεραπεία που θα καθορίζονταν από τους θεράποντες ιατρούς (White, 2003). Οι πληροφορίες που συλλέγονταν από την εφαρμογή των DRGs έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος, στη διαχείριση ποιότητας και στη κλινική διαχείριση των ασθενών αλλά και στη συγκριτική αξιολόγηση διαφόρων νοσοκομείων (Tzavaras et al, 2006).

### **2.2.3. Μεθοδολογία και ανάλυση**

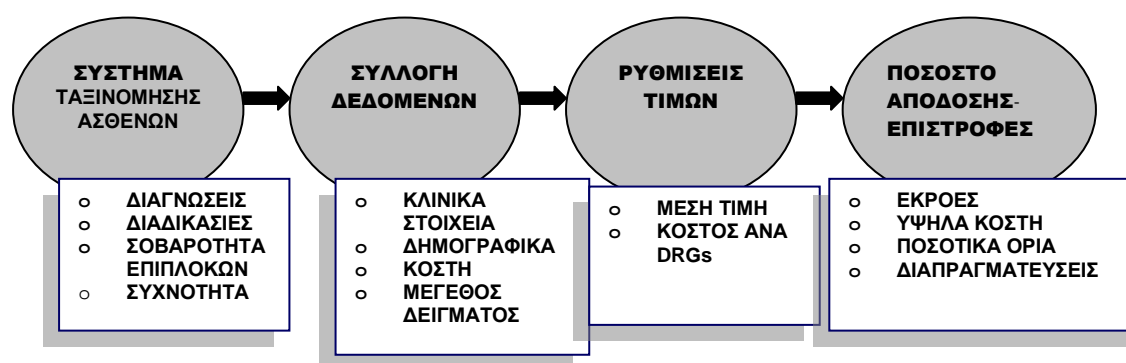
Η μεθοδολογία του συστήματος των DRGs βασίζεται στο γεγονός ότι επιχειρούν να τυποποιήσουν τις περιπτώσεις των ασθενών που νοσηλεύονται και να δημιουργήσουν μια ομάδα νοσοκομειακών προϊόντων, τα οποία θα αποζημιώνονται με βάση τους πόρους που είναι απαραίτητοι να χρησιμοποιηθούν. Οι ομάδες των περιπτώσεων νοσηλείας, στις οποίες εντάσσονται οι ασθενείς, δίνουν πληροφορίες σχετικά με τη σύνθεση των ασθενών (case mix), τους αναλωθέντες πόρους για κάθε κατηγορία καθώς και την κάλυψη των κλινών ανά κατηγορία. Έτσι δομείται ένα δείγμα συγκριτικής ανάλυσης και μέτρησης της αποδοτικότητας.

Για τη διαμόρφωση του κόστους της συγκεκριμένης DRGs, σημαντικό ρόλο παίζουν οι κλινικές διαδρομές που ακολουθούνται. Οι κλινικές διαδρομές (clinical pathways) είναι αυτές που προάγουν την υγειονομική φροντίδα του ασθενή και βασίζονται στην προβλεπόμενη πορεία νοσηλείας και περίθαλψης. Είναι βασικά εργαλεία διαχείρισης

της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας καθώς συμβάλλουν στη διαμόρφωση της διάρκειας νοσηλείας μιας DRGs, διότι μέσω αυτών αποτυπώνονται οι απαραίτητες διαδρομές των ασθενών κάθε κατηγορίας μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Αυτές αναπτύσσονται και αναθεωρούνται από τους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου για την τελική διαμόρφωση μιας DRGs. Οι κατευθυντήριες οδηγίες (clinical protocols), οι οποίες διαμορφώνονται από επιτροπές ειδικών, αποτελούν συστάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς, βοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων (Μπαλασοπούλου, 2010).

Στο Διάγραμμα 2.1. απεικονίζεται η βασική δομή των DRGs και τι περιλαμβάνουν. Στο πρώτο στάδιο επιλέγεται το κατάλληλο σύστημα ταξινόμησης των DRGs, ανάλογα με τα δεδομένα του κάθε υγειονομικού συστήματος, όπου συμπεριλαμβάνονται οι διαγνώσεις, οι διαδικασίες και η σοβαρότητα των επιπλοκών.

**Διάγραμμα 2.1: Βασική δομή των DRGs συστημάτων**



Πηγή: Scheller- Kreinsen et al (2009), σελ. 2, Busse (2010), σελ. 18

Στο δεύτερο στάδιο περιλαμβάνονται τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο), μετρήσεις της κατανάλωσης των πόρων (κόστος, διάρκεια παραμονής) και γίνεται η συλλογή των πραγματικών δεδομένων νοσηλείας από το επιλεγμένο δείγμα, το οποίο μπορεί να αφορά ολόκληρο πληθυσμό ή δείγμα ενός νοσοκομείου, από το οποίο θα υπολογιστεί και η στάθμιση κόστους ανά DRGs (cost weights). Αυτά υπολογίζονται πάντα με βάση τη σύνθεση των ασθενών (case mix) των νοσοκομείων του δείγματος και μετά υπολογίζονται οι τιμές αποζημιώσεων ανά κατηγορία κόστους. Τα στοιχεία κόστους όμως υπολείπονται σε μερικές χώρες γιατί δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη το

λογιστικό σύστημα κοστολόγησης και γίνεται απλώς υποθετική εκτίμηση. Επίσης όλα τα συστήματα των DRGs αντιμετωπίζουν την αδυναμία ότι οι ομάδες ενσωματώνουν ορισμένες θεραπείες που έχουν υψηλότερο ή χαμηλότερο κόστος από την αποδιδόμενη τιμή. Συνεπώς όλα τα συστήματα των DRGs προσαρμόστηκαν για να συμπεριλάβουν και τις περιπτώσεις με την υψηλότερη ή την χαμηλότερη κατανάλωση πόρων (outliers). (Scheller-Kreinsen et al, 2009). Η ομαδοποίηση, κοστολόγηση και τιμολόγηση των DRGs είναι μια διαδικασία που ακολουθείται από την πλειονότητα των υγειονομικών συστημάτων, αν και υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους καθώς επίσης και ως προς τις αποζημιωνόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες (Busse et al, 2011).

Η αποζημίωση των νοσοκομείων για κάθε συγκεκριμένη DRGs δίνεται από τον τύπο (Pierdzioch, 2008):

$$R = CMI \times \text{Αριθμός ασθενών} \times \text{Ειδικός συντελεστής (base rate)}$$

όπου CMI (Case Mix Index) είναι ο δείκτης σύνθεσης των ασθενών =  $\sum C \text{ DRGs} / \text{αριθμός ασθενών}$ . Όπου  $\sum C \text{ DRGs}$  είναι το μέσο σχετικό κόστος ανά DRGs για το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Ο Ειδικός συντελεστής μεταβάλλεται ανάλογα με το νοσοκομείο και περιλαμβάνει μεταβλητές όπως την τοποθεσία που βρίσκεται το νοσοκομείο, την περιφερειακή του θέση, προγράμματα εκπαίδευσης, πραγματικό κόστος κ.α.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1. από τον υπολογισμό του κόστους εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά, η μακροχρόνια φροντίδα, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα υψηλού κόστους, η ιατρική αποκατάσταση, ενώ επίσης δεν συνυπολογίζονται το κεφαλαιουχικό κόστος, η έρευνα, η εκπαίδευση και οι εξωτερικοί ασθενείς για τους οποίους ισχύει η αναδρομική μέθοδος αποζημίωσης. Το κόστος ανά DRGs περιλαμβάνει μόνο το κόστος νοσηλείας (ιατρικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό), το υποστηρικτικό και το διοικητικό κόστος (Geissler, 2011)

Η κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των θεραπευτικών διαδικασιών είναι πολύ σημαντική γιατί αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία των ομάδων των ασθενειών. Για την κωδικοποίηση των διαγνώσεων χρησιμοποιείται το σύστημα της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (International Classification of Disease ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν την 10<sup>η</sup> αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD -10). Μερικές χώρες, όπως

η Ισπανία και η Πορτογαλία χρησιμοποιούν την προηγούμενη έκδοση του συστήματος την ICD-9.

**Πίνακας 2.1. Διαδικασίες που εξαιρούνται από την κοστολόγηση των DRGs**

<b>ΚΡΑΤΗ</b>	<b>ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ</b>	<b>ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>
<b>ΑΥΣΤΡΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα, Κεφαλαιουχικό κόστος, ενδιαφέροντα	Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, Εντατικής Θεραπείας, Αποκατάσταση
<b>ΑΓΓΛΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, Υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών, Κοινοτικές υπηρεσίες, Πρωτοβάθμια Φροντίδα
<b>ΕΣΘΟΝΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	-----
<b>ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα, Κεφαλαιουχικό κόστος, ενδιαφέροντα	Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, Εντατικής Θεραπείας και Επείγοντα
<b>ΓΑΛΛΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	Ακριβά φάρμακα, Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, Αποκατάστασης, Εντατικής Θεραπείας και Επείγοντα, Ακτινοθεραπεία, Νεογνολογία, Διάλυση
<b>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα, Κεφαλαιουχικό κόστος, ενδιαφέροντα	Ακριβά φάρμακα, Ψυχιατρικές Υπηρεσίες
<b>ΙΡΛΑΝΔΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα, Κεφαλαιουχικό κόστος, ενδιαφέροντα	Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, Γηριατρική Αποκατάστασης,
<b>ΠΟΛΩΝΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	Ακριβά φάρμακα, Εντατικής Θεραπείας και Επείγοντα
<b>ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	-----
<b>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	Ακριβά φάρμακα
<b>ΙΣΠΑΝΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	-----
<b>ΣΟΥΗΔΙΑ</b>	Εκπαίδευση, Έρευνα	Ακριβά φάρμακα, Αποκατάστασης

Πηγή: Geissler (2011),σελ. 8

Κάθε χώρα προσαρμόζει το σύστημα κωδικοποίησης σύμφωνα με τα δικά της πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες (Busse et al, 2011). Η ταξινόμηση των ασθενειών χαρακτηρίζεται ως ένα σύστημα κατηγοριών στο οποίο τα νοσήματα έχουν καθοριστεί σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια. Ο σκοπός του ICD είναι να επιτρέπει την καταγραφή, την ερμηνεία και τη σύγκριση των στοιχείων της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που έχουν συγκεντρωθεί από διαφορετικές χώρες ή περιοχές και σε διαφορετικό χρόνο. Η πρωταρχική χρήση του ICD ήταν να ταξινομεί τις αιτίες θνησιμότητας που προέκυπταν από τους καταγεγραμμένους θανάτους. Αργότερα η δράση του εξαπλώθηκε και συμπεριέλαβε και τις διαγνώσεις της νοσηρότητας. Η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων χρησιμοποιείται για να μεταφράσει τις κατηγορίες των ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας, από τις λέξεις σε έναν αλφαριθμητικό κωδικό, ο οποίος επιτρέπει την εύκολη ανάκτηση, ανάλυση και αποθήκευση των δεδομένων. Στην πράξη το ICD είναι ένα διεθνές πρότυπο ταξινόμησης διαγνώσεων για όλους τους επιδημιολογικούς τύπους. Αυτό συμπεριλαμβάνει τις αναλύσεις της υγείας του γενικού πληθυσμού, την παρακολούθηση της εμφάνισης και τον επιπολασμό των ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας σε σχέση με άλλες μεταβλητές, όπως τα χαρακτηριστικά και τις καταστάσεις των ατόμων που έχουν πληγεί από τη νόσο (WHO, 2004).

Για τη διαδικασία της κωδικοποίησης υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, γιατί δεν υπάρχουν κοινά διεθνή πρότυπα. Κάθε χώρα ανέπτυξε το δικό της σύστημα κωδικοποίησης και διαδικασιών και το προσάρμοσε στις δικές της απαιτήσεις. Για παράδειγμα το LKF σύστημα της Αυστρίας περιλαμβάνει μόνο 1500 στοιχεία. Της Γερμανίας οι κωδικοί ταξινόμησης περιλαμβάνουν όλες τις διαδικασίες και περιέχουν περισσότερα από 30000 στοιχεία, 20 φορές περισσότερα από το Αυστριακό σύστημα (Kobel et al, 2011).

#### **2.2.4. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs**

Η εφαρμογή του συστήματος των DRGs έχει επηρεάσει θετικά την συμπεριφορά των νοσοκομείων ως προς τον τρόπο αποζημίωσης και ελέγχου του κόστους. Όμως, παρουσιάστηκαν και πολλές αδυναμίες, κυρίως ως προς την αποτελεσματικότητα και ως προς την παροχή ωφέλιμων κινήτρων για τα νοσοκομεία.

Με την εισαγωγή των DRGs παρέχεται μεγαλύτερη δυνατότητα αξιολόγησης του νοσοκομειακού κόστους ανά κατηγορία περιπτώσεως και γίνεται καλύτερη ανάλυση των καταναλωθέντων πόρων. Αυτό συμβαίνει γιατί τα συστήματα πληρωμών με βάση τις DRGs παρέχουν κίνητρα για αποτελεσματικότερη φροντίδα. Οι αποζημιώσεις βασίζονται στις, κατά προσέγγιση, εισροές των αναγκών για μια ειδική θεραπεία και δεν είναι καθόλου κερδοφόρο να παρέχονται περιττές και άσκοπες υπηρεσίες φροντίδας ή να ενθαρρύνεται η μεγάλη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Γι' αυτό τον λόγο προσπαθούν να χρησιμοποιούν κατάλληλα μέσα για να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών διατηρώντας την κατανάλωση των πόρων σε λογικά επίπεδα (Cylus και Irwin, 2010). Εξαιτίας του ολοκληρωμένου ελέγχου του κόστους των χρησιμοποιούμενων πόρων, βελτιώνουν τις μεθόδους περίθαλψης, μειώνουν τη διάρκεια νοσηλείας με απώτερο σκοπό την μείωση του κόστους ανά ασθενή και έτσι βελτιώνεται η οικονομική διαχείριση με ταυτόχρονη συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας (Μπαλασοπούλου, 2010). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Cots et al, 2011). Βελτιώνεται το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και κατευθύνουν τους ασθενείς προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Βελτιώνουν την διοικητική και οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργώντας θέσεις υπευθυνότητας (Γείτονα, 2009). Με το σύστημα των DRGs υπάρχει σημαντική βελτίωση στη διαφάνεια ως προς τις ιατρικές πράξεις και λογοδοσία κυρίως από το ιατρικό προσωπικό, αλλά και ως προς το κόστος κυρίως για τέσσερις λόγους α) οι DRGs παρέχουν μια συνοπτική μέτρηση της νοσοκομειακής δραστηριότητας β) διευκολύνουν τη σύγκριση των επιδόσεων του κόστους, της ποιότητας και της απόδοσης γ) δημιουργούν κίνητρα βελτίωσης των προσπαθειών στην κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των διαδικασιών και δ) τα νοσοκομεία προσπαθούν να βελτιώσουν το σύστημα κοστολόγησής τους (Busse και Quentin, 2011).

Αντίθετα παρατηρείται κίνδυνος αύξησης λαθών στην συλλογή και στην ταξινόμηση των στοιχείων που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό μιας DRG και στην ακριβή προσέγγιση της έκτασης της ασθένειας, γιατί είναι ένα πολύπλοκο σύστημα από διοικητικής και γραφειοκρατικής απόψεως. Υπάρχει διαφοροποίηση των τιμών ανά κατηγορία μεταξύ δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να αλλάξει η χρηματοδότησή τους. Δεν είναι γνωστό το πόσο αξιόπιστο είναι το δείγμα της

συλλογής δεδομένων αλλά και σε ποιο βαθμό γνωρίζουν τα νοσοκομεία τις δαπάνες τους, ώστε όλα αυτά να μπορούν να ενσωματωθούν σε τιμές των DRGs. Στην Ολλανδία το 2005 και 2006 μετά την συγχώνευση της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης ιδρύθηκε το DBC (Diagnosis Treatment Combination). Ο σκοπός του DBC ήταν να ενθαρρύνει τις διαπραγματεύσεις της ποιότητας. Σήμερα γίνονται περισσότερες διαπραγματεύσεις για την τιμή και τον όγκο παραγωγής παρά για την ποιότητα. Επίσης στο καινούριο σύστημα πληρωμής της Ολλανδίας τα δημογραφικά στοιχεία δεν περιλαμβάνονται και δεν υπάρχουν ακριβείς βάσεις δεδομένων (Cylus και Irwin, 2010). Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν ακριβώς οι άμεσες επιπτώσεις της εισαγωγής του συστήματος των DRGs σχετικά με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα, όταν πρόκειται για διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα ή όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα. Η προσπάθεια μείωσης της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο οδηγεί σε πρόωρα εξιτήρια και μειώνονται οι αναγκαίες υπηρεσίες φροντίδας προς τους ασθενείς (skimping). Αυτό συνεπάγεται μείωση της ποιότητας, και αύξηση των επαναεισαγωγών (Ellis, 1998). Εμφάνιση του φαινομένου creep/up coding. Σύμφωνα μ' αυτό, κατατάσσεται η περίπτωση μιας ασθένειας σε υψηλότερη διαγνωστική κατηγορία και αυξάνεται η αποζημίωση γιατί αλλάζει ο δείκτης CMI (Cylus και Irwin, 2010). Με αυτόν τον τρόπο τα νοσοκομεία αυξάνουν τα έσοδα ανά ασθενή και αλλάζουν τους κωδικούς και τις διαδικασίες προσθέτοντας και δεύτερη διάγνωση (up-coding) με αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητας (Cots et al, 2011). Η εφαρμογή των DRGs δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να προτιμούν περιπτώσεις παθήσεων που ανήκουν σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες για να αυξάνεται η αποζημίωση των νοσοκομείων. Εμφανίζεται το φαινόμενο cream-skimming και εξυπηρετείται μόνο η αφρόκρεμα των ασθενών γιατί συμφέρουν οικονομικά. Αυτό οδηγεί σε μείωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας (Martinussen και Hagen, 2009). Παρατηρείται αύξηση του φαινομένου της μη κάλυψης των σοβαρών περιστατικών, κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου οι ασθενείς κατευθύνονται σε άλλους φορείς ή τους αποφεύγουν (dumping) και γίνεται επιλογή ασθενών με απλές παθήσεις και χωρίς απρόβλεπτες επιπλοκές, αλλά με καθορισμένη διάγνωση και θεραπεία με χαμηλό κόστος (Ellis, 1998).



## **2.2.5. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs σε χώρες της Ευρώπης**

### **Γαλλία**

Στη Γαλλία μέχρι σήμερα το σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων δεν κατάφερε να επιτύχει τους στόχους του, όσο αφορά την βελτίωση της αποδοτικότητας, την αύξηση της διαφάνειας και της ποιότητας. Τα δεδομένα του κόστους δεν είναι γνωστά ώστε να διευκολύνουν την κατανόηση και την παρακολούθηση των ιατρικών πράξεων. Επίσης όσο αφορά την παραγωγικότητα δεν είναι ξεκάθαρο σε ποιο βαθμό αντιπροσωπεύει το βαθμό απόδοσης και αν αυτό οφείλεται σε σωστή ή λάθος κωδικοποίηση ή στην υπερπροσφορά των υπηρεσιών. Επίσης δεν είναι διαθέσιμοι οι δείκτες ποιότητας, όπως οι τιμές θνησιμότητας. Σε μακρό - επίπεδο, ο μηχανισμός ελέγχου ως προς τον όγκο παραγωγής και το κόστος, αποδείχθηκε αντιπαραγωγικός και δημιούργησε ένα απρόβλεπτο περιβάλλον στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να ελέγξουν το κόστος ανά δραστηριότητα (Or & Bellanger, 2011).

### **Γερμανία**

Στο σύστημα της Γερμανίας, η επιτυχία της διαφάνειας στα νοσοκομεία και η χαρτογράφηση του κόστους της νοσοκομειακής δραστηριότητας είναι ένα ισχυρό πλεονέκτημα. Όπως επίσης και η συνέπεια στη λειτουργία του συστήματος G-DRG είναι σημαντικό κίνητρο για σωστή εφαρμογή της κωδικοποίησης και των διαδικασιών. Αδυναμία παρουσίασε το σύστημα ως προς τους δείκτες της νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά το επίπεδο αποζημίωσης δεν έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Geissler et al, 2011).

### **Ιρλανδία**

Η εφαρμογή των DRGs στο Ιρλανδικό σύστημα παρουσιάζει μια ενδιαφέρουσα διαδρομή μέχρι σήμερα για την συγκριτική αξιολόγηση των στοιχείων των νοσοκομείων και αφού αναγνωρίστηκαν τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής τους συστάθηκε η πιλοτική εφαρμογή για την ιδιωτική και ημι-ιδιωτική θεραπεία στα δημόσια νοσοκομεία (O' Reilly et al, 2011).

## **Αγγλία**

Η Αγγλία εφαρμόζει το σύστημα των DRGs από το 2004 και έχει θετικό αντίκτυπο στη βελτίωση των δραστηριοτήτων και των επιδόσεων στα νοσοκομεία, χωρίς να υποβαθμίζεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα έχει αυξηθεί η δραστηριότητα στις περιπτώσεις της ημερήσιας νοσηλείας και έχει μειωθεί αισθητά η διάρκεια παραμονής των νοσηλευόμενων. Μειώθηκε το μοναδιαίο κόστος και βελτιώθηκε η αποτελεσματικότητα χωρίς αξιόλογη μείωση της ποιότητας. Ως προς την ποιότητα έχουν γίνει μικρές αλλαγές (Mason et al, 2011).

## **Σκανδιναβικές χώρες**

Οι Σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Δανία Ισλανδία, Σουηδία και Νορβηγία) πειραματίζονται με τα συστήματα ταξινόμησης από το 1990 και ακολουθούν το Σκανδιναβικό Σύστημα ταξινόμησης NordDRGs (Linna & Virtanen, 2011). Συγκεκριμένα στη Φινλανδία, δεν υπήρχαν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για το πώς θα χρησιμοποιηθεί και θα εφαρμοστεί το σύστημα ταξινόμησης με αποτέλεσμα κάθε νοσοκομείο να το εφαρμόζει με το δικό του τρόπο. Έτσι δεν υπήρχε δυνατότητα σύγκρισης τιμών (Kautiainen et al, 2011).

## **Πορτογαλία**

Μετά από 25 χρόνια εφαρμογής των DRGs στην Πορτογαλία, σημειώθηκε μεγάλη επιτυχία. Αυξήθηκε ο αριθμός ασθενών, μειώθηκε η διάρκεια νοσηλείας και βελτιώθηκε το σύστημα ελέγχου του κόστους. Έχουν μείνει όμως σε εκκρεμότητα τρεις μεγάλοι τομείς όπως: η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, οι συγκρίσεις των νοσοκομείων και η δημιουργία εθνικών τιμολογίων για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις (Mateus, 2011).

## **Αυστρία**

Η Αυστρία μετά από 13 χρόνια εφαρμογής των DRGs εξακολουθεί να προσπαθεί για την επιτυχία των στόχων της. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει βελτίωση στη διαφάνεια και στην δραστηριότητα των νοσοκομείων, σπάνια διενεργούνται έλεγχοι. Οι πληροφορίες για τα δεδομένα νοσοκομειακής δραστηριότητας και τα δεδομένα για την κατανάλωση των πόρων είναι περιορισμένα και επειδή το δείγμα είναι πολύ μικρό γίνονται προσπάθειες για επέκταση, γιατί κάτι τέτοιο θα βελτίωνε περισσότερο

τον τομέα της υγείας. Ενώ άλλα κράτη όπως η Αγγλία, η Γαλλία, ενημερώνονται και ανανεώνουν συνεχώς τα συστήματα ταξινόμησης ασθενών σχετικά με τις δευτερεύουσες διαγνώσεις για τη συστηματική αξιολόγησή τους, στην Αυστρία οι δευτερεύουσες διαγνώσεις παίζουν πολύ μικρό ρόλο σε επίπεδο σοβαρότητας (Kobel και Pfeiffer, 2011).

### **2.3. Ευρήματα ερευνών σχετικά με την αποδοχή των DRGs από τους επαγγελματίες υγείας**

Πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας στις διάφορες μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης (Bell et al., 1997, Federman & Keyhani, 2011) αλλά μόνο ένας μικρός αριθμός έχει επικεντρωθεί στη στάση των ιατρών κατά την εφαρμογή των DRGs.

Οι Armenakis & Bedeian (1999) υποστηρίζουν ότι βασική προϋπόθεση μιας επιτυχημένης νέας πολιτικής αποτελεί η αποδοχή από τους εργαζομένους. Ο Metselaar (1997) ορίζει την προθυμία στην αλλαγή, υποστηρίζοντας ότι οι οργανισμοί και οι εργαζόμενοι μπορούν να επωφεληθούν από μια πιο εποικοδομητική προσέγγιση όπου οι εργαζόμενοι δεν θα θεωρούνται ως εμπόδιο στη νέα πολιτική αλλά μάλλον ως πόροι που υποστηρίζουν την αλλαγή εφόσον πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως ο συνυπολογισμός των διαφορετικών απόψεων. Η παραπάνω προθυμία των εργαζομένων στην αλλαγή βασίζεται στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς του Ajzen (1991) όπου παρέχεται ένα χρήσιμο εννοιολογικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι επαγγελματίες υγείας ζυγίζουν τα οφέλη μιας νέας πολιτικής, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους και αυτό επηρεάζει την αντίστασή τους στην υλοποίησή της.

Οι έρευνες των Hebson et al. (2003) καθώς και των Pratchett και Wingfield (1996) έδειξαν αυξανόμενη δυσαρέσκεια των επαγγελματιών στην εφαρμογή νέων πολιτικών. Όμως η αντίστασή τους στην εφαρμογή της μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες τελικά στην υλοποίησή της. Όπως αναφέρει ο Sabatier (1986) για την αποτελεσματική εφαρμογή μιας πολιτικής, η συναίνεση και η αποδοχή από τους

φορείς υλοποίησής της αποτελεί μια από τις απαραίτητες προϋποθέσεις. Στο ίδιο πνεύμα οι Ewalt & Jennings (2004) σημειώνουν πως οι εμπλεκόμενοι μιας οργανωτικής δομής μπορεί να επηρεάσουν ανασταλτικά την εφαρμογή μιας νέας πολιτικής ενώ οι Bekkers et al. (2007) σχετίζουν την ποιότητα των σχέσεων των επαγγελματιών με τους ασθενείς με το βαθμό αποδοχής των νέων πολιτικών. Οι επαγγελματίες υγείας αντιστέκονται στις νέες πολιτικές που εφαρμόζει η κάθε κυβέρνηση όταν θεωρούν ότι η πολιτική αυτή δεν θα είναι ωφέλιμη για τους ασθενείς τους ή γενικά για το σύστημα υγείας. Ορισμένες φορές πάλι αντιστέκονται για προσωπικούς λόγους, όπως η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας.

Οι Thibadoux et al. (2007) βασιζόμενη σε ανοικτές συνεντεύξεις εννέα γιατρών στις Η.Π.Α. μελέτησαν τις αντιδράσεις τους και τους προβληματισμούς τους σχετικά με τη σύνδεση των υγειονομικών πόρων με τη χρήση ιατρικών πρωτοκόλλων, ενός τυποποιημένου δηλαδή συστήματος κοστολόγησης με βέλτιστες πρακτικές στην προσπάθεια ελέγχου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Τα εμπειρικά ευρήματα ανέδειξαν απροθυμία συμμετοχής των γιατρών σε οποιαδήποτε προσπάθεια εφαρμογής της παραπάνω πολιτικής εάν δεν επιλυόταν ζητήματα που σχετίζονταν τόσο με πρακτικά θέματα εφαρμογής όσο και με ηθικά διλήμματα και θέματα δεοντολογίας.

Προγενέστερες έρευνες (Matland, 1995, Higgs & Rowland, 2005) δείχνουν μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στα οφέλη μιας πολιτικής, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τους ίδιους τους εργαζόμενους και την προθυμία τους να την εφαρμόσουν. Οι May & Winter (2009), Riccucci (2005) έχουν επίσης τονίσει την επίδραση που μπορεί να έχει η αντίσταση ή προθυμία των επαγγελματιών στην επίτευξη των στόχων μιας πολιτικής τονίζοντας ότι αυτοί που σχεδιάζουν μια πολιτική τις περισσότερες φορές δεν ζητούν τις απόψεις αυτών που θα τις εφαρμόσουν. Λίγοι είναι αυτοί που έχουν ασχοληθεί προσπαθώντας να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούν τους διάφορους τομείς διαχείρισης και εφαρμογής μιας πολιτικής (Laurence & O'Toole, 2000).

Οι Jaffe et al (1994), περιέγραψαν ένα μοντέλο όπου η δεκτικότητα ή η αντίσταση σε μια νέα πολιτική αποτελούν χρήσιμα κριτήρια για τον καθορισμό του εάν τα οργανωτικά μέλη έχουν φθάσει στο στάδιο της δέσμευσης για την εφαρμογή της. Ο

Bainbridge (1996) αναφέρει ότι η αλλαγή σε μια πολιτική δεν είναι μια ενοχλητική αναστάτωση που πρέπει να περνάμε μια φορά κάθε δέκα χρόνια παρά είναι κάτι που πρέπει να μάθουμε να ζούμε μ' αυτή, να συμμετέχουμε σ' αυτή. Ο Judson (1991), θέτει ως βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή κάθε νέας εφαρμογής την παραδοχή ότι οι εργαζόμενοι δεν θα αντισταθούν ενώ ο Metselaar (1997) ορίζει την προθυμία των εργαζόμενων στην αλλαγή ως βασικό στοιχείο μιας αποτελεσματικής πολιτικής.

Η πρόσφατη μελέτη των Tummers & Van de Walle (2012) διερεύνησε τη σύνδεση μιας αποτελεσματικής υγειονομικής μεταρρύθμισης με την υποστήριξη των επαγγελματιών δηλαδή τη σοβαρότητα των συνεπειών και την αναποτελεσματικότητα στην εφαρμογή της πολιτικής ως συνέπεια της μη αποδοχής της. Υιοθετήθηκε η μεθοδολογία του Metselaar (1997) ως προς την προθυμία/ αντίσταση στην αλλαγή, η οποία βασίζεται στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς του Ajzen (1991) σύμφωνα με την οποία διερευνάται η προθυμία των επαγγελματιών στην εφαρμογή μιας νέας πολιτική. Τρεις είναι οι διαστάσεις για τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν (May & Winter, 2009, Tummers et al, 2009, Holt et al, 2007, Tummers, 2011): κοινωνικά οφέλη, όπως η μείωση του κόστους ή η υψηλότερη ποιότητα φροντίδας), οφέλη για τους ασθενείς όπως καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και προσωπικά οφέλη για τους ιατρούς όπως υψηλότερο εισόδημα και λιγότερες διοικητικές επιβαρύνσεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2010 σε 1.317 Ολλανδούς ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγους και ψυχιάτρους που έπρεπε να εφαρμόσουν το σύστημα των DRGs. Τα εμπειρικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη πολιτική συνάντησε μεγάλη αντίσταση από τους Ολλανδούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκφρασμένη με διάφορους τρόπους όπως τη σύσταση ενώσεων “ενάντια στην πολιτική των DRGs”, την κατασκευή ιστοσελίδων έκφρασης των ανησυχιών τους, τονίζοντας σε κάθε περίπτωση τη μη ευεργετική ανταπόδοση στους ασθενείς τους, την υπονόμηση της προστασίας της ιδιωτικής τους ζωής ή του ιατρικού απορρήτου εφόσον για τη λειτουργία του όλου συστήματος πληρωμών απαιτούνταν ιατρικά δεδομένα των ασθενών που αποστέλλονται στα ασφαλιστικά ταμεία. Άλλες αρνητικές παράμετροι αποτέλεσαν οι άστοχες ονοματολογίες παθήσεων στις λίστες (για παράδειγμα ήπια κατάθλιψη ή διαταραχή άγχους) που θεωρούνταν εσφαλμένες από ορισμένους επαγγελματίες όπως και ο επιπλέον διοικητικός φόρτος εργασίας που προέρχονταν από την DRG-πολιτική.

Η μελέτη των Tzavara et al. (2006) αφορούσε τη διερεύνηση της καταλληλότητας των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας και της αποδοχής τους από τους επαγγελματίες υγείας. Η εμπειρική ανάλυση βασίστηκε στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη στάση, τη γνώση, την εμπειρία και την αποδοχή των DRGs από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και η αναζήτηση της ύπαρξης ή όχι των απαραίτητων υποδομών στα ελληνικά νοσοκομεία. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στα διοικητικά, οικονομικά τμήματα αλλά και στους επαγγελματίες υγείας σε 50 Νοσοκομεία, του ΕΣΥ. Το 55% των ερωτηθέντων πίστευε ότι οι DRGs ήταν κατάλληλες για το ΕΣΥ, το 5% ήταν αντίθετο, το 35% δε γνώριζε τη μέθοδο ενώ το 5% δεν απάντησε. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι επαγγελματίες υγείας με τριτοβάθμια εκπαίδευση και κατοχή μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού διπλώματος ήταν περισσότερο εξοικειωμένοι με τη συγκεκριμένη μέθοδο. Παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερη ήταν η γνώση του ατόμου σχετικά με τις DRGs τόσο περισσότερες ήταν οι πιθανότητες αποδοχής της ως μεθόδου αποζημίωσης των συστημάτων υγείας. Η γνώση και η αποδοχή ήταν σχετικά χαμηλή στο διοικητικό και οικονομικό προσωπικό (45%). Το ΕΣΥ θεωρήθηκε ανέτοιμο στην εφαρμογή της μεθόδου εξαιτίας της έλλειψης πολιτικής βούλησης, τις διαφορετικές προτεραιότητες των νοσοκομείων και τη διαφορετικότητα των οργανισμών. Τα κύρια προβλήματα σχετίστηκαν με τις υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες τα οποία και ήταν ασύμβατα με τη μεθοδολογία. Παρατηρήθηκε αντίσταση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή νέων μεθόδων, παρόλο που θεωρήθηκε ως μια αναγκαιότητα η ορθή οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πολλοί παράγοντες όπως η έλλειψη υποδομής, ηλεκτρονικού αρχείου των ασθενών, συστήματος πληροφορικής, εκπαίδευσης σχετικά με τη μέθοδο, ο φόβος των τεχνολογικών καινοτομιών καθώς και διάφορα ηθικά ζητήματα οδήγησαν στην αντίστασή τους.

## **2.4. Συμπερασματικές παρατηρήσεις**

Οι DRGs εισάγονται το 1983 για πρώτη φορά στις Η.Π.Α. και μετά από 30 χρόνια εφαρμογής τους, τα εμπειρικά αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι συμβάλουν θετικά στη συγκράτηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, στην ύπαρξη

διαφάνειας σχετικά με τη σύνθεση και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας, στην ανάπτυξη των πληροφοριακών συστημάτων και της διοικητικής διαχείρισης. Ενώ παρατηρούνται αδυναμίες σε ότι αφορά την πολυπλοκότητα του μηχανισμού της μεθόδου, τη λανθασμένη κωδικοποίηση, upcoding και επανεισαγωγές.

Οι εμπειρικές μελέτες που σχετίζονται με τη στάση των επαγγελματιών στην υλοποίηση μιας νέας πολιτικής, καταδεικνύουν σύνδεση ανάμεσα στην κατανόηση και αποδοχή της πολιτικής και στην αποτελεσματική εφαρμογή της. Επιπρόσθετα παρατηρείται συσχέτιση της ιατρικής διοίκησης και του οικονομικού σχεδιασμού. Η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συνδέεται με την ιατροκλινική απόφαση αλλά και με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που χρησιμοποιήθηκαν. Οι αποφάσεις των ιατρών και η στάση τους απέναντι στα DRGs επηρεάζουν τη ζήτηση, την κατανάλωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών αλλά και τη διάγνωση, την κωδικοποίηση των ασθενειών και την εξαγωγή του κατάλληλου πακέτου DRGs. Οι ιατροί προσπαθούν για την επίτευξη των στόχων κάθε νέας πολιτικής εάν έχουν πεισθεί για τα οφέλη που θα επιφέρει η εφαρμογή της στην κοινωνία, στους ασθενείς τους καθώς και στους ίδιους.

## Κεφάλαιο Τρίτο

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΕΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1. Εισαγωγή

Κάθε υγειονομικό σύστημα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση και χαρακτηρίζεται από τις δικές του χρηματοδοτικές και οργανωτικές ιδιαιτερότητες. Στο ελληνικό σύστημα υγείας μέχρι τα τέλη του 2011 η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου και ένα μικρό ποσοστό μέσω της ιδιωτικής συμμετοχής. Το κόστος μισθοδοσίας των εργαζομένων χρηματοδοτείται έως και σήμερα από τον προϋπολογισμό της γενικής κυβέρνησης και δεν συμπεριλαμβάνεται στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Για τον υπολογισμό όμως του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου, δεν λαμβάνονταν υπόψη το πραγματικό κόστος νοσηλείας και παράγοντες όπως η κατηγορία της ασθένειας, το είδος και η ποσότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων να διογκώνονται σταθερά και να καλύπτονται από επιπλέον κρατικές επιχορηγήσεις. Η αναδρομική μέθοδος χρηματοδότησης (ημερήσιο νοσήλιο) δυσχέραινε τη συγκράτηση του κόστους καθώς και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Δημιούργησε κίνητρα για ανεξέλεγκτες δαπάνες, ευνόησε την αύξηση των ημερών νοσηλείας, δεν προωθούσε την παραγωγικότητα, δεν προήγαγε την ποιότητα και ευνοούσε την παραοικονομία.

Επιπρόσθετα στα τέλη του 2009 το ελληνικό κράτος και η ελληνική οικονομία είχε να αντιμετωπίσει την πιο σοβαρή οικονομική κρίση στην πρόσφατη ιστορία της. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα χρηματοδότησαν την Ελλάδα με άμεσα πακέτα δανείων με την υποχρέωση να ληφθούν τα μέτρα λιτότητας για τον έλεγχο του ελλείμματος και συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των δαπανών της γενικής κυβέρνησης. Ένας από τους τομείς που



σχεδιάστηκαν σημαντικές περικοπές ήταν και η υγειονομική περίθαλψη. Δύο από τα σημαντικότερα διαρθρωτικά μέτρα που υιοθετήθηκαν για τα δημόσια νοσοκομεία ήταν: α) η αναδιάταξη των 131 νοσοκομείων σε 82 βασικά και 49 διασυνδεδεμένα και β) η εφαρμογή των DRGs, ο σχεδιασμός των οποίων ξεκίνησε στις αρχές του 2011 και ολοκληρώθηκε ένα έτος μετά. (Polyzos et al., 2013)

Ο αναχρονιστικός και περίπλοκος τρόπος οργάνωσης και χρηματοδότησης στην υγειονομική περίθαλψη από τη μια και η υποχρέωση που ανέλαβε η Ελλάδα στο Μνημόνιο (MoU) για καθιέρωση νέου συστήματος κοστολόγησης/ χρηματοδότησης στα νοσοκομεία μέχρι 31/3/2011 από την άλλη επίσπευσε την εισαγωγή των DRGs στην Ελλάδα.

### **3.2. Ανάλυση/ Μηχανισμός ΚΕΝ**

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησε στις αρχές του 2011 προσπάθεια διερεύνησης της δυνατότητας εφαρμογής του συστήματος αποζημίωσης με βάση τα DRGs. Μια Ομάδα αποτελούμενη από εικοσιπέντε Διευθυντές ιατρούς του ΕΣΥ και έχοντας ως πρότυπο τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD10), πραγματοποίησε αντιστοίχιση των διαγνώσεων σε 25 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και έπειτα σε 700 κατηγορίες Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Οι 700 αυτές κατηγορίες ΚΕΝ προέκυψαν έπειτα από μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και διερεύνηση από την Επιτροπή που ορίστηκε με την Υπουργική Απόφαση 129424 /19-10-2010 (Πίνακας 3.1). Η Επιτροπή αξιολογώντας την εμπειρία από την εφαρμογή των DRGs σε διαφορετικά υγειονομικά συστήματα, όπως των Η.Π.Α., της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Αυστραλίας, κατέληξε στην επιλογή του Αυστραλιανού συστήματος (AR – DRGs) ως το επικρατέστερο. Επίσης κοστολόγησε επιλεγμένες διαγνωστικές, επεμβατικές κατηγορίες δημιουργώντας συντελεστές (δείκτες) βαρύτητας κόστους / αποζημίωσης με βάση τα Ελληνικά δεδομένα και συγκρίνοντας με το  $\alpha$  με το  $\beta$  αντίστοιχους της Αυστραλίας. Σε συνεργασία με ειδικούς, μετέφρασε την λίστα με την ονοματολογία του Αυστραλιανού συστήματος (AR – DRGs), συντάσσοντας λίστα Ελληνικών Ομοειδών Διαγνωστικών Κατηγοριών (GR – DRGs) με στόχο

κυρίως τη διερεύνηση δυνατότητας προσαρμογής και ανάπτυξης του AR – DRGs (Μανιαδάκης και συν, 2011)

### Πίνακας 3.1. Υπουργικές αποφάσεις εφαρμογής ΚΕΝ

Υπουργική Απόφαση / Φ.Ε.Κ./ Ημερομην	Τίτλος	Στόχος
Υ4Α/οικ.1320/10-2-98 (ΦΕΚ 99 Β')	Ορισμός Νοσηλίου Νοσοκομείων	Ορισμός 1.Ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο 2. Συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο
129424 /19-10-2010	Διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία	Συγκρότηση Επιτροπής, ορισμός μελών της από το ΥΥΚΑ, το ΚΕΣΥ και ΕΣΔΥ
12 Απόφ. της 230 <sup>πς</sup> Ολομ./16.5.2011 ΚΕΣΥ 31/05/2011	«Γνωμοδότηση για τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια του Εθνικού Συστήματος Υγείας 2011»	Εφαρμογή νέου τρόπου τιμολόγησης νοσηλευόμενων ασθενών στο Ε.Σ.Υ. Ανακοστολόγηση Πίνακα 700 ΚΕΝ και ορισμός πιλοτικών Νοσοκομείων
ΔΥ1δ/οικ. 61655, 2/6/2011	Συγκρότηση Ομάδας Εργασίας ΚΕΝ	Συγκρότηση από το ΥΥΚΑ Ομάδας Εργασίας παρακολούθησης, εφαρμογής των ΚΕΝ του Ε.Σ.Υ. από 1/7/2011 έως 31/12/2011
Υ4α/οικ. 85649/27.7.11 (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ	Ανάρτηση πίνακα για την εφαρμογή νέας τιμολόγησης (ΚΕΝ) και του Ημερήσιου Νοσηλίου
Εγκύκλιος Οικ. 94622 (23/08/2011)	Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης Ενεργειών για την Εφαρμογή ΚΕΝ – DRGs το 2011	Έως τα τέλη Σεπτεμβρίου 2011 όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ θα έπρεπε να είναι λειτουργικά έτοιμα να αποδίδουν στα ασφαλιστικά ταμεία τα τιμολόγια των νοσοκομειακών υπηρεσιών χρησιμοποιώντας τα ΚΕΝ – DRGs
Υ4α/οικ. 105604/ 27-9-11 (ΦΕΚ 2150Β/2011)	Συμπλήρωση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Υ4α/οικ.85649/27-7-11 και του πίνακα «Τιμολόγιο Ημερήσιου Νοσηλίου»	Στο εξής θα καλούνται Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια και θα αναπροσαρμόζονται με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας για το Ε.Σ.Υ. από 1/2/2012
Υ4α/οικ. 13740 (ΦΕΚ 940/Β'/27-3-2012)	ΚΕΝ και Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε. Σ. Υ	Αναπροσαρμογή των ΚΕΝ με βάση το νέο μειωμένο κόστος νοσηλείας για το Ε.Σ.Υ. από 1/2/2012. Συνολική υποκοστολόγηση της τάξης του 10% και πλέον
Υ4α/οικ.1805 (Φ.Ε.Κ. 946 /Β'/27-3-2012)	Τροποποίηση της υπ. Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011	Νέα αναπροσαρμογή με ισχύ από 1/3/2012

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η πρόταση της Επιτροπής έγινε αποδεκτή τον Μάιο του 2011 από την ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και δημοσιεύθηκε Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 105604/ 27-9-11 (Πίνακας 2), σχετικά με την εφαρμογή νέου τρόπου τιμολόγησης των νοσηλευόμενων ασθενών στο ΕΣΥ. Η υλοποίηση των ενεργειών εφαρμογής των ΚΕΝ θα έπρεπε να λάβουν χώρα έως τα τέλη Σεπτεμβρίου του 2011 όπου όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ θα έπρεπε να είναι έτοιμα να αποδίδουν στα ασφαλιστικά ταμεία τα τιμολόγια των νοσοκομειακών υπηρεσιών χρησιμοποιώντας τα ΚΕΝ – DRGs (Εγκύκλιος οικ. 94622/2011) (Πίνακας 2). Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου ορίστηκαν συγκεκριμένες ενέργειες, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης καθώς και πιλοτικά νοσοκομεία σε κάθε υγειονομική περιφέρεια. Ως πιλοτικά Νοσοκομεία επιλέχθηκαν:

**1<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν. Αθηνών «ΚΑΤ», Γ.Ν. «Η Αγία Σοφία», Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς, Γ.Ν. Κων/λειο «Η Αγία Όλγα»)

**2<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Σύρου, Κρατικό Θεραπευτήριο – Κ.Υ. Λέρου, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο)

**3<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Γ.Ν. «Νάουσας», Γ.Ν. Κατερίνης)

**4<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Γ.Ν. Καβάλας)

**5<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Γ.Ν. Λαμίας)

**6<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν. Καλαμάτας, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»)

**7<sup>η</sup> ΥΠΕ** (Γ.Ν. Ρεθύμνου)

Τον Οκτώβριο του 2011 ξεκίνησε η τιμολόγηση των Νοσηλειών και Ιατρικών Πράξεων στα ελληνικά νοσοκομεία βάσει της κοστολόγησης των ΚΕΝ. Έως τα τέλη του 2011 ολοκληρώθηκαν κάθε είδους προσαρμογές σχετικά με την ονοματολογία, το κόστος ΚΕΝ και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, από ομάδες εργασίας που συγκροτήθηκαν για τον σκοπό αυτό. Τον Δεκέμβριο του 2011 με στόχο την αναλυτικότερη κοστολόγηση, όλα τα ΚΕΝ ή παρέμειναν σταθερά ή υποκοστολογήθηκαν με συνολική μείωση άνω των 10% μεσοσταθμικά (ετήσια βάση) (Υ4α/οικ.13740/2012) (Πίνακας 2).

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε η ανάγκη πραγματοποίησης αναλυτικής κοστολόγησης ανά ΚΕΝ και η εκτίμηση ενός μεσοσταθμικού δείκτη (Groupet) με στόχο τη συμβολή στη ταξινομική διαδικασία των νοσοκομειακών πράξεων ώστε να αξιολογηθούν και

να καταγραφούν ενδεδειγμένα πρότυπα αναλώσιμων ιατροτεχνολογικών προϊόντων για καθεμιά από τις 25 κατηγορίες των MDC και για κάθε κατηγορία των 700 KEN. Επιπρόσθετα έγινε εκτίμηση, κατά το δυνατό, του κόστους χρησιμοποιώντας τις αναλυτικές βάσεις δεδομένων του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Observe net) για τις τρέχουσες τιμές καθώς και το ESY.net του ΥΥΚΑ υπολογίζοντας τη δαπάνη που συνεπάγεται και δημιουργώντας φύλλα κοστολόγησης ανά KEN. Παρακάτω θα επιχειρηθεί ανάλυση του μηχανισμού εφαρμογής των KEN στην Ελλάδα βασιζόμενοι στη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2011).

### **3.3. Στάδια συγκρότησης KEN**

Η διαφορετικότητα των συστημάτων υγείας στα διάφορα κράτη έχουν ως συνέπεια την ανάπτυξη και εφαρμογή διαφορετικής μεθοδολογίας των DRGs, σε ότι αφορά τον συνολικό αριθμό τους, τους αλγορίθμους ταξινόμησης των ασθενών, το περιεχόμενο, τα χρησιμοποιούμενα στοιχεία, την μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης. Υπάρχουν βέβαια και ομοιότητες στη μεθοδολογία, την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάμεσα σε ορισμένες χώρες. Κάθε νέα χώρα που επιθυμεί να εισάγει μέθοδο αποζημίωσης με βάση τα DRGs συνήθως βασίζεται στην εμπειρία άλλων χωρών.

Σύμφωνα με δεδομένα που αντλήθηκαν από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ, 2011) τέσσερα ήταν τα στάδια που ακολουθήθηκαν για τη συγκρότηση των KEN, της ελληνικής δηλαδή εκδοχής των DRGs (GR-DRGs) πρώτον αναθεώρηση της ονοματολογίας και κωδικοποίηση, δεύτερον αναθεώρηση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας, τρίτον προσαρμογή και αναθεώρηση των τιμών και τέταρτον αντιστοίχιση των κωδικών ICD-10 και των ιατρικών πράξεων. Αναλυτικότερα:

#### **A. Αναθεώρηση της ονοματολογίας και κωδικοποίηση**

Πραγματοποιήθηκε πολιτισμική μετάφραση δηλαδή πρόσω μετάφραση από μεταφραστές με μητρική την ελληνική γλώσσα και προσαρμογή στην αγγλική ορολογία. Αντίστροφα μετάφραση από μεταφραστή με μητρική την αγγλική γλώσσα

και επιλογή ενδεδειγμένων ελληνικών εκφράσεων και ορολογίας. Πραγματοποίηση γνωστικού ελέγχου σε δείγμα Ελλήνων ιατρών και διευκρίνιση ορισμένων σημείων.

Η κεντρική μεθοδολογική επιλογή βασίστηκε στην ελληνική ταξινόμηση νόσων και διαγνώσεων (ICD10) που χρησιμοποιούνταν στον τομέα υγείας της χώρας μας. Ακολούθησε η εντόπιση και διόρθωση των λανθασμένων κωδικών ΚΕΝ (ίδιοι κωδικοί σε διαφορετικά ΚΕΝ, λάθος κωδικοί κ.α.). Τελικά διαμορφώθηκε ένας αναθεωρημένος κατάλογος ονοματολογίας και Κωδικοποιήσεων ΚΕΝ, όπου σε σχέση με τον προηγούμενο (Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011) έγινε διόρθωση ορθογραφικών και γραμματικών λαθών, αλλαγή της ορολογίας, εννοιολογικές αποσαφηνίσεις και διόρθωση στην κωδικοποίηση.

Η Επιτροπή υποστηρίζει ότι παρά τις διορθώσεις προκύπτουν ΚΕΝ που αφήνουν περιθώριο εννοιολογικής ασάφειας και αυτό σχετίζεται με το ότι κάθε σύστημα ταξινόμησης έχει τη δική του φιλοσοφία και λογική. Στην περίπτωση της Ελλάδας, το AR-DRGs σύστημα καλύπτεται από copyright με αποτέλεσμα να μην γίνονται γνωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και η φιλοσοφία που λειτουργεί εάν δεν ζητηθεί εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η επίσημη άδεια χρήσης τους από την Αυστραλία.

## **B. Αναθεώρηση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας**

Τα υγειονομικά συστήματα άλλων χωρών που χρησιμοποιούν ως μέθοδο αποζημίωσης τα DRGs έχουν αναπτύξει έναν μόνιμο μηχανισμό παρακολούθησης στο σύνολο των περιστατικών για την αναθεώρηση του κόστους αλλά και της ΜΔΝ<sup>1</sup>. Με τον τρόπο αυτό ορίζεται, κάθε φορά, τεκμηριωμένα η ΜΔΝ, λαμβάνοντας υπόψη μεγάλο αριθμό αξιόπιστων πρωτογενών στοιχείων (π.χ. καταγραφή και ανάλυση περίπου 18.000.000 περιστατικών ανά έτος).

Η ΜΔΝ των ΚΕΝ αναθεωρήθηκε συγκριτικά με αυτήν της Υ4α/οικ.85649 / 27-7-2011 (Πίνακας 3.1) και προτάθηκε ως απαραίτητη από την Επιτροπή η ανάπτυξη μόνιμου μηχανισμού διαχρονικής παρακολούθησης της εφαρμογής των ΚΕΝ, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Για παράδειγμα για την πάθηση με τίτλο «Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες

---

<sup>1</sup> ΜΔΝ ορίζεται ως ο μέσος όρος της διάρκειας νοσηλείας των περιστατικών που ανήκουν στο συγκεκριμένο ΚΕΝ

παθήσεις», η ονοματολογία παρέμεινε η ίδια αλλά η ΜΔΝ αναθεωρήθηκε στις 7 ημέρες από τις 11 που είχαν οριστεί αρχικά<sup>2</sup>.

### **Γ. Προσαρμογή και Αναθεώρηση των τιμών των Ελληνικών ΚΕΝ**

Η τιμολόγηση των DRGs ακολουθεί μια πρακτική όπου γίνεται μικροκοστολόγηση στο επίπεδο του ασθενούς, βασιζόμενη στη διάγνωση αλλά και στους αντίστοιχους πόρους που καταναλώθηκαν για τη θεραπεία. Επιλέγεται για το σκοπό αυτό δείγμα νοσοκομείων στο οποίο εφαρμόζεται αναλυτικό σύστημα καταγραφών και δίνεται ένα χρονικό περιθώριο περίπου 2-3 έτη για τη καταγραφή, στατιστική επεξεργασία και παραγωγή των τιμολογήσεων.

Στην Ελλάδα καθώς δεν διαθέτουμε συστήματα αναλυτικών δεδομένων νοσολογικών περιστατικών στα νοσοκομεία ώστε αυτά να καταγράφονται ηλεκτρονικά και σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις (ICD10, EDMA, ICPC-2, GMDN), δεν ήταν δυνατή η συγκέντρωση πληροφορίας, κωδικοποίησης και ταξινόμησης ώστε να προσδιοριστεί ο όγκος των τεχνολογικών και ανθρώπινων πόρων που δεσμεύονται για την εκτέλεση των διαφόρων ιατρικών, διαγνωστικών/θεραπευτικών διαδικασιών. Επιπλέον δεν υφίστανται ή είναι σε πρωταρχικό στάδιο συστήματα αναλυτικής κοστολόγησης ανά μονάδα κόστους για να είναι εφικτή η ανάπτυξη ενός μηχανισμού κοστολόγησης και τιμολόγησης. Η σύνθεση του κόστους μιας απλής περίπτωσης εκτίμησης ΚΕΝ βασίζεται στην παρακάτω εξίσωση ενώ στον πίνακα 3.2. αναλύονται τα στοιχεία της εξίσωσης και η διαθεσιμότητά τους.

$$\text{CDRG} = \text{C}_{\text{OHD}} \times \text{LOS} + \sum (\text{MP} \times \text{C}_{\text{MP}}) + \sum (\text{D} \times \text{C}_{\text{D}}) + \sum (\text{E} \times \text{C}_{\text{E}})$$

Βασική πηγή υπολογισμού του κόστους/ ΚΕΝ αποτέλεσε ο κατάλογος των Αυστραλιανών DRGs (Version 6.0) όπου η διαδικασία στηρίχθηκε στην εκτίμηση του συνολικού κόστους για κάθε ΚΕΝ, πολλαπλασιάζοντας το σχετικό βάρος όπως προκύπτει από τον κατάλογο των AR – DRGs, επί τη σταθερά βάσης, η οποία έχει εκτιμηθεί για διαφορετικά έτη και επίπεδα παροχής νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, αφαιρώντας τη μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας που προέρχεται από

---

<sup>2</sup>Για περισσότερα παραδείγματα βλέπε ΕΣΔΥ (2011) σελ. 58

διαφορετική πηγή χρηματοδότησης από αυτή των προϋπολογισμών των νοσοκομείων.

**Πίνακας 3.2.** Ανάλυση στοιχείων της εξίσωσης σύνθεσης του κόστους ενός ΚΕΝ/ διαθεσιμότητα στην Ελλάδα

Μεταβλητή	Επεξήγηση	Διαθεσιμότητα στην Ελλάδα
$C_{OHD}$	Κόστος παγίων και διοικητικών υπηρεσιών	Εφικτή
LOS	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ανά ΚΕΝ)	Εφικτή
MP	Ιατρική Πράξη, Κωδικοποιημένη με ένα σύστημα ταξινόμησης (έκαστη πράξη)	Δεν υπάρχει
$C_{MP}$	Κόστος της εκάστοτε ιατρικής πράξης (προερχόμενο από κοστολογημένη ταξινόμηση)	Δεν υπάρχει
$\Sigma (MP \times C_{MP})$	Το άθροισμα των γινομένων των πράξεων επί το μοναδιαίο κόστος κάθε πράξης	Μη εφικτό
D	Φάρμακα που χορηγούνται στον ασθενή κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης	Αμφισβητούμενο
$C_D$	Κόστος για κάθε φάρμακο (με κάποιο τυποποιημένο τρόπο, όπως το ΚΗΘ, αλλά αντίστοιχο της ταξινόμησης φαρμάκων)	Εφικτό
$\Sigma (D \times C_D)$	Το άθροισμα των γινομένων των χορηγούμενων φαρμάκων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό
E	Αναλώσιμα (κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης και κοστολογημένα)	Δεν υπάρχει
$C_E$	Κόστος για κάθε υλικό	Δεν υπάρχει
$\Sigma (E \times C_E)$	Το άθροισμα των γινομένων των χρησιμοποιούμενων αναλώσιμων επί την εκάστοτε τιμή	Μη εφικτό

Πηγή: ΕΣΔΥ (2011) σελ. 64-65

Για την οικονομική αποτίμηση και τον υπολογισμό των Δεικτών Βαρύτητας, η Επιτροπή βασίστηκε σε στοιχεία που συνέλεξε από τα νοσοκομεία ΚΑΤ (για ορθοπαιδικά και λαπαροσκοπικά περιστατικά), Ιπποκράτειο Αθηνών και Ευαγγελισμό (για καρδιαγγειακά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά, κατάλυση) και ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης (κατάλυση). Η κοστολόγηση των πράξεων βασίστηκε στη λεπτομερή καταγραφή λειτουργικών εξόδων και αναλώσιμων αφαιρώντας το κόστος του

προσωπικού (αφορά περίπου το 50% του συνολικού μέσου κόστους νοσηλείας/περιστατικό)<sup>3</sup>

Για την αποφυγή λανθασμένων εκτιμήσεων και στρεβλώσεων έγινε διαχωρισμός σε κάθε ΚΕΝ, του μέρους κόστους που αφορά στη χρήση του συντελεστή τεχνολογίας και στη χρήση του συντελεστή εργασίας. Για τον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκαν τα κέντρα κόστους (cost components) σύμφωνα με τον Αυστραλιανό κατάλογο. Η Επιτροπή διερεύνησε σε δείγμα νοσοκομείων, τη συμβολή των μισθών του ιατρικού προσωπικού, του νοσηλευτικού, του διοικητικού προσωπικού καθώς και τον επιμερισμό τους στα κέντρα κόστους για την απόδοση της βαρύτητας του κέντρου κόστους και του κέντρου τεχνολογίας. Σύμφωνα με τη μελέτη της ΕΣΔΥ (2011) παρατηρείται διαφοροποίηση του πολλαπλασιαστή βάσης για την εργασία και την τεχνολογία στο σύνολο της χώρας. Η διαφοροποίηση αφορά στην αποδοτική χρήση των πόρων σε μικρές νοσοκομειακές μονάδες όπου εμφανίζεται υψηλό κόστος εργασίας που μπορεί να οφείλεται στην υποαπασχόληση των συντελεστών παραγωγής ή / και στην ύπαρξη αντι-οικονομιών κλίμακος συγκριτικά με ορισμένα μεγάλα τριτοβάθμια ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία που παρουσιάζουν καλύτερη οικονομική συμπεριφορά παρά τα σοβαρά περιστατικά που νοσηλεύουν.

Στον Πίνακα 3.3. παρατίθενται μερικά παραδείγματα συγκριτικής απεικόνισης της κοστολόγησης των ΚΕΝ με το κλειστό νοσήλιο που ίσχυε το 1998 καθώς και το κόστος των AR-DRGs. Στις περισσότερες των περιπτώσεων διακρίνεται υποκοστολόγηση για το κλειστό νοσήλιο σε σχέση με την κοστολόγηση ΚΕΝ εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις όπου το κλειστό νοσήλιο εμφανίζεται αυξημένο όπως στην αγγειοπλαστική με στεντ. Συγκριτικά με το κόστος των AR-DRGs οι τιμές των ΚΕΝ σε ορισμένες περιπτώσεις είναι περίπου ίσες ενώ σε άλλες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα, στην «ολική αρθροπλαστική ισχίου χωρίς τσιμέντο» το κλειστό νοσήλιο είχε καθοριστεί στα 4.842€, το ΚΕΝ κοστολογήθηκε στα 5.345€ ενώ οι AR-DRGs στα 5.521€.

**Πίνακας 3.3.** Συγκριτική απεικόνιση της κοστολόγησης μερικών θεραπευτικών διαδικασιών

<sup>3</sup> Παρατηρούνται αρκετές ομοιότητες στη χρήση των πόρων στις δυο χώρες σε κάποια περιστατικά και κάποιες μικρές ή μεγάλες διαφορές σε άλλες περιπτώσεις περιστατικών (Μανιαδάκης και συν., 2011)



	ΝΟΣΗΛΙΟ ΥΑ 1998	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗ ΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΜΔΝ	ΚΟΣΤΟΣ AR- DRGs	ΚΟΣΤΟΣ AR-DRGs*
A1. ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	4.989	6.774	7	6.895	9.552
A2. ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ & ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	7.337	12.718	16	13.440	19.155
A3. ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΘΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	5.896	12.134	13	12.053	18.533
A4. ΑΟΡΤΙΚΑ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	7.337	15.504	13	14.217	14.230
A5. ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΑΡΥΘΜΙΟΓΟΝΩΝ ΕΣΤΙΩΝ - ΔΕΡΜΑΤΟΣ	2.935	9.920	6	0	0
B1. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΛΗ	2.935	3.315	4	1.698	2.268
B2. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΣΤΕΝΤ	4.989	4.671	2	2.074	3.136
Γ. ΔΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1.321	1.943	4	1.840	3.590
Δα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.668	4.435	7	5.521	7.750
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.842	5.345	7	5.521	7.750
Εα. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	2.788	3.874	7	4.458	7.491
Εβ. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.228	4.726	7	4.458	7.491
Στα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.696	4.971	7	5.275	6.169
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.429	5.992	7	5.275	6.169
Ζα. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	7.337	12.305	8	9.603	9.603
Ζβ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	8.804	17.482	16	15.396	15.396
ΖΓ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ - ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	11.739	18.587	16	15.396	15.396
Ζδ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	22.010	26.047	26	39.865	39.865
Ζε. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	13.206	39.783	30	27.631	27.631
Ζστ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	11.739	25.982	20	37.351	37.351
Ζζ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ	14.674	27.842	35	37.351	37.351
Ζη. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ	1.614	4.000	3	1.996	3.797
Ια. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	181	181
Ιβ. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	402	402
Ιγ. ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ	147	200	1	181	181
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	6.158	10.758	11	10.723	12.018

\*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/ και επιπλοκές

Πηγή: Μανιαδάκης και συν. (2011), σελ 19

Το κλειστό νοσήλιο στην «αορτοστεφανιαία παράκαμψη & τοποθέτηση βαλβίδας» ήταν 7.337€, το KEN 12.718€ και οι AR-DRGs 13.440€ ενώ στην «αγγειοπλαστική με STENT 4.989€, 4.671€ και AR-DRGs 2.074€ αντίστοιχα. Μεγάλες διαφορές παρουσιάζονται στα κόστη των μεταμοσχεύσεων, όπως για παράδειγμα στη μεταμόσχευση «Μυελού των οστών» το κόστος σύμφωνα με το νοσήλιο του 1998 καθορίστηκε στα 13.206€ με την κοστολόγηση των KEN 39.783€ ενώ με τις AR-DRGs 27.631€

#### **Δ. Αντιστοίχιση των κωδικών ICD-10 και των Ιατρικών Πράξεων**

Σκελετό του συστήματος των DRGs αποτελεί η αντιστοίχιση διαγνωστικών κατηγοριών με κωδικούς νόσων και ιατρικών πράξεων για τη δημιουργία του αλγόριθμου επιλογής του κατάλληλου DRGs. Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για την εφαρμογή του συστήματος είναι η ύπαρξη κωδικοποιήσεων των νόσων / διαγνώσεων αλλά και των ιατρικών πράξεων/ παρεμβάσεων. Με την επιστημονική ευθύνη της ΕΣΔΥ, διατίθεται επισήμως η ελληνική μετάφραση ICD-10 2008 η οποία περιλαμβάνει περίπου 11.500 κωδικούς νόσων και 11.100 κωδικούς Ιατρικών Πράξεων αντιστοιχίζοντάς τους σε 746 KEN. Η αντιστοίχιση πραγματοποιήθηκε από 25 ομάδες που αποτελούνταν από ειδικούς ιατρούς πανεπιστημιακών και γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ από όλη τη χώρα. Συνολικά διαθέτουν αντιστοίχιση με ICD-10 το 81% των KEN ενώ λιγότερο από το 63% διαθέτει αντιστοίχιση με κωδικούς Ιατρικών Πράξεων.

### **3.4. Πρακτικά ζητήματα εφαρμογής των KEN**

Η εμφάνιση διαφόρων πρακτικών ζητημάτων θεωρείται αναμενόμενη λόγω της δεδομένης έλλειψης εμπειρίας στην εφαρμογή προοπτικών μεθόδων αποζημιώσεων, και της μικρής περιόδου πιλοτικής εφαρμογής και προσαρμογής των KEN στη χώρα μας. Τα ζητήματα αυτά θα πρέπει να εντοπιστούν, να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν λαμβάνοντας πάντα υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του χώρου της υγείας.

Ειδικότερα θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στην τιμολόγηση ΚΕΝ όπου ετοιμάζεται το εξιτήριο του ασθενή με βάση την επιλεγμένη διάγνωση εξόδου ICD10, προτείνονται τα ΚΕΝ που δρουν προσδιοριστικά για την πάθηση, τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του ασθενούς και το κόστος της νοσηλείας του. Κάποιες φορές υπάρχει και δευτερεύουσα διάγνωση ICD10 προβλέποντας την προσθήκη και δεύτερου ΚΕΝ, όπου οι τελικές μέρες και το κόστος νοσηλείας αθροίζονται. Παρατηρείται ανυπαρξία ενός αντικειμενικού μηχανισμού ταξινόμησης των περιστατικών ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, την ηλικία του ασθενούς, τις λοιπές συνυπάρχουσες παθήσεις και τις πιθανές επιπλοκές όπου θα αναγνωρίζονταν και καταγράφονταν σε κάθε πάθηση, με σκοπό την πραγματική κοστολόγηση των ΚΕΝ. Θεωρείται λανθασμένη η προσέγγιση που επιτρέπει στο νοσοκομείο και στους ιατρούς να χρεώνουν πέρα του ενός ΚΕΝ όταν συνυπάρχουν κάποιοι από τους παραπάνω παράγοντες. Αναιρείται στην ουσία η φιλοσοφία του συστήματος διότι δημιουργούνται πληθωριστικά κίνητρα. Κάτι ανάλογο συμβαίνει με την αντιστοίχιση πολλών νόσων με τις υποκατηγορίες τους σε μικρό αριθμό ΚΕΝ. Αναπόφευκτα οδηγούν σε ανακριβή τιμολόγηση και σε μικρού ή μεγάλου βαθμού αποκλίσεις. Όταν για παράδειγμα κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ιατρικές πράξεις στα πλαίσια μιας νόσου δεν περιλαμβάνονται στον υπολογισμό του ΚΕΝ, τα κόστη νοσηλείας μπορεί να αυξηθούν για τη νοσοκομειακή μονάδα. Αντίθετα η πρακτική του συνυπολογισμού ακριβών διαγνωστικών μεθόδων ή θεραπειών που δεν είναι απαραίτητες για το σύνολο των ασθενών προκαλεί διόγκωση του κόστους για τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ρεαλιστική τελικά κοστολόγηση καθίσταται απαραίτητη, για την προσέγγιση κατά το δυνατό του αντικειμενικού κόστους ανά νόσο.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ορθή εφαρμογή των ΚΕΝ είναι η επιλογή των ακολουθούμενων θεραπευτικών στρατηγικών εκ μέρους των ιατρών. Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες, θα μπορούσαν να καθορίζονται κεντρικά με υποχρεωτική ισχύ και με έλεγχο σε διαρκή βάση από αρμόδια όργανα ώστε να διασφαλίζεται η αντικειμενική, ακριβής και ομοιόμορφη κοστολόγηση ανά νόσο αλλά και να οδηγεί στα προφανή οφέλη για τους ασθενείς. Διαφορές μπορούν να εντοπισθούν όχι μόνο στις θεραπευτικές στρατηγικές που ακολουθούνται από τους ιατρούς αλλά και στα νοσοκομεία. Όλα τα νοσοκομεία δεν θεραπεύουν περιστατικά παρόμοιων χαρακτηριστικών και της ίδιας βαρύτητας. Οι μεγαλύτερες και πιο εξειδικευμένες μονάδες όπως για παράδειγμα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία,

θεωρούνται δαπανηρά επειδή έχουν μεγαλύτερα κόστη. Διαφορετικά επίσης συμπεριφέρονται ακόμη και της ίδιας βαθμίδας νοσηλευτικά ιδρύματα, μη προσφέροντας το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών. Αυτό πιθανότατα μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες που σχετίζονται με υψηλότερη εξειδίκευση του προσωπικού, τη χρήση νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, σύγχρονου εξοπλισμού και εγκαταστάσεων. Τα παραπάνω βέβαια αυξάνουν το ύψος των δαπανών.

Έχει παρατηρηθεί σε ορισμένες νοσηλευτικές μονάδες, να προσπαθούν να μειώσουν τα κόστη νοσηλείας για κάθε δεδομένη νόσο με την εισαγωγή των ΚΕΝ, προκειμένου να καρπωθούν τη διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στο αντίστοιχο ΚΕΝ και το πραγματικό κόστος. Η προσέγγιση αυτή σαφέστατα εγκυμονεί πολλούς κινδύνους που αντίκτυπο έχουν στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Φαινόμενα επίσης όπως αυτό της «δυσμενούς επιλογής» περιστατικών αναπτύσσονται από ορισμένα νοσοκομεία και ιατρούς. Ασθενείς με νόσο σοβαρής βαρύτητας είτε διοχετεύονται σε άλλα ιδρύματα είτε εφόσον νοσηλευτούν, η νοσηλεία τους δεν είναι αντίστοιχη των αναγκών υγείας με μοναδικό σκοπό να μειωθεί το κόστος. Προβλήματα δημιουργούνται και από την προσπάθεια συρρίκνωσης των ημερών νοσηλείας του κάθε περιστατικού όπως επίσης και της ταξινόμησής τους σε διαγνώσεις που αντιστοιχούν σε υψηλότερο ΚΕΝ με σκοπό να μεγιστοποιηθούν από τον ασφαλιστικό φορέα οι αποζημιώσεις. Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως στα πλαίσια χρήσης των ΚΕΝ, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας, όπως και του κόστους νοσηλείας έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το ιατρικό προσωπικό σε πολλές περιπτώσεις εκφράζεται με αρνητισμό για το νέο σύστημα επικεντρώνοντας σε ζητήματα όπως στην αύξηση της γραφικής εργασίας σε βάρος του χρόνου που θα αφιέρωνε για καθαρά ιατρικές πράξεις, στην απουσία ουσιαστικής εκπαίδευσης κατά την εισαγωγή του συστήματος καθώς και στην έλλειψη, σε ορισμένες περιπτώσεις, βασικών εργαλείων όπως ηλεκτρονικών υπολογιστών για την διευκόλυνση στην εφαρμογή του. Θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί κατά την εφαρμογή των ΚΕΝ γιατί όπως οι Αλετράς και συν., (2002) αναφέρουν, οι ιατροί αποτελούν στοιχείο κλειδί που με τη συμπεριφορά τους και τη στάση τους διαμορφώνουν τον

όγκο και την ποσότητα των παραγόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Οι αποφάσεις τους επηρεάζουν τη ζήτηση αλλά και τη συνολική κατανάλωση των υπηρεσιών.

### **3.5. Συμπερασματικές παρατηρήσεις**

Ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις, καθώς και υπό την πίεση της συνεχούς αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας, στις αρχές του 2012 η Ελλάδα υιοθέτησε προοπτική μέθοδο αποζημίωσης αυτή των DRGs – KEN με βασικό σκοπό τον περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους. Η διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής τους, στην ελληνική πραγματικότητα πραγματοποιήθηκε αρκετά εσπευσμένα, σε χρονικό διάστημα ενός έτους όταν σε άλλες χώρες διαρκεί από 3 έως 5 έτη. Μικρός ήταν και ο χρόνος της πιλοτικής προσαρμογής τους στα ελληνικά νοσοκομεία, 3 μήνες, ενώ αρχικά είχε προγραμματιστεί για διάστημα 6 μηνών. Στις περισσότερες χώρες η πιλοτική περίοδος ήταν αρκετά μεγάλη, για παράδειγμα η Γερμανία και η Ιταλία είχαν δύο έτη, η Γαλλία πέντε. Στην ουσία, η εισαγωγή των KEN πραγματοποιήθηκε χωρίς δοκιμή ως μια αναγκαία αλλαγή του συστήματος χρηματοδότησης και αποζημίωσης, από αναδρομικό σε προοπτικό. Αρκετά ήταν τα πρακτικά ζητήματα που προέκυψαν από την εφαρμογή τους, ζητήματα εκπαίδευσης των ιατρών, σωστής κωδικοποίησης, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, αύξησης του φόρτου εργασίας και της διοικητικής εργασίας ακόμη και έλλειψης τεχνικών υποστήριξης.

Για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας για την εφαρμογή των KEN στα ελληνικά νοσοκομεία θεωρήθηκε απαραίτητη η διερεύνηση της στάσης των ιατρών στη νέα πολιτική.

# Κεφάλαιο Τέταρτο

## Μεθοδολογία

### 4.1. Εισαγωγή

Σ' αυτό το κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται στην παρούσα εργασία. Πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στα ερευνητικά ερωτήματα, περιγράφεται αναλυτικά το ερωτηματολόγιο και η αξιοπιστία του.

### 4.2. Γενικός Σκοπός – Ερευνητικά Ερωτήματα

Γενικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιοριστούν και να αναλυθούν οι προβληματισμοί και οι αδυναμίες που προκύπτουν από την εφαρμογή του συστήματος των KEN-DRGs στην Ελλάδα καθώς και να αναζητηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα των ιατρών, σχετικά με την αποδοχή αυτής της νέας πολιτικής.

Σύμφωνα με τους Bekkers et al. (2007) η αποδοχή (ή μη) μιας πολιτικής από τους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα από τους ιατρούς επηρεάζει την ποιότητα των σχέσεών τους με τους ασθενείς. Η αρνητική στάση τους στην εφαρμογή των KEN θα οδηγούσε σε προβλήματα που σχετίζονται με το διοικητικό κομμάτι, λάθος κωδικοποίηση, φαινόμενα up-coding, πολλές εισαγωγές και επανεισαγωγές επηρεάζοντας τα οικονομικά του νοσοκομείου. Μια άλλη παράμετρος που μπορεί να επηρεαστεί αφορά στην ποιότητα της σχέσης ιατρού – ασθενή, μη ευγενική συμπεριφορά, έκφραση δυσαρέσκειας και ελλιπή ιατρική πληροφόρηση. Για όλους τους παραπάνω λόγους, διερευνάται η στάση των ιατρών ως προς την εφαρμογή των KEN, η οποία μπορεί να μέρος της αποτελεσματικής εφαρμογής της.

Τα ζητήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των KEN στα ελληνικά νοσοκομεία είναι ποικίλα. Ένα μέρος αφορά τη διοικητική οργάνωση για τη σωστή, γρήγορη

εκκαθάριση και αποστολή προς τα ασφαλιστικά ταμεία των εξιτηρίων των ασθενών καθώς και την οικονομική διαχείριση με την αποτίμηση των νοσηλίων μέσω των ΚΕΝ. Σημαντικό ρόλο παίζει και η αποδοχή (ή μη) της εφαρμογής των ΚΕΝ από τους ιατρικούς οι οποίοι είναι άμεσα εμπλεκόμενοι και η στάση τους δύναται να επηρεάσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους

Εξαιτίας των περιορισμών στη διαθεσιμότητα στοιχείων και πληροφόρησης λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος εφαρμογής, η συγκεκριμένη έρευνα επικεντρώνεται στις πτυχές που αφορούν τις απόψεις των ιατρών, ως προς την εφαρμογή των ΚΕΝ και πώς αυτή επηρεάζει την αποτελεσματικότητά της. Σε μεταγενέστερο χρόνο θα μπορούσαν να διερευνηθούν θέματα οικονομικής και διοικητικής αποτελεσματικότητας εφόσον θα έχει διέλθει περισσότερος χρόνος από την εφαρμογή τους.

Συνοψίζοντας τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αναζητούμε απαντήσεις στα εξής:

1. Ποια είναι τα πρακτικά ζητήματα και οι προβληματισμοί από την έως σήμερα εμπειρία εφαρμογής των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία;
2. Πώς αντέδρασε το ιατρικό προσωπικό στη νέα πολιτική;

### **4.3. Σχεδιασμός - Πεδίο διεξαγωγής της Μελέτης**

Μια ακριβής μέθοδος προσέγγισης για τη διερεύνηση της στάσης των ιατρών, είναι μέσω ερωτηματολογίου, με σκοπό τη συλλογή κατά το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας. Η επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου έγινε έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η παρούσα έρευνα βασίζεται στο ερωτηματολόγιο της εργασίας των Lars Tummer και Van de Walle (2012) “Explaining health care professionals’ resistance to implement Diagnosis Related Groups: (no) benefits for society, patients and professionals”, Health policy. Εφόσον δόθηκε η άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τους συγγραφείς αυτό μεταφράστηκε λαμβάνοντας υπόψη τα ελληνικά δεδομένα

και δομήθηκε σε πέντε βασικές ενότητες. Πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και προσαρμογή της μετάφρασης στα ελληνικά δεδομένα.

Στην έρευνα συμμετείχαν οι κλινικές των νοσοκομείων Νάουσας, Πτολεμαΐδας, Γιαννιτσών και Έδεσσας. Τα νοσοκομεία δυνατότητας 120, 200, 175 και 175 κλινών αντίστοιχα είναι Γενικά και διοικητικά ανήκουν στην 3<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) Μακεδονίας. Επειδή τα χρονικά περιθώρια ήταν περιορισμένα και δεν μας δόθηκε η δυνατότητα να επεκτείνουμε την έρευνά μας και σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες ζητήσαμε από φοιτητές – ιατρούς του ΑΠΚΥ οι οποίοι εμπλέκονται στην διαδικασία εφαρμογής των ΚΕΝ να συμμετέχουν στην έρευνα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Στόχος μας ήταν η αύξηση της αξιοπιστίας του δείγματος μέσα από τον πλουραλισμό και την ποικιλομορφία στις συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

Στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συμμετείχαν όσοι ιατροί, Διευθυντές, Επιμελητές Α, Β και ειδικευόμενοι, εργαζόντουσαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας και όσοι ανταποκρίθηκαν μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η επιλογή των νοσοκομείων καθορίστηκε με βάση τη δυνατότητα πρόσβασης των μελετητών σε αυτά. Η διαδικασία έλαβε χώρα κατά την περίοδο 10 Μαρτίου έως 30 Απριλίου 2013.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 119 ιατροί από τους 345 που κατείχαν θέσεις στα τέσσερα νοσοκομεία, διαφόρων ειδικοτήτων, σε σύνολο 150 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων, ποσοστό 79,3%. Στο νοσοκομείο της Νάουσας διανεμήθηκαν 38 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 31 ποσοστό ανταπόκρισης 81,6%, στις Πτολεμαΐδας 42 και απαντήθηκαν τα 33, ποσοστό ανταπόκρισης 78,6%, των Γιαννιτσών από τα 41 απαντήθηκαν τα 30, ποσοστό ανταπόκρισης 73,2% και στις Έδεσσας από τα 29 απαντήθηκαν τα 25, ποσοστό συμμετοχής 86,2%. Από τους 119 φοιτητές – ιατρούς του ΑΠΚΥ που αποστάλθηκε το ερωτηματολόγιο ανταποκρίθηκαν μόνο 15, ποσοστό 12,6%. Ενώ υπήρξε ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 1% που αρνήθηκε από την αρχή να συμμετάσχει στην έρευνα. Συνολικά συμπληρώθηκαν 134 ερωτηματολόγια. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκε η διαδικασία που περιγράφεται παρακάτω. Αρχικά υπήρξε συνάντηση ενημέρωσης με τους Διευθυντές των κλινικών σε κάθε νοσοκομείο στοχεύοντας στη θετική εισήγησή τους. Τονίσθηκε η εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή των ιατρών



καθώς και ο μικρός χρόνος που θα χρειαζόταν για τη συμπλήρωσή του, σεβόμενοι τον μεγάλο φόρτο εργασίας τους. Στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς με τη βοήθεια των μελετητών για διευκρίνιση τυχόν αποριών. Ένας μικρός αριθμός του δείγματος εξαιτίας του φόρτου εργασίας ζήτησαν να τα παραδώσουν σε δεύτερο χρόνο.

Για την αρτιότερη διακίνηση και αποδοχή του ερωτηματολογίου από τους γιατρούς αιτηθήκαμε άδεια από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Λάβαμε ως απάντηση ότι δεν απαιτείται στη δική μας περίπτωση, διότι το ερωτηματολόγιο δεν αφορά προσωπικά δεδομένα υγείας ασθενών (Παράρτημα ). Σε δεύτερο στάδιο, ζητήθηκε η έγκριση από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα και από την Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) όπου ανήκουν. Η έρευνα υπάγεται στους όρους περί ανωνυμίας των ερωτηματολογίων και της δέσμευσης χρήσης των αποτελεσμάτων μόνο για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης.

#### **4.4. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου**

Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στην πρωτότυπη έρευνα των Lars Tummer & Van de Walle (2012) το οποίο εφαρμόστηκε για να προσεγγίσουν τη στάση των ιατρών απέναντι στην εφαρμογή των DRGs. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε βασικές ενότητες και 6 επιμέρους κλίμακες:

1. Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών (στην έρευνά μας αντιστρέφεται η Αντίσταση σε Αποδοχή και οι ερωτήσεις της ενότητας έχουν θετική πρόθεση)
2. Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας
3. Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης
4. Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς
5. Οφέλη ασθενών
6. Οφέλη ιατρών

Οι ερωτήσεις διαβαθμίστηκαν σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, επιλέγοντας το επίπεδο συμφωνίας: 1: Διαφωνώ απόλυτα 2: Διαφωνώ, 3: ούτε Συμφωνώ / ούτε Διαφωνώ, 4: Συμφωνώ και 5: Συμφωνώ απόλυτα.

Στην ενότητα Α ζητήθηκε να συμπληρωθούν δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η βαθμίδα του συμμετέχοντα ιατρού, η ειδικότητα ή ο τομέας που εργάζεται καθώς και το επίπεδο των σπουδών του, επιχειρώντας να αντλήσουμε πληροφορίες για τη δομή του δείγματος και όπου είναι αυτό εφικτό να συσχετιστούν με τις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου.

Στην ενότητα Β γίνεται προσπάθεια άντλησης πληροφοριών σχετικά με τις επιθυμίες και στάσεις των ιατρών ως προς την εφαρμογή των ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία. Διερευνάται κατά πόσο οι ιατροί προτίθενται να πείσουν τους εργαζόμενους για τα οφέλη που θα φέρει η εφαρμογή της μεθόδου, να προσπαθήσουν οι ίδιοι για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής, να μειώσουν την αντίδραση των υπολοίπων εργαζομένων, να αφιερώσουν προσωπικό χρόνο, να προσπαθήσουν προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία η εφαρμογή των ΚΕΝ.

Η ενότητα Γ στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα κοινωνικά οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή των ΚΕΝ εξετάζοντας την επίδραση στην ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης, στην αποδοτικότητα η οποία εξετάζεται μέσω της μείωσης του κόστους, στην αυξημένη δυνατότητα επιλογής Νοσοκομειακού Ιδρύματος από τον ασθενή. Να σημειώσουμε ότι η συγκεκριμένη παράμετρος δεν είναι άμεσα εφαρμόσιμη στο ελληνικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με άλλα κράτη όπου αποτελεί όμως πραγματικότητα εξαιτίας του ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων.

Στην ενότητα Δ διερευνώνται τα αναμενόμενα οφέλη των ασθενών από την εφαρμογή του συστήματος των ΚΕΝ, παραπέμποντας στην καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών, στην ευημερία κατά τη νοσηλεία τους καθώς και στον σεβασμός της ιδιωτικής τους ζωής.

Τέλος στην Ε ενότητα συλλέγονται στοιχεία σχετικά με το εάν οι ιατροί πιστεύουν ότι μπορεί να υπάρξουν προσωπικά οφέλη από την εφαρμογή των ΚΕΝ. Τα οφέλη εστιάζουν ως προς το εισόδημά τους, την απόδοση των κλινικών τους καθηκόντων και τον φόρτο των διοικητικών εργασιών τους. Η ανάλυση της συγκεκριμένης διάστασης βασίζεται στην κλίμακα προσωπικού οφέλους των Holt, Armenakis και

συν. (2007) μέσω της οποίας εκφράζονται οι ανησυχίες των εργαζομένων για τους κινδύνους που μπορεί να επέλθουν από την εισαγωγή μιας νέας πολιτικής, σταθμίζοντας την προσπάθεια που απαιτείται για την υλοποίησή της και τα προσωπικά οφέλη που θα αποκομίσουν. Επισημαίνεται ότι αν οι ιατροί είχαν την αίσθηση ότι η νέα πολιτική (όπως αυτή των ΚΕΝ) θα έβλαπτε την ιδιωτική ή/ και την επαγγελματική τους ζωή ή την ευημερία των ασθενών τους, θα ενίσχυαν την αντίστασή τους απέναντι στην εφαρμογή, διότι η αποδοχή ή όχι μιας νέας πολιτικής είναι πολυδιάστατη υπόθεση και επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις των εργαζομένων.

#### 4.5. Αξιοπιστία – εγκυρότητα εργαλείου

Η εγκυρότητα του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach για τις 6 επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου. Η τιμή του συντελεστή Cronbach του ελληνικού ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,83 ενώ των Ολλανδών 0,85. Οι τιμές του συντελεστή παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1. Παρατηρούμε ότι και στις 6 κλίμακες, οι τιμές του συντελεστή Cronbach είναι  $>0,7$  και επομένως επαληθεύεται η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου εφόσον τιμές του συντελεστή Cronbach  $>0,7$  θεωρούνται αποδεκτές. Χαμηλότερος συντελεστής παρατηρείται στις ερωτήσεις που αφορούν τα οφέλη των ιατρών γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία η ανταμοιβή καθώς και η διοικητική αναβάθμιση των ιατρών δεν σχετίζεται με την οικονομική αποδοτικότητα της κλινικής που εργάζονται.

**Πίνακας 4.1.** Τιμές του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach

Κλίμακα	Συντελεστής Cronbach
Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών	0,94
Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας	0,86
Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης	0,86
Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς	0,87
Οφέλη ασθενών	0,72
Οφέλη ιατρών	0,70

## 4.6. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης ευρημάτων

Η ανάλυση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences) για την περιγραφική στατιστική και την ερμηνεία της αποδοχής ή αντίστασης στην εφαρμογή ΚΕΝ.

Οι βαθμολογίες των παρακάτω ερωτήσεων που περιέχουν στοιχεία αρνητικών παραδοχών αντιστρέφονται: Η εφαρμογή των ΚΕΝ μπορεί γενικά να επηρεάσει αρνητικά το επίπεδο υγείας των ασθενών. Η προσωπική μου εξέλιξη, αυτοβελτίωση στο επαγγελματικό μου περιβάλλον περιορίζεται εξαιτίας της εφαρμογής των ΚΕΝ. Ανησυχώ γιατί μέρος της διοικητικής υπεροχής μου (βαθμίδας / εξέλιξης) επιβαρύνεται σημαντικά από την εισαγωγή των ΚΕΝ. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των ΚΕΝ, έχω επιφορτιστεί με περισσότερη διοικητική εργασία (δουλειά διαχείρισης). Η εφαρμογή των ΚΕΝ επηρεάζει αρνητικά το καθήκον μου σχετικά με το επαγγελματικό απόρρητο.

Για λόγους ευκολίας, η βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα 1-10, σύμφωνα με το μετασχηματισμό που παρουσιάζεται στον πίνακα 5. Το μεσαίο σημείο της κλίμακας 1-10 ήταν το 5,5, οπότε τιμές >5,5 θεωρούνται καλύτερες της μέσης τιμής και τιμές <5,5 θεωρούνται μικρότερες της μέσης τιμής.

**Πίνακας 4.2.** Αρχικές και μετασχηματισμένες βαθμολογίες του ερωτηματολογίου

Αρχική βαθμολογία	Μετασχηματισμένη βαθμολογία
1	1
2	3,3
3	5,5
4	7,8
5	10

Στην περιγραφική στατιστική οι κατηγορικές μεταβλητές (π.χ. φύλο: άντρας ή γυναίκα) παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή.

Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής (δύο στοιχεία π.χ. άντρας ή γυναίκα) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής (παραπάνω από δύο στοιχεία π.χ. Βαθμίδα: Διευθυντής, Ειδικός, Ειδικευόμενος) με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Στην περίπτωση που περισσότερες των δύο ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

#### **4.7. Συμπερασματικές παρατηρήσεις**

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη συλλογή στοιχείων στην έρευνά μας είναι το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου διαβαθμίζοντας τις ερωτήσεις στην πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες μέτρησης της αποδοχής της μεθόδου DRGs από τους ιατρούς σε νοσοκομεία της Ολλανδίας. Τα ερωτηματολόγιά μας αναφέρεται σε δυο διαστάσεις: α. η πρώτη αφορά την επιθυμία των ιατρών να συμμετέχουν σε μια τέτοια διαδικασία και β. εάν οι ιατροί θεωρούν ότι θα υπάρξουν θετικά οφέλη για την κοινωνία, τους ασθενείς και

τους ίδιους. Η εσωτερική αξιοπιστία μετρήθηκε με την κλίμακα Cronbach και βρέθηκε υψηλή κυρίως στην κλίμακα Αποδοχή / Αντίδραση. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας βρίσκοντας πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) ενώ για δυο ποσοτικές μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

# Κεφάλαιο Πέμπτο

## ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

### 5.1. Εισαγωγή

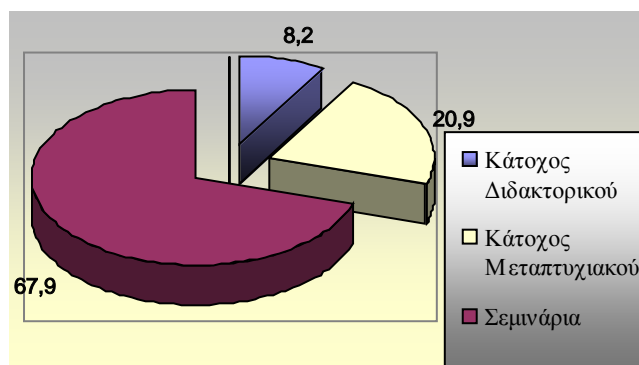
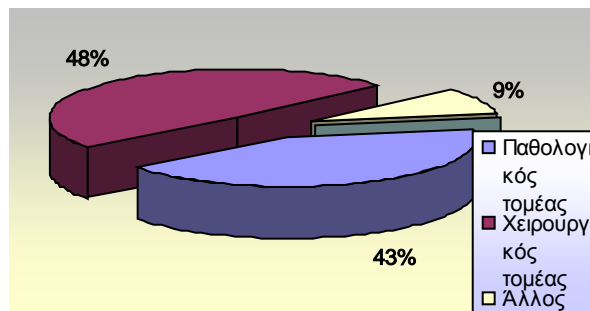
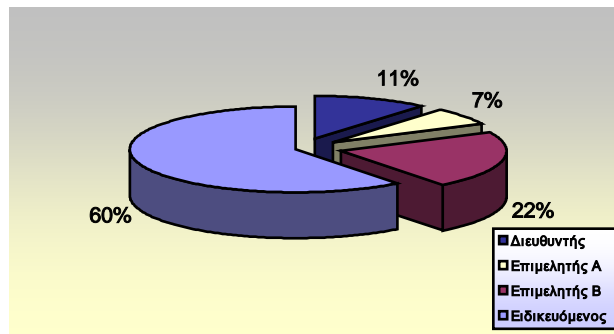
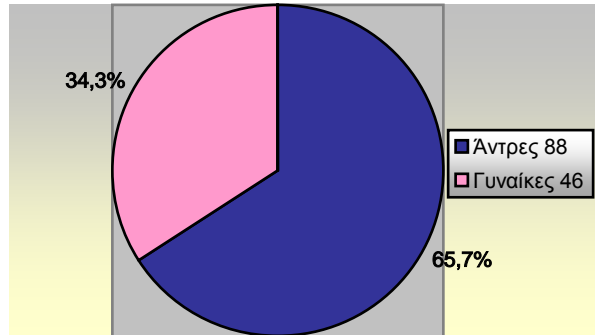
Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ευρήματα για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

### 5.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο πληθυσμός προς μελέτη αποτελούνταν από 119 ιατρούς που εργάζονταν σε τέσσερα νοσοκομεία της Βορείου Ελλάδας, εκ των οποίων ένα στο νομό Ημαθίας (Γ.Ν. Ημαθίας, Μονάδα Νάουσας), ένα στο νομό Κοζάνης (Γ.Ν. Μποδοσάκειο Πτολεμαΐδας) και δύο στο νομό Πέλλης (Γ.Ν. Γιαννιτσών, Γ.Ν. Εδέσσης), πόλεις με πληθυσμό < 70.000 κατοίκους καθώς και από 15 ιατρούς από νοσοκομεία όλης της Ελλάδας (μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του ΑΠΚΥ). Συνολικός πληθυσμός δείγματος 134 ιατροί.

Μεταξύ αυτών το 65,7% ήταν άντρες ενώ 34,3% γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 38 έτη, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.1.. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ειδικευόμενοι (60%), ενώ ακολουθούσαν οι Επιμελητές Β (22%), Επιμελητές Α (7%) και Διευθυντές (11%) (βλέπε Διάγραμμα 5.1). Η κατανομή αυτή είναι αναμενόμενη λόγω του ότι τα νοσοκομεία κατανέμονται στην περιφέρεια, είναι μεσαίου μεγέθους και επομένως τα Διευθυντικά στελέχη είναι μικρού αριθμού. Σε ότι αφορούσε την ειδικότητα των ιατρών, ποσοστό 48,5% προερχόταν από τον χειρουργικό τομέα, ενώ το 42,5% από τον παθολογικό. Το 9% αφορούσε ιατρούς που ασκούν τη γενική ιατρική. Ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το 20,9% κατέχει μεταπτυχιακό

δίπλωμα, το 8,2% διδακτορικό, ενώ 67,9% έχει παρακολουθήσει σεμινάρια (Διάγραμμα 5.1.)



Διάγραμμα 5.1. Κατανομή δημογραφικών χαρακτηριστικών



### 5.3. Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών

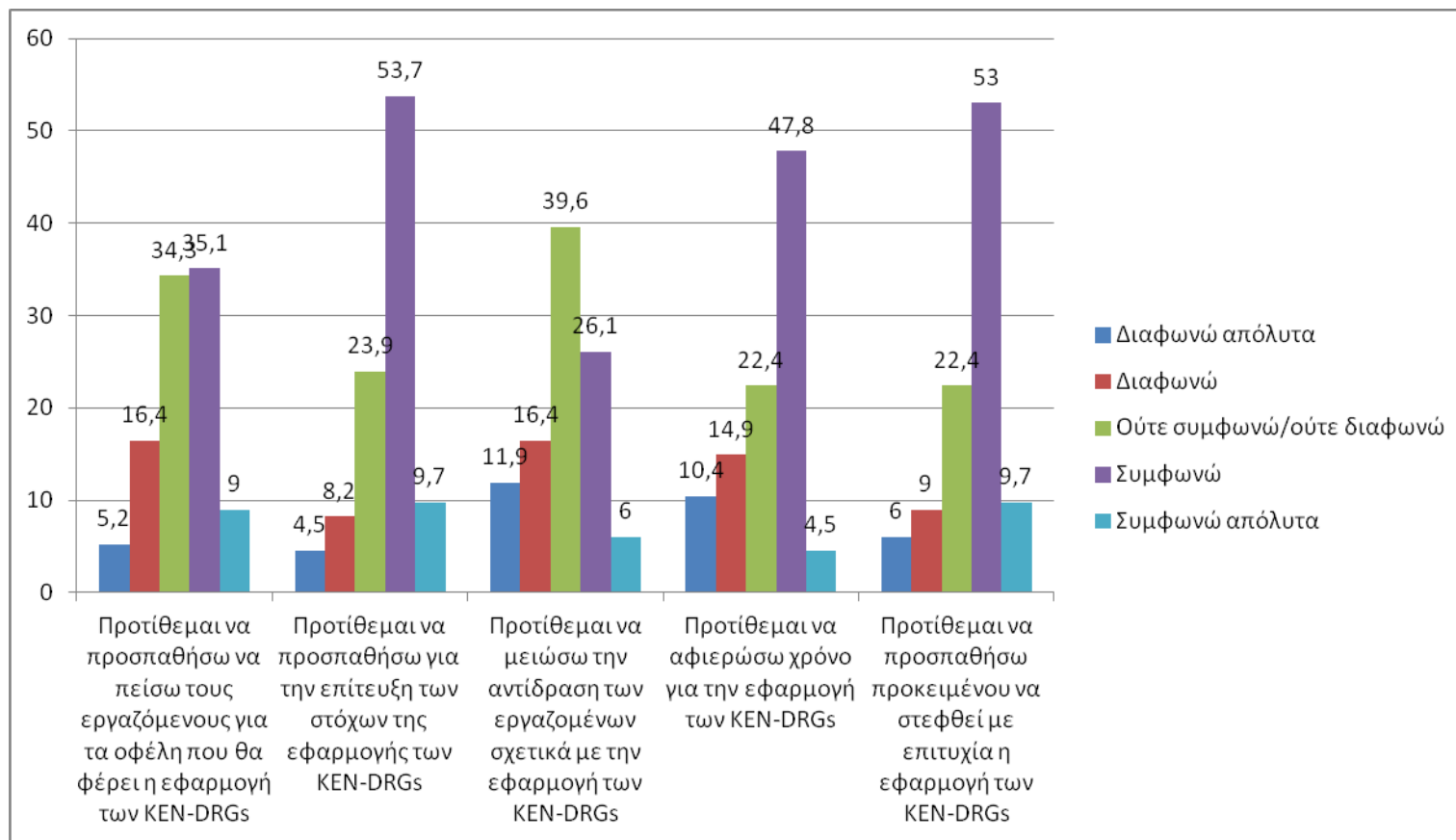
Στον πίνακα 5.1 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών της Β ενότητας του ερωτηματολογίου αναφορικά με τη διάσταση «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών» σε απόλυτες τιμές, ενώ στο γράφημα 5.2 σε ποσοστιαία αναλογία.

Σε ότι αφορά το πρώτο ερώτημα, το 35,1% των ιατρών συμφωνεί και προτίθεται να πείσει τους άλλους εργαζομένους για τα οφέλη που θα προκύψουν από την εφαρμογή των ΚΕΝ (Διάγραμμα 5.2.). Χαρακτηριστικό είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό (34,3%) είναι ουδέτερο ενώ ένα μικρό ποσοστό (5,2%) αρνείται να συμβάλει στην προσπάθεια προσέγγισης των άλλων επαγγελματιών υγείας. Το 53,7% των ιατρών προτίθεται να προσπαθήσει για την επίτευξη των στόχων από την εφαρμογή των ΚΕΝ, ενώ αντίθετα η αρνητική στάση χαρακτηρίζει μόνο το 12,7%. Και σε αυτή την ερώτηση είναι σημειωτέο το ποσοστό των ιατρών (23,9%) που δηλώνει ουδέτερο. Με μικρή διαφορά, της τάξεως του 3,8% παρουσιάζονται οι ιατροί που συμφωνούν έναντι αυτών που διαφωνούν ως προς το εάν προτίθενται να μειώσουν την αντίδραση των υπολοίπων εργαζομένων. Συγκεκριμένα το 32,1% των ιατρών συμφωνεί ενώ το 28,3% διαφωνεί. Αυξημένο παρουσιάζεται και σ' αυτό το ερώτημα το ποσοστό των ιατρών (39,6%) που δηλώνει ουδέτερο. Στην ερώτηση εάν διατίθεται να αφιερώσουν χρόνο για την εφαρμογή των ΚΕΝ, 52,3% παρουσιάστηκε με θετική στάση, 25,3% με αρνητική, ενώ 22,4% δηλώνει ουδέτερο. Σχετικά με την πρόθεσή τους να προσπαθήσουν για την επιτυχή εφαρμογή των ΚΕΝ, αρκετά μεγάλο ποσοστό ιατρών δήλωσαν ότι συμφωνούν (53%) σε σχέση με αυτούς που διαφωνούν (9%) ενώ παραμένει σταθερά αυξημένο 22,4% το ποσοστό αυτών που δηλώνει ουδέτερο.

**Πίνακας 5.1.** «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

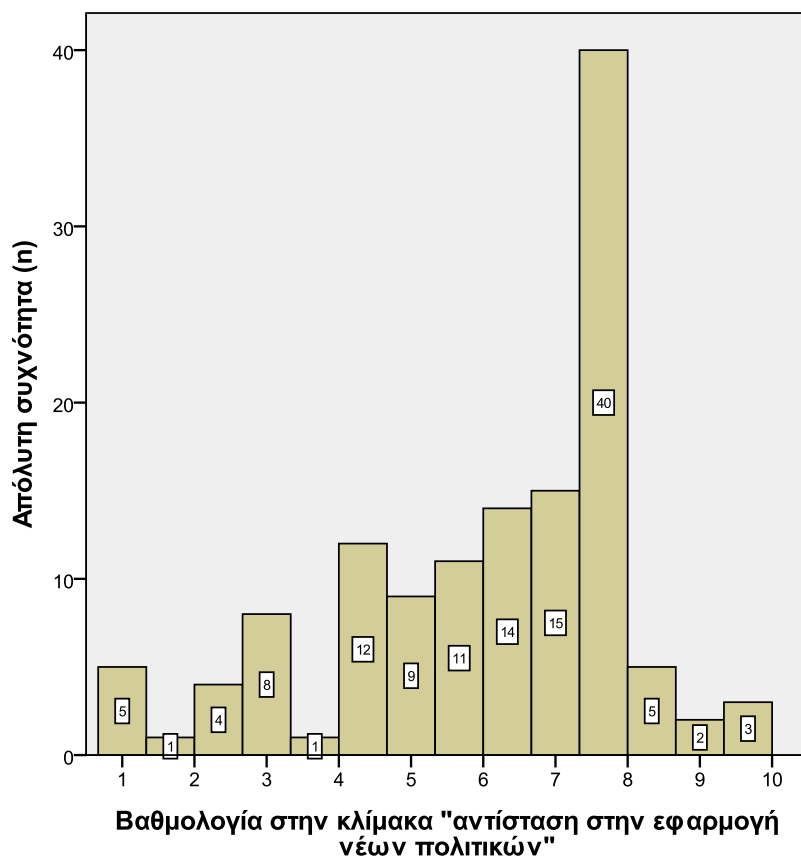
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Προτίθεται να προσπαθήσω να πείσω τους εργαζόμενους για τα οφέλη που θα φέρει η εφαρμογή των KEN-DRGs	7 (5,2)	22 (16,4)	46 (34,3)	47 (35,1)	12 (9,0)
Προτίθεται να προσπαθήσω για την επίτευξη των στόχων της εφαρμογής των KEN-DRGs	6 (4,5)	11 (8,2)	32 (23,9)	72 (53,7)	13 (9,7)
Προτίθεται να μειώσω την αντίδραση των εργαζομένων σχετικά με την εφαρμογή των KEN-DRGs	16 (11,9)	22 (16,4)	53 (39,6)	35 (26,1)	8 (6,0)
Προτίθεται να αφιερώσω χρόνο για την εφαρμογή των KEN-DRGs	14 (10,4)	20 (14,9)	30 (22,4)	64 (47,8)	6 (4,5)
Προτίθεται να προσπαθήσω προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία η εφαρμογή των KEN-DRGs	8 (6,0)	12 (9,0)	30 (22,4)	71 (53,0)	13 (9,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).



**Γράφημα 5.2.** «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

Στο Γράφημα 5.3. απεικονίζεται το ιστόγραμμα κατανομής της απόλυτης συχνότητας για το συγκεκριμένο ερώτημα. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών» ισούται με 6,2, η τυπική απόκλιση με 2,1, η διάμεσος με 6,9, ενώ η ελάχιστη τιμή με 1 και η μέγιστη τιμή με 10. Η μέση βαθμολογία ήταν μεγαλύτερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει αυξημένη αποδοχή των ιατρών στην εφαρμογή νέων πολιτικών όπως αυτή των ΚΕΝ.



**Γράφημα 5.3.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «Αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

## 5.4. Κοινωνικά οφέλη

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών της Γ ενότητας του ερωτηματολογίου αναφορικά με τη διάσταση οφέλη και ειδικότερα «Κοινωνικά οφέλη» και διακρίνεται σε:

### Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας

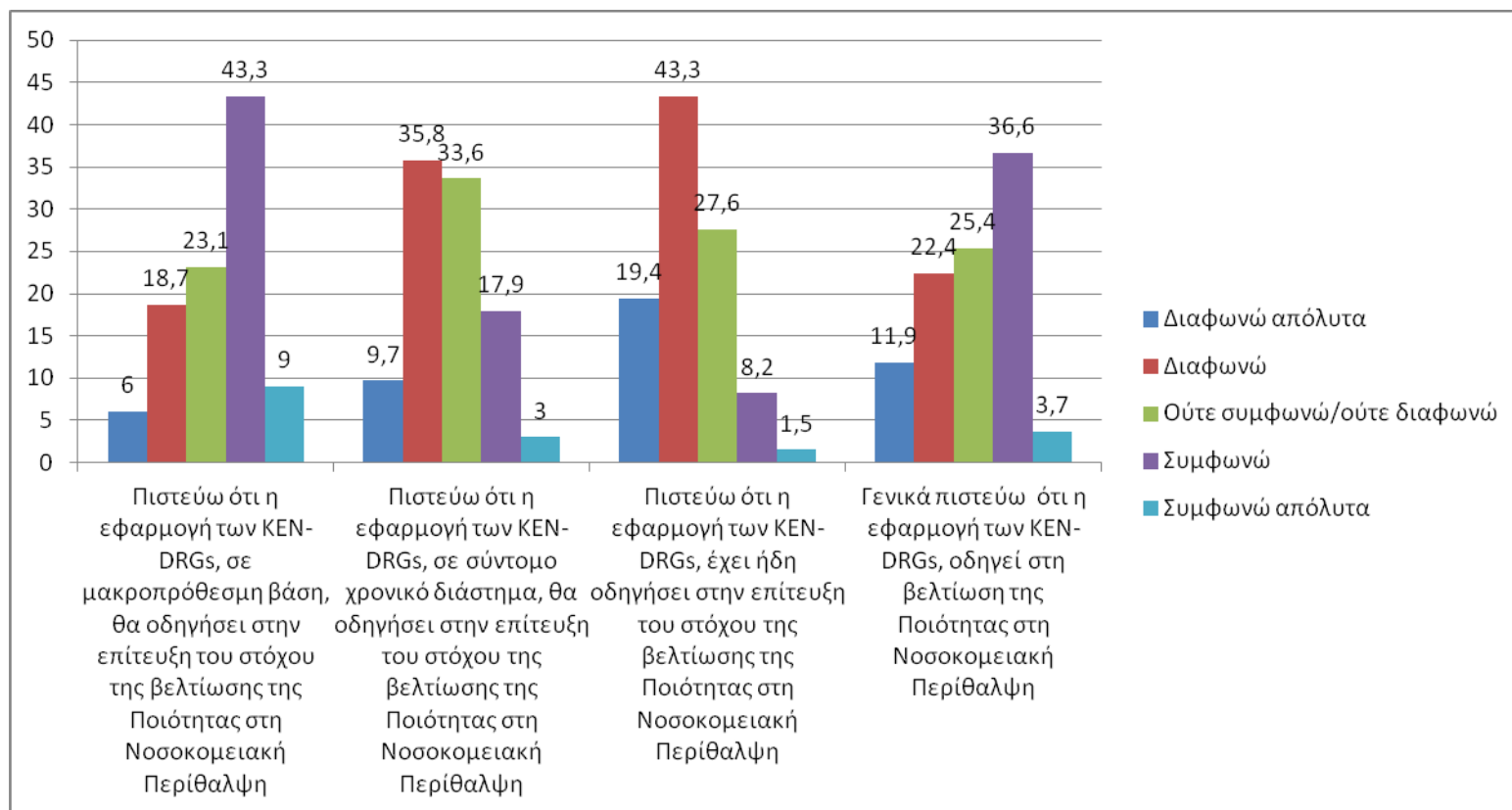
Στον Πίνακα 5.2. παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ιατρούς αναφορικά με την κλίμακα «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας» και δίδονται σε απόλυτες τιμές, ενώ στο γράφημα 5.4. σε ποσοστιαία αναλογία.

Στο πρώτο ερώτημα που αναφέρεται στη μακροπρόθεσμη επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της ποιότητας, 52,3% των ιατρών απάντησε θετικά, 24,7% αρνητικά και 23,1% παρουσιάστηκε ουδέτερο. Σε ότι αφορά τη βελτίωση της ποιότητας από την εφαρμογή των KEN σε σύντομο χρονικό διάστημα, το ποσοστό που συμφωνεί παρουσιάζει μείωση σε σχέση με το πρώτο ερώτημα (20,9%), ενώ αυξάνεται το ποσοστό των ιατρών που διαφωνεί (45,5%). Σημαντικό εμφανίζεται και το ποσοστό (33,6%) των ιατρών που δηλώνει ουδέτερο. Το ποσοστό των διαφωνούντων ιατρών αυξάνεται περισσότερο (62,7%) όταν ερωτώνται εάν πιστεύουν ότι ήδη έχει επέλθει ο στόχος της βελτίωσης της ποιότητας με την εφαρμογή των KEN. Το ποσοστό των ιατρών με ουδέτερη στάση συνεχίζει να είναι μη αμελητέο. Οι ιατροί συμφωνούν σε ποσοστό 36,6% πως γενικά η εφαρμογή των KEN οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας στη νοσοκομειακή περίθαλψη, διαφωνούν το 22,4% ενώ λίγο μεγαλύτερο ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (25,4%).

**Πίνακας 5.2.** «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας».

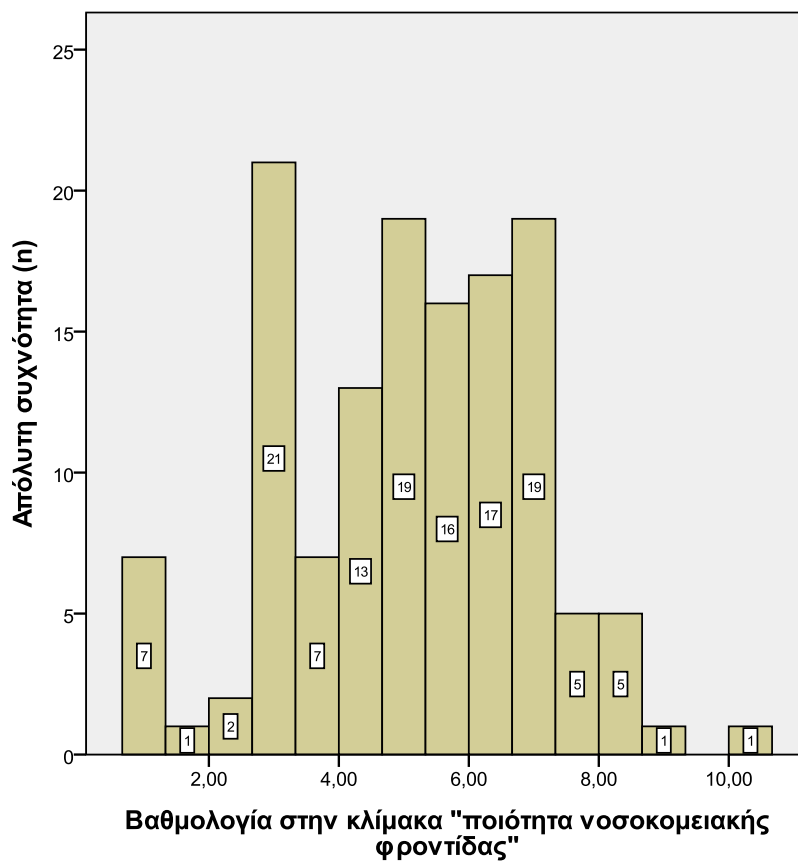
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	7 (5,2)	22 (16,4)	46 (34,3)	47 (35,1)	12 (9,0)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	6 (4,5)	11 (8,2)	32 (23,9)	72 (53,7)	13 (9,7)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	16 (11,9)	22 (16,4)	53 (39,6)	35 (26,1)	8 (6,0)
Γενικά πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στη βελτίωση της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	14 (10,4)	20 (14,9)	30 (22,4)	64 (47,8)	6 (4,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).



**Γράφημα 5.4.** «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας».

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας» ήταν 5,1, η τυπική απόκλιση ήταν 1,9, η διάμεσος ήταν 5, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (γράφημα 5.5). Η μέση βαθμολογία βρέθηκε να είναι μικρότερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει ότι οι ιατροί του δείγματος πιστεύουν πως η εφαρμογή των ΚΕΝ δε θα βελτιώσει την ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας.



**Γράφημα 5.5.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας»



## **Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης**

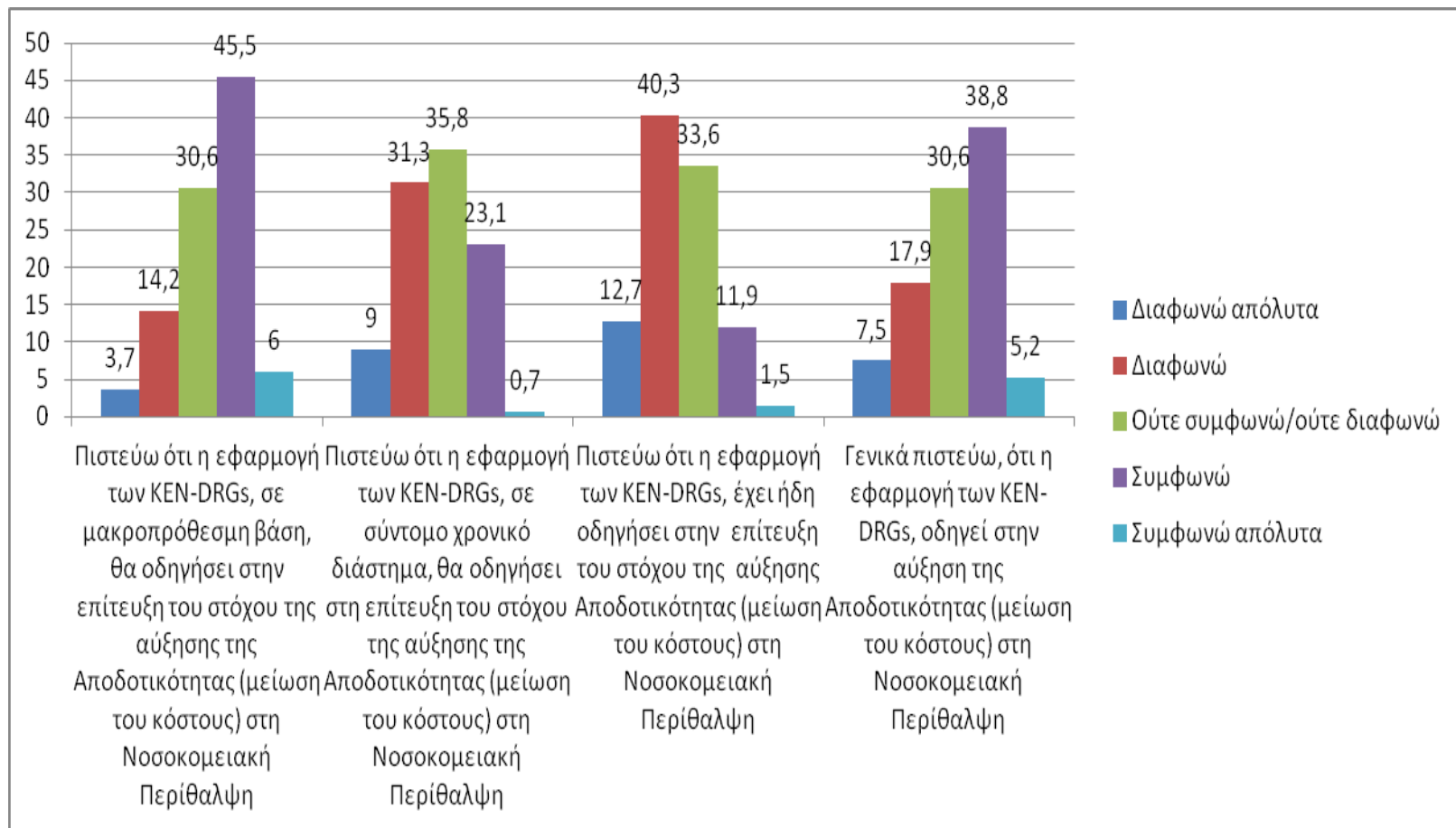
Οι απαντήσεις των ιατρών που σχετίζονται με την κλίμακα «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης» παρουσιάζονται σε απόλυτες τιμές στον Πίνακα 5.3., ενώ σε ποσοστιαία αναλογία στο γράφημα 5.6..

Αναφορικά με το εάν οι ιατροί πιστεύουν πως η εφαρμογή των ΚΕΝ θα συμβάλλει μακροπρόθεσμα στην αύξηση της αποδοτικότητας, η οποία αναφέρεται από την προσέγγιση της μείωσης του κόστους, 45,5% των ιατρών συμφωνεί και μόνο 14,2% αυτών διαφωνεί. Και στα τέσσερα ερωτήματα αυξημένο παρουσιάζεται το ποσοστό (30,6%, 35,8%, 33,6%, 30,8% αντίστοιχα) των ιατρών που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με τη συσχέτιση της εφαρμογής της νέας πολιτικής και της αύξησης της αποδοτικότητας. 23,1% του δείγματος πιστεύει ότι θα επέλθει η αύξηση της αποδοτικότητας στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ το 31,3% έχει αντίθετη άποψη. Μικρά είναι τα ποσοστά των ακραίων αντιλήψεων, συμφωνώ απόλυτα (0,7%) και διαφωνώ απόλυτα (9%). Μεταβολές στα ποσοστά παρατηρούνται και ως προς το εάν η εφαρμογή των ΚΕΝ έχει είδη οδηγήσει στην αύξηση της αποδοτικότητας (μείωση του νοσοκομειακού κόστους). Οι ιατροί που διαφωνούν αγγίζουν το 53% ενώ αυτοί που συμφωνούν μόλις το 13,4%. Τέλος στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι γενικά η εφαρμογή των ΚΕΝ οδηγεί στην αύξηση της αποδοτικότητας, περισσότεροι είναι οι ιατροί που συμφωνούν (44%) από αυτούς που διαφωνούν (25,4%).

**Πίνακας 5.3.** «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

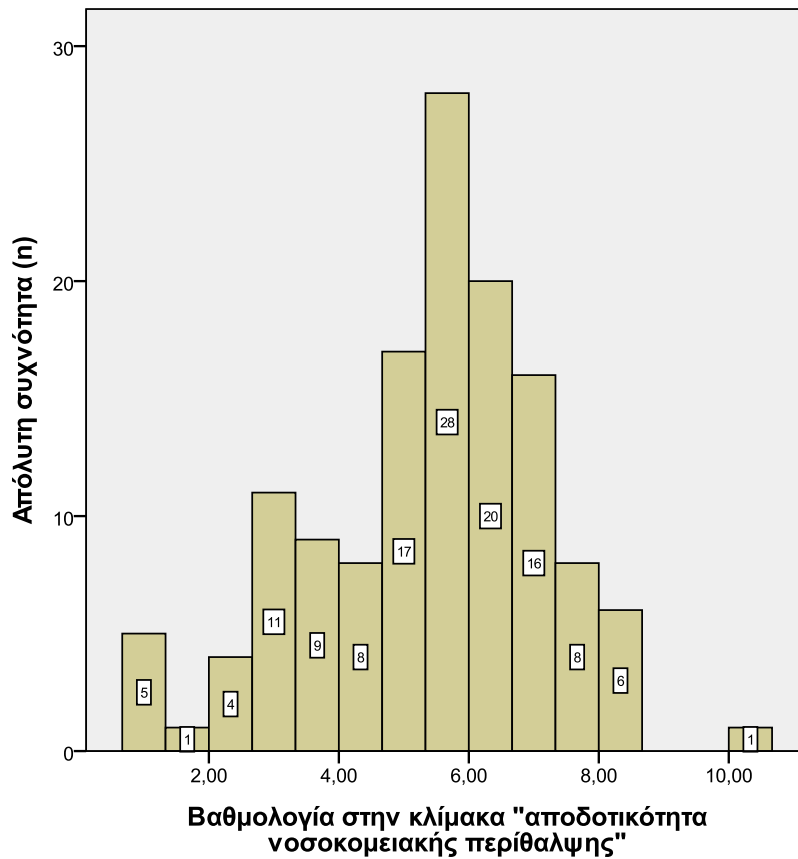
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	5 (3,7)	19 (14,2)	41 (30,6)	61 (45,5)	8 (6,0)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στη επίτευξη του στόχου της αύξησης της Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	12 (9,0)	42 (31,3)	48 (35,8)	31 (23,1)	1 (0,7)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	17 (12,7)	54 (40,3)	45 (33,6)	16 (11,9)	2 (1,5)
Γενικά πιστεύω, ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στην αύξηση της Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	10 (7,5)	24 (17,9)	41 (30,6)	52 (38,8)	7 (5,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).



**Γράφημα 5.6.** «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

Βρέθηκε ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «Αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης» ισούται με 5,4, η τυπική απόκλιση με 1,8, η διάμεσος με 5,5, η ελάχιστη τιμή με 1 και η μέγιστη τιμή με 10 (γράφημα 5.7). Η μέση βαθμολογία ήταν μικρότερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει ότι για τους ιατρούς του δείγματος η εφαρμογή της νέας πολιτικής δεν αναμένεται να οδηγήσει σε βελτίωση της αποδοτικότητας νοσοκομειακής περίθαλψης.



**Γράφημα 5.7.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

## **Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τον ασθενή**

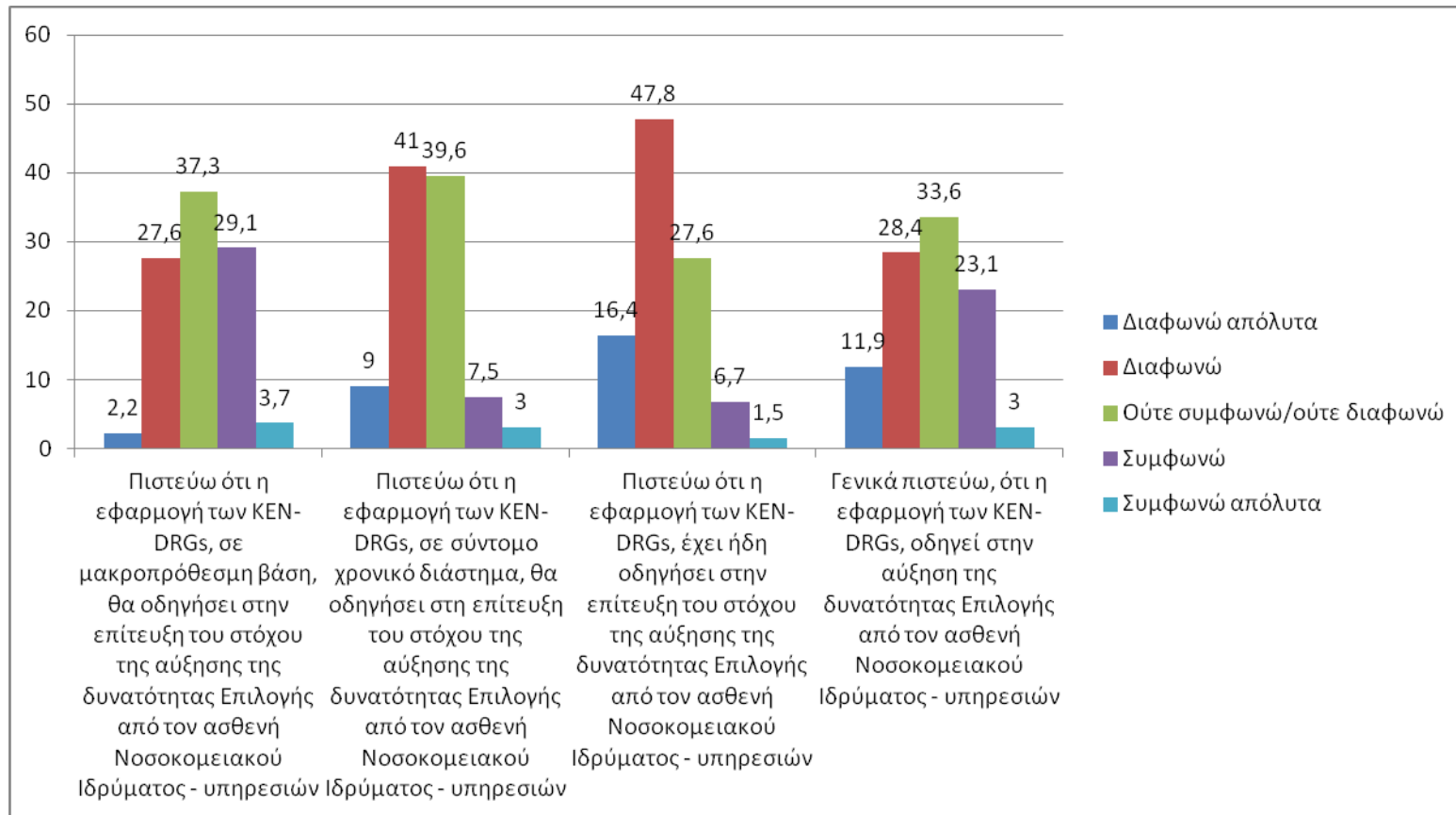
Στον πίνακα 5.4. παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με την κλίμακα «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς» σε απόλυτες τιμές, ενώ στο γράφημα 5.8. σε ποσοστιαία αναλογία.

Στο πρώτο ερώτημα χαρακτηριστικό είναι ότι ποσοστό 37,3% των ιατρών του δείγματος δεν έχουν ξεκάθαρη άποψη για το εάν μακροπρόθεσμα το σύστημα ΚΕΝ επιφέρει αύξηση της δυνατότητας επιλογής από τον ασθενή νοσοκομειακού ιδρύματος. Ενώ περίπου ίσα ποσοστά κατέχουν αυτοί που συμφωνούν (29,1%) και αυτοί που διαφωνούν (27,6%). Σε ότι αφορά εάν ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, το 50% των ιατρών διαφωνεί, ενώ μόνο το 10,5% συμφωνεί. Το υπόλοιπο 39,6% δηλώνει ουδέτερο. Στην τρίτη ερώτηση για το εάν έχει ήδη επιτευχθεί ο στόχος κυριαρχεί η αρνητική άποψη (64,2%), έναντι της θετικής 8,2%. Το 40,3% των ιατρών δηλώνει ότι δεν πιστεύει ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της δυνατότητας επιλογής για τους ασθενείς, ενώ συμφωνεί μόνο το 26,1%.

**Πίνακας 5.4.** «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς».

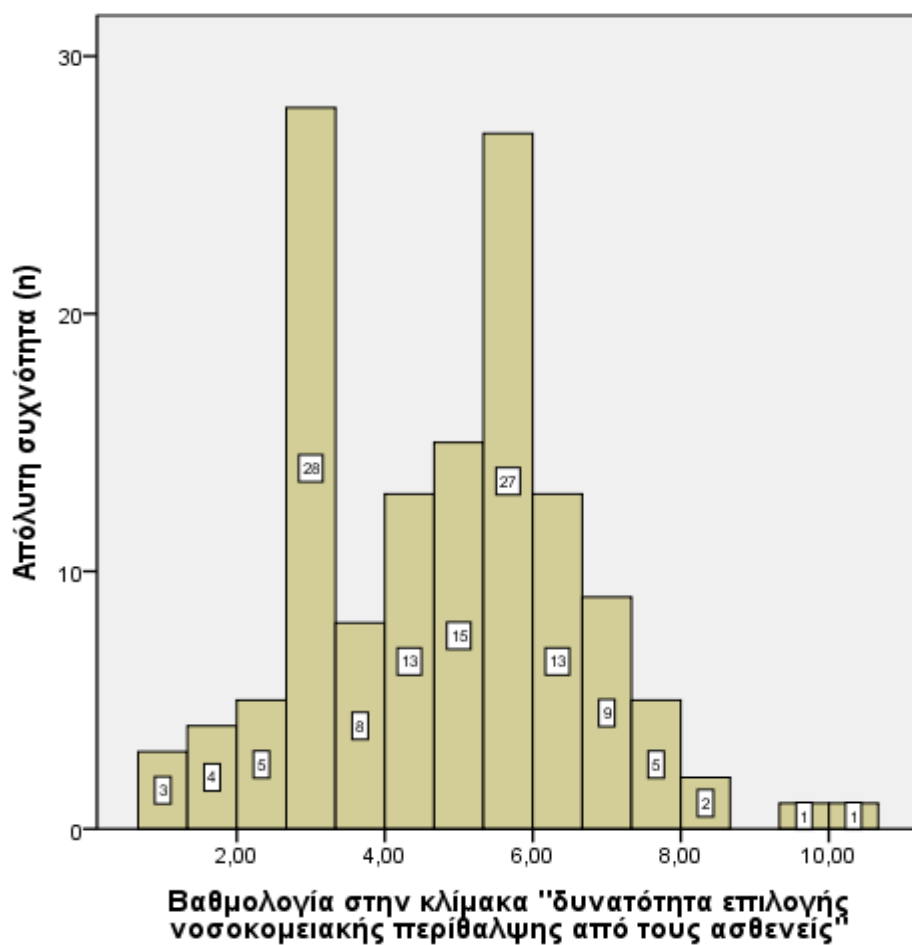
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών	3 (2,2)	37 (27,6)	50 (37,3)	39 (29,1)	5 (3,7)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών	12 (9,0)	55 (41,0)	53 (39,6)	10 (7,5)	4 (3,0)
Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών	22 (16,4)	64 (47,8)	37 (27,6)	9 (6,7)	2 (1,5)
Γενικά πιστεύω, ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στην αύξηση της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών	16 (11,9)	38 (28,4)	45 (33,6)	31 (23,1)	4 (3,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).



**Γράφημα 5.8.** «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς».

Στο γράφημα 5.9. παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων στην κλίμακα «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς» με μέση βαθμολογία 4,8, τυπική απόκλιση 1,8, διάμεσο 5, ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη τιμή 10. Η μέση βαθμολογία ήταν μικρότερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει ότι οι ιατροί του δείγματος πιστεύουν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ δεν πρόκειται να οδηγήσει σε αυξημένη δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς.



**Γράφημα 5.9.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «Δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς».



## 5.5. Οφέλη ασθενών

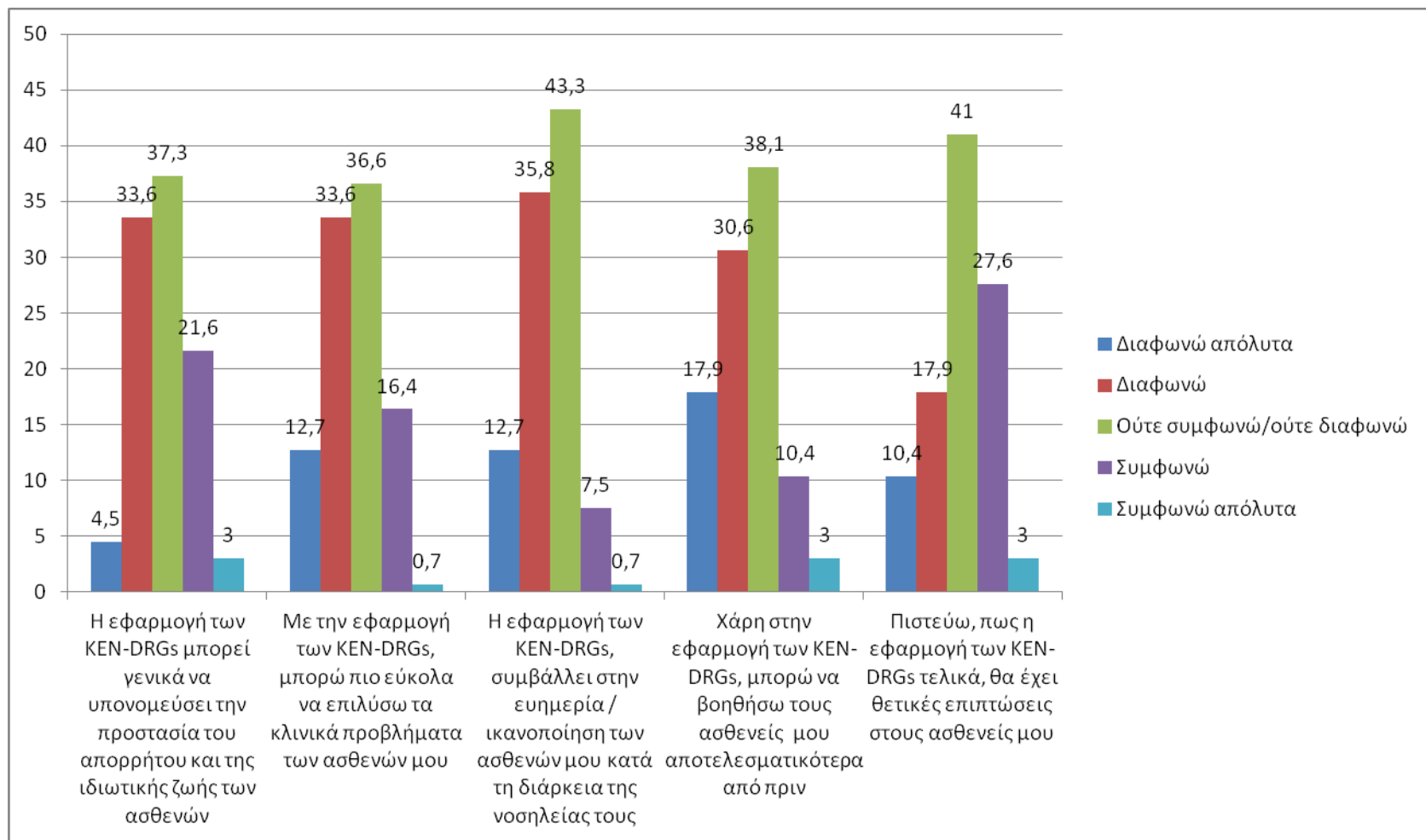
Στην διάσταση οφέλη ανήκουν και οι απαντήσεις των ιατρών της Δ ενότητας του ερωτηματολογίου, αναφορικά με την κλίμακα «οφέλη ασθενών». Παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5. σε απόλυτες τιμές και στο γράφημα 5.10 σε ποσοστιαίες αναλογίες.

Υψηλά ποσοστά στην απάντηση ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ, κυριαρχούν έναντι των άλλων απαντήσεων. Υψηλό ποσοστό (33,6%) των ιατρών του δείγματος, δεν πιστεύουν ότι με την εφαρμογή των KEN μπορεί να υπονομεύεται η προστασία του απορρήτου των ασθενών, σε αντίθεση με το 21,6% που θεωρεί ότι μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία (37,3%) επέλεξε την επιλογή ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό αυτών που συμφωνούν, πιστεύουν δηλαδή ότι υπονομεύεται η προστασία της ιδιωτικής ζωής των ασθενών. Στο δεύτερο ερώτημα τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 46,3% που δεν πιστεύουν πως με την εφαρμογή των KEN θα επιλυθούν ευκολότερα τα κλινικά προβλήματα των ασθενών και 17,1% που πιστεύει ότι η εφαρμογή θα βοηθήσει τους ιατρούς στην επίλυση των κλινικών ζητημάτων των ασθενών τέλος το 36,6% παρουσιάζεται ουδέτερο. Μόνο το 8,2% των ιατρών θεωρεί ότι η εφαρμογή των KEN συμβάλλει στην ευημερία, ικανοποίηση των ασθενών τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ το 48,5% διαφωνεί. Μεγάλο είναι και το ποσοστό των ιατρών που ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί (43,3%). Στο τελευταίο ερώτημα της ενότητας «οφέλη ασθενών» αν τελικά η εφαρμογή KEN θα έχει θετικές επιπτώσεις στους ασθενείς τους, οι ιατροί που έχουν αρνητική στάση κατέχουν ποσοστό 28,3%, το 30,6% έχουν θετική στάση, ενώ το 41% είναι ουδέτερο.

**Πίνακας 5.5.** «Οφέλη ασθενών».

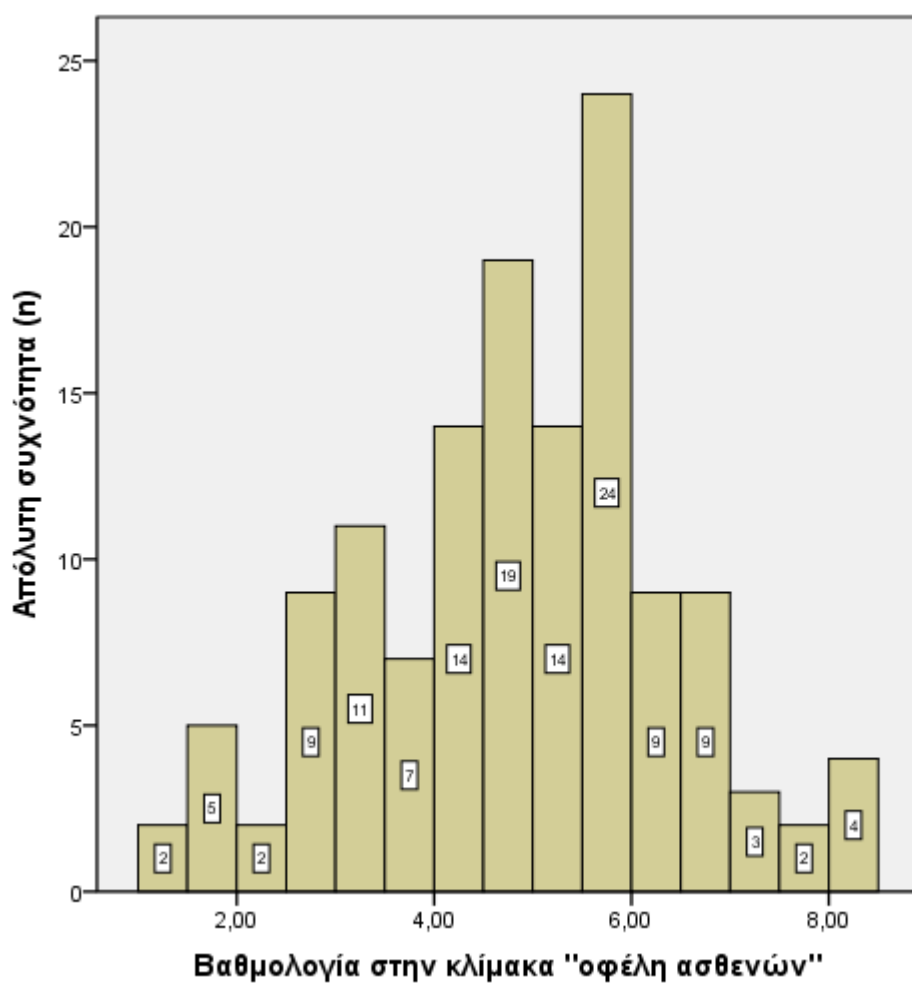
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η εφαρμογή των KEN-DRGs μπορεί γενικά να υπονομεύσει την προστασία του απορρήτου και της ιδιωτικής ζωής των ασθενών	6 (4,5)	45 (33,6)	50 (37,3)	29 (21,6)	4 (3,0)
Με την εφαρμογή των KEN-DRGs, μπορώ πιο εύκολα να επιλύσω τα κλινικά προβλήματα των ασθενών μου	17 (12,7)	45 (33,6)	49 (36,6)	22 (16,4)	1 (0,7)
Η εφαρμογή των KEN-DRGs, συμβάλλει στην ευημερία / ικανοποίηση των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους	17 (12,7)	48 (35,8)	58 (43,3)	10 (7,5)	1 (0,7)
Χάρη στην εφαρμογή των KEN-DRGs, μπορώ να βοηθήσω τους ασθενείς μου αποτελεσματικότερα από πριν	24 (17,9)	41 (30,6)	51 (38,1)	14 (10,4)	4 (3,0)
Πιστεύω, πως η εφαρμογή των KEN-DRGs τελικά, θα έχει θετικές επιπτώσεις στους ασθενείς μου	14 (10,4)	24 (17,9)	55 (41,0)	37 (27,6)	4 (3,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).



**Γράφημα 5.10.** «Οφέλη ασθενών».

Στην κλίμακα «Οφέλη ασθενών» η μέση βαθμολογία ήταν 4,8, η τυπική απόκλιση ήταν 1,6, η διάμεσος ήταν 4,6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 8 (γράφημα 5.11.). Η μέση βαθμολογία ήταν μικρότερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει ότι οι ιατροί του δείγματος δε θεωρούν ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ θα οδηγήσει σε αυξημένα οφέλη των ασθενών.



**Γράφημα 5.11.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οφέλη ασθενών».

## 5.6. Οφέλη ιατρών

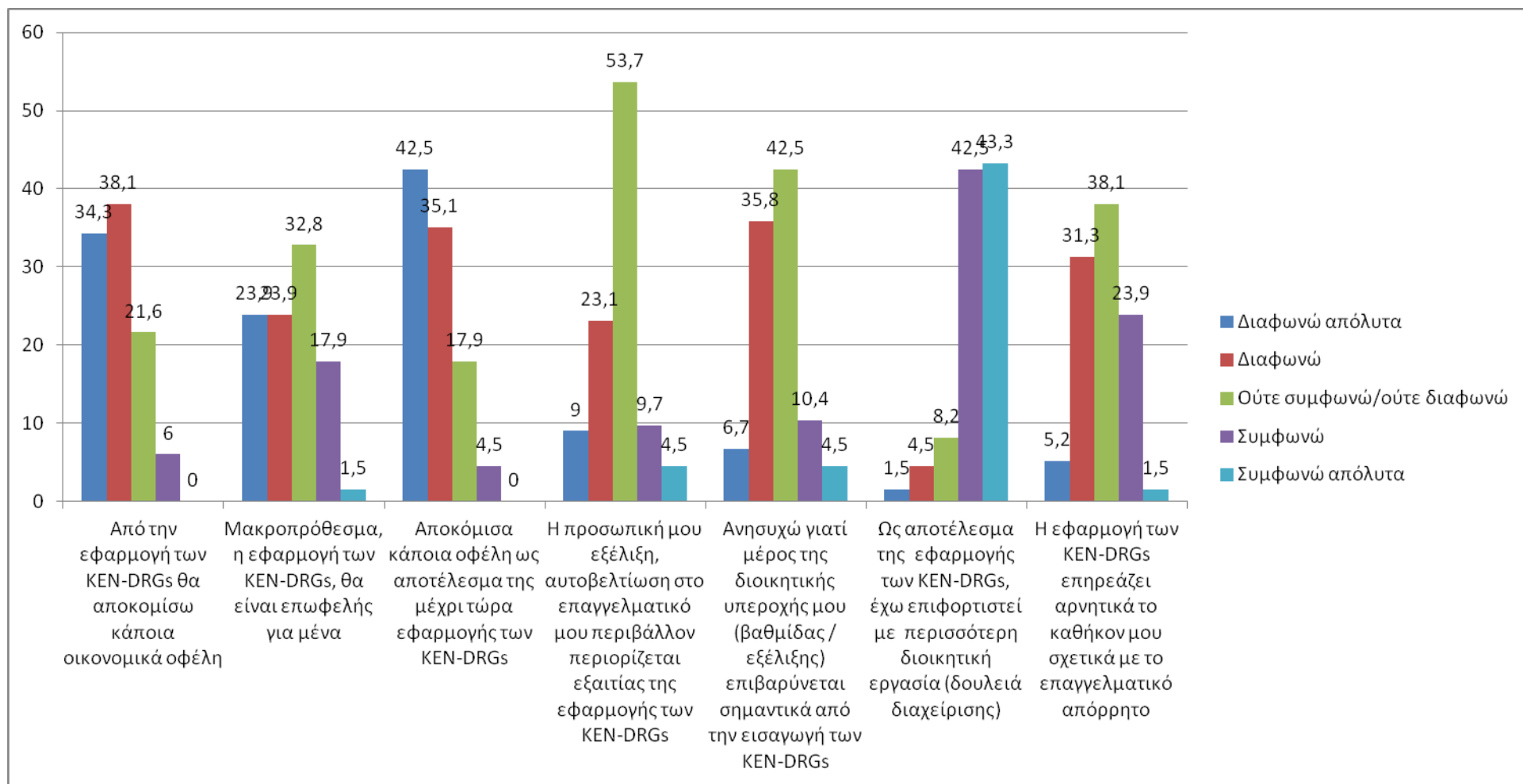
Στη διάσταση οφέλη και στην Ε ενότητα «Οφέλη ιατρών» παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών στον Πίνακα 5.6. σε απόλυτες τιμές και στο γράφημα 5.12. σε ποσοστιαία αναλογία.

Αναφορικά με την κλίμακα «οφέλη ιατρών», οι απαντήσεις στο εάν οι ιατροί θα αποκομίσουν κάποια οικονομικά οφέλη, ήταν αρνητικής τάσης κατά ποσοστό 72,4%, ενώ μόλις το 6% απάντησε συμφωνώ και για πρώτη φορά στην έρευνά μας κανένας (0%) δεν απάντησε συμφωνώ απόλυτα. Το 21,6% κράτησε ουδέτερη στάση. Στο ερώτημα αν μακροπρόθεσμα η εφαρμογή των ΚΕΝ θα ήταν επωφελής για τους ιατρούς, οι αρνητικές απαντήσεις που λάβαμε ήταν σε ποσοστό 47,8%, 32,8% παρουσιάστηκε αδιάφορο ενώ οι θετικές απαντήσεις κατείχαν ποσοστό 19,4%. Στο τρίτο ερώτημα που διαπραγματεύεται εάν αποκόμισαν οι ιατροί κάποια οφέλη ως αποτέλεσμα της μέχρι σήμερα εφαρμογής των ΚΕΝ, το 42,5% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, το 35,1% διαφωνώ, ένα σύνολο 77,6% αρνητικών απαντήσεων. Το ποσοστό των αδιάφορων πέφτει στο 17,9%, ενώ μοναχά το 4,5% απάντησε συμφωνώ και κανένας συμφωνώ απόλυτα. Στο ερώτημα αν η προσωπική εξέλιξη των ιατρών, η αυτοβελτίωσή τους στο επαγγελματικό περιβάλλον περιορίζεται εξαιτίας της εφαρμογής των ΚΕΝ, μεγάλο ποσοστό (32,1%) διαφωνεί, το μεγαλύτερο (53,7%) κρατά ουδέτερη στάση. Ενώ ένα μικρό ποσοστό (14,2%) συμφωνεί, θεωρώντας ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ περιορίζει την προσωπική εξέλιξη και αυτοβελτίωσή τους στο νοσοκομείο. Το 35,8% διαφωνεί ότι θα πρέπει να ανησυχεί για επιβάρυνση της διοικητικής του υπεροχής και εξέλιξης εξαιτίας της εφαρμογής των ΚΕΝ, μεγάλο ποσοστό (42,5%) τάσσεται ουδέτερο, ενώ μόλις 9,7% συμφωνεί ότι ανησυχεί. Στο ερώτημα αν έχουν οι ιατροί επιφορτιστεί με περισσότερη διοικητική εργασία, δουλειά διαχείρισης, συντριπτικό είναι το ποσοστό (43,3%) που απαντά συμφωνώ απόλυτα, επίσης μεγάλο ποσοστό (42,3%) απάντησαν συμφωνώ, συνολικά το 85,6% συμφώνησε ότι επιβαρύνεται με διοικητική εργασία, ενώ μόλις το 6% διαφώνησε και το 8,2% έμεινε ουδέτερο. Στο τελευταίο ερώτημα το μεγαλύτερο ποσοστό (38,1%) έμεινε αδιάφορο, 36,5% είχε αρνητική στάση ενώ το 25,4% συμφωνούσε, θεωρούσε δηλαδή ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ επηρεάζει αρνητικά το καθήκον του σχετικά με το επαγγελματικό του απόρρητο.

**Πίνακας 5.6.** «Οφέλη ιατρών».

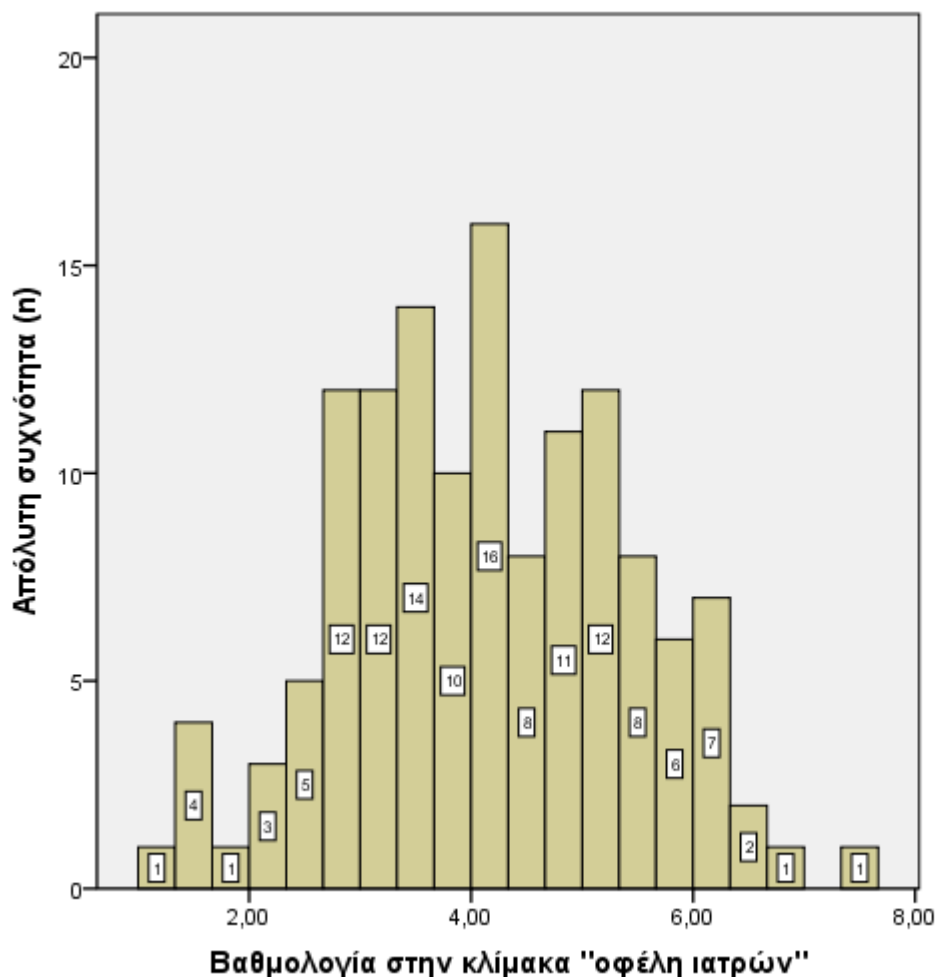
Στοιχείο	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Από την εφαρμογή των KEN-DRGs θα αποκομίσω κάποια οικονομικά οφέλη	46 (34,3)	51 (38,1)	29 (21,6)	8 (6,0)	0 (0,0)
Μακροπρόθεσμα, η εφαρμογή των KEN-DRGs, θα είναι επωφελής για μένα	32 (23,9)	32 (23,9)	44 (32,8)	24 (17,9)	2 (1,5)
Αποκόμισα κάποια οφέλη ως αποτέλεσμα της μέχρι τώρα εφαρμογής των KEN-DRGs	57 (42,5)	47 (35,1)	24 (17,9)	6 (4,5)	0 (0,0)
Η προσωπική μου εξέλιξη, αυτοβελτίωση στο επαγγελματικό μου περιβάλλον περιορίζεται εξαιτίας της εφαρμογής των KEN-DRGs	12 (9,0)	31 (23,1)	72 (53,7)	13 (9,7)	6 (4,5)
Ανησυχώ γιατί μέρος της διοικητικής υπεροχής μου (βαθμίδας/εξέλιξης) επιβαρύνεται σημαντικά από την εισαγωγή των KEN-DRGs	9 (6,7)	48 (35,8)	57 (42,5)	14 (10,4)	6 (4,5)
Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των KEN-DRGs, έχω επιφορτιστεί με περισσότερη διοικητική εργασία (δουλειά διαχείρισης)	2 (1,5)	6 (4,5)	11 (8,2)	57 (42,5)	58 (43,3)
Η εφαρμογή των KEN-DRGs επηρεάζει αρνητικά το καθήκον μου σχετικά με το επαγγελματικό απόρρητο	7 (5,2)	42 (31,3)	51 (38,1)	32 (23,9)	2 (1,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%).



Γράφημα 5.12. «Οφέλη ιατρών».

Στην κλίμακα «Οφέλη ιατρών» η μέση βαθμολογία παρουσιάστηκε με αρκετά μειωμένη τιμή, 4,2, έχοντας την τυπική απόκλιση στα 1,2, τη διάμεσο στα 4,2, με ελάχιστη τιμή 1 και με μέγιστη τιμή 7,5 (γράφημα 5.13.). Η μέση βαθμολογία ήταν μικρότερη από το διαχωριστικό όριο 5,5 γεγονός που σημαίνει ότι οι ιατροί δεν θεωρούν ότι η εφαρμογή της πολιτικής αυτής θα τους επιφέρει προσωπικά οφέλη αλλά περισσότερο διοικητική επιβάρυνση.



**Γράφημα 5.13.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οφέλη ιατρών».

Οι μέσες βαθμολογίες των 6 κλιμάκων κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από την κλίμακα με την μεγαλύτερη μέση τιμή παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.7.. Οι ιατροί ενώ αποδέχονται τη νέα εφαρμογή των ΚΕΝ, θεωρούν ότι δεν μπορεί συνολικά να προσφέρει κοινωνικά οφέλη (οριακά σχετίζεται με μείωση του κόστους, λιγότερο με



βελτίωση της ποιότητας και ακόμη χαμηλότερα με αύξηση της δυνατότητας των ασθενών για επιλογή νοσοκομειακού ιδρύματος), ούτε οφέλη στους ασθενείς τους και πολύ περισσότερο δεν προσφέρει οφέλη στους ίδιους τους ιατρούς.

**Πίνακας 5.7.** Κλίμακες κατά φθίνουσα σειρά / Μέση τιμή

αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών	6,2
αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης	5,4
ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας	5,1
δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς	4,8
οφέλη ασθενών	4,8
οφέλη ιατρών	4,2

## Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 5.8. παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών», «οφέλη ασθενών», «οφέλη ιατρών» και στον Πίνακα 5.9. οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στα κοινωνικά οφέλη με τις κλίμακες «ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας», «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης», «δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς»

**Πίνακας 5.8.** Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμολογίας (μέση βαθμολογία, τυπική απόκλιση, τιμή p) στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών», «οφέλη ασθενών», «οφέλη ιατρών».

Χαρακτηριστικό	Αποδοχή/ Αντίσταση στη νέα πολιτική			Οφέλη Ασθενών			Οφέλη Ιατρών		
	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,93 <sup>α</sup>			0,94 <sup>α</sup>			0,25 <sup>α</sup>
Άντρες	6,2	2		4,8	1,7		4,3	1,2	
Γυναίκες	6,2	2,3		4,8	1,3		4	1,2	
Ηλικία	0,04 <sup>β</sup>		0,62 <sup>β</sup>	0,02 <sup>β</sup>		0,82 <sup>β</sup>	0,11 <sup>β</sup>		0,22 <sup>β</sup>
Βαθμίδα			0,21 <sup>γ</sup>			0,41 <sup>γ</sup>			0,21 <sup>γ</sup>
Διευθυντής	7,2	1,9		5,3	1,9		4,7	0,9	
Επιμελητής	6,1	2,2		4,9	1,6		4,2	1,3	
Ειδικευόμενος	6,1	2		4,7	1,5		4,1	1,3	
Ειδικότητα			0,52 <sup>γ</sup>			0,22 <sup>γ</sup>			0,81 <sup>γ</sup>
Παθολογικός τομέας	6,4	2,1		5,1	1,5		4,3	1,2	
Χειρουργικός τομέας	6	2		4,6	1,6		4,1	1,2	
Άλλος	6,2	2,2		4,7	1,4		4,3	1,5	
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος			<b>0,05<sup>β</sup></b>			<b>0,01<sup>β</sup></b>			<b>0,001<sup>β</sup></b>
Ναι	7,4	2,2		5,9	2		5,3	1,2	
Όχι	6,1	2		4,7	1,5		4,1	1,2	
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος			<b>0,06<sup>β</sup></b>			0,21 <sup>β</sup>			0,31 <sup>β</sup>
Ναι	6,9	1,7		5,2	1,5		4,4	1,2	
Όχι	6	2,2		4,7	1,6		4,1	1,2	
Συμμετοχή σε σεμινάρια			0,5 <sup>β</sup>			0,21 <sup>β</sup>			0,22 <sup>β</sup>
Ναι	6,1	2,1		4,6	1,5		4,1	1,2	
Όχι	6,4	2		5,2	1,6		4,4	1,2	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Ανάλυση διασποράς

**Πίνακας 5.9.** Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμολογίας (μέση βαθμολογία, τυπική απόκλιση, τιμή p) στην κλίμακα «κοινωνικά οφέλη»

Κοινωνικά Οφέλη									
Χαρακτηριστικό	Ποιότητα			Αποδοτικότητα			Δυνατότητα επιλογής		
	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση βαθμολογία	τυπική απόκλιση	Τιμή p
Άντρες			0,99 <sup>α</sup>			0,80 <sup>α</sup>			0,72 <sup>α</sup>
Γυναίκες	5,1	2		5,4	1,9		4,7	1,8	
Ηλικία	5,1	1,9		5,5	1,7		4,8	1,7	
Βαθμίδα	-0,05 <sup>β</sup>		0,60 <sup>β</sup>	-0,05 <sup>β</sup>		0,59 <sup>β</sup>	-0,05 <sup>β</sup>		0,52 <sup>β</sup>
Διευθυντής			0,63 <sup>γ</sup>			0,83 <sup>γ</sup>			0,59 <sup>γ</sup>
Επιμελητής	5,6	2		5,2	1,9		5,1	1,9	
Ειδικευόμενος	5	2,2		5,5	2		4,6	2,1	
Ειδικότητα	5,1	1,8		5,4	1,7		4,8	1,6	
Παθολογικός τομέας			0,35 <sup>γ</sup>			0,65 <sup>γ</sup>			0,88 <sup>γ</sup>
Χειρουργικός τομέας	5,3	1,9		5,5	1,8		4,8	1,6	
Άλλος	4,9	2		5,3	1,8		4,7	1,9	
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος	5,6	1,9		5,5	2,1		5	2,1	
Ναι			0,21 <sup>β</sup>			0,34 <sup>β</sup>			0,005 <sup>β</sup>
Όχι	5,9	2,1		5,9	1,7		6,2	1,1	
Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	5	1,9		5,4	1,8		4,7	1,8	
Ναι			0,28 <sup>β</sup>			0,15 <sup>β</sup>			0,21 <sup>β</sup>
Όχι	5,5	2		5,8	1,9		5,2	1,5	
Συμμετοχή σε σεμινάρια	5	1,9		5,3	1,8		4,7	1,8	
Ναι			0,67 <sup>β</sup>			0,68 <sup>β</sup>			0,67 <sup>β</sup>
Όχι	5,1	2		5,4	1,9		4,7	1,7	
	5,2	1,7		5,5	1,7		4,9	1,9	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> Ανάλυση διασποράς

Επομένως, στη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) μεταξύ του μεταπτυχιακού διπλώματος και του διδακτορικού διπλώματος και της βαθμολογίας στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών». Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών». Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον πίνακα 5.10..

**Πίνακας 5.10.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος σε σχέση με μη κάτοχο	1,2	0,07 έως 2,48	0,05

Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση προκύπτει ότι οι ιατροί με διδακτορικό δίπλωμα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών» κατά 1,2 μονάδες σε σχέση με τους ιατρούς χωρίς διδακτορικό δίπλωμα. Η μεταβλητή αυτή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών».

Ενώ στη διμεταβλητή ανάλυση που αφορούσε τις κλίμακες «ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας», «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης» δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις παραπάνω κλίμακες. Για τον λόγο αυτόν, δεν πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του διδακτορικού διπλώματος και της βαθμολογίας στην κλίμακα «δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς». Οι ιατροί με διδακτορικό δίπλωμα είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 1,5 μονάδες σε σχέση με τους ιατρούς χωρίς διδακτορικό δίπλωμα.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα σε μια μόνο μεταβλητή και τη βαθμολογία και για τον λόγο αυτόν δεν πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση. Όπως επίσης στην κλίμακα «οφέλη ασθενών» και «οφέλη ιατρών» οι ιατροί με διδακτορικό δίπλωμα είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατά 1,2 μονάδες σε σχέση με τους ιατρούς χωρίς διδακτορικό δίπλωμα. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα σε μια μόνο μεταβλητή και τη βαθμολογία και για τον λόγο και εδώ δεν πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

## Κεφάλαιο Έκτο

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

#### 6.1. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Έπειτα από ανάλυση της δομής των DRGs και αξιολόγηση της εφαρμογής τους στις χώρες της Ευρώπης, τονίζοντας τα πλεονεκτήματα αλλά και τις αδυναμίες που προκύπτουν από τη μέχρι τώρα εφαρμογή τους, οι DRGs αποτελούν πραγματικά τις βάσεις για την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης στα νοσοκομεία, με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών. Κάθε χώρα της Ευρώπης, προσπαθώντας να προσαρμόσει το νέο σύστημα αποζημίωσης στις δικές της απαιτήσεις, επιτυγχάνει τελικά σε διαφορετικό βαθμό τους δικούς της στόχους ως προς τη βελτίωση της διαφάνειας, της ποιότητας, της αποδοτικότητας και τον έλεγχο του κόστους, παρά τις αδυναμίες του συστήματος.

Μετά από τριάντα χρόνια εφαρμογής του συστήματος των DRGs, εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι συμβάλλουν θετικά στη μείωση του κόστους στο νοσοκομειακό τομέα ενώ παρατηρήθηκαν αδυναμίες ως προς την πολυπλοκότητα της μεθόδου και των λανθασμένων κωδικοποιήσεων και διαδικασιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύστημα των DRGs στη Γαλλία που εξαιτίας της πολυπλοκότητας του συστήματος και των κωδικοποιήσεων παρουσιάστηκαν προβλήματα με αποτέλεσμα τελικά να μη μπορούν να ελέγξουν το κόστος ανά δραστηριότητα.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή των ΚΕΝ πραγματοποιήθηκε με πρωταρχικό σκοπό τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας και την αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Η επίτευξη όμως μιας αποτελεσματικής εφαρμογής εξαρτάται τουλάχιστον από δυο βασικές παραμέτρους, τον κατάλληλο σχεδιασμό της και την αποδοχή της από τους εμπλεκόμενους. Από πολλούς μελετητές, ανατρέχοντας

στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχει τονιστεί η κρισιμότητα της επίδρασης της αντίστασης των επαγγελματιών στην αποτελεσματική εφαρμογή της (Sabatier, 1986, Judson, 1991, Jaffe et al, 1994, Pratchett & Wingfield, 1996, Metselaar, 1997, Armenakis & Bedeian, 1999, Hebson et al. 2003, Riccucci, 2005, May & Winter 2009, Tummers & Van de Walle, 2012). Για το λόγο αυτό στη μελέτη μας, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο συλλογής πληροφοριών το ερωτηματολόγιο, απευθυνόμενο στους ιατρούς των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, αναζητήθηκε η θετική ή αρνητική στάση τους. Το ερωτηματολόγιο της μελέτης διαπραγματεύτηκε δυο διαστάσεις: πρώτον πώς επηρεάζεται η αποδοχή/ αντίσταση των επαγγελματιών υγείας από το νέο σύστημα αποζημίωσης των ΚΕΝ και δεύτερον ποια είναι τα οφέλη (κοινωνικά, ασθενών, προσωπικά των ιατρών) που απορρέουν από την εφαρμογή της μεθόδου. Διακρίθηκε δε σε πέντε ενότητες: Στην ενότητα των δημογραφικών χαρακτηριστικών του υπό εξέταση δείγματος όπου βρέθηκε να συμμετέχουν περισσότεροι άντρες ιατροί και λιγότερες γυναίκες, κυρίως χειρουργικού τομέα με δεύτερο τον παθολογικό τομέα. Ως προς τη βαθμίδα, περισσότεροι ήταν οι Ειδικευόμενοι έπειτα οι Επιμελητές, ενώ συμμετείχε ένας μικρός σχετικά αριθμός Διευθυντών. Το παραπάνω εξηγείται επειδή τα υπό μελέτη νοσοκομεία βρίσκονται στην επαρχία, με μικρό αριθμό Διευθυντών, επίσης επειδή ο μεγαλύτερος όγκος διοικητικής, γραφικής εργασίας συνηθίζεται να ανατίθεται στους Ειδικευόμενους. Στη δεύτερη ενότητα συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με την αντίδραση/ ή αποδοχή των ιατρών στην εφαρμογή των ΚΕΝ, ενώ στην τρίτη σχετικά με τα κοινωνικά οφέλη. Ως παράμετροι των κοινωνικών ωφελειών εξετάστηκαν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακών μονάδων. Τα οφέλη των ασθενών αναζητήθηκαν στην τέταρτη ενότητα και αυτά των ιατρών στην πέμπτη για να συσχετιστούν τελικά με τη γενική στάση τους απέναντι στα ΚΕΝ.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της έρευνας, αναλύοντας τα διαγράμματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ιατρών είναι τα εξής: Η πλειονότητα των ιατρών του δείγματος προτίθεται να προσπαθήσει για την εφαρμογή των ΚΕΝ, ενώ χαρακτηριστικό είναι το όχι αμελητέο ποσοστό που παρουσιάζεται ουδέτερο και ως προς την εφαρμογή των ΚΕΝ αλλά και ως προς τη συμπεριφορά των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας. Πιστεύουν ότι στην παρούσα φάση αλλά και σε σύντομο χρονικό διάστημα δεν έχει επέλθει βελτίωση της ποιότητας στη νοσοκομειακή

περίθαλψη με την εφαρμογή των ΚΕΝ, μακροπρόθεσμα όμως θεωρούν ότι μπορεί να συμβεί. Μεγάλο είναι το ποσοστό των ιατρών που πιστεύει πως η εφαρμογή των ΚΕΝ θα συμβάλλει στη μείωση του κόστους νοσηλείας μακροπρόθεσμα, αλλά και αυτών που θεωρεί ότι η νέα πολιτική δε σχετίζεται με την αποδοτικότητα στην περίθαλψη. Οι ιατροί δεν πιστεύουν ότι ήδη έχει επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης του κόστους νοσηλείας, ενώ κρατούν γενικά θετική στάση στη σχέση μεταξύ αποδοτικότητας και εφαρμογής των ΚΕΝ. Μεγάλο ποσοστό δε θεωρεί ότι με την εφαρμογή των ΚΕΝ αυξάνεται η δυνατότητα από τους ασθενείς να επιλέγουν το Νοσοκομειακό ίδρυμα και τις υπηρεσίες του για την περίθαλψή τους, ούτε άμεσα αλλά ούτε και μακροπρόθεσμα. Η πλειονότητα των ιατρών δεν έχει διαμορφωμένη άποψη σχετικά με τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν για τους ασθενείς από την εφαρμογή των ΚΕΝ, δεν πιστεύουν ότι έχουν ή θα έχουν μακροπρόθεσμα κάποια οικονομικά οφέλη από την εφαρμογή τους. Μεγάλο ποσοστό τάσσεται υπέρ της άποψης ότι έχει επιφορτιστεί με περισσότερη διοικητική εργασία, δουλειά διαχείρισης και αυτό δείχνει να τους απασχολεί κρίνοντας από τον πολύ μικρό αριθμό ουδέτερων και αρνητικών απαντήσεων. Ενώ αρνητικοί φέρονται ως προς την ύπαρξη σχέσης μεταξύ προσωπικής εξέλιξης στον ιατρικό τομέα, διοικητικής υπεροχής και εφαρμογής των ΚΕΝ. Διαφωνούν στη σχέση της εφαρμογής των ΚΕΝ με το επαγγελματικό τους απόρρητο. Οι απαντήσεις των ιατρών για την εφαρμογή των ΚΕΝ είναι γενικά αρνητικές, με μέσο όρο βαθμολογίας  $5,1 < 5,5$ . Αναφορικά με την κλίμακα «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών» παρουσιάζεται αυξημένη αποδοχή ( $6,2 > 5,5$ ) στην εφαρμογή των ΚΕΝ ως νέα πολιτική. Στις κλίμακες «ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας» ( $5,1 < 5,5$ ), «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης» ( $5,4 < 5,5$ ), «δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης» ( $4,8 < 5,5$ ), «οφέλη ασθενών» ( $4,8 < 5,5$ ) και «οφέλη ιατρών» ( $4,2 < 5,5$ ), οι ιατροί απάντησαν πως η εφαρμογή των ΚΕΝ δεν συνδέεται με βελτίωση στην ποιότητα, αποδοτικότητα και δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης και δεν πιστεύουν ότι θα επιφέρει οφέλη στους ασθενείς και στους ιατρούς. Από την ανάλυση συσχετίσεων παρατηρείται πως προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κατόχων διδακτορικού διπλώματος και της κλίμακας «αντίσταση στην εφαρμογή νέων πολιτικών», «δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασθενείς», «οφέλη ασθενών» και «οφέλη ιατρών». Οι ιατροί με διδακτορικό δίπλωμα εμφανίστηκαν με υψηλότερο βαθμό αποδοχής στην εφαρμογή νέων πολιτικών όπως αυτή των ΚΕΝ. Στη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές



σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλίμακα «ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας», «αποδοτικότητα νοσοκομειακής περίθαλψης».

Αναλυτικότερα ένα από τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας αποτέλεσε η θετική στάση (αποδοχή) των ιατρών ως προς την εφαρμογή των KEN και η πρόθεσή τους να συμβάλουν σε αυτήν. Είναι πρόθυμοι να αφιερώσουν χρόνο, να προσπαθήσουν για την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν από τη μέθοδο. Σε θέματα όμως που αφορούν τη «διαφήμιση», το marketing των KEN στους άλλους εργαζόμενους καθώς και την κάμψη της αντίστασής τους, παρουσιάζονται λιγότερο δεκτικοί. Σε αντίθεση με τη μελέτη των Tummers και Van de Walle (2012) όπου οι ιατροί παρουσιάζονται με αρνητική στάση απέναντι στην εφαρμογή των DRGs. Η θετική αυτή αποδοχή του νέου συστήματος αποζημίωσης από τους Έλληνες ιατρούς μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι στην έρευνά μας σε μεγαλύτερο ποσοστό συμμετείχαν ειδικευόμενοι, άνθρωποι νέοι που αγκαλιάζουν με μεγαλύτερη ευκολία καινούριες εφαρμογές. Οι επαγγελματίες υγείας γενικά και κυρίως οι νέοι αισθάνονται ότι η καινοτομία όταν εφαρμόζεται σε διάφορους τομείς της εργασίας τους είναι ευεργετική.

Σημαντικό επίσης εύρημα αποτελεί η πεποίθηση των ιατρών ότι εφαρμόζοντας τα KEN δεν αυξάνονται τα κοινωνικά οφέλη. Δεν εκφράζουν αντίθεση στους στόχους που θέτει η πολιτική αλλά συγχρόνως δεν πιστεύουν ότι η εφαρμογή της θα βελτιώσει την ποιότητα και τη δυνατότητα επιλογής εκ μέρους του ασθενή. Μέρος του ιατρικού προσωπικού εκφράζει φόβους για πλήγμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών με την εφαρμογή του συστήματος των KEN. Κυριαρχεί η άποψη ότι πολλές αποφάσεις λαμβάνονται με βάση οικονομικά και όχι μόνο ιατρικά κριτήρια. Συγκρίνοντας το πώς επηρεάζεται η ποιότητα σε άλλα κράτη στη Γερμανία και στην Αγγλία θεωρούν ότι η εφαρμογή των DRGs δεν έχει ουσιαστικά επηρεάσει την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ στη Γαλλία δεν είναι εφικτή η σύγκριση εξαιτίας του ότι δεν είναι διαθέσιμοι οι δείκτες ποιότητας (Or & Bellanger, 2011, Geissler et al, 2011, Mason et al, 2011)

Εξετάζοντας το θέμα της αποδοτικότητας που στην έρευνά μας από την πλευρά του κόστους νοσηλείας, παρατηρείται οριακά μια θετική τάση σύνδεσης, της μείωσης του κόστους με την εφαρμογή των KEN. Μεγαλύτερο ποσοστό αποδέχεται την μακροπρόθεσμη αύξηση της αποδοτικότητας ενώ ξεκάθαρα δηλώνει ότι η παραπάνω

παραδοχή δεν έχει επέλθει από την έως σήμερα εφαρμογή τους. Η φιλοσοφία της μεθόδου είναι ότι οι ιατροί προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν τα κατάλληλα μέσα, χωρίς περιττές και άσκοπες υπηρεσίες φροντίδας, μη ενθαρρύνοντας τη μεγάλη διάρκεια νοσηλείας, καλύπτοντας όμως τις ανάγκες των ασθενών και διατηρώντας την κατανάλωση των πόρων σε λογικά επίπεδα. Προσπαθούν δηλαδή για τη βελτίωση των μεθόδων περίθαλψης, προκειμένου να μειωθούν η διάρκεια νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας ανά ασθενή επιτυγχάνοντας έτσι τη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων με ταυτόχρονη συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας (Cylus & Irwin, 2010).

Στην υποενότητα των κοινωνικών ωφελειών που αφορούσε στη δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής μονάδας από τους ασθενείς, οι ιατροί δεν αντιλαμβάνονται επαρκώς την έννοια της ερώτησης εξαιτίας της απουσίας ανταγωνιστικότητας μεταξύ των ελληνικών νοσοκομείων ή και κλινικών και συνεπώς δινόταν επεξηγήσεις. Παρόλα αυτά εξάγονται κάποια συμπεράσματα όπως το ότι οι επαγγελματίες υγείας δε βλέπουν καμία σχέση μεταξύ του συστήματος των ΚΕΝ και της δυνατότητας επιλογής νοσοκομειακής μονάδας. Παρουσιάζονται με αρνητική στάση κυρίως στην παρούσα φάση και για το κοντινό μέλλον, ενώ μειώνεται σε κάποιο βαθμό όταν αναφέρονται στην μακροπρόθεσμη εφαρμογή τους.

Το ιατρικό προσωπικό γενικά θεωρεί ότι δεν προσφέρονται κοινωνικά οφέλη. Δεν τάσσεται εναντίον της βελτίωσης της ποιότητας, αύξησης της αποδοτικότητας και της δυνατότητας επιλογής ως στόχους της πολιτικής αλλά πιστεύει ότι έως σήμερα οι παραπάνω στόχοι δεν έχουν επιτευχθεί. Οι Ολλανδοί ιατροί αντίστοιχα Tummers και Van de Walle (2012), κατατάσσουν την απόρροια κοινωνικών ωφελειών σε αρκετά χαμηλό επίπεδο από την εφαρμογή των DRGs, αποδίδοντας τη μικρότερη τιμή στην κλίμακα της δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακού ιδρύματος από τον ασθενή.

Οι ιατροί πιστεύουν ότι τα ΚΕΝ δύναται να επηρεάσουν το επαγγελματικό τους καθεστώς, την αυτονομία τους στη θεραπεία που θα επιλέξουν, στις διαγνωστικές εξετάσεις που θα παραγγείλουν, στα φάρμακα και υλικά που θα χρησιμοποιήσουν. Ταυτίζεται με την άποψη των ιατρών στη μελέτη των Thibadoux et al. (2007), που εμφανίστηκαν απρόθυμοι να συμμετέχουν στην εφαρμογή ενός τυποποιημένου συστήματος κοστολόγησης με βέλτιστες πρακτικές με στόχο τον έλεγχο των δαπανών

της περίθαλψης, φοβούμενοι μην πληγούν θέματα δεοντολογίας, παραγκωνιστούν ηθικά διλήμματα και δεν διασφαλιστεί η επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Οι Έλληνες ιατροί από την άλλη, δεν αποδέχονται ότι με την εφαρμογή της μεθόδου θα βοηθήσουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς τους. Εκφράζουν την ανησυχία τους ότι ο ασθενής μπορεί να λάβει κακή ποιότητα φροντίδας προκειμένου να μειωθεί το κόστος. Σχετικά με την ιδιωτική ζωή των ασθενών, θεωρούν ότι η προστασία του απορρήτου σε κάποιο βαθμό υπονομεύεται, επιλέγοντας ειδικές κατηγορίες προϊόντων. Με τον τρόπο αυτό βέβαια (επιλέγοντας όχι γενικής αλλά ειδικής κατηγορίας πακέτο KEN) εξασφαλίζεται η διαφάνεια του συστήματος. Σε κάθε περίπτωση η άρνηση της αποδοχής του συστήματος KEN και της συνεργασίας των ιατρών μπορεί να σημαίνει επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα, άρα και της κοινωνίας. Πρακτικά εμφανίζεται επιλέγοντας ακριβότερο KEN και όχι το κατάλληλο για τον ασθενή (upcoding), αυξάνοντας τα έσοδα για τον φορέα παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Αρνητική στάση κρατούν και οι Ολλανδοί ιατροί (Tummers και Van de Walle, 2012), πιστεύοντας πως τελικά οι ασθενείς τους δεν θα επωφεληθούν από την εφαρμογή των DRGs.

Οι ιατροί θεωρούν πως τα προσωπικά οφέλη έχουν μια αρκετά σημαντική επίδραση στην αποτελεσματική εφαρμογή της μεθόδου και συγκεκριμένα στη δική μας μελέτη θεωρούν ότι θα έχουν περιορισμένα ίδια οφέλη. Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιδρά και θεωρεί ότι επιβαρύνεται από περισσότερη διοικητική εργασία. Τούτο αποτελεί ως ένα βαθμό παράγοντα ερμηνείας της αντίστασης στην εφαρμογή των KEN διότι διαχωρίζουν τη στάση τους, πιστεύοντας ότι δεν σχετίζεται η εισαγωγή των KEN με παραμέτρους όπως η μεταβολή ή η απώλεια της διοικητικής τους θέσης, η αύξηση του εισοδήματός τους. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα δεν συνδέεται ο μισθός και η διοικητική τους θέση με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αποζημίωσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην κλίμακα «οφέλη των ιατρών» οι Ολλανδοί (Tummers και Van de Walle, 2012) και οι Έλληνες ιατροί συμφωνούν απόλυτα (κατατάσσοντας την κλίμακα στο ίδιο ακριβώς βαθμολογικό επίπεδο) και δεν πιστεύουν ότι θα έχουν κάποια προσωπικά οφέλη από την εφαρμογή των DRGs – KEN.

Οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακό και διδακτορικό τίτλο σπουδών φάνηκαν περισσότερο εξοικειωμένοι και θετικά προσκείμενοι στη μέθοδο αποζημίωσης των

KEN, ευρήματα που συμφωνούν με τη μελέτη των Tzavara et al. (2006) όπου τα κύρια προβλήματα σχετίζονταν με τις υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες. Ενθαρρυντικό θεωρείται ότι στη μελέτη μας εμφανίζεται μικρότερη αντίσταση των ιατρών συγκριτικά με των Tzavara et al. (2006) όπου ενώ θεωρούσαν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί κ.α.) την ορθή οικονομική διαχείριση ως αναγκαιότητα, αντιστέκονταν στην εφαρμογή νέων μεθόδων.

Στα ευρήματα που προκύπτουν από το δείγμα των ιατρών παρόλο που πιστεύεται ότι η εφαρμογή των KEN δε βελτιώνει τα κοινωνικά οφέλη, τα οφέλη των ασθενών, αλλά και τα ίδια οφέλη, η νέα πολιτική είναι αποδεκτή και υπάρχει πρόθεση για επίτευξη του στόχου της. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην άποψη των ιατρών για αλλαγή του προηγούμενου συστήματος αποζημίωσης είτε στον μικρό χρόνο εφαρμογής τους στα ελληνικά νοσοκομεία.

## **6.2. Περιορισμοί της μελέτης**

Βασικός περιορισμός της μελέτης θεωρείται ο ελάχιστος χρόνος εφαρμογής των KEN στη χώρα μας, παράγοντας ο οποίος περιορίζει το εύρος της έρευνας, εξαιτίας της έλλειψης τεκμηριωμένων στοιχείων για τις οικονομικές και ποιοτικές επιπτώσεις της εισαγωγής τους στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αλλά και στον ΕΟΠΥΥ.

Επιπλέον περιορισμό αποτελεί το εύρος του δείγματος ως προς τα νοσοκομεία που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν καθώς δεν περιλαμβάνονταν μεγάλου μεγέθους νοσοκομεία καθώς και ειδικά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεχτικοί στις γενικεύσεις των αποτελεσμάτων στο σύνολο των ιατρών καθώς η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα επαρχιακά νοσοκομεία της Βορείου Ελλάδος. Αναφορικά με την επιλογή των συμμετεχόντων έγινε προσπάθεια διασποράς των ερωτηματολογίων σε όλες τις βαθμίδες των ιατρών παρόλο που ανταποκρίθηκαν κυρίως οι ειδικευόμενοι.

### 6.3. Εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να αναδείξει μια αρχική εκτίμηση της στάσης των ιατρών στην εφαρμογή μιας νέας πολιτικής αποζημίωσης, αυτή των ΚΕΝ σε ένα δείγμα νοσοκομείων της χώρας μας. Η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για μια σειρά παρόμοιων μελετών όπου θα υπάρξει η δυνατότητα σύγκρισης των στάσεων και αντιλήψεων όχι μόνο των ιατρών αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην εφαρμογή της νέας πολιτικής, συμβάλλοντας στο «δυναμικό» πεδίο της έρευνας.

Κρίνεται επίσης σημαντική μια αντίστοιχη μελέτη με Πανελλήνιο χαρακτήρα δίνοντας μία συνολική εικόνα των απόψεων των ιατρών που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη από την πολιτική ηγεσία του ΥΥΚΑ. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η πραγματοποίηση της μελέτης στο ίδιο δείγμα, μετά το πέρας ενός χρονικού διαστήματος, όπου θα έχει εφαρμοστεί και οργανωθεί περαιτέρω η μέθοδος αποζημίωσης των ΚΕΝ αλλά και η εκτίμηση του υοκοομικού και ποοκοο αποτελέσματος της εφαρμογής τους.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior". *Organization Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Armenakis, A., & Bedeian, G. (1999). "Organization Change: A Review of Theory and Research in the 1990s". *Journal of Management June*, 25, 293-315.
- Bainbridge, C. (1996). "Designing for change. A practical guide for business transformation". *New York: John Wiley*.
- Bekkers, V.J.J.M., Edwards, A., Fenger, M., & Dijkstra, G. (2007). "Governance and the Democratic Deficit: Assessing the Legitimacy of Governance Practices". Aldershot: Ashgate.
- Bell, R. A., Kravitz, R.L., Siefkin, A.D. & Foulke, G.E. (1997). "Physicians attitudes toward managed care: assessment and potential effects on practice behaviors". *American Journal Managed Care*, 3(9), 1297-1304.
- Busse, R. & Quentin, W. (2011). "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: Conclusions and recommendations", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (10), 150-1.
- Busse, R. (2010). "ABC of DRGs-the European Experience". Presentation, available at <https://www.eurodrp.eu/>, ημερομηνία πρόσβασης 1/12/12
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (2011). *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press.
- Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). "DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (6), 82-85.
- Cylys, J. & Irwin, R. (2010). "The challenges of hospital payment systems". *Euro Observer, European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(3), 2-3.

- Economou, C. (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7), 1-180.
- Ellis, R. P. (1998). “Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins”. *Journal of Health Economics*, (17), 537-55.
- Ewalt, J.A.G. & Jennings, E.T. (2004). “Administration, Governance, and Policy Tools in Welfare Policy Implementation”. *Public Administration Review* 64(4), 449-62.
- Federman, A.D., & Keyhani, S. (2011). “Physicians’ participation in the Physicians’ Quality Reporting Initiative and their perceptions of its impact on quality of care”. *Health policy*, 102(2-3), 229-234.
- Fetter, R.B., Shin, X., Freeman, J.L., Averill, R.F. & Thompson, J.D. (1980). “Casemix definition by diagnosis- related groups”. *Medical Care*, 18(2), 1-53.
- Geissler, A. (2011). “DRGs and cost accounting across Europe-Which is driving which?” Presentation, available at <https://www.mig.tu-berlin.de/>, ημερομηνία πρόσβασης 1/12/12
- Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W. & Busse, R. (2011). “Germany: Understanding G-DRGs”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (14), 267-8.
- Hebson, G., Grimshaw, D., & Marchington, M. (2002). “PPPs and the Changing Public Sector Ethos: Case – Study Evidence from the Health and Local Authority Sectors”. *Working paper*, 21, 481-501.
- Higgs, M., & Rowland, D. (2005). “All Changes Great and Small: Exploring Approaches to Change and its Leadership”. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151.
- Holt, D. T., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Harris, S. G. (2007). “Readiness for Organizational Change The Systematic Development of a Scale”. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2), 232-255.
- Jaffe, D., Scott, C., & Tobe, G. (1994). “Rekindling commitment: How to revitalize yourself, your work, and your organization”. San Francisco: Jossey – Bass
- Judson, A. S. (1991). “Changing Behavior in Organization: Minimizing Resistance to Change”. *Cambridge, MA: Basil Blackwell*.

- Kautiainen, K., Høkinen, U. & Lauharanta, J. (2011). "Finland: DRGs in a decentralized health care system", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (18), 335-6.
- Kobel, C. & Pfeiffer, K.P. (2011). "Austria: Inpatient care and the LKF framework", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (11), 192-3.
- Kobel, C., Thuilliez, J., Bellanger, M. & Pfeiffer, K. (2011). "DRG systems and similar patient classification systems in Europe", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (4), 43-44.
- Laurence, J., & O'Toole, L. Jr. (2000). "Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263-288.
- Linna, M. & Virtanen, M. (2011). "NordDRG: The benefits of coordination", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (16), 293.
- Martinussen, P. E. & Hagen, T. P. (2009). "Reimbursement systems, organizational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway". *Health Economics, Policy and Law*, (4), 139-58.
- Mason, A., Ward, P. & Street, A. (2011). "England: The Health care Resource Group system", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (12), 215-17.
- Mateus, C. (2011). "Portugal: Results of 25 years of experience with DRGs", in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe "Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals"*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (21), 398-9.



- Matland, R. E. (1995), “Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity – Conflict Model of Policy Implementation”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174.
- May, P. J., & Winter, S.C. (2009). “Politicians, Managers, and Street – Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, 453.
- Metselaar, E.E. (1997). “Assessing the willingness to change: Construction and validation of the DINAMO”.
- Miranda, M. & Cortez, L. (2005). “The Diagnosis Related Groups (DRGs) to Adjust Payment- Mechanisms for Health System Providers”. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (CISS)- *Inter-American Conference on Social Security*. pp: 3-4.
- O’ Reilly, J., McCarthy, B. & Wiley, M. (2011). “Ireland: A review of casemix applications within the acute public hospital system”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (15), 288-9.
- Or, Z., Bellanger, M. (2011). “France: Implementing homogeneous patient groups in mixed market”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (13), 240.
- Pierdzioch, S. (2008). Price and Volume Measures of Hospital Services in National Accounts Federal Statistical Office. Germany. Available at [www.destatis.de/](http://www.destatis.de/), ημερομηνία πρόσβασης 1/12/12
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013), “Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system”. *Health Policy* 109, 14-22.
- Pratchett, L. & Wingfield, M. (1996). “Petty Bureacracy and Woolly Minded Liberalism? The Changing Ethow of Local Government Officers”, *Public Administration*, 74, pp.639-656.
- Quentin, W., Geissler, A., Scheller – Kreinsen, D. & Busse, R. (2011). “Understanding DRGs and DRG -based hospital payment in Europe”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency,*

- efficiency and quality in hospitals”. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (3), 24-25.
- Riccucci, N. M. (2005). “Street – Level Bureaucrats and Intrastate Variation in the Implementation of Temporary Assistance for Needy Families Policies”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(1), 89-111.
- Sabatier, P. (1986). “What can we learn from implementation research?”. in *Guidance, Control and Evaluation in the Public Sector*, F.X. Kaufmann, G. Majone and V. Ostrom, Eds. Berlin: De Gruyter, 313-325.
- Scheller – Kreinsen, D., Geissler, A. & Busse, R. (2009). “The ABC of DRGs”. Euro Observer. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 11(4), 2-6.
- Thibadoux, G.M., Scheidt, M., & Luckey, E.(2007). “Accounting and Medicine: An Exploratory Investigation into Physician’ Attitudes Toward the Use of Standard Cost – Accounting Methods in Medicine”. *Journal of Business Ethics*, 75(2), 137-149.
- Tummers, L.G. (2011). “Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: a policy alienation framework”. *International Review of Administrative Sciences*, 77 (3), 555-581.
- Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M., & Steijn, A. J. (2009). “Policy alienation of public professionals: Application in a New Public Management context”. *Public Management Review*, 11(5), 685-706.
- Tummers, L.G., Van de Walle, S. (2012). “Explaining health care professionals’ resistance to implement Diagnosis Related Groups: (no) benefits for society, patients and professionals”. *Health Policy*, 108(2-3), 158-66.
- Tzavaras, A., Spyropoulos, B., & Gruen, R. (2006). “Diagnosis related groups: Approval and suitability for the Greek National Health System”. *Proceedings of ITAB*, 26-28 October, Ioannina, Greece.
- White, D. W. (eds.) (2003). *Compelled by Data: John D. Thompson- Nurse, Health Services Researcher and Health Administration Educator. Department of epidemiology and Public Health. YALE UNIVERSITY. Vol: 20-3.*
- Wiley, M. (2011). “From the origing of DRGs to their implementation in Europe”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (1), 3-6.

World Health Organization (2004).“International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”. *Tenth Revision, Second Edition*, pp: 2- 3.

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. (2002). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α', Ε. Α. Π. Πάτρα..
- Γείτονα, Μ. (2009). Οικονομικά της υγείας και Πολιτικής υγείας , Διδακτικές σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011), Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα, ανακτήθηκε 7/12/12 από [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr)
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1995). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα.
- Μανιαδάκης Ν., Μπαρτσώκας Δ., Γούναρης Δ., Καρράς Κ., Βουδούρη Μ., Κουφάκης Α., Λαναράς Α., Καρανίκας Χ., Πετρίκκος Γ., Φούσας Σ., Δερβένης Χ. (2011), Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα
- Μπαλασοπούλου, Α. (2010). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου, Διδακτικές Σημειώσεις , Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης ,Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργικές Αποφάσεις – Εγκύκλιοι Γ.Γ. Υ.Υ.Κ.Α., ανακτήθηκε 5/11/12 από <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yeia/articles/ken-eswteriko/710-yπουργikes-apofaseis-egkyklioι-g-gaseis-egkyklioι-g-g>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **1. Ερωτηματολόγιο**



## **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ  
ΤΩΝ ΚΕΝ-DRGs ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠ' ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΑΤΡΩΝ**

## Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Στο πλαίσιο διατριβής επιπέδου Master, της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και ειδικότερα του προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» διεξάγεται έρευνα σχετικά με τα **αναμενόμενα Οφέλη** από την εφαρμογή των KEN-DRGs για **την Κοινωνία, τους Ασθενείς και το Ιατρικό προσωπικό** στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία από την οπτική των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των ιατρών.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν σας ζητείται να αναφέρεται προσωπικά σας στοιχεία. Πρόσβαση σ' αυτό θα έχουν μόνο η κυρία Ελισάβετ Φωστηροπούλου υπό την επίβλεψη της Dr. Ρωζάνης Καραγιάννη.

Παρακαλούμε να διαβάσετε προσεχτικά και να απαντήσετε σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις είναι διαβαθμισμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert και καλείστε να εκφράσετε τη συμφωνία ή διαφωνία σας **κυκλώνοντας ΜΙΑ** από τις παρακάτω επιλογές:

- 1 εάν Διαφωνείτε Απόλυτα
- 2 εάν Διαφωνείτε
- 3 εάν ούτε Συμφωνείτε / ούτε Διαφωνείτε
- 4 εάν Συμφωνείτε
- 5 εάν Συμφωνείτε απόλυτα.

Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στην πρωτότυπη εργασία των Lars Tummer, Van de Walle (2012), "Explaining mental health care professionals' resistance to implement Diagnosis Related Groups: (no) benefits for society, patients and professionals".

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμβολή σας στη διεξαγωγή της έρευνας και τη διάθεση του πολύτιμου χρόνου σας.

Υπεύθυνος φορέας για την έρευνα είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας**.

## Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην ενότητα Α σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε μερικά δημογραφικά στοιχεία τα οποία θα μας βοηθήσουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση τη κατηγοριοποίηση του δείγματος.

1. ΦΥΛΟ:  Άντρας  Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ: .....

3. ΒΑΘΜΙΔΑ:  Διευθυντής  Επιμελητής Α  
 Επιμελητής Β  Ειδικευόμενος

4. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Παθολογικός Τομέας .....

Χειρουργικός τομέας .....

Άλλο .....

5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Κάτοχος διδακτορικού

Κάτοχος μεταπτυχιακού

Συμμετοχή σε σεμινάρια

## **B. ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ**

Οι ερωτήσεις της ενότητας Β στοχεύουν στην άντληση πληροφοριών σχετικά με τις επιθυμίες / στάσεις των ιατρών στην εφαρμογή νέων πολιτικών και ειδικότερα των KEN-DRGs.

1. Προτίθεται να προσπαθήσω να πείσω τους εργαζόμενους για τα οφέλη που θα φέρει η εφαρμογή των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

2. Προτίθεται να προσπαθήσω για την επίτευξη των στόχων της εφαρμογής των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

3. Προτίθεται να μειώσω την αντίδραση των εργαζομένων σχετικά με την εφαρμογή των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

4. Προτίθεται να αφιερώσω χρόνο για την εφαρμογή των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

5. Προτίθεται να προσπαθήσω προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία η εφαρμογή των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

## Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Οι παρακάτω ερωτήσεις στοχεύουν στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα κοινωνικά οφέλη, κατά πόσο η εφαρμογή των KEN-DRGs επηρεάζει **την ποιότητα** (υψηλότερη / χαμηλότερη), **την αποδοτικότητα** (μείωση / αύξηση του κόστους) της **νοσοκομειακής φροντίδας** καθώς και **την επιλογή νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον ασθενή**.

### Γ1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

2. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

3. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

4. Γενικά πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στη βελτίωση της Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5



## Γ2. ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

2. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στη επίτευξη του στόχου της αύξησης της Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

3. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

4. Γενικά πιστεύω, ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στην αύξηση της Αποδοτικότητας (μείωση του κόστους) στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

### Γ3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε μακροπρόθεσμη βάση, θα οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

2. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα οδηγήσει στη επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

3. Πιστεύω ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, έχει ήδη οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου της αύξησης της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

4. Γενικά πιστεύω, ότι η εφαρμογή των KEN-DRGs, οδηγεί στην αύξηση της δυνατότητας Επιλογής από τον ασθενή Νοσοκομειακού Ιδρύματος - υπηρεσιών.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

#### **Δ. ΟΦΕΛΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Τα παρακάτω ερωτήματα στοχεύουν στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα αναμενόμενα **οφέλη των ασθενών** από την εφαρμογή των ΚΕΝ όπως υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών, σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και της ευημερίας τους.

1. Η εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs μπορεί γενικά να υπονομεύσει την προστασία του απορρήτου και της ιδιωτικής ζωής των ασθενών.

<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
1	2	3	4	5

2. Με την εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs, μπορώ πιο εύκολα να επιλύσω τα κλινικά προβλήματα των ασθενών μου.

<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
1	2	3	4	5

3. Η εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs, συμβάλλει στην ευημερία / ικανοποίηση των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
1	2	3	4	5

4. Χάριν στην εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs, μπορώ να βοηθήσω τους ασθενείς μου αποτελεσματικότερα από πριν.

<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
1	2	3	4	5

5. Πιστεύω, πως η εφαρμογή των ΚΕΝ-DRGs τελικά, θα έχει θετικές επιπτώσεις στους ασθενείς μου.

<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
1	2	3	4	5

## Ε. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Στόχος της Ε ενότητας αποτελεί η διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι **προσωπικών ωφελειών** για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας – ιατρούς από την εφαρμογή των KEN-DRGs όπως υψηλότερο / χαμηλότερο εισόδημα, αποτελεσματικότερη απόδοση των κλινικών καθκόντων, παραμονή ή όχι στη συγκεκριμένη εργασία, απλούστευση ή όχι της γραφειοκρατίας.

1. Από την εφαρμογή των KEN-DRGs θα αποκομίσω κάποια οικονομικά οφέλη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

2. Μακροπρόθεσμα, η εφαρμογή των KEN-DRGs, θα είναι επωφελής για μένα.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

3. Αποκόμισα κάποια οφέλη ως αποτέλεσμα της μέχρι τώρα εφαρμογής των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

4. Η προσωπική μου εξέλιξη, αυτοβελτίωση στο επαγγελματικό μου περιβάλλον περιορίζεται εξαιτίας της εφαρμογής των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

5. Ανησυχώ γιατί μέρος της διοικητικής υπεροχής μου (βαθμίδας / εξέλιξης) επιβαρύνεται σημαντικά από την εισαγωγή των KEN-DRGs.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

6. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των KEN-DRGs, έχω επιφορτιστεί με περισσότερη διοικητική εργασία (δουλειά διαχείρισης).

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

7. Η εφαρμογή των KEN-DRGs επηρεάζει αρνητικά το καθήκον μου σχετικά με το επαγγελματικό απόρρητο.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

**Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας**

## 2. Έγκριση εκπόνησης εργασίας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
3<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ  
ΜΟΝΑΔΑ ΝΑΟΥΣΑΣ

59200  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ : ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : Μ. Κοβίτου  
ΤΑΧ. Δ- ΝΣΗ : Αφών Λαναρά &

Φωκ. Τεχλιβάνου 3  
ΤΗΛ : 2332 3 50204  
FAX : 2332 3 50286  
E MAIL : [grammateia@gnnaousas.gr](mailto:grammateia@gnnaousas.gr)

Νάουσα 24-4-2013  
Αρ. Πρωτ. 1128

Προς

κ. Ξωστηροπούλου Ελισάβετ  
ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας  
Γ.Ν.Ημαθίας -Μονάδα Νάουσας

**ΘΕΜΑ :** Έγκριση εκπόνησης εργασίας

- ΣΧΕΤ : 1) Το υπ'αρ. πρωτ. 1128/13-2-2013 αίτημά σας  
2) Η υπ' αρ. 2/27-2-2013 (θέμα 2<sup>ο</sup>) γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου  
3) Το με αρ. πρωτ. 4286/17-4-2013 έγγραφο της Διοίκησης 3<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας

Σας γνωρίζουμε ότι, με το υπ'αρ. πρωτ. 4286/17-4-2013 σχετικό έγγραφο της Διοίκησης της 3<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, χορηγήθηκε η έγκριση για το αίτημά σας, αναφορικά με διανομή ερωτηματολογίου στους ιατρούς του Νοσοκομείου, με θέμα: «Εφαρμογή DRGs-KEN στην Ελλάδα. Ανάλυση και κριτική προσέγγιση, προβλήματα και οικονομική αποτίμηση», στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών σας «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ύστερα από την παραπάνω έγκριση, σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε να ξεκινήσετε τη διάθεση των ερωτηματολογίων σας.

Σας διαβιβάζουμε τέλος, την επιθυμία της Διοίκησης της 3<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, η οποία διατυπώθηκε δια του παραπάνω 3) σχετικού, για γνωστοποίηση - κατάθεση των αποτελεσμάτων της έρευνάς σας στην Υπηρεσία της, προς γνώση και αξιολόγηση των προβλημάτων που θα εντοπιστούν ώστε να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα, με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας των υπηρεσιών των Μονάδων Υγείας.

