



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

**Αξιολόγηση του Συστήματος DRGs (Diagnosis-Related Groups) στο Γ.Ν.Μ
"ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" και σύγκριση του με το Ελληνικό Σύστημα ΚΕΝ**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**

Μυτιλήνη, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**«Αξιολόγηση του Συστήματος DRGs (Diagnosis-Related Groups) στο
Γ.Ν.Μ "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" και σύγκριση του με το Ελληνικό Σύστημα ΚΕΝ»**

Ζαφειρίου Μαριάνθη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Καλογεροπούλου Μαρία
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής
Σεπετής Αναστάσιος
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Μυτιλήνη, Μάιος 2026

Ευχαριστίες

Η επιστροφή στα θρανία μετά από πολλές δεκαετίες υπήρξε μια απαιτητική, αλλά συνάμα υπέροχη πρόκληση. Ευχαριστώ όσους με παρότρυναν να κάνω αυτό το ταξίδι και κυρίως την οικογένειά μου, που με στήριξε με υπομονή και αγάπη σε όλη αυτή τη διαδρομή.

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Καλογεροπούλου Μαρία για την καθοδήγηση αλλά και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική κοστολόγηση και αποζημίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για τη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, τα συστήματα Diagnosis-Related Groups (DRGs) έχουν καθιερωθεί διεθνώς ως βασικός μηχανισμός αποζημίωσης βάσει δραστηριότητας, αντικαθιστώντας ή συμπληρώνοντας παλαιότερα συστήματα, όπως τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), τα οποία χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ικανότητα αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας και της κατανάλωσης πόρων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής του συστήματος DRGs στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο» και η συγκριτική αποτίμησή του σε σχέση με το σύστημα KEN, δίνοντας έμφαση στη διερεύνηση διαφορών ως προς την αποζημίωση, την κλινική πολυπλοκότητα και τη διοικητική αξιοποίηση των δεδομένων.

Μεθοδολογία: Η μελέτη βασίστηκε σε αναδρομική ανάλυση πραγματικών διοικητικών και οικονομικών δεδομένων νοσηλείων δύο διακριτών χρονικών περιόδων. Χρησιμοποιήθηκαν δείκτες όπως ο αριθμός ημερών νοσηλείας, ο αριθμός νοσηλευθέντων η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ALOS), ο δείκτης Case Mix Index (CMI), η διεθνής κωδικοποίηση ICD-10 και συγκριτικές αναλύσεις αποζημίωσης μεταξύ KEN και DRGs, τόσο σε συνολικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κλινικής και διάγνωσης εξόδου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το σύστημα KEN εμφανίζει έντονη συγκέντρωση της δραστηριότητας σε περιορισμένο αριθμό γενικών κατηγοριών, υψηλά ποσοστά νοσηλείων εκτός Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και περιορισμένη διαφοροποίηση αποζημίωσης. Αντίθετα, το σύστημα DRGs επιτρέπει λεπτομερέστερη διαστρωμάτωση των περιστατικών και πληρέστερη αποτύπωση της κλινικής βαρύτητας, όπως αυτή εκφράζεται μέσω του δείκτη CMI. Παράλληλα, καταγράφεται αύξηση των ογκολογικών περιστατικών, γεγονός με σημαντικές προεκτάσεις για τον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και την κατανομή των πόρων.

Συμπεράσματα: Η μετάβαση από το σύστημα KEN στο σύστημα DRGs συνιστά ουσιαστική βελτίωση ως προς τη διαφάνεια, την αποτύπωση της πολυπλοκότητας και τη διοικητική αξιοποίηση των δεδομένων. Ωστόσο, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα DRGs αποδίδουν αποτελεσματικότερα όταν εντάσσονται σε μικτά μοντέλα χρηματοδότησης, σε συνδυασμό με κλειστούς προϋπολογισμούς. Η αύξηση των

ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ [Διπλωματική]

ογκολογικών περιστατικών λειτουργεί ως σήμα πολιτικής υγείας για την ανάγκη ενίσχυσης της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης, συμβάλλοντας στη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Diagnosis-Related Groups (DRGs), Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας, Case Mix Index, νοσοκομειακή χρηματοδότηση, πολιτική υγείας

ABSTRACT

Introduction: Efficient costing and reimbursement of hospital services constitute a critical prerequisite for the sustainability and performance of health systems. In this context, Diagnosis-Related Groups (DRGs) have been internationally established as a core activity-based reimbursement mechanism, gradually replacing or complementing older systems such as the Greek Closed Consolidated Hospital Fees (KEN), which present limited capacity to capture clinical severity and resource consumption.

Objective: The aim of this study is to evaluate the implementation of the DRG system at the General Hospital of Mytilene “Vostaneio” and to comparatively assess its performance against the KEN system, with a focus on reimbursement patterns, clinical complexity, and the administrative use of hospital data.

Methodology: The study is based on a retrospective analysis of real administrative and financial hospitalization data from two distinct time periods. Indicators such as total inpatient days, number of hospitalized patients, Average Length of Stay (ALOS), Case Mix Index (CMI), and ICD-10 diagnostic coding were utilized. Comparative reimbursement analyses between KEN and DRGs were conducted at the overall hospital level, as well as at clinical department and discharge diagnosis levels.

Results: The findings indicate that the KEN system is characterized by a high concentration of hospital activity within a limited number of broad categories, elevated rates of hospitalizations exceeding the Average Length of Stay, and restricted differentiation in reimbursement. In contrast, the DRG system enables more refined case stratification and a more accurate representation of clinical severity, as reflected by the Case Mix Index. Additionally, an increase in oncological cases was observed, a trend with significant implications for health service planning and resource allocation.

Conclusions: The transition from the KEN system to the DRG system represents a substantial improvement in terms of transparency, clinical complexity measurement, and administrative data utilization. Nevertheless, the results suggest that DRGs perform more effectively when embedded within mixed financing models that combine activity-based reimbursement with global budgets. The observed increase in oncological cases serves as a policy signal highlighting the need to strengthen prevention and early detection strategies, thereby contributing to the long-term sustainability of the health system.

Keywords: Diagnosis-Related Groups (DRGs), Closed Consolidated Hospital Fees (KEN), health care costing, Case Mix Index, hospital financing, health policy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	6
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
1. Κοστολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	12
1.1. Εισαγωγή στην κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας	12
1.2. Το Ελληνικό Σύστημα KEN (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια)	17
1.3. Το σύστημα των DRGs (Diagnosis-Related Groups)	25
2. Εφαρμογή DRG	31
2.1. Διεθνείς εφαρμογές και προσαρμογές των DRG	31
2.2. Εφαρμογή στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	36
2.3 Συγκριτική Ανάλυση DRG και KEN.....	43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	45
3. Μεθοδολογία έρευνας	45
3.1. Τύπος έρευνας	45
3.2. Πηγές δεδομένων.....	45
3.3. Περίοδος αναφοράς	46
3.4. Μεταβλητές και δείκτες ανάλυσης.....	46
3.5. Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας.....	46
3.6. Ερευνητικά ερωτήματα	47
3.7. Στατιστική ανάλυση	47
3.8. Ηθικά ζητήματα και προστασία δεδομένων	49
3.9. Περιορισμοί της μελέτης	49
3.10. Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	50
4. Αποτελέσματα.....	51
4.1. Περιγραφή του Γ.Ν.Μ. “Βοστανείο”	51
4.2. Ανάλυση ΜΔΝ, ημέρες νοσηλείας και νοσηλευθέντες	51
4.3. Ανάλυση διαγνώσεων ICD-10	56
4.4. Προφίλ νοσοκομείου με KEN	59
4.5. Προφίλ Νοσοκομείου με DRGS.....	66
4.6. Σύγκριση ίδιας ICD-10 εξόδου με KEN και DRGS.....	75
5.1. Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου και ερευνητικών ευρημάτων	82
5.2. Αξιολόγηση του συστήματος KEN υπό το πρίσμα των ευρημάτων	82
5.3. Αξιολόγηση του συστήματος DRGs υπό το πρίσμα των ευρημάτων	83
5.4. Σύγκριση KEN και DRGs για την ίδια διάγνωση εξόδου	84

5.5. Διοικητικές και πολιτικές προεκτάσεις	84
5.6. Περιορισμοί και ερμηνευτικό πλαίσιο	85
6. Συμπεράσματα και προτάσεις.....	86
6.1. Συμπεράσματα της μελέτης	86
6.2. Προτάσεις διοικητικής και πολιτικής αξιοποίησης.....	88
6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	89
6.4. Συνοπτικός Επίλογος.....	89
Βιβλιογραφία	90
Ελληνική Νομοθεσία	90
Ελληνική βιβλιογραφία.....	92
Αγγλική βιβλιογραφία	94
Ιστοσελίδες	98

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1:Συνολικές δαπάνες για την υγεία (%ΑΕΠ) για τα έτη 2019-2023.....	16
Πίνακας 2: Ενδεικτικοί κωδικοί KEN της ομάδας ΤΚΑ 06.....	19
Πίνακας 3: Οι κύριες κατηγορίες διαγνώσεων	27
Πίνακας 4: Μέθοδοι αποζημίωσης νοσοκομείων ανα χώρα	35
Πίνακας 5: Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης δεικτών	52
Πίνακας 6: Βασικοί δείκτες νοσηλευτικής δραστηριότητας ανά τομέα.....	52
Πίνακας 7: Σύγκριση ΒΔΝΔ μεταξύ 2023 (KEN) και 2025 (DRGs).....	53
Πίνακας 8: Επικρατέστερες διαγνώσεις ICD-10 εξόδου (2023-2025).....	57
Πίνακας 9: Δείκτης Σταθερότητας ICD-10 Διαγνώσεων Εισόδου (2023-2025).....	58
Πίνακας 10: Επικρατέστερα KEN την περίοδο 2023	60
Πίνακας 11: Συγκεντρωτικά ευρήματα ανάλυσης εξιτηρίων με βάση το KEN	61
Πίνακας 12: KEN με μεγαλύτερη συγκέντρωση περιστατικών	62
Πίνακας 13: KEN με την μεγαλύτερη αποζημίωση	63
Πίνακας 14: Επικρατέστερα KEN ανά κλινική	65
Πίνακας 15: Ορισμός μεταβλητών Πίνακα 16	67
Πίνακας 16: Επικρατέστερα DRG εξιτηρίων	68
Πίνακας 17: Case Mix Index του Νοσοκομείου.....	70
Πίνακας 18: Case Mix Index ανά κλινική	70
Πίνακας 19: Χρηματοδοτική κάλυψη νοσηλείων.....	71
Πίνακας 20: Δείκτης κάλυψης αποζημίωσης ανά DRG	73
Πίνακας 21: DRGs με τον χαμηλότερο δείκτη κάλυψης αποζημίωσης	74
Πίνακας 22: DRGs με τον υψηλότερο δείκτη κάλυψης	75
Πίνακας 23: Αντιστοίχιση ίδιας ICD-10 σε KEN και DRG.....	77
Πίνακας 24: Σύγκριση αποζημίωσης KEN και DRG ίδιας διάγνωσης εξόδου	79

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) σε χώρες του ΟΟΣΑ.....	15
Εικόνα 2: Μηχανισμός ΚΕΝ	19
Εικόνα 3: Αντιστοίχιση ICD-10 σκωληκοειδίτιδας με ΚΕΝ.....	20
Εικόνα 4: ICD-10 βουβωνοκήλης.....	21
Εικόνα 5: Αντιστοίχιση ICD-10 με ΚΕΝ για βουβωνοκήλη (απλή)	21
Εικόνα 6: Αντιστοίχιση ICD-10 με ΚΕΝ για βουβωνοκήλη (με γάγγραινα).....	22
Εικόνα 7: Απεικόνιση βασικών στοιχείων διαμόρφωσης των DRGs	26
Εικόνα 8: Διαδικασία κατηγοριοποίησης του ασθενή σε DRG.....	29

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική (2023–2025)	54
Γράφημα 2: Νοσηλευθέντες ανά Κλινική (2023-2025)	55
Γράφημα 3: Μέση διάρκεια Νοσηλείας ανά κλινική (2023-2025)	55
Γράφημα 4: Δείκτης σταθερότητας κλινικών (2025-2023).....	59
Γράφημα 5: Κατανομή των 10 κυρίαρχων ΚΕΝ από πλευράς αποζημίωσης	64
Γράφημα 6: Επικρατέστερα με συχνότητα εμφάνισης DRGS	69

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

CHE	Current Health Expenditure (Τρέχουσες Δαπάνες Υγείας)
CMI	Case Mix Index
DRGs	Diagnosis Related Groups
ICD-10	International Classification of Diseases
ICD-10-GR	International Classification of Disease greek adaptation
MDC	Major Diagnostic Category
ΒΑΝΔ	Βασικοί Δείκτες Νοσοκομειακής Φροντίδας
ΕΚΟΚ	Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες Κωδικοποίησης
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΙΠ	Ελληνική Ταξινόμηση Ιατρικών Πράξεων
KEN	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΕΤΕΚΝΥ	Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων στα νοσοκομεία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Στο σημερινό πλαίσιο αυξανόμενων δημοσιονομικών περιορισμών, αυξημένων προσδοκιών των πολιτών και πίεσης για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύεται επιτακτική η ανάγκη για την εφαρμογή σύγχρονων, τεκμηριωμένων και αποδοτικών μηχανισμών κοστολόγησης και αποζημίωσης (Busse et al., 2019). Οι μηχανισμοί αυτοί συμβάλλουν στη διαφάνεια, στη δίκαιη κατανομή των οικονομικών πόρων και στη λογοδοσία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, τα συστήματα Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups – DRGs) έχουν καθιερωθεί διεθνώς ως βασικό εργαλείο αποζημίωσης βάσει δραστηριότητας και χρήσης πόρων. Το σύστημα DRGs ταξινομεί τους ασθενείς σε ομάδες νοσηλείων με παρόμοια κλινικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η κύρια διάγνωση, οι συνοδές παθήσεις, η βαρύτητα της νόσου και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (KETEKNY, 2023). Κάθε ομάδα αντιπροσωπεύει μια κατηγορία περιστατικών με ομοιογενή χρήση πόρων, επιτρέποντας την εκτίμηση του κόστους και την ορθολογική αποζημίωση των νοσοκομείων (Street et al., 2011).

Τα DRGs δεν αποτελούν απλώς ένα εργαλείο αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, αλλά ένα πολυδιάστατο μηχανισμό διοίκησης και αξιολόγησης των νοσοκομείων. Πέρα από τον προσδιορισμό του ύψους της χρηματοδότησης για κάθε περιστατικό αξιοποιούνται και για τον στρατηγικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, την παρακολούθηση της αποδοτικότητας των τμημάτων, καθώς και για τον έλεγχο και τη διαφάνεια στη διαχείριση των πόρων. Μέσω της συστηματικής ταξινόμησης των ασθενών σε ομοιογενείς ομάδες βάσει διαγνωστικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών, επιτρέπεται η ακριβέστερη εκτίμηση του κόστους και η σύγκριση της απόδοσης μεταξύ νοσοκομείων. Ο βασικός στόχος του συστήματος είναι η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας στη διαχείριση των δαπανών και η διασφάλιση ενός δίκαιου και βιώσιμου μοντέλου χρηματοδότησης, το οποίο συνδέει άμεσα τη νοσηλευτική δραστηριότητα με την πραγματική κατανάλωση πόρων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία τα DRGs συμβάλλουν τόσο στη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας όσο και στην αναβάθμιση της ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά παράλληλα ενισχύουν και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κυρίως μέσω της προσαρμογής και της ενσωμάτωσής τους σε μικτά συστήματα πληρωμής. (Waitzberg et al., 2021).

Στην Ελλάδα, η εφαρμογή του εν λόγω συστήματος θεσμοθετήθηκε τον Δεκέμβριο του 2023 (ΦΕΚ Β' 7261/21.12.2023), σηματοδοτώντας τη σταδιακή αντικατάσταση του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), το οποίο αποτελούσε έως τότε τη βασική μέθοδο αποζημίωσης των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Το σύστημα KEN εισήχθη αρχικά το 2012, στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων που αποσκοπούσαν στη συγκράτηση των δαπανών υγείας και στην ενίσχυση της οικονομικής βιωσιμότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ, 2011; Economou et al., 2015). Τα KEN στηρίζονταν σε έναν προκαθορισμένο κατάλογο τιμών ανά διάγνωση και ιατρική πράξη, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τη διαφοροποίηση των περιπτώσεων ως προς τη βαρύτητα, τη διάρκεια ή την κατανάλωση πόρων. Έτσι, το σύστημα είχε περιορισμένη ικανότητα να αποτυπώσει το πραγματικό κόστος των νοσηλείων και συχνά δημιουργούσε στρεβλώσεις στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων (Economou et al, 2017).

Σε αντίθεση με τα KEN, τα DRGs επιτρέπουν την αντιστοίχιση του κόστους με το πραγματικό επίπεδο κατανάλωσης πόρων, ενσωματώνοντας παραμέτρους όπως η διάγνωση, οι συν-νοσηρότητες και η πολυπλοκότητα της θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό, προωθούν τη διαφάνεια, τον εξορθολογισμό των οικονομικών ροών και τη σύνδεση της αποζημίωσης με την αποδοτικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Waitzberg et al, 2021); (KETEKNY, 2023)

Η συγκριτική προσέγγιση των συστημάτων DRGs και KEN προσφέρει πολύτιμα δεδομένα για τη διοίκηση των νοσοκομείων και τη χάραξη πολιτικών υγείας, καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ του πραγματικού κόστους και της αποζημίωσης. Οι αποκλίσεις αυτές μπορούν να υποδεικνύουν είτε υπερκοστολόγηση είτε υποχρηματοδότηση ορισμένων κατηγοριών περιστατικών, γεγονός που επηρεάζει τη βιωσιμότητα των νοσοκομειακών μονάδων (Zanoto et al., 2021).

Το σύστημα DRGs δίνει τη δυνατότητα ποσοτικής αποτύπωσης της χρήσης πόρων ανά περιστατικό, επιτρέποντας την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών και την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση. Αντίθετα, το σύστημα

KEN δεν διαφοροποιεί επαρκώς την αποζημίωση ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης ή την πολυπλοκότητα της περίπτωσης, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της ποιότητας (Cattel, 2021).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο», το οποίο, ως νησιωτική νοσοκομειακή μονάδα, παρουσιάζει ιδιαίτερες προκλήσεις που σχετίζονται με το αυξημένο λειτουργικό κόστος, την περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους και τις μεταβαλλόμενες εισροές περιστατικών. Η διερεύνηση της εφαρμογής των DRGs στο συγκεκριμένο ίδρυμα δύναται να προσφέρει πολύτιμες ενδείξεις για τη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης και της αποδοτικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Όπως επισημαίνουν οι Jamalabadi et al. (2020), η λανθασμένη τιμολόγηση και η έλλειψη σύνδεσης κόστους και αποζημίωσης ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά στην ποιότητα της φροντίδας και στην αποδοτικότητα του συστήματος. Συνεπώς, η σωστή εφαρμογή των DRGs συνιστά όχι μόνο μέσο οικονομικού εξορθολογισμού, αλλά και εργαλείο ενίσχυσης της ποιότητας, της διαφάνειας και της λογοδοσίας.

Η υιοθέτηση των DRGs στην Ελλάδα, μέσω του Κέντρου Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (KETEKNY), αντανάκλα μια συστηματική προσπάθεια εκσυγχρονισμού της νοσοκομειακής χρηματοδότησης. Η συγκεκριμένη μελέτη αποκτά, επομένως, πρακτική και στρατηγική σημασία τόσο για τη διοίκηση του Βοστάνειου Νοσοκομείου όσο και για το σύνολο του δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση προτάσεων πολιτικής για την περαιτέρω βελτίωση του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

Η εργασία δομείται σε δύο βασικά μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος (Κεφάλαια 1,2) παρουσιάζεται η έννοια της κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας και αναλύονται διεξοδικά τα συστήματα DRGs και KEN. Εξετάζεται η δομή, οι αρχές λειτουργίας και οι διεθνείς εφαρμογές των DRGs, καθώς και οι διαφορές και ομοιότητες των δύο συστημάτων, με στόχο τη θεωρητική θεμελίωση της έρευνας.

Το ερευνητικό μέρος (Κεφάλαια 3,4) περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, ο σχεδιασμός της έρευνας, οι πηγές και οι μέθοδοι συλλογής

δεδομένων, καθώς και τα εργαλεία ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθεί η παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπου αναδεικνύονται τα βασικά ευρήματα σχετικά με τη σχέση κόστους –αποζημίωσης και την εφαρμογή των DRGs στο «Βοστάνειο» Νοσοκομείο.

Τέλος, (Κεφάλαια 5,6) παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα, εστιάζοντας σε μέτρα και πολιτικές που μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του συστήματος αποζημίωσης και στη γενικότερη αναβάθμιση της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Κοστολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

1.1. Εισαγωγή στην κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας

Η κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως η συστηματική διαδικασία προσδιορισμού, καταγραφής, ανάλυσης και κατανομής όλων των δαπανών που συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την αποτύπωση του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και την υποστήριξη της ορθολογικής λήψης αποφάσεων (Mogyorosy & Smith, 2005). Μέσω της κοστολόγησης, οι οργανισμοί υγείας μπορούν να αξιολογήσουν την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων τους, να εντοπίσουν πηγές σπατάλης και να βελτιώσουν τη διαχείριση των οικονομικών πόρων τους (Drummond et al., 2015).

Στο πλαίσιο της οικονομικής διαχείρισης των συστημάτων υγείας, η κοστολόγηση λειτουργεί ως εργαλείο στρατηγικού προγραμματισμού, καθώς παρέχει αξιόπιστα δεδομένα για τον καθορισμό τιμολογιακής πολιτικής, την αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας και τη διαμόρφωση συστημάτων αποζημίωσης που βασίζονται στο κόστος και την αποτελεσματικότητα (WHO, 2008). Η κοστολόγηση διαθέτει συνεπώς διττό ρόλο: αφενός λειτουργεί ως λογιστικό εργαλείο για τον ακριβή προσδιορισμό και την παρακολούθηση των δαπανών και, αφετέρου, ως εργαλείο πολιτικής υγείας, καθώς τα παραγόμενα δεδομένα χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση πολιτικών χρηματοδότησης, τιμολόγησης και αποζημίωσης, ενισχύοντας τη διαφάνεια και τη βιωσιμότητα του συστήματος συνολικά (Busse et al., 2019; WHO, 2008).

Επιπλέον, η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί θεμελιώδες εργαλείο για τη βιώσιμη και αποδοτική λειτουργία των συστημάτων υγείας. Στο περιβάλλον των νοσοκομείων, η ορθολογική οικονομική διαχείριση συνδέεται άμεσα με την ικανότητα ελέγχου των δαπανών, τη διαφάνεια στη χρήση των πόρων και τη βελτιστοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας, ιδίως σε χώρους όπου η νοσηλεία συνεπάγεται μεγάλη κατανάλωση πόρων ανά ασθενή. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν φάρμακα, ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, τεχνολογικό εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό (Drummond et al., 2015).

Οι βασικές αρχές της κοστολόγησης στις υπηρεσίες υγείας επικεντρώνονται στη συστηματική καταγραφή και ανάλυση των δαπανών με στόχο την ορθολογική

αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών φροντίδας. Ένα καθοριστικό βήμα στη διαδικασία αυτή είναι η διάκριση ανάμεσα σε άμεσες και έμμεσες δαπάνες. Οι άμεσες δαπάνες συνδέονται άμεσα με συγκεκριμένες υπηρεσίες ή ασθενείς, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η τροφή, τα αναλώσιμα υλικά και οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Ellis & McGuire, 1996). Οι έμμεσες δαπάνες αφορούν δραστηριότητες που υποστηρίζουν τη συνολική λειτουργία του οργανισμού, όπως η συντήρηση εγκαταστάσεων, τα κοινόχρηστα κόστη, οι λογαριασμοί κοινής ωφελείας και οι διοικητικές υπηρεσίες (Panagiotopoulos et al., 2019).

Πέραν αυτής της διάκρισης, η μέτρηση του κόστους ανά ασθενή ή περιστατικό αποτελεί θεμελιώδη παράμετρο για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας των υπηρεσιών. Η ανάλυση αυτή επιτρέπει τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ τμημάτων, ειδικοτήτων ή κατηγοριών ασθενών, συμβάλλοντας στη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων και στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων.

Η διαδικασία κοστολόγησης οφείλει επίσης να ενσωματώνει την ανάλυση παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική κατανάλωση πόρων, όπως η πολυπλοκότητα και η βαρύτητα των περιστατικών, η διάρκεια νοσηλείας, το επίπεδο τεχνολογικού εξοπλισμού και η οργανωτική αποτελεσματικότητα (Mogyorosy & Smith, 2005). Η κατανόηση αυτών των παραμέτρων επιτρέπει την ανάπτυξη πιο δίκαιων συστημάτων κοστολόγησης, τα οποία ενισχύουν τη διαφάνεια και την αποδοτικότητα. Στο πλαίσιο αυτό, σύγχρονες προσεγγίσεις όπως η κοστολόγηση βάσει δραστηριοτήτων (Activity-Based Costing – ABC) προσπαθούν να αποδώσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα έμμεσα κόστη στις δραστηριότητες που συγκροτούν την παροχή φροντίδας, αποτυπώνοντας πιο ρεαλιστικά το κόστος ανά μονάδα υπηρεσίας και ενισχύοντας τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (Jalamabadi, 2018)

Η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία διαμορφώνονται οι μηχανισμοί αποζημίωσης των νοσηλείων από τα ασφαλιστικά ταμεία και οι πολιτικές χρηματοδότησης που στοχεύουν στη διαφάνεια και την αποδοτικότητα. Τα συστήματα αποζημίωσης αποτελούν κρίσιμο μηχανισμό διαχείρισης και κατανομής των οικονομικών πόρων, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των παρόχων υγείας και την αποδοτικότητα του συστήματος (Xenos et al., 2014). Αποτελούν θεσμοθετημένους μηχανισμούς που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι

πάροχοι υγειονομικής φροντίδας —όπως τα νοσοκομεία, οι ιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας— αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Η δομή και η λειτουργία αυτών των συστημάτων διαφέρουν μεταξύ των χωρών, ανάλογα με το μοντέλο χρηματοδότησης και το θεσμικό πλαίσιο (Busse et al., 2011; WHO, 2022). Πρόκειται για κομβικό εργαλείο πολιτικής υγείας, καθώς επηρεάζουν τη διαχείριση των πόρων και τη συνολική αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας (Ellis & McGuire, 1996). Στόχος των συστημάτων αποζημίωσης είναι η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, ανεξάρτητα από την οικονομική δυνατότητα των πολιτών. Η αρχή αυτή στηρίζεται στη λογική της κοινωνικής δικαιοσύνης και στην ανάγκη προστασίας της δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας ότι η πρόσβαση βασίζεται σε ανάγκες υγείας και όχι στην αγοραστική δύναμη (Cattell & Eijkenaar, 2019). Παράλληλα, τα συστήματα αποζημίωσης αποσκοπούν στον έλεγχο του κόστους και στη διασφάλιση της μακροχρόνιας βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων, μέσω της εξισορρόπησης δαπανών και διαθέσιμων πόρων. Σύγχρονοι μηχανισμοί παρακολούθησης της αποδοτικότητας και αξιολόγησης της ποιότητας στοχεύουν στην αποφυγή υπερκατανάλωσης πόρων, στην ορθολογική χρήση κονδυλίων και στη σύνδεση της αμοιβής των παρόχων με αποτελέσματα και ποιότητα, διαμορφώνοντας ένα οικονομικά ανθεκτικό και δίκαιο σύστημα υγείας (Cattell & Eijkenaar, 2019; Zanoto et al., 2021; Busse et al., 2019).

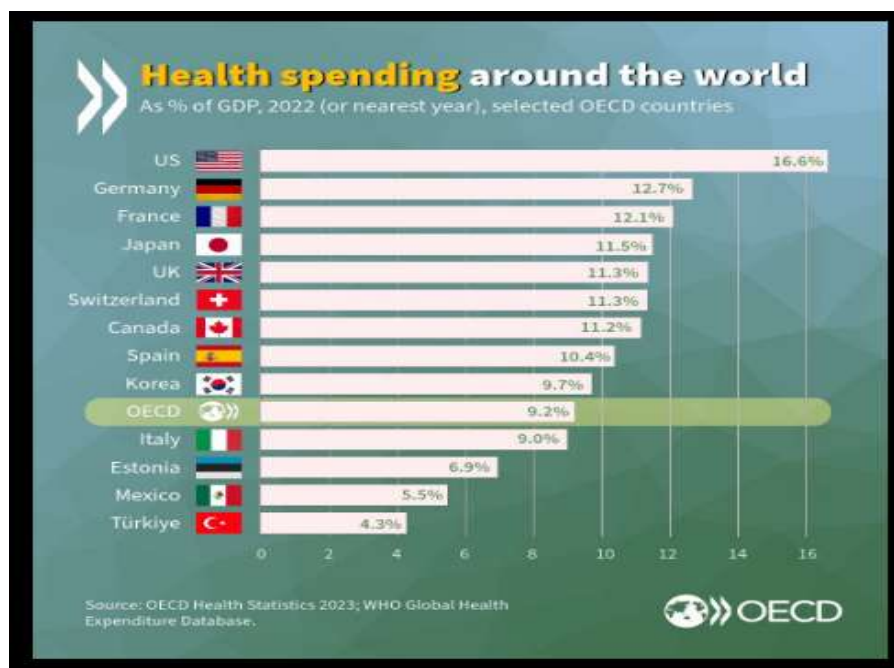
Τα αποτελέσματα της κοστολόγησης χρησιμοποιούνται για χρηματοδότηση, αποζημίωση, στρατηγικό προγραμματισμό, αξιολόγηση αποδοτικότητας και έλεγχο των οικονομικών επιδόσεων των νοσοκομείων καθώς καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι πάροχοι αμείβονται για τη φροντίδα που παρέχουν. Οι κυριότερες μορφές περιλαμβάνουν την αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service), την αποζημίωση κατά κεφαλή (capitation), το ημερήσιο νοσήλιο (per diem), τις ομάδες ομοιογενών διαγνώσεων (Diagnosis-Related Groups – DRGs) και τους συνολικούς προϋπολογισμούς (global budgets). Κάθε σύστημα ενσωματώνει διαφορετικά κίνητρα, επηρεάζοντας την αποδοτικότητα, τον έλεγχο του κόστους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Economou et al, 2017). Ιδιαίτερα η εφαρμογή των DRGs στην Ευρώπη έχει ενισχύσει τη διαφάνεια, τη συγκρισιμότητα μεταξύ νοσοκομείων και την ορθολογική διαχείριση των πόρων, καθιστώντας το σύστημα

αυτό τον κυρίαρχο μηχανισμό αποζημίωσης στα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας (Busse et al., 2011; OECD, 2019; Busse et al., 2019).

Τα τελευταία χρόνια, οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν σταθερή ανοδική πορεία, αποτέλεσμα δημογραφικών, τεχνολογικών και επιδημιολογικών παραγόντων. Η γήρανση του πληθυσμού, η αυξανόμενη ζήτηση για εξειδικευμένες υπηρεσίες και η συνεχιζόμενη τεχνολογική πρόοδος οδηγούν σε σημαντική αύξηση του κόστους. Οι δαπάνες υγείας, ως μέρος των κοινωνικών δαπανών λειτουργούν ως μακροπρόθεσμος παράγοντας πίεσης στους κρατικούς προϋπολογισμούς σε πολλές προηγμένες και αναδυόμενες οικονομίες, καθιστώντας αναγκαίες συντονισμένες δημοσιονομικές και διαρθρωτικές πολιτικές για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, (OECD,2024).

Όπως φαίνεται και από την παρακάτω Εικόνα 1 κατά μέσο όρο, οι χώρες του ΟΟΣΑ δαπανούν 9,2 % του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας, ενώ σύμφωνα με υπολογισμούς οι προβλεπόμενες αυξήσεις αναμένεται να προσθέσουν έως και 9 ποσοστιαίες μονάδες στο δημόσιο χρέος τους ως ποσοστό του ΑΕΠ έως το 2040.

Εικόνα 1: Δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) σε χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή:OECD, 2023

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοιες μακροπρόθεσμες δημοσιονομικές προκλήσεις με τις χώρες του G7, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού της και της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας (OECD, 2023). Η αύξηση της δαπάνης υγείας από περίπου 8,15 % του ΑΕΠ το 2019 σε ~9,60 % το 2023 δείχνει σαφώς αυτή την ανοδική τάση όπως φαίνεται και στον παρακάτω Πίνακα 1.

Πίνακας 1:Συνολικές δαπάνες για την υγεία (%ΑΕΠ) για τα έτη 2019-2023

Year	Total funding on Health Expenditure (as a percentage of GDP)
2019*	8.15%
2020*	9.38%
2021*	9.16%
2022*	9.12%
2023	9.60%

*Revised data

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2025

Η αυξητική τάση των δαπανών υγείας που καταγράφεται διεθνώς υπογραμμίζει την αναγκαιότητα εφαρμογής αποτελεσματικών στρατηγικών ελέγχου κόστους, ορθολογικής διαχείρισης των πόρων και βελτιστοποίησης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας (OECD, 2023). Η εμπειρία από πρόσφατες κρίσεις, όπως η πανδημία COVID-19, ανέδειξε περαιτέρω τη σημασία ύπαρξης ευέλικτων και αξιόπιστων μηχανισμών χρηματοδότησης και τιμολόγησης. Η απουσία τέτοιων μηχανισμών οδήγησε σε δυσχέρειες κατανομής πόρων και αύξηση της πίεσης στα δημόσια συστήματα, αποκαλύπτοντας τις διαρθρωτικές αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα (Rodosthenous and Roumeliotis, 2021).

Δεδομένης της σταθερής αύξησης των δαπανών υγείας και της περιορισμένης ανθεκτικότητας του δημόσιου προϋπολογισμού, η εφαρμογή αξιόπιστων μεθόδων κοστολόγησης και διαφανούς τιμολόγησης συνιστά κρίσιμη προϋπόθεση για τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους, την ενίσχυση της λογοδοσίας και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας (OECD, 2023). Παράλληλα, η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας καθιστά απαραίτητες τις στοχευμένες επενδύσεις σε υποδομές, τις συνεκτικές προληπτικές πολιτικές και τις δομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες είναι αναγκαίες για τη διατήρηση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας και της εύρυθμης λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η σωστή κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμη, ώστε οι τιμές αποζημίωσης να αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος, να βελτιώνουν τη διαχείριση των πόρων και να ενισχύουν τη βιωσιμότητα του δημόσιου συστήματος (Panagiotopoulos et al., 2019; Rodosthenous & Roumeliotis, 2021). Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η μεγαλύτερη αναλογία των τρεχουσών δαπανών υγείας (CHE) διοχετεύεται στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία απορροφά το 40,5% του συνόλου —ένα ποσοστό που επιβεβαιώνει τον έντονα νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας, όπου τα νοσοκομεία αποτελούν τον βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών και το κυριότερο κέντρο κόστους (Economou et al., 2017). Η μεγάλη αυτή συγκέντρωση δαπανών καθιστά απολύτως αναγκαία την εφαρμογή συστηματικών, τεκμηριωμένων και επικαιροποιημένων μεθόδων κοστολόγησης, προκειμένου να διασφαλίζεται η οικονομική σταθερότητα των νοσοκομείων, η αποδοτικότητα των υπηρεσιών και η βιώσιμη χρηματοδότηση του συστήματος. Η ακριβής αποτύπωση του κόστους ανά περιστατικό, ανά κλινική και ανά θεραπευτική πράξη ενισχύει τη διαφάνεια, τον ορθολογισμό στη διοίκηση και την αποτελεσματική κατανομή πόρων.

Οι προσπάθειες για ομοιόμορφους και διαφανείς μηχανισμούς αποζημίωσης οδήγησαν αρχικά στην εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) το 2012 και στη συνέχεια στη θεσμοθέτηση του συστήματος Diagnosis-Related Groups (DRGs) το 2023 (YYKA, 2012; ΦΕΚ Β' 7261/21.12.2023). Οι μηχανισμοί αυτοί αποτελούν κρίσιμη εξέλιξη προς ένα σύστημα αποζημίωσης βασισμένο σε αντικειμενικά κοστολογικά κριτήρια, ενισχύοντας τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και τη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η θεσμοθέτηση των KEN και η μετέπειτα εισαγωγή των DRGs σηματοδοτούν τη μετάβαση σε ένα μοντέλο χρηματοδότησης που συνδέει άμεσα την αποζημίωση των νοσοκομείων με το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών ή, διαφορετικά, στη βάση «pay according to performance, including quality» (Xenos et al, 2014), γεγονός που θα αναλυθεί εκτενέστερα στις επόμενες ενότητες.

1.2. Το Ελληνικό Σύστημα KEN (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια)

Το ελληνικό σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων έχει υποστεί σειρά θεσμικών μεταρρυθμίσεων, με την πλέον σημαντική να αποτελεί η υιοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), τα οποία αντικατέστησαν την

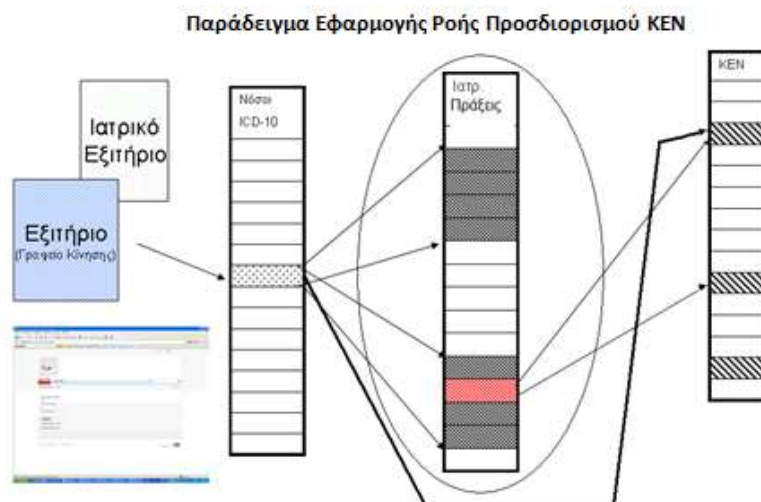
προηγούμενη μέθοδο αποζημίωσης βάσει ημερήσιου νοσηλίου και αποτέλεσαν τον πρώτο μηχανισμό που συνέδεσε την αποζημίωση των νοσοκομείων με τη φύση και τη βαρύτητα του περιστατικού, αντί της απλής καταμέτρησης των ημερών νοσηλείας που ίσχυε έως τότε. Η εισαγωγή των ΚΕΝ συνδέθηκε άμεσα με τις μνημονιακές υποχρεώσεις της χώρας, με κύριο στόχο την αναβάθμιση της δημοσιονομικής διαχείρισης του συστήματος υγείας, καθώς και τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των ελληνικών νοσοκομείων (Polyzos et al., 2013).

Εισήχθη ως βασικός μηχανισμός αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και θεσπίστηκε επίσημα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.18051/2012 (ΦΕΚ 946/Β'/2012). Το ΦΕΚ περιείχε ένα κατάλογο 746 κωδικών ΚΕΝ (Υπ. Απόφαση 117884/2011) που αντιστοιχούσαν σε 25 γενικές κατηγορίες ασθενειών (ΤΚΑ). Το πρώτο γράμμα κάθε κωδικού ΚΕΝ αντιστοιχούσε στην ΤΚΑ, το 2^ο ή και 3^ο ήταν ένας αριθμός και ακολουθούσαν τα γράμματα Μ (με επιπλοκές), Χ (χωρίς επιπλοκές) ή Α (άνευ άλλων ενδείξεων).

Τα ΚΕΝ αποτελούν έναν μηχανισμό αποζημίωσης των νοσηλείων βάσει προκαθορισμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών κατηγοριών, όπου κάθε περιστατικό κατατάσσεται σε μια συγκεκριμένη ομάδα με ορισμένη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) και καθορισμένο κόστος. Κάθε ΚΕΝ περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών που συνδέονται με τη νοσηλεία, όπως ιατρικές πράξεις, φαρμακευτική αγωγή, νοσηλευτικές υπηρεσίες και διοικητικά κόστη, παρέχοντας έτσι μια ενιαία τιμή αποζημίωσης (Δημογέροντας κ.α.,2017). Ο μηχανισμός λειτουργίας του συστήματος βασίζεται στη λογική ότι κάθε νοσηλεία αντιστοιχεί σε μία κατηγορία ΚΕΝ σύμφωνα με τη διάγνωση, όπως αυτή κωδικοποιείται βάσει του ICD-10, του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης νοσημάτων που έχει αναπτύξει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, ICD-10 Classification). Εάν η νοσηλεία υπερέβαινε τη μέση διάρκεια που προβλέπει το ΚΕΝ, οι επιπλέον ημέρες αποζημιώνονταν με βάση το παλαιό σύστημα ημερήσιου νοσηλίου, ενώ αντίστοιχα, αν η νοσηλεία ήταν μικρότερη, το ποσό αποζημίωσης παρέμενε σταθερό. (Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022).

Ο μηχανισμός των ΚΕΝ απεικονίζεται στην παρακάτω Εικόνα 2.

Εικόνα 2: Μηχανισμός ΚΕΝ



Πηγή: Εγκύκλιος Γ.Γ. ΥΥΚΑ 94622/2011 (ΑΔΑ: 4ΑΧ5Θ-Μ03)

Παρακάτω (Πίνακας 2) παρατίθενται ενδεικτικά 4 ΚΕΝ από την ομάδα ασθενειών ΤΚΑ06. Τα δύο πρώτα αφορούν την νόσο της σκωληκοειδίτιδας και τα άλλα δύο αφορούν τις επεμβάσεις κήλης. Στον συνολικό κατάλογο των ΚΕΝ δεν απαντώνται άλλες αναφορές σχετικές με τις εν λόγω παθήσεις. Όπως έχει αναλυθεί και παραπάνω έχουν οριστεί αντίστοιχα δύο τιμές αποζημίωσης σε κάθε περίπτωση και με αυτή καλύπτεται το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών για τη νοσηλεία, ανεξάρτητα από την πραγματική διάρκεια, το επιμέρους κόστος που προκύπτει ή τις ιατρικές πράξεις που έχουν γίνει (Παπαπέτρου, 2016).

Πίνακας 2: Ενδεικτικοί κωδικοί ΚΕΝ της ομάδας ΤΚΑ 06

Π07Μ	Σκωληκοειδεκτομή με κακοήθεια ή περιτονίτιδα ή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	1.409 €	1.550 €
Π07Χ	Σκωληκοειδεκτομή χωρίς κακοήθεια ή περιτονίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	764 €	983 €
Π10Μ	Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4	1.475 €	1.697 €
Π10Χ	Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	739 €	868 €

Πηγή: ΦΕΚ 940/Β/27-3-2012

Στη συνέχεια (Εικόνα 3 και Εικόνα 4) παρουσιάζονται δύο ενδεικτικές αντιστοιχίσεις, μία για τον κωδικό ICD-10 K35 (οξεία σκωληκοειδίτιδα) και μία για τον ICD-10 K40.2, με σκοπό να αποτυπωθεί με σαφήνεια ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί ο μηχανισμός ταξινόμησης και αποζημίωσης των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Α/Α	Κωδικός	Περιγραφή
1	Κ31	Όξια σκευασμένα

Κωδικός Ιατρικών Πράξεων:
Επιστημονική Πράξη

Ιατρικές Πράξεις

Α/Α	Κωδικός	Περιγραφή
-----	---------	-----------

Επιστημονική Πράξη

Στην περίπτωση που δεν προταθεί ΚΕΝ, θα πρέπει να επιλεγεί ΚΕΝ με την βοήθεια της ομάδας διαχείρισης ΚΕΝ του Νοσοκομείου.

Προτεινόμενα ΚΕΝ:

Α/Α	Κωδικός	Περιγραφή	ΜΑΠ	Κόστος	Συντελεστής
1	Π07Μ	Σκευασμένο με κακοήθεια ή περιτονιίδα ή με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	5	1409	21
2	Π07Κ	Σκευασμένο χωρίς κακοήθεια ή περιτονιίδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	764	21
3	Π46Α	Κατακλυσμός πόρους ή μαστιγώδους αδεनίτιδα	2	327	21

Σελίδα 20 από 105

Εικόνα 4: ICD-10 βουβωνοκήλης

βουβωνοκήλη Αναζήτηση

- K40: Βουβωνοκήλη - Νόσος ICD-10
- K40.1: Αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, με γάγγραινα - Νόσος ICD-10
- K40.3: Ετερόπλευρη ή διάφορες βουβωνοκήλες, με απόφραξη, χωρίς γάγγραινα - Νόσος ICD-10
- K40.4: Ετερόπλευρη ή διάφορες βουβωνοκήλες, με γάγγραινα - Νόσος ICD-10
- K40.2: Αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, χωρίς απόφραξη ή γάγγραινα - Νόσος ICD-10
- D89: Βουβωνοκήλη - Κωδικός ICPC-2
- K40.9: Ετεροπλευρες ή διάφορες βουβωνοκήλες, χωρίς απόφραξη ή γάγγραινα - Νόσος ICD-10
- K40.0: Αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, με απόφραξη, χωρίς γάγγραινα - Νόσος ICD-10

Πηγή: <http://kenicd.e-healthnet.gr/>

Αντίστοιχα, στην περίπτωση της βουβωνοκήλης, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλαπλοί κωδικοί ICD-10, η αντιστοίχιση τους με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) παραμένει περιορισμένη, γεγονός που αναδεικνύεται παρακάτω (Εικόνα 5 και Εικόνα 6).

Εικόνα 5: Αντιστοίχιση ICD-10 με KEN για βουβωνοκήλη (απλή)

ICD-10:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
1	K40.2	Αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, χωρίς απόφραξη ή γάγγραινα

Κωδικοί Ιατρικών Πράξεων: Εύρεση Ιατρικών Πράξεων

Ιατρικές Πράξεις:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
-----	---------	-----------

Εύρεση KEN

:την περίπτωση που δεν προταθεί KEN, θα πρέπει να επιλεγεί KEN με την βοήθεια της ομάδας διαχείρισης KEN του Νοσοκομείου

Προτεινόμενα KEN:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή	ΜΑΝ	Κόστος	Συνάφεια
1	P10X	Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	739	21

πηγή: <http://kenicd.e-healthnet.gr/>

Εικόνα 6: Αντιστοίχιση ICD-10 με KEN για βουβωνοκήλη (με γάγγραινα)

ICD-10:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
1	K40.1	Αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, με γάγγραινα

οδικοί Ιατρικών Πράξεων:

Ιατρικές Πράξεις:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή
-----	---------	-----------

η περίπτωση που δεν προταθεί KEN, θα πρέπει να επιλεγεί KEN με την βοήθεια της ομάδας διαχείρισης KEN του Νοσοκομείου.

Προτεινόμενα KEN:

A/A	Κωδικός	Περιγραφή	ΜΔΝ	Κόστος	Συνάφεια
1	Π10Μ	Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	4	1475	21
2	Π45Μ	Απόφραξη γαστρεντερικού σωλήνα με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	7	1217	21
3	Π46Α	Κοιλιακός πόνος ή μεσεντέριος αδενίτιδα	2	327	21

Πηγή: <http://kenicd.e-healthnet.gr/>

Σε όλες τις περιπτώσεις βέβαια είναι εμφανές ότι η ΜΔΝ είναι σταθερή και ανεξάρτητη από τις ιδιαιτερότητες του περιστατικού (ΥΥΚΑ,2018) ενώ οι πληροφορίες για τις ιατρικές πράξεις είναι ελλιπείς ως και μη υπαρκτές ή απαραίτητες

Σύμφωνα με την έκθεση του Ελεγκτικού Συνεδρίου (2022), ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η εφαρμογή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN) παρουσίασαν σημαντικές αδυναμίες που έπληξαν την αξιοπιστία του συστήματος. Η εισαγωγή τους έγινε χωρίς σαφείς και μετρήσιμους στόχους, η αντιστοίχιση της πάθησης με το KEN δεν γινόταν αυτόματα και η εκπαίδευση του προσωπικού και οι παρεχόμενες οδηγίες ήταν συχνά ελλιπείς ή αντιφατικές. Επιπλέον, η απουσία εξειδικευμένης υπηρεσίας στο Υπουργείο Υγείας για τον συντονισμό και την εποπτεία του συστήματος οδήγησε σε λανθασμένες τιμολογήσεις και πληρωμές, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εξακολουθούσε να εφαρμόζεται το προγενέστερο σύστημα ημερήσιου νοσηλίου.

Στην πράξη, επισημάνθηκαν και πρόσθετες δυσλειτουργίες. Οι τιμές αποζημίωσης των KEN δεν αντανακλούσαν το πραγματικό κόστος νοσηλείας γεγονός που δημιούργησε σοβαρά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία (Ελεγκτικό Συνέδριο, Ζαφειρίου Μαριάνθη Διπλωματική εργασία Σελίδα 22 από 105

2022). Παράλληλα, η μέση διάρκεια νοσηλείας δεν επικαιροποιήθηκε βάσει σύγχρονων θεραπευτικών πρακτικών, προκαλώντας λειτουργικές στρεβλώσεις (Ρήγας, 2020).

Σημαντική αδυναμία αποτέλεσε επίσης η μη προσαρμογή των ΚΕΝ στις ιδιαίτερες ανάγκες εξειδικευμένων μονάδων- όπως οι ΜΕΘ, οι ογκολογικές και οι νεογνικές- όπου το κόστος και η διάρκεια νοσηλείας αποκλίνουν ουσιαστικά από τον μέσο όρο (OECD, 2019). Η ιδιαιτερότητα και η αυξημένη πολυπλοκότητα της παρεχόμενης φροντίδας στις μονάδες αυτές, σε συνδυασμό με την αρχική περιορισμένη προσαρμογή του συστήματος ΚΕΝ στα χαρακτηριστικά της εντατικής και εξειδικευμένης νοσηλείας, καθιστούσαν προβληματική την πλήρη αποτύπωση του κόστους μέσω κλειστών νοσηλίων. Στις περιπτώσεις αυτές, η αποζημίωση της νοσηλείας σε ΜΕΘ και λοιπές ειδικές μονάδες πραγματοποιούνταν, κατά κανόνα, μέσω εναλλακτικών μηχανισμών, όπως η χρέωση ημερήσιου νοσηλίου αυξημένου κόστους ή η αποζημίωση βάσει του πραγματικού κόστους παρεχόμενων υπηρεσιών, μετά από αναλυτική καταγραφή φαρμάκων, ιατροτεχνολογικών υλικών και διαγνωστικών πράξεων (ΦΕΚ 1536/Β/8-3-2024).

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εξέφρασε ενστάσεις, θεωρώντας ότι το σύστημα μπορεί να ενθαρρύνει τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας εις βάρος της ποιότητας ή την «επιλογή» περιστατικών χαμηλότερου κόστους. Από την πλευρά του ΕΟΠΥΥ, τα ΚΕΝ κρίθηκαν ως εργαλείο δημοσιονομικής πειθαρχίας, ενώ ιδιωτικές μονάδες υγείας επεσήμαναν ότι οι ενιαίες τιμές αποζημίωσης επιβαρύνουν νοσοκομεία υψηλής τεχνολογίας ή εξειδίκευσης (Δημογέροντας, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2017)

Παρά τις αδυναμίες της αρχικής τους εφαρμογής, τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) αποτέλεσαν σημαντική μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση των ελληνικών νοσοκομείων. Για πρώτη φορά εισήχθη μηχανισμός αποζημίωσης που βασίζεται στη φύση και τη βαρύτητα του περιστατικού και όχι στη διάρκεια νοσηλείας, υπερβαίνοντας το παραδοσιακό ημερήσιο νοσήλιο που συχνά οδηγούσε σε τεχνητή αύξηση του κόστους χωρίς αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας (Busse et al., 2011). Με την καθιέρωση προκαθορισμένων τιμών ανά διαγνωστική και θεραπευτική κατηγορία, το σύστημα υγείας επιδίωξε να συνδέσει τη χρηματοδότηση με την αποδοτικότητα και να ενισχύσει τη διαφάνεια στη ροή πόρων (Cashin et al., 2014).

Κεντρικός στόχος ήταν επίσης η συγκράτηση των δαπανών υγείας. Ο καθορισμός σταθερής αποζημίωσης ανά περιστατικό ενθάρρυνε τη μείωση περιττών ημερών νοσηλείας, την ορθολογικότερη χρήση πόρων και τη βελτίωση της διαχειριστικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων (Kutzin, 2013· OECD, 2019). Η μεταβολή αυτή προώθησε και μια ευρύτερη στροφή προς την αναζήτηση σχέσεων κόστους–αποτελεσματικότητας, αντί της ποσοτικής παραγωγής υπηρεσιών υγείας (Δημογέροντας, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2017).

Επιπλέον, η υιοθέτηση των ΚΕΝ επέτρεψε για πρώτη φορά τη συγκριτική αξιολόγηση της αποδοτικότητας μεταξύ νοσοκομείων. Η συστηματική ανάλυση δεδομένων κόστους και απόδοσης ανά κατηγορία δημιούργησε τις προϋποθέσεις για ανάπτυξη δεικτών, ενίσχυση της λογοδοσίας και πιο στοχευμένο σχεδιασμό πολιτικών υγείας (Busse et al., 2011· Ρήγας, 2020).

Από τα πρώτα έτη εφαρμογής, τα ΚΕΝ απέδωσαν ορισμένα θετικά αποτελέσματα: η τιμολόγηση των νοσηλείων έγινε πιο διαφανής, οι διαδικασίες αποζημίωσης απλοποιήθηκαν και ο έλεγχος των δαπανών ενισχύθηκε μέσω καθορισμού ανώτατων τιμών ανά περιστατικό (Δημογέροντας, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2017). Η λογική «περιστατικού-βάση κόστους» διευκόλυνε τις συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομείων και ενίσχυσε τη διοικητική λογοδοσία, (Cashin et al., 2014) ενώ το ενιαίο πλαίσιο αποζημίωσης βελτίωσε τον προγραμματισμό του ΕΟΠΥΥ και τη διαχείριση του προϋπολογισμού, περιορίζοντας υπερβάσεις του προηγούμενου συστήματος αποζημίωσης με βάση το ημερήσιο νοσήλιο (Economou et al, 2017) .

Σύμφωνα με την έκθεση του Ελεγκτικού Συμβουλίου (2022), το σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων ΚΕΝ που τελικά εφαρμόστηκε στα ελληνικά νοσοκομεία δεν λειτούργησε ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα DRGs, αλλά ως ένας απλός «τιμοκατάλογος» κατηγοριών ασθενειών, με προκαθορισμένη τιμή αποζημίωσης και συγκεκριμένη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ). Παρ' όλα αυτά, η εισαγωγή των ΚΕΝ αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μετά το 2010. Ωστόσο, η πρακτική εφαρμογή τους ανέδειξε σημαντικές προκλήσεις: η έλλειψη αναλυτικών δεδομένων κόστους, σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών τακτικής αναθεώρησης των τιμών, οδήγησε σε στρεβλώσεις και ανισότητες μεταξύ νοσοκομείων (Economou et al., 2015). Επιπλέον, η στατική φύση του συστήματος περιόρισε τη σύνδεση της αποζημίωσης

με την πραγματική κατανάλωση πόρων δημιουργώντας το υπόβαθρο για τη σταδιακή μετάβαση στο πιο σύγχρονο και δυναμικό σύστημα DRGs.

1.3. Το σύστημα των DRGs (Diagnosis-Related Groups)

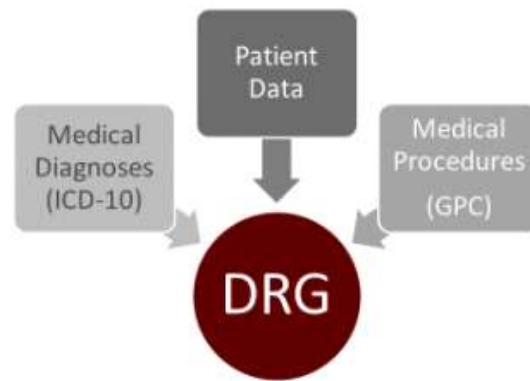
Η διαπιστωμένη ανάγκη για ένα πιο τεκμηριωμένο, διαφανές και αποτελεσματικό σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων στην Ελλάδα οδήγησε στη στροφή προς τα συστήματα Diagnosis-Related Groups (DRGs). Τα DRGs αποτελούν διεθνώς καθιερωμένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο μοντέλο κοστολόγησης, το οποίο συνδέει την αποζημίωση με τη βαρύτητα, την κλινική πολυπλοκότητα και τα χαρακτηριστικά κάθε περιστατικού, προωθώντας μεγαλύτερη διαφάνεια, αποδοτικότητα και ισοτιμία στη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών (WHO, 2019; European Commission, 2020).

Το σύστημα των Diagnosis-Related Groups (DRGs) αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1980 στο Πανεπιστήμιο του Yale (Fetter & Freeman, 1986), με στόχο την καθιέρωση ενός μηχανισμού προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, ο οποίος αξιοποιεί τα δεδομένα του ιατρικού φακέλου κάθε ασθενούς για την ταξινόμηση των περιστατικών σε ομάδες με ομοειδή κλινικά χαρακτηριστικά. Η εξέλιξή του συνδέεται, επίσης, με την απουσία ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού πλαισίου ικανού να περιγράψει με συνέπεια τη διαδικασία λήψης οικονομικών αποφάσεων στα νοσοκομεία (Δημογέροντας κ.α, 2017).

Η κατηγοριοποίηση πραγματοποιείται βάσει της διεθνούς κωδικοποίησης νόσων και διαγνώσεων (ICD-10) και οδηγεί στη συγκρότηση ομοειδών ομάδων για τις οποίες έχει προ-διαμορφωθεί το απαιτούμενο επίπεδο πόρων. Κάθε ομάδα συνδέεται με μία προκαθορισμένη αποζημίωση, η οποία καταβάλλεται στον πάροχο από τον αντίστοιχο φορέα χρηματοδότησης, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της νοσηλείας ή τους πραγματικούς πόρους που τελικά καταναλώθηκαν για τον ασθενή (Κατελίδου, 2020). Οι πληροφορίες που αξιολογούνται αφορούν σε δημογραφικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά χαρακτηριστικά νοσηλευόμενων ασθενών, όπως αυτά καταχωρίζονται στον ιατρικό φάκελο. Βασική διαφορά του συστήματος DRGs, από άλλα συστήματα αποζημίωσης, είναι η δυνατότητα ενσωμάτωσης δεδομένων από το ιστορικό του ασθενούς (δευτερεύουσες διαγνώσεις) που επηρεάζουν την νοσηλεία του και τροποποιούν την κατηγοριοποίηση εντός του DRGs, με βάση την

πολυπλοκότητα του κάθε ασθενή όπως αυτό απεικονίζεται και στην Εικόνα 7 που ακολουθεί

Εικόνα 7: Απεικόνιση βασικών στοιχείων διαμόρφωσης των DRGs



Πηγή: <https://instdrg.gr>

Η βασική φιλοσοφία είναι ότι κάθε ασθενής μπορεί να καταταγεί σε μια ομοιογενή ομάδα νοσηλείας (Major Diagnostic Category – MDC) με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και αντίστοιχη κατανάλωση πόρων. Οι κύριες κατηγορίες διαγνώσεων είναι 25 και καθορίζουν το σύστημα, το όργανο ή την περιοχή που πάσχει. (Πίνακας 3). Έτσι, το κόστος κάθε ομάδας μπορεί να προβλεφθεί και να αποζημιωθεί με διαφάνεια και αποτελεσματικότητα (Busse et al., 2011, OECD, 2019).

Πίνακας 3: Οι κύριες κατηγορίες διαγνώσεων

01	Παθήσεις και Διαταραχές του νευρικού συστήματος
02	Παθήσεις και Διαταραχές των οφθαλμών
03	Παθήσεις και Διαταραχές ωτών, ρινός, στοματικής κοιλότητας & φάρυγγα
04	Παθήσεις και Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος
05	Παθήσεις και Διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος
06	Παθήσεις και Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος
07	Παθήσεις και Διαταραχές του παγκρέατος και του ηπατοχοληφόρου συστήματος
08	Παθήσεις και Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και των συνδετικών ιστών
09	Παθήσεις και Διαταραχές του δέρματος, του υποδόριου συστήματος και του στήθους
10	Παθήσεις και Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος & διατροφικών – μεταβολικών ασθενειών και παθήσεων
11	Παθήσεις και Διαταραχές των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος
12	Παθήσεις και Διαταραχές του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος
13	Παθήσεις και Διαταραχές του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος
14	Εγκυμοσύνη, τοκετός, περίοδος μετά τον τοκετό
15	Νεογέννητα και νεογνά με καταστάσεις που συνδέονται με την περιγεννητική περίοδο
16	Παθήσεις και Διαταραχές του αίματος, του αιμοποιητικού συστήματος & ανοσολογικές διαταραχές
17	Μυελοπολλαπλασιαστικές ασθένειες και διαταραχές και κακώς διαφοροποιημένα νεοπλάσματα
18	Μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες (Σε συστηματικά ή μη συστηματικά σημεία)
19	Ψυχικές Παθήσεις και Διαταραχές
20	Χρήση αλκοόλ / ναρκωτικών και οργανικές διανοητικές διαταραχές προκαλούμενες από αλκοόλ / ναρκωτικά
21	Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων
22	Εγκαύματα
23	Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας
24	Πολλαπλό σοβαρό τραύμα
25	Λοίμωξη από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου

Πηγή: Καϊτελίδου, 2020

Η εφαρμογή του συστήματος Diagnosis-Related Groups (DRGs) βασίζεται σε τρεις θεμελιώδεις μηχανισμούς που διασφαλίζουν τη διαφάνεια, την αποδοτικότητα και την τεκμηρίωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Αρχικά, κάθε νοσηλευτική περίπτωση ομαδοποιείται σε μια συγκεκριμένη κατηγορία με βάση την κύρια διάγνωση, τις συν-νοσηρότητες, τις εκτελεσθείσες ιατρικές πράξεις, καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Η ομαδοποίηση αυτή επιτρέπει την κατηγοριοποίηση περιστατικών με παρόμοιες ανάγκες σε πόρους και θεραπευτικά πρωτόκολλα, διασφαλίζοντας μεγαλύτερη ακρίβεια στην αποζημίωση και στη διαχείριση των δαπανών, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην ανάπτυξη δεικτών απόδοσης των νοσοκομείων (Street et al., 2011· WHO, 2019).

Κάθε ομάδα DRGs αντιστοιχεί σε έναν συντελεστή βαρύτητας (relative weight), ο οποίος εκφράζει τη σχετική κατανάλωση πόρων που απαιτείται για την αντιμετώπιση των περιστατικών της συγκεκριμένης κατηγορίας. Ο υπολογισμός του συντελεστή βασίζεται σε αναλυτικά στοιχεία κόστους, όπως η διάρκεια νοσηλείας, η χρήση υλικών, φαρμάκων και τεχνικών πόρων. Η στάθμιση αυτή βασίζεται σε στατιστικά κόστη από νοσοκομεία (π.χ. κόστος νοσηλείας, φάρμακα, υλικά) ώστε να εκφράζει το “κόστος-μέσο όρο” ανά DRGs (González-González et al., 2024,· European Commission, 2020).

Η βασική τιμή αποζημίωσης (base rate) αποτελεί το σταθερό ποσό αναφοράς για μια τυπική νοσηλεία. Η χρήση του base rate εξασφαλίζει σταθερότητα στο πλαίσιο τιμολόγησης, προάγει τη διαφάνεια στη χρηματοδότηση και παρέχει κίνητρα για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων (KETEKNY & OENET, 2024).

Το συνολικό ποσό αποζημίωσης προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του base rate με τον συντελεστή βαρύτητας κάθε DRGs, αντανakλώντας τις διαφοροποιήσεις στην πολυπλοκότητα και τη χρήση πόρων ενώ ο δείκτης προσαρμογής δίνει την δυνατότητα επιδότησης νοσοκομείων (απομακρυσμένες περιοχές- νησιά, πανεπιστημιακά) (YYKA, 2018).

Συγκεκριμένα, η πληρωμή ανά περίπτωση είναι:

$$\text{Τιμή ανά DRG} = \text{συντελεστής βαρύτητας κόστους (cost weight)} \times \text{δείκτης βάσης (base rate)} \\ \times \text{δείκτης προσαρμογής (adjustment factor)}$$

Παρακάτω, η Εικόνα 8 απεικονίζει τη λειτουργία του συστήματος DRGs, παρουσιάζοντας τη διαδικασία ομαδοποίησης των περιστατικών, τον υπολογισμό του συντελεστή βαρύτητας και τον καθορισμό της τελικής αποζημίωσης.

Εικόνα 8: Διαδικασία κατηγοριοποίησης του ασθενή σε DRGs



Πηγή: ΥΥΚΑ, 2018

Συνολικά, η εφαρμογή της ομαδοποίησης, του συντελεστή βαρύτητας και της βασικής τιμής αποζημίωσης (base rate) καθιστά το σύστημα DRGs ένα δυναμικό και τεκμηριωμένο εργαλείο χρηματοδότησης. Επιτρέπει την αντικειμενική σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ νοσοκομείων, τον έλεγχο των δαπανών, τη βελτίωση της διαφάνειας και την προσαρμογή των τιμών αποζημίωσης με βάση πραγματικά δεδομένα κόστους (Busse et al., 2011· Street et al., 2011· OECD, 2019). Με αυτόν τον τρόπο, τα DRGs προωθούν μια πιο αποτελεσματική και δίκαιη κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας (WHO, 2019).

Πέρα από τον ρόλο τους στη χρηματοδότηση, τα DRGs λειτουργούν ως εργαλείο μέτρησης της αποδοτικότητας και της ανάλυσης κόστους, επιτρέποντας τη συγκρισιμότητα μεταξύ νοσοκομείων και την αναγνώριση διαφορών στην παραγωγικότητα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Zanoto et al., 2021, Geissler et al., 2014). Με αυτόν τον τρόπο, τα DRGs συνδέουν τη διοίκηση κόστους με την αξιολόγηση αποτελεσμάτων, ενισχύοντας τη λογοδοσία, την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων (European Commission, 2020· González-González et al., 2024).

Η εισαγωγή του συστήματος DRGs στην Ελλάδα έχει συχνά αποδοθεί θετικά ως μέσον βελτίωσης της διαφάνειας, της συγκριτικής αξιολόγησης και του ελέγχου των

δαπανών στα νοσοκομεία. Υποστηρικτές των DRGs αναδεικνύουν ότι η ομαδοποίηση περιπτώσεων και ο υπολογισμός βαρών επιτρέπουν αντικειμενική σύγκριση αποδοτικότητας μεταξύ μονάδων, την ανάπτυξη δεικτών απόδοσης και την καλύτερη στοχοθέτηση πολιτικών (Busse et al., 2011; OECD, 2019). Σε εθνικό επίπεδο, φορείς σχετιζόμενοι με την ανάπτυξη του ελληνικού συστήματος, όπως το ΚΕΤΕΚΝΥ, προβάλλουν τα DRGs ως εργαλείο που δημιουργεί προϋποθέσεις για τεκμηριωμένη κοστολόγηση, βελτίωση διοικητικής λογοδοσίας και συστηματική παρακολούθηση της δαπάνης

Παρά τα θεωρητικά οφέλη, στην πράξη έχουν εκφραστεί σοβαρές επιφυλάξεις και κριτικές. Έρευνες και διπλωματικές μελέτες αναδεικνύουν προβλήματα στην κωδικοποίηση (ICD-10/DRGs grouper), έλλειψη αναλυτικών δεδομένων κόστους και ανησυχίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους για ανεπαρκή τιμολόγηση (Galitsianos, 2024; instDRG stakeholder survey). Αντίστοιχες ανησυχίες έχουν διατυπωθεί και διεθνώς για τα DRGs, όπου ο προσανατολισμός στην αποδοτικότητα μπορεί να περιορίσει την ποιότητα αν δεν συνοδεύεται από μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησης όπως επίσης ότι αποτελεί εγγενή και δομικό περιορισμό του συστήματος DRGs η αδυναμία της ακριβούς αποτύπωσης του πραγματικού κόστους νοσηλείας, ιδίως σε σύνθετες και υψηλού κόστους περιπτώσεις. Η χρήση μέσων τιμών ανά κατηγορία δεν αποτυπώνει την ετερογένεια των ασθενών, με αποτέλεσμα αποκλίσεις μεταξύ κόστους και αποζημίωσης (Busse et al., 2011; OECD, 2019).

Στο ελληνικό σύστημα υγείας, η μετάβαση από τα ΚΕΝ στο σύστημα DRGs σηματοδότησε μια εκτεταμένη μεταρρύθμιση στον τρόπο κοστολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομείων, συμβαδίζοντας με τις διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της αποδοτικής διαχείρισης πόρων. Προκειμένου να αναδειχθούν οι διαστάσεις και οι προκλήσεις αυτής της μετάβασης, το επόμενο κεφάλαιο εξετάζει τη διεθνή εμπειρία εφαρμογής των DRGs καθώς και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής προσαρμογής τους.

2. Εφαρμογή DRGs

2.1. Διεθνείς εφαρμογές και προσαρμογές των DRGs

Η εφαρμογή των συστημάτων DRGs έχει εξελιχθεί διεθνώς με ποικίλους τρόπους, προσαρμοσμένους στις ιδιαίτερες οικονομικές, θεσμικές και υγειονομικές συνθήκες κάθε χώρας. Αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει το μοντέλο DRGs ως βασικό εργαλείο συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας και της χρηματοδότησης νοσοκομείων με απώτερο σκοπό την ενίσχυση της αποδοτικότητας, της διαφάνειας και του έλεγχου των δαπανών ενώ παράλληλα διαμορφώνουν πολιτικές προσαρμοσμένες στις εθνικές ανάγκες και προτεραιότητες. Στη συνέχεια, θα εξεταστεί η εφαρμογή των DRGs σε επιλεγμένες χώρες, με στόχο να αναδειχθούν τα κύρια χαρακτηριστικά, οι επιτυχίες και οι προκλήσεις κάθε συστήματος, πριν ακολουθήσει λεπτομερής ανάλυση της εμπειρίας στην Ελλάδα.

Το σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups – DRGs) αναπτύχθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1980 ως εργαλείο αποζημίωσης των νοσοκομείων βάσει της νοσηλευτικής δραστηριότητας (Fetter & Freeman, 1986). Η εφαρμογή του συστήματος από το πρόγραμμα Medicare, το 1983, αποτέλεσε σημείο καμπής στη μετάβαση από τα παραδοσιακά μοντέλα αποζημίωσης βάσει ημερών νοσηλείας σε ένα σύστημα προοπτικής πληρωμής (prospective payment system), το οποίο επιβραβεύει την αποδοτικότητα και περιορίζει τη σπατάλη πόρων (Busse et al., 2011) και θεωρήθηκε μια από τις πιο σημαντικές διοικητικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας.

Ο αρχικός σκοπός του σχεδιασμού και της εφαρμογής του συστήματος δεν ήταν η αποζημίωση των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά η ανάπτυξη ενός μηχανισμού αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Καϊτελίδου, 2020). Λόγω της τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητάς του, το σύστημα υιοθετήθηκε τη δεκαετία του 1990 από επιπλέον προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπως το Medicaid (Medicare & Medicaid Milestones, 2015). Από το 1997 η εφαρμογή του επεκτάθηκε και σε άλλες μορφές παροχής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και της κατ' οίκον νοσηλείας. Στη συνέχεια, το μοντέλο αυτό αποτέλεσε πρότυπο αποζημίωσης υγειονομικών υπηρεσιών για πλήθος άλλων χωρών (Κατελίδου, 2020)

Η Αυστραλία υπήρξε από τις πρώτες χώρες που βασιστήκαν το πρότυπο των ΗΠΑ και ανέπτυξε σταδιακά τη δική της εκδοχή του συστήματος (Australian Refined DRG – AR-DRG), προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εθνικού συστήματος υγείας και των πολιτειακών αρχών με συνεχή αναθεωρήσεις μέχρι και το 1998 οπότε και ολοκληρώθηκε η ανάπτυξη του δικού της συστήματος (Duckett, 1998). Το AR-DRG χρησιμοποιείται τόσο για χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων όσο και για ανάλυση κόστους και αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών, παρέχοντας ένα συνεκτικό πλαίσιο που επιτρέπει τη σύγκριση των νοσοκομείων μεταξύ τους και την αξιολόγηση της παραγωγικότητας (DoHA, 2019). Η εφαρμογή του συστήματος περιλαμβάνει λεπτομερή ομαδοποίηση περιστατικών με βάση διαγνώσεις, εκτελεσθείσες ιατρικές πράξεις, συν-νοσηρότητες και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ενώ κάθε DRG συνδέεται με συντελεστή βαρύτητας (relative weight) και base rate, εξασφαλίζοντας διαφάνεια και συνέπεια στην αποζημίωση (Australian Institute of Health and Welfare, 2020) και αποτελώντας τη βάση για άλλα συστήματα DRGs ανά τον κόσμο.

Η εφαρμογή των DRGs στην Ευρώπη ξεκίνησε τη δεκαετία του 1980 και σταδιακά υιοθετήθηκε από διάφορες χώρες, οι οποίες προσαρμόσαν το σύστημα στις δικές τους ανάγκες, δομές και πολιτικές υγείας (Mihailovic et al., 2016). Η ευρωπαϊκή εμπειρία αναδεικνύει τα διαφορετικά μοντέλα εφαρμογής των DRGs, τα οποία αντανακλούν τις εθνικές ιδιαιτερότητες και παρέχουν πολύτιμα διδάγματα για τη βελτίωση της οργάνωσης και της χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Οι διάφορες προσεγγίσεις σε ευρωπαϊκές χώρες καταδεικνύουν τις κύριες παραμέτρους προσαρμογής του συστήματος και τις διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε πολιτικές, δομές και εθνικές προτεραιότητες.

Από τις ευρωπαϊκές χώρες η Γερμανία αποτελεί πρότυπο χώρας στην υιοθέτηση των DRGs (γνωστό ως G-DRG) από το 2003, χρησιμοποιώντας το σύστημα της Αυστραλίας και προσαρμόζοντας το στις ιδιαιτερότητες του εθνικού της συστήματος υγείας. Πλέον το 80 %, περίπου, των εσόδων των νοσοκομείων προέρχεται από DRGs αποζημίωση καλύπτοντας και υπηρεσίες αποκατάστασης και εντατικής φροντίδας (Καϊτελίδου, 2020). Η εφαρμογή του συστήματος συνοδεύτηκε από σημαντικές θεσμικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις, με έμφαση στη διαφάνεια, στην τυποποίηση των δεδομένων και στην αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων (Schreyögg et al., 2006). Κατά τον υπολογισμό, οι σχετικοί

“συντελεστές βαρύτητας” (relative weights) καθορίζονται πανεθνικά, ενώ η βασική τιμή (“base-rate”) διαφοροποιείται ανά περιφέρεια (“Länder”) για να αντισταθμίσει τις τοπικές διαφορές κόστους. (OECD, 2015). Οι παράγοντες προσδιορισμού των περιστατικών έχουν να κάνουν με τα κλινικά δεδομένα, τα οικονομικά (στοιχεία νοσοκομείου) αλλά και τις καινοτομίες στο χώρο της βιοϊατρικής. Δεδομένων των παραπάνω είναι εύλογη η ύπαρξη μεγάλου εύρους DRGs. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2014 υπήρχαν 13.000 κωδικοί διαγνώσεων και 23.000 διαδικασιών ενώ το σύστημα κωδικοποίησης επαναξιολογείται κάθε 2 έτη (Καϊτελίδου, 2020). Παρά τα οφέλη της αποδοτικότητας και της διαφάνειας, η Γερμανία εφαρμόζει επιπρόσθετες πληρωμές (“top-ups”) για περιστατικά με υψηλό κόστος ή εξειδικευμένες θεραπείες, όπως τη χρήση ακριβών φαρμάκων ή ιατρικών συσκευών.

Στη Σουηδία, το 1985 σημειώθηκε σημαντική πτώση της παραγωγικότητας με παράλληλη αύξηση των υγειονομικών δαπανών γεγονός που οδήγησε στην ανάγκη εφαρμογής ενός συστήματος έλεγχου αυτών των δαπανών. Αρχικά τα DRGs εφαρμόστηκαν ως εργαλείο εσωτερικής κοστολόγησης και συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ περιφερειακών νοσοκομείων, επιτρέποντας στους διαχειριστές να παρακολουθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια τη χρήση των πόρων, να αναλύουν την αποδοτικότητα των τμημάτων και να εντοπίζουν αποκλίσεις στην παραγωγικότητα (Anell et al., 2012). Στη συνέχεια εξαπλώθηκαν σε όλες τις φιλανδικές χώρες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός διακρατικού συστήματος DRGs γνωστού ως NordDRG. Ένας σημαντικός λόγος για την υιοθέτηση των DRGs στην Σουηδία ήταν η χρονικά διευρυμένη λίστα αναμονής για ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Η μείωση του χρόνου αναμονής συνδέεται με καλύτερη κλινική έκβαση των περιστατικών και άρα λιγότερη κατανάλωση πόρων και συνεπώς μείωση του κόστους ενώ απώτερος σκοπός της εφαρμογής του συστήματος ήταν να δημιουργηθούν συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων. (Καϊτελίδου, 2020) Ωστόσο, η χρήση των DRGs στη χρηματοδότηση παραμένει προσαρμοστική και περιορισμένη, καθώς η σουηδική πολιτική υγείας δεν μπόρεσε να ελέγξει αποτελεσματικά το υγειονομικό κόστος κυρίως λόγω λαθών στην κωδικοποίηση των περιστατικών (Busse et al., 2011).

Στη Δανία, υιοθετήθηκε το NordDRG ως σύστημα πληρωμής νοσοκομείων αλλά χρησιμοποιείται συνδυαστικά με “prospective global budget” δηλαδή με αποζημίωση ανά περίπτωση μέσω DRGs. Η χρήση αυτού του μεικτού μοντέλου

επιτρέπει στη χώρα να διατηρεί έλεγχο του συνολικού προϋπολογισμού, ενώ ταυτόχρονα χρησιμοποιεί τα DRGs για να ενθαρρύνει την αποδοτική διαχείριση περιπτώσεων (KETEKNY, 2025).

Η Πορτογαλία υιοθέτησε πιλοτικά τα DRGs των ΗΠΑ το 1984 και υπήρξε η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ξεκίνησε τη χρήση ενός συστήματος πληρωμής νοσοκομείων βάσει DRGs (για πληρωμές από τα επαγγελματικά συστήματα ασφάλισης υγείας) το 1988. Στην συνέχεια, οι εκδόσεις DRGs χρησιμοποιήθηκαν επίσης για τον καταμερισμό του προϋπολογισμού βάσει DRGs. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι μετά από 25 χρόνια εμπειρίας, τα DRGs αποδείχθηκαν ένας χρήσιμος μηχανισμός ελέγχου του κόστους για την χώρα (Busse et all, 2019). Επισημαίνεται ότι δεν έχουν συμπεριληφθεί ακόμα οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, οι επείγουσα φροντίδα υγείας και η εντατική (Καϊτελίδου, 2020).

Η Αγγλία υιοθέτησε τα DRGs στα μέσα της δεκαετίας του 1990 και αναπτύχθηκαν τα Healthcare Resource Groups (HRG) ως μια παραλλαγή των DRGs των ΗΠΑ. Εφαρμόστηκε αρχικά ως μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μετέπειτα ως μέθοδος αξιολόγησης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Busse et al., 2011). Στη συνέχεια δημιουργήθηκε μια εθνική βάση δεδομένων όπου τα νοσοκομεία της χώρας είχαν πρόσβαση σε συγκριτικά δεδομένα δεικτών ποιότητας και το 1997 εξαγγέλθηκε και ο εθνικός τιμοκατάλογος υγειονομικών υπηρεσιών που θα ίσχυε για όλες τις δομές του NHS. Τα παραπάνω δεν αποτέλεσαν ισχυρό κίνητρο καθολικής εφαρμογής των DRGs και έτσι το 2002 καθιερώθηκε ένα μεικτό σύστημα αποζημίωσης (Καϊτελίδου, 2020)

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί απεικονίζεται η μέθοδος εφαρμογής και οι βασικές παραμέτρους του συστήματος DRGs σε διάφορες χώρες.

Πίνακας 4: Μέθοδοι αποζημίωσης νοσοκομείων ανά χώρα

Χώρα	Μέθοδοι αποζημίωσης Νοσοκομείων ανά χώρα –Χώρες που εφαρμόζουν σύστημα Case Mix -DRG
Australia	Prospective global budget + Payment per case/DRG
Austria	Payment per case/DRG (47%)/ Retrospective reimbursement of costs (48%)
Belgium	Payment per case (45%) + Payment per procedure (41%) + payments for drugs (14%)
Canada	Prospective global budget (79%) + per case (9%) + per diem (9%)
Czech Republic	Prospective global budget (75%) + per case (15%) + per procedure (8%)
Denmark	Prospective global budget (80%) + Payment per case/DRG (20%)
Finland	Payment per case/DRG
France	Payment per case/DRG
Germany	Payment per case/DRG
Greece	Line-item budget/ KEN (G-DRG System Under Development)
Hungary	Payment per case/DRG
Iceland	Prospective global budget
Ireland	Prospective global budget (60%) + Payment per case/DRG (20%) + per diem (20%)
Italy	Payment per case/DRG
Japan	Payment per procedure/service + diagnosis-adjusted per diem
Korea	Payment per procedure/service + DRG
Luxembourg	Prospective global budget
Mexico	Prospective global budget (60%) + line-item (30%) + payment per procedure (10%)
Netherlands	Adjusted global budget (80%) + Payment per case/DRG (20%)
New Zealand	Prospective global budget + Payment per case/DRG
Norway	Prospective global budget (60%) + payment per procedure (40%)
Poland	Payment per case/DRG
Portugal	Prospective global budget
Slovak Republic	Payment per case/DRG
Spain	Line-item budget
Sweden	Payment per case/DRG (55%) + global budget
Switzerland	Payment per case/DRG (2/3 cantons) + global budget
Turkey	Line-item budget
United Kingdom	Payment per case/DRG (70%) + global budget (30%)

Σημείωση: Στην Ελλάδα έχει εφαρμοστεί πλέον

Πηγή: <https://instdrgr.gr/σύστημα-drg>

Η διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με την εφαρμογή των DRGs στις διάφορες χώρες παρέχει χρήσιμα διδάγματα και συγκρίσιμα δεδομένα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος, τόσο σε χώρες με ώριμα και εδραιωμένα μοντέλα DRGs όσο και σε κράτη όπου η εφαρμογή είναι πρόσφατη ή πιλοτική. Η διεθνής εμπειρία υπογραμμίζει ότι, παρά τις κοινές βασικές αρχές του DRGs, κάθε χώρα προσαρμόζει τη μεθοδολογία ταξινόμησης και κοστολόγησης στις ιδιαίτερες δομές, τη διαθεσιμότητα δεδομένων και το θεσμικό πλαίσιο του δικού της συστήματος υγείας (Busse et al., 2019).

Ένα δεύτερο σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η επιτυχής εφαρμογή του συστήματος εξαρτάται από την ποιότητα των δεδομένων, την ακρίβεια στην κωδικοποίηση, τη διαρκή αναθεώρηση των τιμών και τη συμμετοχή των

επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία (Zanoto et al,2021; Waitzberg et al, 2021). Η διασφάλιση αυτών των παραμέτρων συμβάλλει στην αξιοπιστία της χρηματοδότησης και στην αντικειμενική αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Παράλληλα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι οι κύριες προκλήσεις στην εφαρμογή των DRGs σχετίζονται με την πολυπλοκότητα του μηχανισμού, την πιθανότητα υπερτιμολόγησης ορισμένων περιστατικών (upcoding) και την ανάγκη διατήρησης ισορροπίας μεταξύ οικονομικής αποδοτικότητας και ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων απαιτεί συστηματική εποπτεία, εκπαίδευση προσωπικού και συνεχή βελτίωση του συστήματος (Zanoto et al.,2021, 2020; Waitzberg et al, 2021).

2.2. Εφαρμογή στο ελληνικό σύστημα υγείας

Τον Σεπτέμβριο του 2014 συστάθηκε η ανώνυμη εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με την επωνυμία «Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων Ανώνυμη Εταιρεία (ΕΣΑΝ ΑΕ)», όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ Α' 194/2014 (Ν.4286/2014). Ο σκοπός της εταιρείας ήταν η βελτίωση της δημοσιονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων, η σταθεροποίηση των δαπανών για την υγεία, η ενίσχυση της διαφάνειας και της ποιότητας της περίθαλψης, καθώς και η σταδιακή αντικατάσταση των ΚΕΝ με ένα δίκαιο, διαφανές και τεκμηριωμένο ελληνικό σύστημα DRGs.

Τον Οκτώβριο του 2014, το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) υπέγραψε συμφωνία για τη δωρεάν παραχώρηση και χρήση της έκδοσης ICD-10 του 2013. Στις 15 Δεκεμβρίου 2014, υπογράφηκε περαιτέρω συμφωνία μεταξύ Ελλάδας και Γερμανίας για την παραχώρηση χρήσης της τροποποιημένης γερμανικής έκδοσης των ICD-10. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2015, με την παραχώρηση της άδειας χρήσης του γερμανικού συστήματος G-DRG στην εταιρεία ΕΣΑΝ ΑΕ.

Με τον Ν. 4486/2017 (άρθρο 66), η εταιρεία μετονομάστηκε σε Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, με αντικείμενο τη μελέτη και ανάπτυξη του νέου συστήματος κοστολόγησης DRGs για τις ελληνικές δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες («Μελέτη νέου συστήματος κοστολόγησης DRGs»).

Η νέα αυτή δομή είχε σαν αντικείμενο όχι μόνο στη θέσπιση ενιαίων και διαφανών κανόνων κοστολόγησης, αλλά και τη δημιουργία ενός λειτουργικού μηχανισμού ταξινόμησης, τιμολόγησης και παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Στο πλαίσιο αυτής της θεσμικής αναδιάρθρωσης και της εντατικοποίησης των προσπάθειών για τον εκσυγχρονισμό της κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, διαμορφώθηκε σταδιακά η αρχιτεκτονική του ελληνικού συστήματος DRGs

Το Ελληνικό Σύστημα DRGs, έτσι όπως δομήθηκε τελικά, αποτελείται από τρία υποσυστήματα :

- το ιατρικό υποσύστημα, το οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ταξινόμησης των διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων και τις οδηγίες κωδικοποίησης
- το οικονομικό υποσύστημα, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία του υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και τους καταλόγους με τις οδηγίες κοστολόγησης και τιμολόγησης.
- το πληροφοριακό υποσύστημα περιλαμβάνει την ανάπτυξη του λογισμικού grouper, των λογισμικών κοστολόγησης και κωδικοποίησης, το σύστημα διαχείρισης δεδομένων, κλπ.(KETEKNY)

Κάθε υποσύστημα επιτελεί διακριτό αλλά αλληλοσυμπληρούμενο ρόλο, συμβάλλοντας στην ορθολογική ταξινόμηση των περιστατικών, στη συνεκτική κοστολόγηση των νοσοκομειακών πράξεων και στη διασφάλιση της οικονομικής διαφάνειας. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ο συνδυασμός των παραπάνω υποσυστημάτων με στόχο την ανάπτυξη των ελληνικών καταλόγων DRGs και του εγχειριδίου ορισμού των κατηγοριών. Ακολουθεί αναλυτική παρουσίαση των τριών υποσυστημάτων, με στόχο την ανάδειξη της δομής, των λειτουργιών και της σημασίας τους στο συνολικό σχήμα εφαρμογής των DRGs.

2.2.1 Ιατρικό υποσύστημα

Το ιατρικό υποσύστημα περιλαμβάνει το ICD-10 GrM, την ETΠ και το ΕΚΟΚ, τα οποία συγκροτούν το βασικό πλαίσιο κλινικής τεκμηρίωσης και κωδικοποίησης στο ελληνικό σύστημα DRGs

Ως σύστημα ταξινόμησης διαγνώσεων νόσων χρησιμοποιήθηκε το ICD-10-GM, έκδοσης 2013 (German Modification), δηλαδή η Γερμανική Τροποποίηση της 10ης αναθεώρησης της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, που βασίζεται στην αντίστοιχη διεθνή έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10-WHO. Στην Ελλάδα, η παραχώρηση έγινε το 2014 μέσω συμφωνίας μεταξύ Υπουργείου Υγείας, του Π.Ο.Υ και του Γερμανικού Ινστιτούτου Ιατρικής Τεκμηρίωσης και Πληροφορίας (DIMDI). (<https://instdrgr.gr/yliko>).

Ο κατάλογος ICD-10, όπως αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί μια ιεραρχικά οργανωμένη ταξινόμηση νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, βασισμένη σε αλφαριθμητικούς κωδικούς που ξεκινούν με ένα γράμμα και ακολουθούνται από δύο ή περισσότερα ψηφία. Η δομή του περιλαμβάνει κεφάλαια (chapters) που ομαδοποιούν συγγενείς κατηγορίες νοσημάτων, τα οποία στη συνέχεια διαρθρώνονται σε “μπλοκ” και κατηγορίες τριών χαρακτήρων, με δυνατότητα περαιτέρω εξειδίκευσης μέσω υποκατηγοριών τεσσάρων χαρακτήρων. Η ταξινόμηση συνοδεύεται από τρεις τόμους: τον κύριο κατάλογο, τον αλφαβητικό δείκτη και τον οδηγό χρήσης, διασφαλίζοντας τόσο τη συστηματική κωδικοποίηση όσο και τη συγκρισιμότητα των δεδομένων υγείας διεθνώς (WHO, 2016).

Η ελληνική τροποποίηση διατηρεί την βασική δομή της διεθνούς ταξινόμησης αλλά ενσωματώνει πρόσθετους κωδικούς και επεξηγήσεις, προσαρμοσμένους στις εθνικές κλινικές πρακτικές και στις διοικητικές απαιτήσεις των δημόσιων νοσοκομείων, βελτιώνοντας τη συστηματική καταγραφή της νοσηρότητας και τη δυνατότητα σύγκρισης κλινικών δεδομένων. με σκοπό να παράσχει όσο το δυνατόν ακριβέστερη πληροφόρηση στο σύστημα DRGs (ΦΕΚ 231/31-1-2018). Η συγκεκριμένη έκδοση αναθεωρήθηκε το 2021 προκειμένου να ενσωματώσει τους αναγκαίους κωδικούς που αφορούν τα νοσήματα και τις κλινικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με τη νόσο COVID-19 και συνολικά περιλαμβάνει περίπου 13.000 τερματικούς κωδικούς (ΦΕΚ 782/B/27-2-2021).

Η ενιαία κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων παρέχει μια τυποποιημένη καταγραφή των ιατρικών διαδικασιών συμβάλλοντας αθροιστικά στην ολοκληρωμένη τεκμηρίωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε για πρώτη φορά τη Διεθνή Ταξινόμηση Ιατρικών Πράξεων (ICPM) το 1978, γεγονός που αποτέλεσε τη βάση για μια σειρά εθνικών τροποποιήσεων σε

χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έως το 1989, όταν ο ΠΟΥ διέκοψε την υποστήριξη του καταλόγου, οδηγώντας στην ανάπτυξη ανεξάρτητων εθνικών ταξινομήσεων (WHO, 1978; PubMed, 2007). Στην Ελλάδα, έως πρόσφατα, χρησιμοποιούνταν η Ελληνική Ονοματολογία και Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων (ΕΛΟΚΠ) (Ηλιάκη, 2014). Η εφαρμογή του νέου συστήματος DRGs δημιούργησε την ανάγκη για ένα πιο σύγχρονο και λειτουργικό πλαίσιο κωδικοποίησης, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της Ελληνικής Ταξινόμησης Ιατρικών Πράξεων (ΕΤΠ), η οποία βασίστηκε κυρίως στη γερμανική ταξινόμηση ιατρικών πράξεων OPS αλλά και στην διεθνή (ΕΤΠ, 2017). Η ΕΤΠ παρέχει πλέον ένα τυποποιημένο και αξιόπιστο σύστημα καταγραφής ιατρικών, διαγνωστικών και των θεραπευτικών διαδικασιών, διευκολύνοντας την εφαρμογή των DRGs και ενισχύοντας τη διαφάνεια και τη συγκρισιμότητα των κλινικών δεδομένων λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής ιατρικής ορολογίας αλλά και της κλινικής πρακτικής. Η ΕΤΠ συμβάλλει στη διασφάλιση της ομοιομορφίας και της ακρίβειας στην τεκμηρίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, διευκολύνοντας τόσο τη διοικητική διαχείριση όσο και τη συνεκτική εφαρμογή του συστήματος DRGs (<https://ketekny.gr/>).

Η ΕΤΠ, όπως και η νέα ταξινόμηση ICD-10-GrM, δομείται σε ένα συστηματικό και σε έναν αλφαβητικό κατάλογο. Ο συστηματικός κατάλογος έχει δημιουργηθεί βάσει των ιατρικών πράξεων και διαιρείται σε 6 διαφορετικά κεφάλαια, που περιέχουν αλφαβητικά και ανά είδος τις ιατρικές πράξεις και δεν είναι ταξινομημένες με βάση την ή τις ειδικότητες που τις επιτελούν. Υπάρχουν για αυτό το σκοπό πάνω από 25.000 κωδικοί (25.597).

Πρέπει να σημειωθεί ότι ομάδες ιατρικών πράξεων που θεωρούνται αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής διαδικασίας, όπως π.χ μια ακτινογραφία ή οι αιματολογικές εξετάσεις, δεν έχουν κωδικοποιηθεί ξεχωριστά.

Τέλος για να επιτευχθεί η διαφανής και δίκαιη αποζημίωση των νοσοκομειακών μονάδων, ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, και προκειμένου να διασφαλιστεί ότι κλινικά παρόμοια περιστατικά ταξινομούνται στο ίδιο DRGs και, επομένως, αποζημιώνονται κατά τον ίδιο τρόπο δόθηκαν από το KETEKNY και οι κατευθυντήριες οδηγίες με σκοπό την ρύθμιση και την ενίσχυση της ορθής καταχώρησης. Οι Γενικές και Ειδικές Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες Κωδικοποίησης βασίστηκαν στις Αυστραλιανές κατευθυντήριες οδηγίες

κωδικοποίησης (ICD-10-AM, Australian Coding Standards, First Edition, 1998) και στις Γερμανικές κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης (German Coding Guidelines, version 2013). Αναφέρονται στην ορθή χρήση των συστηματικών καταλόγων και των αλφαβητικών ευρετηρίων του ICD-10-GrM και της Ελληνικής Ταξινόμησης Ιατρικών Πράξεων (ΕΤΙΠ).

Οι Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες Κωδικοποίησης χωρίζονται στα ακόλουθα μέρη:

- Γενικές κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης
 - Γενικές κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης διαγνώσεων νόσων
 - Γενικές κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων
- Ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες είναι ένα Σύστημα Κανόνων το οποίο υποστηρίζει την ακριβή καταχώριση των ιατρικών δεδομένων, ώστε να επιτευχθεί, μέσω μια αυτοματοποιημένης διαδικασίας, η ταξινόμηση του περιστατικού σε ομάδα DRGs. Ταυτόχρονα, διασφαλίζουν την ενιαία και με ομοιόμορφο τρόπο κωδικοποίηση παρόμοιων περιστατικών νοσηλείας σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες και ενισχύουν την ποιότητα της κωδικοποίησης και την αξιόπιστη σύγκριση των υπηρεσιών. Η έκδοση και χρήση αναλυτικών Κατευθυντήριων Οδηγιών στις νοσοκομειακές μονάδες της Ελλάδας εφαρμόστηκε πρώτη φορά προκειμένου να διασφαλιστεί ότι παρόμοια περιστατικά θα καταχωρούνται κατά τον ίδιο τρόπο σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας (<https://ketekny.gr>)

2.2.2 Το οικονομικό υποσύστημα

Το οικονομικό υποσύστημα των DRGs αποτελεί τον θεμελιώδη μηχανισμό μέσω του οποίου μεταφράζονται οι κλινικές ταξινομήσεις σε χρηματοδοτικές ροές, εξασφαλίζοντας ότι η αποζημίωση των νοσοκομείων αντικατοπτρίζει τη σχετική κατανάλωση πόρων ανά ομάδα περιστατικών. Κεντρικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν οι συντελεστές βαρύτητας κόστους (cost weights) και η βασική τιμή αποζημίωσης (base rate), τα οποία, σε συνδυασμό, καθορίζουν την τελική τιμή ενός DRGs. Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι τα cost weights προκύπτουν από

συστηματική συλλογή δεδομένων κόστους σε επίπεδο ασθενούς και αναλυτική κοστολόγηση των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων (Busse et al., 2011, Vogl, 2012). Τα ευρωπαϊκά συστήματα παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων κόστους, οι οποίες οδηγούν σε ποικίλες μεθοδολογίες υπολογισμού των βαρών, αντικατοπτρίζοντας τόσο τις οργανωτικές δομές όσο και τις πολιτικές προτεραιότητες κάθε χώρας (Quentin et al., 2013· EuroDRG Project, 2013). Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Τράπεζα επισημαίνουν ότι η ορθή διαμόρφωση των σχετικών βαρών αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για τη μετάβαση σε ένα αποτελεσματικό σύστημα αποζημίωσης τύπου DRGs (World Bank, 2019).

Η ελληνική εμπειρία επιβεβαιώνει τη σημασία του οικονομικού υποσυστήματος για την επιτυχή λειτουργία των DRGs. Στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, το KETEKNY ανέπτυξε έναν αναλυτικό εθνικό κατάλογο DRGs με αντίστοιχους συντελεστές βαρύτητας, οι οποίοι προέκυψαν από συλλογή πραγματικών δεδομένων κόστους και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη βασική τιμή αποζημίωσης (KETEKNY, 2018), (KETEKNY, 2023). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ταύτιση των καταλογισμένων DRGs με το πραγματικό κόστος νοσηλείας παραμένει πρόκληση, υπογραμμίζοντας την ανάγκη συνεχούς αναθεώρησης των συντελεστών και επικαιροποίησης της μεθοδολογίας κοστολόγησης (Panagiotopoulos et al., 2020). Σημαντική συμβολή στη διαμόρφωση της ελληνικής πολιτικής αποτελούν και οι αναλύσεις που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο η εφαρμογή των DRGs επιδρά στη διαφάνεια, την ορθολογική κατανομή πόρων και την οικονομική βιωσιμότητα των νοσοκομείων (World Bank, 2019· Busse et al., 2011). Συνολικά, το οικονομικό υποσύστημα των DRGs λειτουργεί ως ο βασικός μοχλός ευθυγράμμισης της χρηματοδότησης με την πραγματική βαρύτητα και πολυπλοκότητα των κλινικών περιστατικών, ενισχύοντας την αποδοτικότητα και την ισοτιμία στη νοσοκομειακή αποζημίωση.

2.2.3 Το πληροφοριακό υποσύστημα

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του συστήματος DRGs στην Ελλάδα ήταν η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού υποσυστήματος, το οποίο να στηρίζει την κλινική κωδικοποίηση, την κοστολόγηση και την παρακολούθηση των νοσοκομειακών νοσηλείων. Η βασική δομή του συστήματος αναπτύχθηκε από το

Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ), το οποίο δημιούργησε μια ειδική ηλεκτρονική πλατφόρμα για τον έλεγχο της ποιότητας της κωδικοποίησης και την ορθή ταξινόμηση των περιστατικών σε DRGs. Η πλατφόρμα αυτή επιτρέπει τον συστηματικό έλεγχο της εγκυρότητας των κωδικών ICD-10-GRM και ETIP, καθώς και την αξιολόγηση της συμβατότητας των δεδομένων με τους κανόνες του συστήματος DRGs (ΚΕΤΕΚΝΥ, 2024).

Παράλληλα, στο πλαίσιο της ψηφιακής αναβάθμισης του εθνικού συστήματος υγείας, υλοποιήθηκε ένα υποέργο διαλειτουργικότητας που αποσκοπεί στη διασύνδεση των τοπικών πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων με το κεντρικό σύστημα DRGs. Η διαλειτουργικότητα αυτή επιτρέπει τη συλλογή λογιστικών, οικονομικών και κλινικών δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, ενισχύοντας την αυτοματοποίηση των διαδικασιών αποζημίωσης και τη διαφάνεια στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων (Greece 2.0, 2023). Με την ενσωμάτωση αυτών των λειτουργιών, το πληροφοριακό υποσύστημα εξελίσσεται σε κεντρικό εργαλείο διαχείρισης της νοσοκομειακής πληροφορίας.

Σημαντικό μέρος της επιχειρησιακής υλοποίησης αφορά και η εκπαίδευση των στελεχών των νοσοκομείων. Το ΚΕΤΕΚΝΥ ανέπτυξε εκπαιδευτικά προγράμματα κωδικοποίησης, τα οποία πραγματοποιούνται σε δημόσια νοσοκομεία, με στόχο την ενίσχυση της ακρίβειας στην ταξινόμηση περιστατικών και τη βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων που εισάγονται στο σύστημα (Makedonika Nea, 2024). Επιπλέον, το πληροφοριακό υποσύστημα έχει επεκταθεί και προς τον ιδιωτικό τομέα, μέσω πιλοτικών εφαρμογών σε ιδιωτικά νοσοκομεία που χρησιμοποιούν τον “Grouper” του ΚΕΤΕΚΝΥ, καταχωρώντας διαγνώσεις και πράξεις με τρόπο συμβατό με το εθνικό σύστημα αποζημίωσης (Iatronet, 2023).

Η σταδιακή ωρίμανση του πληροφοριακού υποσυστήματος DRGs ενισχύει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, καθώς η συγκεντρωμένη καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων επιτρέπει την αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, την πρόληψη στρεβλώσεων στη χρηματοδότηση και τη λήψη τεκμηριωμένων πολιτικών αποφάσεων. Η προώθηση της ψηφιοποίησης και της διαλειτουργικότητας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μεγαλύτερη διαφάνεια, αξιοπιστία και αποδοτικότητα στη διοίκηση των νοσοκομείων, συμβάλλοντας ουσιαστικά στον συνολικό εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος υγείας (Reader, 2025)

2.3 Συγκριτική Ανάλυση DRGs και KEN

Το ελληνικό σύστημα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), το οποίο εφαρμόστηκε το 2012, αποτέλεσε την πρώτη συστηματική και θεσμοθετημένη προσπάθεια εισαγωγής προοπτικής κοστολόγησης στις νοσοκομειακές υπηρεσίες της χώρας (ΥΥΚΑ, 2012). Παρότι το εγχείρημα αυτό υπήρξε σημαντικό βήμα προς τον εκσυγχρονισμό της χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, διαφοροποιείται ουσιαστικά από τα διεθνώς χρησιμοποιούμενα Diagnosis-Related Groups (DRGs). Σε αντίθεση με τα DRGs, τα οποία βασίζονται σε λεπτομερή δεδομένα κατανάλωσης πόρων, κλινικής πολυπλοκότητας και συν-νοσηροτήτων, τα KEN στηρίχθηκαν σε προκαθορισμένες τιμές ανά διάγνωση, χωρίς δυναμική επικαιροποίηση και χωρίς ενσωμάτωση παραγόντων βαρύτητας (Δημογέροντας κ.α., 2017).

Παρά το γεγονός ότι και τα δύο συστήματα στοχεύουν στη διαφάνεια και στην ορθολογική αποζημίωση των νοσοκομείων, η φιλοσοφία και ο βαθμός ωριμότητάς τους διαφέρουν. Τα KEN χαρακτηρίζονται από σταθερό και λιγότερο σύνθετο πλαίσιο εφαρμογής, ενώ τα DRGs αποτελούν ένα εξελιγμένο εργαλείο στρατηγικής διοίκησης, το οποίο επιτρέπει την παρακολούθηση της κλινικής και οικονομικής απόδοσης, την τεκμηριωμένη διαχείριση των πόρων και την ενίσχυση του ελέγχου κόστους (Zanoto et al., 2021, 2020). Επιπλέον, τα DRGs συνδέονται με μηχανισμούς συνεχούς βελτίωσης, καθώς ενσωματώνουν τακτικές αναθεωρήσεις, επικαιροποίηση τιμών και προσαρμογή στις αλλαγές της κλινικής πρακτικής.

Τα πλεονεκτήματα των DRGs εκτείνονται πέραν της ακρίβειας της κοστολόγησης. Περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αποδοτικότητας, τη μείωση των ανεπιθύμητων διαφορών μεταξύ νοσοκομείων και την προώθηση της διαχείρισης βάσει αποτελεσμάτων. Ωστόσο, η εφαρμογή τους συνοδεύεται από σημαντικές προκλήσεις, όπως η πολυπλοκότητα του συστήματος, η ανάγκη εντατικής εκπαίδευσης του προσωπικού και ο κίνδυνος αλλοίωσης των κωδικοποιήσεων (up-coding) με σκοπό τη βελτίωση των αποζημιώσεων (Waitzberg et al, 2021).

Σε διεθνές επίπεδο, τα DRGs εφαρμόζονται για περισσότερο από πέντε δεκαετίες και έχουν καθιερωθεί ως ένα από τα αποτελεσματικότερα συστήματα χρηματοδότησης

νοσοκομείων παγκοσμίως. Από τη δεκαετία του 1980 αποτελούν τον βασικό μηχανισμό προοπτικής αποζημίωσης (prospective payment) και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της αποδοτικότητας, του ελέγχου της δαπάνης και της συγκρισιμότητας μεταξύ νοσοκομείων (Busse, Geissler & Quentin, 2011). Σήμερα θεωρούνται διεθνές σημείο αναφοράς για την ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων νοσοκομειακής περίθαλψης, με εκτεταμένη τεκμηρίωση των ωφελειών τους στο πλαίσιο των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Η ευρεία διάδοση των DRGs οφείλεται κυρίως στην ικανότητά τους να αποτυπώνουν με συστηματικό τρόπο τη δομή και τη σύνθεση των περιστατικών νοσηλείας ενός νοσοκομείου, να επιτρέπουν τη διαχρονική και γεωγραφική σύγκριση των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων και να υποστηρίζουν τη διαμόρφωση τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας. Παράλληλα, διευκολύνουν την αξιολόγηση βασικών δεικτών, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, συμβάλλοντας έτσι στην αποτίμηση της ποιότητας και, τελικώς, στον ορθολογικό σχεδιασμό της χρηματοδότησης και της κατανομής των πόρων.(Ηλιάκη,2016)

Στην ελληνική πραγματικότητα, η μετάβαση από τα KEN στο σύστημα DRGs αναμένεται να ενισχύσει τη βιωσιμότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, ευθυγραμμίζοντας παράλληλα τη χώρα με τις διεθνείς πρακτικές χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Ιδιαίτερα πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα υπήρξε η ενοποίηση, ψηφιοποίηση και συστηματική διαχείριση της πληροφορίας που αφορά τη νοσοκομειακή δαπάνη, καθώς η διαμόρφωση ενιαίας και αξιόπιστης βάσης δεδομένων αποτέλεσε κρίσιμο προαπαιτούμενο για την αποτελεσματική εφαρμογή των DRGs. Η παρέμβαση αυτή συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας και ακρίβειας των δεδομένων, ενίσχυσε τη διαφάνεια και υποστήριξε την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων στον χώρο της υγείας (KETEKNY, 2023).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία έρευνας

3.1. Τύπος έρευνας

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στο πλαίσιο της ποσοτικής, αναδρομικής και συγκριτικής έρευνας και έχει ως αντικείμενο την αξιολόγηση και σύγκριση δύο διαφορετικών συστημάτων αποζημίωσης νοσοκομειακών νοσηλείων: του ελληνικού συστήματος Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN) και του συστήματος Diagnosis-Related Groups (DRGs). Η έρευνα είναι αναδρομική, καθώς βασίζεται στην ανάλυση ήδη πραγματοποιημένων νοσηλείων, και συγκριτική, δεδομένου ότι εξετάζει τις διαφορές μεταξύ δύο διακριτών περιόδων εφαρμογής διαφορετικών συστημάτων αποζημίωσης. Η μεθοδολογική προσέγγιση είναι ποσοτική, καθώς αξιοποιούνται αριθμητικά δεδομένα και στατιστικοί δείκτες για τη μέτρηση και σύγκριση βασικών παραμέτρων της νοσοκομειακής λειτουργίας. Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι πρωτογενή ως προς την πηγή (νοσοκομείο), αλλά δευτερογενή ως προς τον ερευνητή και περιλαμβάνουν πληροφορίες διοικητικής, κλινικής και οικονομικής φύσεως, όπως η διάγνωση σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10, η διάρκεια νοσηλείας και το ύψος της αποζημίωσης.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο συστημάτων ως προς την αποδοτικότητα της νοσηλείας, το επίπεδο και τη διάρθρωση της οικονομικής αποζημίωσης, καθώς και τον βαθμό στον οποίο αποτυπώνεται η κλινική βαρύτητα και πολυπλοκότητα των νοσηλευόμενων περιστατικών.

3.2. Πηγές δεδομένων

Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από τη βάση δεδομένων του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο» και αφορούν πραγματικές νοσηλείες ασθενών. Συγκεκριμένα, αξιοποιούνται ανωνυμοποιημένα στοιχεία νοσηλείων, τα οποία περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση (ICD-10), τη διάρκεια νοσηλείας, το σύστημα αποζημίωσης (KEN ή DRGs), καθώς και τα αντίστοιχα ποσά αποζημίωσης. Τα δεδομένα αντλήθηκαν μετά από έγκριση της Διοίκησης και χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για τον σκοπό της παρούσας εργασίας.

3.3. Περίοδος αναφοράς

Η ανάλυση βασίζεται σε δύο διακριτές χρονικές περιόδους. Η πρώτη αφορά το έτος 2023, κατά το οποίο οι νοσηλείες αποζημιώνονταν αποκλειστικά με βάση το σύστημα KEN, ενώ η δεύτερη αφορά το έτος 2025, κατά το οποίο εφαρμόστηκε το σύστημα DRGs. Δεν επιλέχτηκε το έτος 2024 καθώς ήταν μεταβατικό διάστημα με μερική εφαρμογή του συστήματος DRGs παράλληλα με το σύστημα KEN και τα στοιχεία του έτους 2024 δεν θα ήταν συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα του 2023.

3.4. Μεταβλητές και δείκτες ανάλυσης

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες μεταβλητές και δείκτες, οι οποίοι επιτρέπουν τη συστηματική σύγκριση των δύο συστημάτων αποζημίωσης.

Κύριες μεταβλητές της ανάλυσης είναι:

- Το σύστημα αποζημίωσης (KEN ή DRGs)
- Η κύρια διάγνωση νοσηλείας, σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση ICD-10
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας, στο σύνολο του έτους, εκφρασμένη σε ημέρες
- Ο αριθμός των ημερών νοσηλείας, στο σύνολο του έτους
- Ο αριθμός των νοσηλευθέντων
- Η αποζημίωση ανά νοσηλεία
- Η μέση αποζημίωση ανά KEN ή DRGs
- Η διάμεσος αποζημίωσης για τα DRGs
- Η κατηγοριοποίηση βαρύτητας περιστατικού (όπου αυτή είναι διαθέσιμη)

Οι δείκτες αυτοί επιτρέπουν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας, της οικονομικής διάστασης και της ικανότητας κάθε συστήματος να αποτυπώνει τη βαρύτητα και την πολυπλοκότητα των νοσηλευόμενων περιστατικών.

3.5. Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας

Αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η αξιολόγηση της εφαρμογής του συστήματος DRGs στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο» και η σύγκρισή του με το προγενέστερο σύστημα KEN. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η μετάβαση στο σύστημα DRGs συνέβαλε στη βελτίωση της

αποδοτικότητας, της ακρίβειας στην αποζημίωση και της διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων, σε σύγκριση με το σύστημα KEN.

3.6. Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση το αντικείμενο και τον σκοπό της έρευνας της παρούσας διπλωματικής, διατυπώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Υπάρχουν διαφορές στη μέση διάρκεια νοσηλείας μεταξύ της περιόδου εφαρμογής των KEN και της περιόδου εφαρμογής των DRGs;
- Διαφέρει η μέση αποζημίωση ανά νοσηλεία και ανά ICD-10 διάγνωση μεταξύ των δύο συστημάτων;
- Αποτυπώνει το σύστημα DRGs με μεγαλύτερη ακρίβεια τη βαρύτητα των περιστατικών σε σύγκριση με το σύστημα KEN;
- Το σύστημα DRGs σχετίζεται με αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων μια και το νοσοκομείο αποζημιώνεται ανάλογα με τη βαρύτητα των περιστατικών;
- Τα δεδομένα που συλλέγονται μέσω των DRGs μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υγείας και για την προληπτική αντιμετώπιση ασθενειών;
- Με ποιο σύστημα αποτυπώνεται καλύτερα το παραγόμενο έργο του Νοσοκομείου;

3.7. Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences). Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση με σκοπό την αποτύπωση της γενικής εικόνας των νοσηλείων, ως προς τον αριθμό των περιστατικών, τη διάρκεια νοσηλείας και την κατανομή τους ανά τομέα και κλινική. Στη συνέχεια, διενεργήθηκαν συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ της περιόδου εφαρμογής του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) και της περιόδου εφαρμογής των DRGs, με την εφαρμογή t-tests.

Από την παρούσα μελέτη εξαιρέθηκαν η Ψυχιατρική Κλινική και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Η εξαίρεση αυτή κρίθηκε αναγκαία, καθώς τα ψυχιατρικά περιστατικά δεν εντάσσονται στο σύστημα των Diagnosis-Related Groups (DRGs),

ενώ οι συνεδρίες αιμοκάθαρσης αποζημιώνονται βάσει διαφορετικού μηχανισμού χρηματοδότησης. Ως εκ τούτου, η συμπερίληψή τους δεν θα παρείχε ουσιαστική προστιθέμενη αξία ούτε θα επέτρεπε συγκρίσιμη και μεθοδολογικά συνεπή ανάλυση στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας.

Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά το έτος 2023 ίσχυαν ακόμη μέτρα που σχετίζονταν με την πανδημία COVID-19, γεγονός που επηρέαζε τη δομή και τη λειτουργία του νοσοκομείου. Ειδικότερα, κατά την περίοδο αυτή λειτουργούσαν ειδικές κλινικές ή τμήματα (όπως Παθολογική COVID-19, Παιδιατρική COVID-19 κ.ά.), οι οποίες συστάθηκαν αποκλειστικά για την αντιμετώπιση των αναγκών της πανδημίας. Οι εν λόγω κλινικές δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα ανάλυση, καθώς η λειτουργία τους αναστάλη μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων και δεν υφίστανται κατά το μεταγενέστερο έτος αναφοράς. Ως εκ τούτου, η ανάλυση επικεντρώνεται στις κλινικές με σταθερή και διαχρονικά συγκρίσιμη λειτουργία, προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων.

Για την σύγκριση των βασικών δεικτών νοσοκομειακής λειτουργίας πραγματοποιήθηκε έλεγχος Paired Samples T-Test (έλεγχος t κατά ζεύγη), καθώς το δείγμα αποτελείται από τις ίδιες 19 κλινικές σε δύο διαφορετικά χρονικά έτη. Επιπροσθέτως, διενεργήθηκε και ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon Signed Ranks Test για επιβεβαίωση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων λόγω του μεγέθους του δείγματος (N=19).

Η σταθερότητα των ICD-10 κωδικών εισόδου και εξόδου μεταξύ των ετών 2023 και 2025 εκτιμήθηκε με τον δείκτη Jaccard. Η ανάλυση περιορίστηκε στους δέκα συχνότερα εμφανιζόμενους ICD-10 κωδικούς, οι οποίοι προσδιορίστηκαν με βάση τη συχνότητα εμφάνισης των διαγνώσεων σε κάθε κλινική (και στο σύνολο του νοσοκομείου) ανά έτος. Ο δείκτης ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των κοινών ICD-10 κωδικών που καταγράφηκαν κατά τα έτη 2023 και 2025 προς το σύνολο των μοναδικών ICD-10 κωδικών που εμφανίστηκαν στα δύο έτη (ένωση). Ο δείκτης αποτυπώνει τη σταθερότητα της κατάταξης/σύνθεσης των συχνότερων διαγνώσεων και πραγματοποιήθηκε τόσο για το σύνολο των δεδομένων όσο και σε επίπεδο κλινικής.

Η επιλογή του δείκτη σταθερότητας τύπου Jaccard κρίθηκε καταλληλότερη, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση της διαχρονικής ομοιότητας του συνολικού προφίλ των ICD-10 διαγνώσεων, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των καταγεγραμμένων διαγνώσεων και όχι μόνο τις συχνότερες. Με τον τρόπο αυτό, ο δείκτης αντανakλά πληρέστερα μεταβολές στο case-mix των νοσηλευθέντων και μειώνει τον κίνδυνο μεροληψίας που ενδέχεται να προκύψει από την αποκλειστική ανάλυση περιορισμένου αριθμού διαγνώσεων (π.χ. Top-10).

Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα κατάλληλη στο πλαίσιο της μετάβασης από το σύστημα ΚΕΝ στα DRGs, όπου οι μεταβολές στο προφίλ των διαγνώσεων δύνανται να επηρεάσουν άμεσα την κατηγοριοποίηση και την αποζημίωση των νοσηλείων.

3.8. Ηθικά ζητήματα και προστασία δεδομένων

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σεβασμό στις αρχές της δεοντολογίας της έρευνας και της προστασίας προσωπικών δεδομένων. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πλήρως ανωνυμοποιημένα και δεν περιλάμβαναν στοιχεία ταυτοποίησης των ασθενών. Η πρόσβαση στα δεδομένα εγκρίθηκε από τη Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο», ενώ η επεξεργασία τους πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Η μελέτη συμμορφώνεται με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και με τις αρχές της καλής επιστημονικής πρακτικής, διασφαλίζοντας την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια και τη νόμιμη χρήση των πληροφοριών.

3.9. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, αφορά δεδομένα ενός μόνο νοσοκομείου, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο του ελληνικού συστήματος υγείας. Δεύτερον, η σύγκριση μεταξύ δύο διαδοχικών χρονικών περιόδων ενδέχεται να επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες, όπως οργανωτικές αλλαγές, μεταβολές στο προφίλ των ασθενών ή διαφοροποιήσεις στην κλινική πρακτική, ανεξάρτητα από το σύστημα αποζημίωσης.

Επιπλέον, η ποιότητα των αποτελεσμάτων εξαρτάται από την ακρίβεια της κωδικοποίησης ICD-10 και της καταχώρισης των δεδομένων στα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου. Τέλος, η μελέτη δεν περιλαμβάνει άμεση εκτίμηση του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό, αλλά βασίζεται στις τιμές αποζημίωσης, οι οποίες ενδέχεται να αποκλίνουν από το πραγματικό κόστος παροχής υπηρεσιών.

3.10. Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Για την ενίσχυση της αξιοπιστίας της μελέτης, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι πληρότητας και συνέπειας των δεδομένων πριν την ανάλυση, με στόχο τον εντοπισμό ελλειπών, ακραίων ή μη ρεαλιστικών τιμών. Η εγκυρότητα των μεταβλητών διασφαλίζεται μέσω της χρήσης τυποποιημένων ταξινομήσεων, όπως η ICD-10 για τις διαγνώσεις και τα επίσημα συστήματα KEN και DRGs για την αποζημίωση των νοσηλείων.

Η συγκριτική ανάλυση βασίζεται στη χρήση αντίστοιχων χρονικών περιόδων των δύο ετών, προκειμένου να περιοριστεί η επίδραση εποχικών διακυμάνσεων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και στη νοσοκομειακή λειτουργία. Παράλληλα, η σύγκριση πραγματοποιείται μεταξύ ομοειδών ομάδων περιστατικών και κλινικών, γεγονός που ενισχύει τη συγκρισιμότητα των δεδομένων και μειώνει τον κίνδυνο συστηματικών αποκλίσεων που δεν σχετίζονται με το σύστημα αποζημίωσης. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνεται η εσωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων και ενισχύεται η δυνατότητα απόδοσης των παρατηρούμενων διαφορών στη μετάβαση από το σύστημα KEN στο σύστημα DRGs και όχι σε εξωγενείς παράγοντες.

4. Αποτελέσματα

4.1. Περιγραφή του Γ.Ν.Μ. “Βοστάνειο”

Το Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου. Έδρα του Γ.Ν. Μυτιλήνης “ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ” είναι η Μυτιλήνη, πρωτεύουσα του ακριτικού νησιού της Λέσβου, με πληθυσμό 33.000 περίπου κατοίκους. Η Λέσβος, που βρίσκεται στην περιοχή του βορειοανατολικού Αιγαίου, κοντά στις τουρκικές ακτές, είναι το τρίτο σε μέγεθος ελληνικό νησί μετά την Κρήτη και την Εύβοια και έχει πληθυσμό 84.000 κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή του 2021, ο οποίος διπλασιάζεται κατά τους θερινούς μήνες.

Το μοναδικό νοσοκομείο του νομού παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στην περιοχή ευθύνης του. Ειδικά την περίοδο από το 2015 μέχρι και σήμερα το νοσοκομείο επιβαρύνεται με τη συνεχιζόμενη ροή μεταναστών – προσφύγων, στους οποίους παρέχονται υπηρεσίες υγείας τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία (επείγοντα και τακτικά) όσο και νοσηλεία.

Το ΦΕΚ 5050/Β/27.09.2022 περιλαμβάνει την τελευταία τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου. Σε αυτό ορίζονται τόσο οι κλίνες σε 299 όσο και η διάρθρωση υπηρεσιών και τμημάτων του νοσοκομείου (π.χ. Παθολογικός Τομέας, Χειρουργικός Τομέας, Ψυχιατρικός, κ.λπ.).

4.2. Ανάλυση ΜΔΝ, ημέρες νοσηλείας και νοσηλευθέντες

Στην ανάλυση που ακολουθεί και αφορά στους βασικούς δείκτες νοσηλευτικής δραστηριότητας (ΜΔΝ, ημέρες νοσηλείας και νοσηλευθέντες) χρησιμοποιήθηκαν τα δελτία κίνησης των ετών 2023 και 2025 του Νοσοκομείου.

Η στατιστική ανάλυση των βασικών δεικτών νοσοκομειακής δραστηριότητας, και συγκεκριμένα της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ), του αριθμού των νοσηλευθέντων και των συνολικών ημερών νοσηλείας, μεταξύ της περιόδου εφαρμογής του συστήματος KEN (2023) και της περιόδου εφαρμογής του συστήματος DRGs (2025) έγινε με την μέθοδο Paired Samples T-Test. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. Η ανάλυση δεν ανέδειξε

στατιστικά σημαντικές διαφορές, στους εξεταζόμενους δείκτες μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων στην γενική εικόνα του Νοσοκομείου όπως φαίνεται και από τον συγκριτικό Πίνακα 5 αποτελεσμάτων, αν και διακρίνεται μια γενική αυξητική τάση στην νοσηλευτική δραστηριότητα.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης δεικτών

Δείκτης	Μέσος Όρος 2023	Μέσος Όρος 2025	Διαφορά	t-value	p-value (Sig.)	Συμπέρασμα
Ημέρες Νοσηλείας	2723.95	2842.53	+118.58	-1.369	0.188	Μη Σημαντική
Νοσηλευθέντες	792.89	811.58	+18.69	-0.607	0.552	Μη Σημαντική
Μέση Διάρκεια (ΜΔΝ)	4.09	4.58	+0.49	-1.959	0.066*	Μη Σημαντική (Οριακή)

Οι διαφορές αυτές αποτυπώνονται αναλυτικά στον Πίνακα 6 όπου παρουσιάζεται η κίνηση ανά τομέα συνολικά, με διακριτή απεικόνιση των επιμέρους μονάδων.

Πίνακας 6: Βασικοί δείκτες νοσηλευτικής δραστηριότητας ανά τομέα

Τομέας	Ημέρες Νοσηλείας 2025	Ημέρες Νοσηλείας 2023	Μεταβολή Ημερών Νοσηλείας (2025-2023)	Ποσοστό μεταβολής %	Νοσηλευθ. 2025	Νοσηλευθ. 2023	Μεταβολή Νοσηλευθ. (2025-2023)	% Μεταβολή Νοσηλευθ.	ΜΔΝ 2025	ΜΔΝ 2023	Μεταβολή ΜΔΝ (2025-2023)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	29780	28409	1371	4,83%	10480	10314	166	1,61%	2,84	2,75	0,09
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	20108	19400	708	3,65%	6612	6939	-327	-4,71%	3,04	2,80	0,25
ΜΟΝΑΔΕΣ	4120	3930	190	4,83%	1534	1595	-61	-3,82%	2,69	2,46	0,22

Τα αποτελέσματα του Πίνακα 6 καταδεικνύουν τάση αύξησης των ημερών νοσηλείας και στους τρεις τομείς το 2025 σε σύγκριση με το 2023 με ανάλογη τάση αύξησης και στην ΜΔΝ. Αντίθετα, ο αριθμός των νοσηλευθέντων μειώνεται τόσο τον χειρουργικό τομέα όσο και τις μονάδες γεγονός που ενδεχομένως υποδηλώνει ότι η αυξημένη νοσηλευτική δραστηριότητα δεν οφείλεται σε μεγαλύτερο όγκο περιστατικών αλλά σε μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής. Η εικόνα αυτή επιβεβαιώνεται από τη θετική μεταβολή της μέσης διάρκειας νοσηλείας, ελαφρώς στον Παθολογικό Τομέα (+0,09), ενώ αυξάνεται τόσο στον Χειρουργικό Τομέα (+0,25) όσο και στις Μονάδες (+0,22), στοιχείο που πιθανόν αντανακλά αυξημένη κλινική βαρύτητα ή μεγαλύτερες απαιτήσεις φροντίδας στα αντίστοιχα περιστατικά.

Ακολούθως, διενεργήθηκε ανάλυση των κύριων δεικτών σε επίπεδο κλινικής, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνονται στον επόμενο Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Σύγκριση Β.Δ.Ν.Δ. μεταξύ 2023 (KEN) και 2025 (DRGs)

Τομείς	Κλινική	Ημέρες Νοσηλείας 2025	Ημέρες Νοσηλείας 2023	Μεταβολή Ημερών Νοσηλείας (2025-2023)	Ποσοστό μεταβολής %	Νοσηλευθ. 2025	Νοσηλευθ. 2023	Μεταβολή Νοσηλευθ. (2025-2023)	% Μεταβολή Νοσηλευθ.	ΜΑΝ 2025	ΜΑΝ 2023	Μεταβολή ΜΑΝ (2025-2023)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	2313	2572	-259	-10,07%	391	437	-46	-10,53%	5,92	5,89	0,03
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	2563	2288	275	12,02%	948	830	118	14,22%	2,7	2,76	-0,06
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	2040	2238	-198	-8,85%	1008	1007	1	0,10%	2,02	2,22	-0,20
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	32	237	-205	-86,50%	14	142	-128	-90,14%	2,29	1,67	0,62
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	18224	18947	-723	-3,82%	3577	5774	-2197	-38,05%	5,09	3,28	1,81
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	4608	2127	2481	116,64%	4542	2124	2418	113,84%	1,01	1	0,01
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΒΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ	0	16	-16	-100,00%	0	8	-8	-100,00%	0	2	-2,00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	3497	3855	-358	-9,29%	1276	1382	-106	-7,67%	2,74	2,79	-0,05
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	Ω.Ρ.Λ.	1337	1354	-17	-1,26%	434	449	-15	-3,34%	3,08	3,02	0,06
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1098	1067	31	2,91%	1063	1037	26	2,51%	1,03	1,03	0,00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	5642	4422	1220	27,59%	1659	1802	-143	-7,94%	3,4	2,45	0,95
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	3910	3539	371	10,48%	970	850	120	14,12%	4,03	4,16	-0,13
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2036	2072	-36	-1,74%	650	672	-22	-3,27%	3,13	3,08	0,05
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	2588	3091	-503	-16,27%	560	747	-187	-25,03%	4,62	4,14	0,48
ΜΟΝΑΔΑ	ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	1027	864	163	18,87%	330	336	-6	-1,79%	3,11	2,57	0,54
ΜΟΝΑΔΑ	ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1243	1301	-58	-4,46%	112	108	4	3,70%	11,1	12,05	-0,95
ΜΟΝΑΔΑ	Μ.Μ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	907	1002	-95	-9,48%	904	1002	-98	-9,78%	1	1	0,00
ΜΟΝΑΔΑ	ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	595	577	18	3,12%	96	93	3	3,23%	6,2	6,2	0,00
ΜΟΝΑΔΑ	ΝΕΟΓΝΑ	348	186	162	87,10%	92	56	36	64,29%	3,78	3,32	0,46

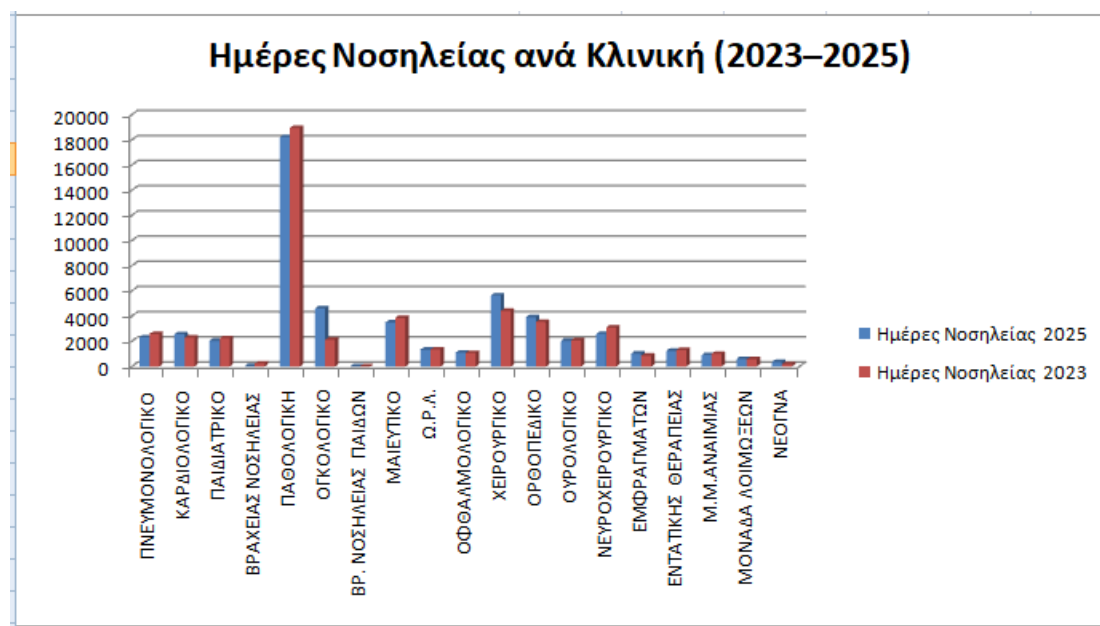
Αν και στην στατιστική ανάλυση των δεικτών που προηγήθηκε όπως και στην ανάλυση ανά τομέα γενικά φαίνεται μια αυξητική τάση στους νοσηλευτικούς δείκτες τα αποτελέσματα του Πίνακα 7 αναδεικνύουν σημαντική ετερογένεια στη μεταβολή της νοσοκομειακής δραστηριότητας μεταξύ 2023 και 2025, εξειδικεύοντας τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης και της ανάλυσης ανά τομέα. Σε ορισμένες κλινικές παρατηρείται αύξηση των ημερών νοσηλείας παρά τη μείωση ή οριακή μεταβολή του αριθμού των νοσηλευθέντων, γεγονός που οδηγεί σε άνοδο της μέσης διάρκειας νοσηλείας και υποδηλώνει μεγαλύτερη βαρύτητα περιστατικών ή αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Αντίθετα, άλλες κλινικές εμφανίζουν μείωση τόσο της δραστηριότητας όσο και της ΜΔΝ, στοιχείο που μπορεί να συνδέεται με βελτιωμένη ροή ασθενών ή μεταβολές στο είδος των εισαγωγών. Συνολικά, η ανάλυση σε επίπεδο κλινικών καταδεικνύει ότι οι μεταβολές που παρατηρούνται σε γενικό επίπεδο δεν είναι ομοιόμορφες, αλλά προκύπτουν από διαφορετικές τάσεις και λειτουργικές δυναμικές εντός των επιμέρους κλινικών.

Πιο συγκεκριμένα, παραδείγματα κλινικών που ενισχύουν τα παραπάνω ευρήματα είναι εμφανή στον Πίνακα 7. Η Παθολογική Κλινική παρουσιάζει μείωση του αριθμού των νοσηλευθέντων, σε συνδυασμό όμως με αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, υποδηλώνοντας μετατόπιση προς βαρύτερα ή πιο σύνθετα περιστατικά. Αντίστοιχα, στη Χειρουργική Κλινική παρατηρείται αύξηση των ημερών νοσηλείας παρά τη μείωση των νοσηλευθέντων, τάση που οδηγεί σε αισθητή αύξηση της ΜΔΝ και ενδέχεται να σχετίζεται με πιο απαιτητικές επεμβάσεις ή μεγαλύτερους χρόνους

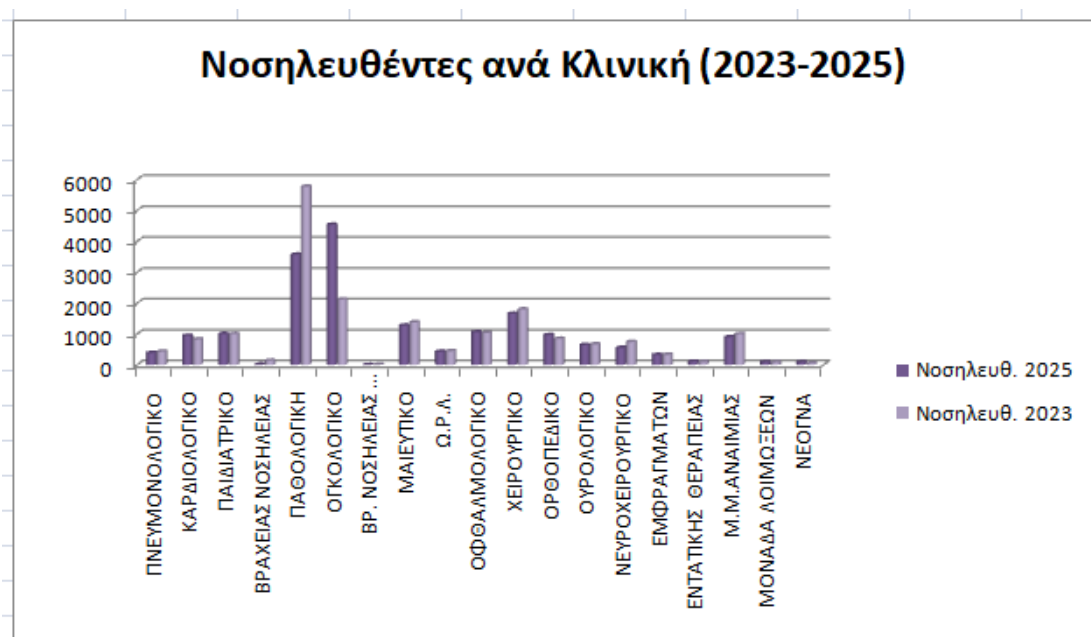
αποκατάστασης. Αντίθετα, η Καρδιολογική Κλινική εμφανίζει αύξηση τόσο των ημερών νοσηλείας όσο και των νοσηλευθέντων, με σχετικά σταθερή ή ελαφρώς μειωμένη ΜΔΝ, στοιχείο που υποδηλώνει αυξημένο όγκο περιστατικών χωρίς αντίστοιχη επιβάρυνση της διάρκειας νοσηλείας. Τέλος, κλινικές όπως η Ογκολογική καταγράφουν έντονη αύξηση και στους τρεις δείκτες, γεγονός που αντανακλά σαφή ενίσχυση της δραστηριότητας και αυξημένες ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας. Οι παραπάνω κλινικές αποτελούν τους κύριους άξονες μεταβολής της δραστηριότητας του νοσοκομείου για τη διετία 2023-2025.

Οι βασικοί δείκτες παρουσιάζονται παρακάτω σε ξεχωριστά διαγράμματα, λόγω των διαφορετικών κλιμάκων μέτρησης, ώστε να διασφαλίζεται η σαφήνεια και η ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων και αποτυπώνεται πιο γραφικά η εικόνα που περιγράφεται μέχρι στιγμής.

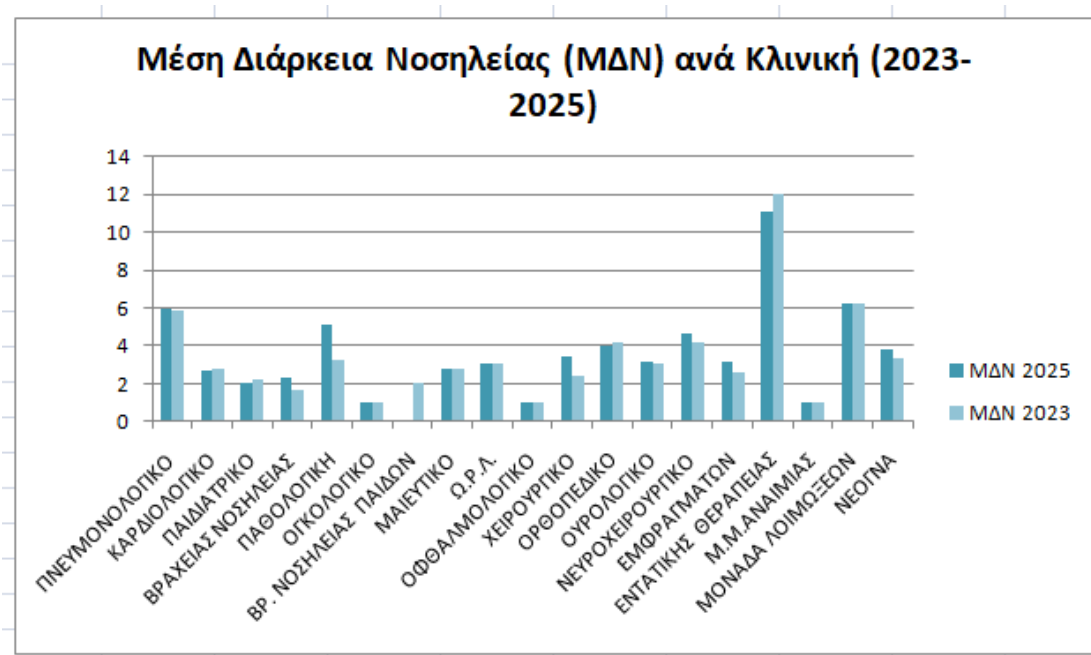
Γράφημα 1: Ημέρες Νοσηλείας ανά Κλινική (2023–2025)



Γράφημα 2: Νοσηλευθέντες ανά Κλινική (2023-2025)



Γράφημα 3: Μέση διάρκεια Νοσηλείας ανά κλινική (2023-2025)



Η ανάλυση των βασικών δεικτών νοσοκομειακής λειτουργίας παρέχει μια συνολική εικόνα της δραστηριότητας και της αποδοτικότητας των κλινικών, αποτυπώνοντας τάσεις στη χρήση πόρων, τη διάρκεια νοσηλείας και τον όγκο των νοσηλευθέντων. Ωστόσο, οι δείκτες αυτοί περιγράφουν το «πώς» λειτουργεί το νοσοκομείο, χωρίς να φωτίζουν επαρκώς το «γιατί» παρατηρούνται οι συγκεκριμένες διαφοροποιήσεις

Ζαφειρίου Μαριάνθη Διπλωματική εργασία Σελίδα 55 από 105

μεταξύ κλινικών και χρονικών περιόδων. Για την πληρέστερη κατανόηση των ευρημάτων, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση του κλινικού προφίλ των ασθενών. Σε αυτό το πλαίσιο, η επόμενη ενότητα εστιάζει στην ανάλυση των διαγνώσεων εισόδου και εξόδου, με στόχο τη συσχέτισή τους με τα πρότυπα νοσηλείας και τους βασικούς δείκτες που προηγήθηκαν.

4.3. Ανάλυση διαγνώσεων ICD-10

Η ανάλυση των κύριων διαγνώσεων ICD-10 ανά κλινική πραγματοποιήθηκε σε περιγραφικό επίπεδο, με στόχο τη σύγκριση της κατανομής των νοσηλείων μεταξύ των ετών 2023 και 2025. Η σύγκριση επικεντρώθηκε στις 10 συχνότερες διαγνώσεις εισόδου ανά κλινική, προκειμένου να αποτυπωθούν ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις στο προφίλ νοσηρότητας κάθε κλινικής και να εντοπιστούν τυχόν διαφοροποιήσεις μετά τη μετάβαση από το σύστημα ΚΕΝ στο σύστημα DRGs.

Προκειμένου να αναδειχτεί η διαφορετικότητα ή όχι στο προφίλ των κλινικών υπολογίστηκε ο δείκτης σταθερότητας του νοσοκομείου, με βάση την μετρική jaccard ανάμεσα στα δύο έτη:

$$\text{Δείκτης Σταθερότητας} = \frac{\text{Αριθμός κοινών ICD-10 μεταξύ 2023 και 2025}}{\text{Σύνολο μοναδικών ICD-10 των δύο ετών}} \cong 0,51$$

Ο δείκτης σταθερότητας των διαγνώσεων εισόδου μεταξύ των ετών 2023 και 2025 ανέρχεται σε 0,51, γεγονός που υποδηλώνει μέτριο βαθμό διαχρονικής συνέχειας στο προφίλ των ICD-10 διαγνώσεων εισόδου. Περίπου οι μισές από τις συχνότερες διαγνώσεις καταγράφονται και στα δύο έτη, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αντανakλά μεταβολές στη σύνθεση των περιστατικών. Η παρατηρούμενη διαφοροποίηση δύναται να σχετίζεται τόσο με αλλαγές στις υγειονομικές συνθήκες (π.χ. άρση των περιορισμών της πανδημίας COVID-19) όσο και με μεταβολές στη λειτουργία των κλινικών και στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Ανάλογη ανάλυση πραγματοποιήθηκε και για τις διαγνώσεις εξόδου. Η διάγνωση εξόδου θεωρείται κλινικά και διοικητικά σημαντικότερη σε σχέση με τη διάγνωση εισόδου, καθώς αποτυπώνει την τελική κλινική κατάσταση του ασθενούς μετά από παραμονή στο νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια της οποίας πραγματοποιήθηκαν διαγνωστικές εξετάσεις και χορηγήθηκε θεραπευτική αγωγή. Επιπροσθέτως, η κύρια διάγνωση εξόδου συνιστά το θεμελιώδες κριτήριο για τον προσδιορισμό της

αποζημίωσης των νοσηλειών από τους ασφαλιστικούς φορείς. Η ανάλυση που παρατίθεται βασίστηκε στην επεξεργασία 18.184 εξιτηρίων για το έτος 2023 και 17.971 για το έτος 2025.

Στον παρακάτω Πίνακα 8 καταγράφονται οι 3 πρώτες με βάση το ποσοστό εμφάνισης.

Πίνακας 8: Επικρατέστερες διαγνώσεις ICD-10 εξόδου (2023-2025)

	2023			2025		
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΨΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	S00 Επιτολής τραυματισμός της κεφαλής	9	8,82	C56 Κακόηθες νεόπλασμα της ωοθήκης	1	9,09
	R10 Κολικός και πελvikός πόνος	7	6,86	D50.0 Σιδηροπενική αναμία που οφείλεται σε από	1	9,09
	V29 Μотоκυκλετιστής που τραυματίζεται σε άλλα και μη κα	6	5,88	D50.8 Άλλες σιδηροπενικές αναμίες	1	9,09
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	I21 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	32	19,63	I48.0 Κολπική μαρμαρυγή, παροξυσμική	30	15,38
	I48 Κολπική μαρμαρυγή και πτερυγισμός	26	15,95	I25.0 Αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος	19	9,74
	I25 Χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια	17	10,43	I44.2 Κολποκοιλιακός αποκλεισμός, τρίτου βαθμού	18	9,23
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	R57.8 Άλλη καταπληξία [shock]	9	18,37	R57.2 Σηπτική καταπληξία[shock]	12	28,57
	I46 Καρδιακή ανακοπή	3	6,12	R57.0 Καρδιογενής καταπληξία [shock]	3	7,14
	J96.0 Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια	3	6,12	I46.0 Καρδιακή ανακοπή με επιτυχή ανάνηψη	2	4,76
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	I25 Χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια	145	19,15	I50.9 Καρδιακή ανεπάρκεια, μη καθορισμένη	109	12,50
	I48 Κολπική μαρμαρυγή και πτερυγισμός	133	17,57	I25.0 Αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος	108	12,39
	I50 Καρδιακή ανεπάρκεια	117	15,46	I48.0 Κολπική μαρμαρυγή, παροξυσμική	105	12,04
M.M.ANAIMΙΑΣ	D56.1 Βήτα (β) θαλασσαιμία [β-μεσογειακή αναμία]	931	92,91	D56.1 Βήτα (β) θαλασσαιμία [β-μεσογειακή αναμ	835	92,37
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	O82 Τοκετός ενός εμβρύου με καισαρική τομή [sectio caesa	131	9,56	O82 Τοκετός ενός εμβρύου με καισαρική τομή [sectio	244	19,32
	Z37 Έκβαση τοκετού	113	8,25	O80 Φυσιολογικός τοκετός ενός νεογνού	194	15,36
	O02.1 Παλινδρομη κύηση	98	7,15	O02.1 Παλινδρομη κύηση	101	8,00
ΜΟΝ. ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	U07.1 COVID-19, ως επιβεβαιωμένος	31	46,27	J22 Οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού	14	18,67
	B34.2 Λοίμωξη από κορονοϊούς μη καθορισμένης εντόπισ	5	7,46	J09 Γρίπη που οφείλεται σε καθορισμένο, επιβεβα	10	13,33
	J22 Οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού, μη καθο	4	5,97	N39.0 Λοίμωξη του ουροποιητικού, μη καθορισμέ	6	8,00
ΝΕΟΓΝΑ	P22 Αναπνευστική δυσχέρεια του νεογνού	16	29,09	P22.1 Παροδική ταχύπνοια του νεογνού	17	18,48
	P07.3 Άλλα πρόωρα βρέφη	7	12,73	P59.9 Νεογνικός ίκτερος, μη καθορισμένος	14	15,22
	P59.9 Νεογνικός ίκτερος, μη καθορισμένος	7	12,73	P22 Αναπνευστική δυσχέρεια του νεογνού	13	14,13
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	M54.4 Οσφυοίσχιαλγία	201	28,03	M54.4 Οσφυοίσχιαλγία	135	25,52
	M48.0 Σπονδυλική στένωση	108	15,06	G56.0 Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	55	10,40
	G56.0 Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	102	14,23	G56.2 Βλάβη του ωλένιου νεύρου	49	9,26
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	D50 Αναμία από ανεπάρκεια σιδήρου	330	15,55	D50.9 Σιδηροπενική αναμία, μη καθορισμένη	449	9,89
	C34 Κακόηθες νεόπλασμα βρόγχου και πνεύμονα	265	12,49	C90.00 Πολλαπλούν μυελωμα: Χωρίς να αναφέρε	440	9,69
	C50 Κακόηθες νεόπλασμα του μαστού	258	12,16	C34.9 Κακόηθες νεόπλασμα: Βρόγχου ή πνεύμονα	286	6,30
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	S72.1 Περιτροchantήριο κάταγμα	100	11,98	M75.1 Σύνδρομο του τενόντιου πετάλου του ώμου	77	8,03
	S72.0 Κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού	48	5,75	M17.9 Εκφυλιστική αρθρίτιδα του γόνατος, μη καθο	70	7,30
	M17.9 Εκφυλιστική αρθρίτιδα του γόνατος, μη καθορισμένη	38	4,55	S72.10 Κάταγμα μηριαίου οστού: Τροchanτήρα, μη	69	7,19
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	N47 Υπερτροφία πόσθης, φήμωση και παραφίμωση	84	12,63	N20.1 Λίθος του ουρητήρα	91	14,22
	N40 Υπερπλασία του προστάτη	77	11,58	N40 Υπερπλασία του προστάτη	70	10,94
	C67 Κακόηθες νεόπλασμα της ουροδόχου κύστης	58	8,72	N47 Υπερτροφία πόσθης, φήμωση και παραφίμωσ	70	10,94
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	H25.0 Γεροντικός αργόμονος καταρράκτης	568	54,77	H25.0 Γεροντικός αργόμονος καταρράκτης	654	61,52
	H35.3 Εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και του οπισθίου πόλο	198	19,09	H35.3 Εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και του οπισθ	255	23,99
	H25.9 Γεροντικός καταρράκτης, μη καθορισμένος	189	18,23	H25.9 Γεροντικός καταρράκτης, μη καθορισμένος	108	10,16
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	D50 Αναμία από ανεπάρκεια σιδήρου	419	7,45	N39.0 Λοίμωξη του ουροποιητικού, μη καθορισμέ	212	6,24
	K52.8 Άλλη καθορισμένη μη λοιμώδης γαστρεντερίτιδα και	383	6,81	K52.8 Άλλη καθορισμένη μη λοιμώδης γαστρεντε	184	5,41

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	A09 Διάρροια και γαστρεντερίτιδα που θεωρείται λοιμώδους	118	11,80	R11 Ναυτία και έμετος	122	12,27
	J03 Οξεία αμυγδαλίτιδα	102	10,20	J06.9 Οξεία λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού	78	7,85
	J21 Οξεία βρογχολίτιδα	93	9,30	R50.9 Πυρετός, μη καθορισμένος	56	5,63
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	J22 Οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού, μη καθορισμένη	234	59,39	J22 Οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού, καθορισμένη	147	40,72
	C34 Κακόηθες νεόπλασμα βρόγχου και πνεύμονα	31	7,87	J90 Πλευρική συλλογή, που δεν ταξινομείται αλλιώς	28	7,76
	I26 Πνευμονική εμβολή	20	5,08	I26.9 Πνευμονική εμβολή χωρίς αναφερόμενη οξεία	18	4,99
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	K81 Χολοκυστίτιδα	323	18,20	K81.0 Οξεία χολοκυστίτιδα	187	11,58
	K40 Βουβωνοκήλη	164	9,24	K56.7 Ελκός, μη καθορισμένος	68	4,21
	K43 Κοιλιοκήλη	75	4,23	R10.4 Άλλο και μη καθορισμένο κοιλιακό άλγος	67	4,15
Ω.Ρ.Λ.	J03 Οξεία αμυγδαλίτιδα	61	13,71	L98.9 Νόσημα του δέρματος και του υποδόριου ιστού	31	7,29
	J35.2 Υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων	31	6,97	R04.0 Επίσταση	31	7,29
	J36 Περιαμυγδαλικό απόστημα	31	6,97	J36 Περιαμυγδαλικό απόστημα	28	6,59

Στην συνέχεια στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται ο δείκτης σταθερότητας των ICD-10 διαγνώσεων εξόδου μεταξύ των ετών 2023 και 2025, υπολογισμένος με τη μετρική Jaccard, τόσο στο σύνολο των δεδομένων όσο και σε επίπεδο κλινικής.

Πίνακας 9: Δείκτης Σταθερότητας ICD-10 Διαγνώσεων Εισόδου (2023-2025)

Δείκτης Σταθερότητας ICD-10 Διαγνώσεων Εξόδου (2023 vs 2025)					
Δείκτης Σταθερότητας = Κοινά ICD-10 / Μοναδικά ICD-10 (Ένωση) [Jaccard]					
Κλινική	ICD-10 (2023)	ICD-10 (2025)	Κοινά ICD-10	Μοναδικά (αθροισμα)	Δείκτης Σταθερότητας
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	10	10	2	18	11,1%
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	10	10	2	18	11,1%
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	10	10	3	17	17,6%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	2	18	11,1%
Μ.Μ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	3	3	3	3	100,0%
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	10	10	4	16	25,0%
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	10	10	2	18	11,1%
ΝΕΟΓΝΑ	10	10	5	15	33,3%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	10	10	3	17	17,6%
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	1	19	5,3%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	10	10	3	17	17,6%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	7	13	53,8%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	6	14	42,9%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	10	10	3	17	17,6%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	10	10	1	19	5,3%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	2	18	11,1%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	10	10	1	19	5,3%
Ω.Ρ.Λ.	10	10	7	13	53,8%
ΣΥΝΟΛΟ	146	146	53	239	22,2%

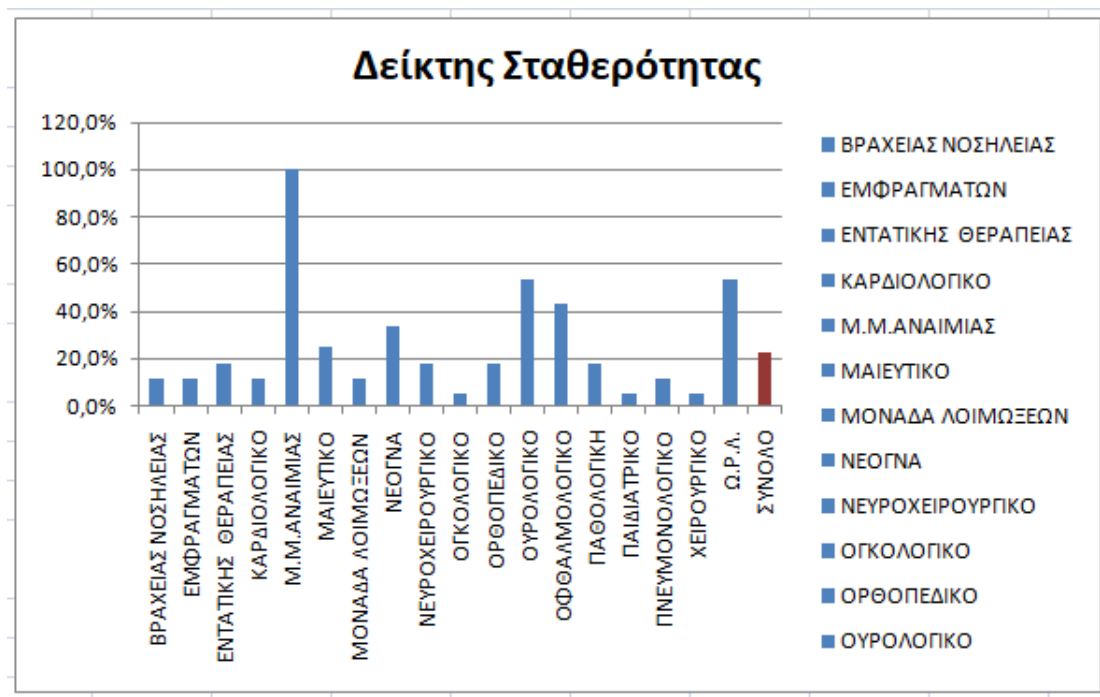
Ο δείκτης σταθερότητας ίσος με 0,22 υποδηλώνει ότι η διαχρονική επανάληψη/συνέπεια στο προφίλ των διαγνώσεων εξόδου είναι χαμηλή. Με άλλα

Ζαφειρίου Μαριάνθη Διπλωματική εργασία Σελίδα 58 από 105

λόγια, οι ίδιες ή παρόμοιες διαγνώσεις δεν εμφανίζονται με σταθερό τρόπο από περίοδο σε περίοδο, γεγονός που δείχνει έντονη μεταβλητότητα στη σύνθεση των περιστατικών.

Το Γράφημα 4 που ακολουθεί ενισχύει αυτή την ερμηνεία, καθώς απεικονίζει οπτικά τις διακυμάνσεις στη συχνότητα, καθιστώντας εμφανή την απουσία σταθερής δομής στο προφίλ εξόδου.

Γράφημα 4: Δείκτης σταθερότητας κλινικών (2025-2023)



Το εύρημα αυτό αντανακλά σημαντικές μεταβολές στο case-mix των νοσηλευθέντων και συνδέεται με τις μεταβολές των βασικών δεικτών όπως έχουν αποτυπωθεί παραπάνω.

4.4. Προφίλ νοσοκομείου με ΚΕΝ

Η ανάλυση της νοσοκομειακής δραστηριότητας για το έτος 2023, με βάση τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), συνδέεται με ένα προφίλ αυξημένου όγκου περιστατικών, σημαντικής συγκέντρωσης δραστηριότητας σε περιορισμένο αριθμό ΚΕΝ και έντονης διαφοροποίησης ως προς την οικονομική τους απόδοση. Συνολικά καταγράφηκαν 10.863 περιστατικά, εκ των οποίων το 58,3% αντιστοιχούν σε χειρουργικά εξιτήρια και το 41,7% σε παθολογικά, γεγονός που υποδηλώνει έντονη χειρουργική δραστηριότητα.

Στον Πίνακα 10 που ακολουθεί παρουσιάζονται 25 από τα συνολικά 361 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) που καταγράφηκαν στα εξιτήρια του νοσοκομείου κατά την υπό μελέτη περίοδο (2023).

Πίνακας 10: Επικρατέστερα KEN την περίοδο 2023

KEN	Αριθμός Εξιτηρίων Παθολογικού τομέα	Αριθμός Εξιτηρίων Χειρουργικού τομέα	ΣΥΝΟΛΟ	Εντός ΜΑΝ	Εκτός ΜΑΝ	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	Νοσήλια
X21M Σημεία και συμπτώματα	1673	585	2258	1367	891	2.015.886,62	366.059,15
X21X Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία	485	918	1403	1146	258	283.377,00	42.403,35
O16A Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	0	571	571	571	0	266.086,00	0,00
P28A Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	383	1	384	384	0	57.600,00	0,00
Γ10Α Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	0	235	235	224	11	69.560,00	4.500,00
Λ01X Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές επιπλοκές	0	220	220	158	62	220.000,00	8.575,00
A22X Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις	203	1	204	146	58	120.014,85	12.785,40
Λ05Α Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	0	191	191	190	1	38.200,00	75,00
X01X Χειρουργικές επεμβάσεις για διαγνώσεις που σχετίζονται με άλλη χρήση	0	182	182	160	22	96.642,00	2.475,00
O15A Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	0	179	179	178	1	168.023,97	225,00
H08X Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς επιπλοκές	3	174	177	149	28	194.192,65	3.900,00
A22Mβ Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας επιπλοκές	168	1	169	79	90	181.866,30	66.026,60
M08X Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) επιπλοκές	1	159	160	138	22	445.413,85	7.800,00
Λ02X Κολπικός τοκετός με χειρουργική επέμβαση χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) επιπλοκές	0	153	153	115	38	122.400,00	6.450,00
Y30A Διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις παθήσεων ουροποιητικού συστήματος	0	147	147	140	7	37.022,50	1.863,75
K16X Διαδερμικές επεμβάσεις σταφυλίου αγγείων χωρίς OEM (οξύ έμφραγμα)	145	0	145	137	8	80.620,00	1.220,00
P26A Σύνθετη ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	135	0	135	135	0	24.300,00	0,00
Y23X Λοιμώξεις των νεφρών και της ουροποιητικής οδού χωρίς καταστροφικές επιπλοκές	44	76	120	39	81	67.752,50	25.380,00
N28X Πολλαπλή σκλήρυνση και παρεγκεφαλιδική αταξία χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις	110	1	111	102	9	56.943,00	960,00
X24M Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας	31	80	111	83	29	87.079,30	14.430,00
K46X Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς καταστροφικές επιπλοκές	107	0	107	84	23	47.991,96	4.526,60
N05Α Αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα	0	106	106	105	1	26.500,00	300,00
P10X Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις	0	97	97	88	9	84.196,00	1.155,00
N03X Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές επιπλοκές	0	92	92	79	13	237.360,00	7.505,00

Ο Πίνακας 10 καταδεικνύει ότι ένα περιορισμένο πλήθος ΚΕΝ συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος των περιστατικών και του αντίστοιχου κόστους. Οι κυρίαρχες κατηγορίες κωδικοποίησης εμφανίζουν σαφώς υψηλότερους όγκους δραστηριότητας σε σύγκριση με το υπόλοιπο φάσμα ΚΕΝ, γεγονός που υποδηλώνει έντονη συγκέντρωση του νοσοκομειακού έργου σε λίγες ομάδες.

Η παρουσία σημαντικού αριθμού ΚΕΝ με υψηλά ποσοστά νοσηλείας εκτός Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), όπως ο φυσιολογικός τοκετός (Λ20Α), οι λοιμώξεις του ουροποιητικού (Y23X) και τα γενικά ιατρικά ΚΕΝ τύπου X21M, υποδηλώνει περιορισμένη ικανότητα του συστήματος ΚΕΝ να αποτυπώσει επαρκώς τη διαφοροποίηση της κλινικής βαρύτητας και των λειτουργικών απαιτήσεων των περιστατικών. Παράλληλα, η έντονη συγκέντρωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας σε περιορισμένο αριθμό γενικών ΚΕΝ, όπως τα X21M και X21X, καταδεικνύει ότι σημαντικό μέρος του παραγόμενου νοσοκομειακού έργου αποζημιώνεται μέσω ευρέων κατηγοριών, περιορίζοντας τη διακριτική ικανότητα του

συστήματος ως προς την πολυπλοκότητα των νοσηλειών. Η εικόνα αυτή μεταφράζεται σε αντίστοιχη συγκέντρωση της κοστολόγησης, καθώς οι συγκεκριμένοι οι κωδικοί KEN απορροφούν δυσανάλογα μεγάλο μέρος των συνολικών πόρων. Ο Πίνακας 11 αποτυπώνει συγκεντρωτικά τα ευρήματα από την ανάλυση των εξιτηρίων του Νοσοκομείου και όπως φαίνεται το μεγαλύτερο μέρος των περιστατικών (73,4%) νοσηλεύθηκε εντός της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), ωστόσο το ποσοστό των περιστατικών εκτός ΜΔΝ (26,6%) είναι αξιοσημείωτο και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Πίνακας 11: Συγκεντρωτικά ευρήματα ανάλυσης εξιτηρίων με βάση το KEN

Σύνολο περιστατικών	Εντός ΜΔΝ	% Εντός ΜΔΝ
10.863	7.972	73,4%
Εκτός ΜΔΝ	% Εκτός ΜΔΝ	Σύνολο αποζημίωσης
2.893	26,6%	€ 11.211.486,91
Έσοδα εντός KEN	Extras (Φάρμακα/Νοσήλια/κλπ.)	Μέση αποζημίωση/περιστατικό
€ 8.712.972,41	€ 2.498.514,50	€ 1.032,08
Φάρμακα (σύνολο)	Φάρμακα ως % αποζημίωσης	
€ 1.418.748,21	12,7%	

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 11 η συνολική αποζημίωση για το έτος 2023 ανήλθε σε 11,21 εκατ. ευρώ, με τα εκτιμώμενα έσοδα εντός KEN να αντιστοιχούν στο 77,7% του συνόλου. Το υπόλοιπο 22,3% προέρχεται από πρόσθετες χρεώσεις, κυρίως φαρμακευτική δαπάνη και νοσήλια. Η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία αντιστοιχεί στο 12,65% της συνολικής αποζημίωσης, εμφανίζει έντονη συγκέντρωση σε συγκεκριμένα KEN, όπως αυτά των νευρολογικών παθήσεων (π.χ. Σκλήρυνση κατά Πλάκας), γεγονός που καταδεικνύει την ύπαρξη περιστατικών υψηλού κόστους ανά νοσηλεία.

Στον Πίνακα 12 που ακολουθεί απεικονίζονται το 10 KEN που συγκεντρώνουν το 53,6% των περιστατικών του Νοσοκομείου.

Πίνακας 12: ΚΕΝ με μεγαλύτερη συγκέντρωση περιστατικών

ΚΕΝ	Περιγραφή	Περιστατικά	Ποσοστό	Μέση αποζημίωση/περ.	Σύνολο αποζημίωσης
X21M	Σημεία και συμπτώματα	2.258	20,8%	€ 1.208,89	€ 2.729.684,06
X21X	Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία	1.403	12,9%	€ 357,53	€ 501.612,42
O16A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	571	5,3%	€ 466,08	€ 266.129,12
Π28Α	Ενδοσκοπηση κατώτερου πεπτικού, ημερήσια νοσηλεία	384	3,5%	€ 167,55	€ 64.337,47
Γ10Α	Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστεροσκόπηση	235	2,2%	€ 318,71	€ 74.897,29
Λ01X	Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	220	2,0%	€ 1.075,48	€ 236.606,47
A22X	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	204	1,9%	€ 711,73	€ 145.193,03
Λ05Α	Άμβλωση με χειρουργική επέμβαση	191	1,8%	€ 203,73	€ 38.913,04
X01X	Χειρουργικές επεμβάσεις για διαγνώσεις που σχετίζονται με άλλη χρήση υπηρεσιών υγείας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	182	1,7%	€ 549,90	€ 100.080,93
O15A	Επεμβάσεις γλαυκώματος και σύνθετες επεμβάσεις καταρράκτη	179	1,6%	€ 940,29	€ 168.312,69
	ΣΥΝΟΛΟ	5.827	53,6%		€ 4.325.766,52

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω ευρημάτων, και λαμβάνοντας υπόψη τη συγκέντρωση της δραστηριότητας σε περιορισμένο αριθμό ΚΕΝ, τα αυξημένα ποσοστά νοσηλείας εκτός Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας καθώς και τη σημαντική συμβολή των πρόσθετων χρεώσεων στη συνολική αποζημίωση, κρίνεται σκόπιμη η εξέταση των ΚΕΝ με τη μεγαλύτερη συνολική αποζημίωση, όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 13 που ακολουθεί.

Πίνακας 13: KEN με την μεγαλύτερη αποζημίωση

Top 10 KEN ανά συνολική αποζημίωση						
Rank	KEN	Περιγραφή	Αποζημίωση	Περιστατικά	Extras %	Φάρμακα/περ.
1	X21M	Σημεία και συμπτώματα	€ 2.729.684,06	2.258	26,1%	€ 148,65
2	X21X	Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία	€ 501.612,42	1.403	43,5%	€ 122,92
3	M08X	Άλλες επεμβάσεις ισχίου και μηριαίου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	€ 463.483,48	160	3,9%	€ 63,54
4	A22Mβ	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	€ 360.009,42	169	49,5%	€ 659,98
5	M06X	Σοβαρές επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη, νευρογενική μοίρα, χωρίς ιδιαίτερα πολύπλοκα ή πολύ σύνθετη λειτουργία, χωρίς σπονδυλική αντικατάσταση του σώματος, χωρίς σοβαρή φλεγμονώδη νόσο ή κακόηθες νεόπλασμα, χωρίς συνυπάρχουσες καταστροφικές ή σοβαρές παθήσεις ή επιπλοκές	€ 333.528,01	79	2,0%	€ 8,60
6	O16A	Επεμβάσεις φακού (από καταρράκτη ή άλλη αιτία)	€ 266.129,12	571	0,0%	€ 0,00
7	N03X	Επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	€ 246.134,45	92	3,6%	€ 10,22
8	A01X	Τοκετός με καισαρική τομή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	€ 236.606,47	220	7,0%	€ 33,87
9	N28X	Πολλαπλή σκλήρυνση και παρεγκεφαλική αταξία χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	€ 235.032,58	111	75,8%	€ 1.594,80
10	H08X	Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς κλειστό χοληδόχο πόρο χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	€ 201.210,11	177	3,5%	€ 15,11
		ΣΥΝΟΛΟ	€ 5.573.430,12	5.240		

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτελεί η έντονη συγκέντρωση τόσο του όγκου όσο και των εσόδων σε περιορισμένο αριθμό KEN. Τα δέκα KEN με τον μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών καλύπτουν άνω του 50% της συνολικής δραστηριότητας (5.240 περιστατικά στα από 10.863), ενώ τα αντίστοιχα δέκα KEN σε επίπεδο αποζημίωσης απορροφούν σχεδόν το ήμισυ των συνολικών εσόδων (5,573 εκ. από 11,21εκ.). Ενδεικτικά, τα KEN γενικών ιατρικών περιστατικών (X21M και X21X) παρουσιάζουν ταυτόχρονα υψηλό όγκο, σημαντική αποζημίωση και αυξημένο ποσοστό περιστατικών εκτός ΜΔΝ, αποτελώντας κρίσιμους στόχους για παρεμβάσεις βελτιστοποίησης τόσο σε γενικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο επιμέρους κλινικών όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί. Όλα τα παραπάνω ευρήματα απεικονίζονται στο παρακάτω Γράφημα 5 και αναλύονται ανά κλινική στον Πίνακα 14 που ακολουθεί.

Γράφημα 5: Κατανομή των 10 κυρίαρχων ΚΕΝ από πλευράς αποζημίωσης



Πίνακας 14: Επικρατέστερα ΚΕΝ ανά κλινική

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΚΕΝ	Πλήθος Περιστατικών	Σύνολο Κλινικής	Ποσοστό
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	X21X	54	129	41,86%
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	X21M	35	129	27,13%
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	X24X	11	129	8,53%
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	X21M	66	252	26,19%
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	K46X	37	252	14,68%
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	K10X	27	252	10,71%
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	X21M	8	26	30,77%
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	N38M	3	26	11,54%
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Φ60X	2	26	7,69%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	X21M	169	645	26,20%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	K16X	136	645	21,09%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	K42X	70	645	10,85%
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	Γ10Α	235	1.310	17,94%
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	Λ01X	220	1.310	16,79%
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	Λ05Α	191	1.310	14,58%
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	X21M	33	50	66,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	X21X	5	50	10,00%
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	A22X	3	50	6,00%
ΝΕΟΓΝΑ	X21M	3	3	100,00%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	N05Α	97	653	14,85%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	X21X	97	653	14,85%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	N03X	92	653	14,09%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	X21X	191	826	23,12%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	M08X	159	826	19,25%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	M13X	71	826	8,60%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Υ30Α	146	657	22,22%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	B05Α	75	657	11,42%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Υ23X	74	657	11,26%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	O16Α	571	1.036	55,12%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	X21X	257	1.036	24,81%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	O15Α	179	1.036	17,28%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	X21M	1310	2.862	45,77%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	Π28Α	383	2.862	13,38%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	X21X	312	2.862	10,90%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	X21M	18	41	43,90%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	X21X	14	41	34,15%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	A22X	170	293	58,02%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	A21X	13	293	4,44%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	A31M	13	293	4,44%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	X01X	182	1.276	14,26%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	H08X	174	1.276	13,64%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	X21X	150	1.276	11,76%
Ω.Ρ.Λ.	X21M	217	441	49,21%
Ω.Ρ.Λ.	X21X	116	441	26,30%
Ω.Ρ.Λ.	Ω11Α	31	441	7,03%

Συνολικά, η ανάλυση αναδεικνύει ότι η οικονομική επίδοση του νοσοκομείου δεν καθορίζεται αποκλειστικά από την αποζημίωση εντός ΚΕΝ, αλλά σε σημαντικό βαθμό από πρόσθετους μηχανισμούς χρέωσης, κυρίως φάρμακα και νοσήλια. Τα

Ζαφειρίου Μαριάνθη Διπλωματική εργασία Σελίδα 65 από 105

ευρήματα της ανάλυσης υποδηλώνουν ότι η βαρύτητα και η πολυπλοκότητα των νοσηλευόμενων περιστατικών ενδέχεται να μην αποτυπώνονται με πληρότητα μέσω της εφαρμοζόμενης κωδικοποίησης ΚΕΝ, με αποτέλεσμα η συνολική νοσοκομειακή δραστηριότητα να μην αντικατοπτρίζεται πλήρως στο πλαίσιο της αποζημίωσης.

4.5. Προφίλ Νοσοκομείου με DRGs

Η χρήση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων (Diagnosis Related Groups – DRGs) αποτελεί καθιερωμένο εργαλείο για την ανάλυση της νοσοκομειακής δραστηριότητας και την αποτύπωση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων. Μέσω της ομαδοποίησης των νοσηλειών με βάση κλινικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, τα DRGs επιτρέπουν την αξιολόγηση της δομής των περιστατικών και της κατανάλωσης πόρων.

Η παρούσα ανάλυση εστιάζει στην κατανομή των εξιτηρίων ανά DRG, με στόχο τη διερεύνηση του προφίλ νοσηλειών του νοσοκομείου και του case-mix που αυτό εξυπηρετεί. Η εξέταση του αριθμού των περιστατικών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας ανά DRG αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατανόηση της πολυπλοκότητας και της έντασης της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας, και λειτουργεί ως βάση για την περαιτέρω ανάλυση που ακολουθεί

Στον Πίνακα 16 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα DRGs που εμφανίζονται πάνω από 200 φορές το καθένα σε σύνολο 17.254 περιστατικών για τα οποία έγινε εκκαθάριση το 2025. Οι παράμετροι του αναφερόμενου πίνακα αναλύονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Ορισμός μεταβλητών Πίνακα 16

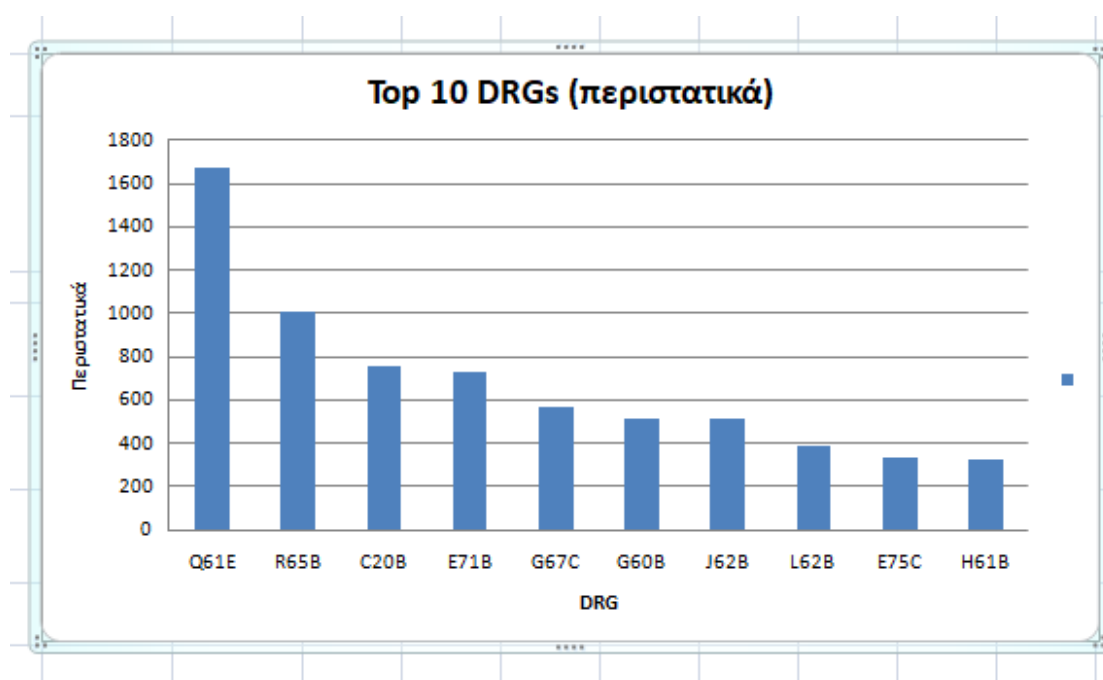
Πεδίο	Ορισμός
Περιστατικά	Πλήθος εξιτηρίων/νοσηλείων στο DRG
% Περιστατικών	Ποσοστό περιστατικών DRG / Σύνολο περιστατικών.
Μέσο weight	Μέσος όρος Συντελεστής Βαρύτητας Κόστους για το DRG.
Μέση LOS (ημ.)	Μέσος όρος της Διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες) για το DRG.
Διάμεσος LOS (ημ.)	Διάμεσος της Διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες) για το DRG.
Σύνολο Ταμείου (€)	Συνολικό απαιτητό κόστος νοσηλείας
Σύνολο Αποζημίωσης (€)	Ποσό Αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 16: Επικρατέστερα DRGs εξιτηρίων

Κωδικός DRG	Ονομασία DRG	Περιστατικά	% Περιστ.	Μέσο weight	Μέση LOS (ημ.)	Διάμεσος LOS (ημ.)	Σύνολο Ταμείου (€)	Σύνολο Αποζημ.(€)
Q61E	Νοσήματα των ερυθροκυττάρων χωρίς σύνθετη διάγνωση, χωρίς απλαστική αναμία, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	1676	9,71	0,309	0,49	0,20	916.698,18	911.207,89
R65B	Αιματολογικές νεοπλασίες και νεοπλάσματα συμπαγών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα, ηλικία ? 16 ετών	1008	5,84	0,299	0,21	0,21	1.051.418,66	589.727,25
C20B	Επεμβάσεις στον κερατοειδή, σκληρό χιτώνα και τον επιπεφυκότα, επεμβάσεις στο βλέφαρο ή διάφορες επεμβάσεις στο φακό, ηλικία ? 16 ετών	753	4,36	0,375	0,27	0,25	500.005,83	500.008,04
E71B	Νεοπλάσματα αναπνευστικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς βρογχοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο ή χωρίς σύνθετη βιοψία πνεύμονα	726	4,21	0,278	0,83	0,25	2.025.794,02	341.537,87
G67C	Οισοφαγίτιδα, γαστρεντερίτιδα, γαστρεντερική αιμορραγία, πεπτικό έλκος και διάφορα νοσήματα του πεπτικού συστήματος χωρίς σύνθετη πράξη, χωρίς σύνθετη διάγνωση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	565	3,27	0,270	1,70	0,24	246.526,12	246.140,26
G60B	Κακήθες νεόπλασμα του πεπτικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	514	2,98	0,250	0,69	0,25	528.235,18	227.326,54
J62B	Κακήθες νεοπλάσματα μαστού, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	509	2,95	0,203	0,29	0,24	470.825,81	176.984,07
L62B	Νεοπλάσματα ουροποιητικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	390	2,26	0,270	0,92	0,26	783.560,42	176.707,60
E75C	Άλλα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή αναπνευστική δυσχέρεια και αναπνευστικά συμπτώματα με σύνθετη διάγνωση	338	1,96	0,656	7,27	5,74	395.927,23	355.258,06
H61B	Κακήθες νεόπλασμα του ήπατος, των χοληφόρων αγγείων και του παγκρέατος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς σύνθετη διάγνωση ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς θρόμβωση πυλαίας	322	1,87	0,270	0,64	0,25	344.653,56	151.034,58
N60B	Κακήθες νεόπλασμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή ηλικία ? 19 ετών, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	310	1,80	0,300	1,08	0,24	414.478,51	161.361,24
L63F	Λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, ηλικία ? 6 ετών	296	1,72	0,602	7,49	5,85	291.362,45	279.386,71
G67B	Οισοφαγίτιδα, γαστρεντερίτιδα, γαστρεντερική αιμορραγία, πεπτικό έλκος και διάφορα νοσήματα του πεπτικού συστήματος με σύνθετη διάγνωση ή εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή ηλικία < 3 ετών ή ? 75 ετών ή σοβαρές Σ/Ε σε καθορισμένη διάγνωση	294	1,70	0,389	2,82	0,85	180.049,41	179.811,00
C63Z	Άλλα νοσήματα του οφθαλμού	265	1,54	0,247	0,36	0,15	106.416,98	106.416,59
O01H	Πρωτογενής καισαρική τομή χωρίς επιλεγμένη διάγνωση, διάρκεια κύησης περισσότερες από 33 συμπληρωμένες εβδομάδες, χωρίς σύνθετη διάγνωση	235	1,36	0,728	4,60	4,11	255.814,08	255.428,20
F62B	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή χωρίς αιμοκάθαρση, χωρίς πολλαπλές επιπλοκές	231	1,34	0,701	5,17	3,75	250.813,31	248.450,39
F71B	Μη σοβαρές καρδιακές αρρυθμίες και διαταραχές αγωγιμότητας χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς ηλεκτροφυσιολογική μελέτη της καρδιάς με καθετήρα	216	1,25	0,284	1,62	0,95	95.502,05	94.588,68
H08B	Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς πολύ σύνθετη διάγνωση, χωρίς επιλεγμένη διάγνωση	201	1,16	0,790	2,71	2,68	269.762,97	269.763,67
G24B	Επεμβάσεις σε κήλες κοιλ. τοιχώματος, ομφαλοκήλες και άλλες κήλες, ηλ. ?1 έτους ή αμφοτερόπλ. επεμβ. σε βουβωνοκήλες και μηροκήλες, ηλ. ?1 έτους και <56 ετών ή επεμβ. σε βουβωνοκήλες και μηροκήλες, ηλ. ?56 ετών, χωρίς πλ. ανακατασκευή του κοιλ. τοιχώματος	200	1,16	0,688	2,76	2,58	229.005,76	228.836,80

Τα 10 επικρατέστερα σε συχνότητα DRGs απεικονίζονται και στο παρακάτω Γράφημα 16.

Γράφημα 6: Επικρατέστερα με συχνότητα εμφάνισης DRGs



Η ανάλυση της κατανομής των DRGs, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 17 ανέδειξε διαφοροποιήσεις μεταξύ του συνολικού τιμολογούμενου κόστους (σύνολο ταμείου) και της τελικής αποζημίωσης, κυρίως σε DRGs υψηλής πολυπλοκότητας. Ενδεικτικά, DRGs όπως το R65B και το E71B παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση μεταξύ κόστους και αποζημίωσης, γεγονός που αντανακλά περιορισμούς του συστήματος DRGs στην πλήρη κάλυψη σύνθετων και υψηλού κόστους νοσηλείων. Αντιθέτως, σε συχνά και χαμηλότερης πολυπλοκότητας DRGs, όπως το Q61E, η αντιστοιχία μεταξύ κόστους και αποζημίωσης εμφανίζεται πιο ισορροπημένη.

Η παρουσίαση των συχνότερων DRGs αποτυπώνει τον όγκο της νοσοκομειακής δραστηριότητας, χωρίς όμως να λαμβάνει υπόψη τη βαρύτητα των περιστατικών. Για τον λόγο αυτό, στη συνέχεια εξετάζεται ο δείκτης Case Mix Index (CMI), ο οποίος επιτρέπει την αξιολόγηση της πολυπλοκότητας των νοσηλείων σε επίπεδο νοσοκομείου και κλινικής. Μικρός αριθμός περιστατικών (<1%) εξαιρέθηκε από τον υπολογισμό του CMI λόγω μη διαθέσιμου συντελεστή βαρύτητας, γεγονός που δεν επηρεάζει ουσιαστικά τα συνολικά αποτελέσματα της ανάλυσης (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Case Mix Index του Νοσοκομείου

Σύνολο περιστατικών (N)	Έγκυρα weights (N)	Άθροισμα weights	CMI (μέσο weight)
17254	17223	8944,867	0,519

Ο συνολικός δείκτης Case Mix Index (CMI) του νοσοκομείου ανέρχεται σε 0,52, υποδηλώνοντας ότι το νοσοκομείο εξυπηρετεί κυρίως περιστατικά χαμηλής έως μέσης πολυπλοκότητας. Ωστόσο, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κλινικών, με ορισμένες μονάδες, όπως η Χειρουργική, η Νευροχειρουργική, η Παθολογική κλινική και η Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Εμφραγμάτων, να εμφανίζουν υψηλότερες τιμές CMI, γεγονός που αντανακλά αυξημένη βαρύτητα και μεγαλύτερη κατανάλωση πόρων. Αντιθέτως, κλινικές με υψηλό όγκο περιστατικών αλλά χαμηλότερο CMI συμβάλλουν κυρίως στον συνολικό αριθμό νοσηλειών, χωρίς αντίστοιχη αύξηση της πολυπλοκότητας. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τον μικτό χαρακτήρα του νοσοκομείου και υπογραμμίζουν τη σημασία της ανάλυσης του CMI σε επίπεδο κλινικής. Ο παρακάτω Πίνακας 18 αποτυπώνει τα εν λόγω ευρήματα

Πίνακας 18: Case Mix Index ανά κλινική

Κλινική	Περιστατικά (N)	Έγκυρα weights (N)	Άθροισμα weights	CMI (μέσο weight)	Μέση LOS (ημ.)	% Περιστατικών
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	4469	4463	1126,498	0,252	0,25	25,90
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	3305	3301	1959,591	0,594	5,02	19,15
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1522	1517	1119,288	0,738	3,46	8,82
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	1194	1191	544,672	0,457	2,45	6,92
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1052	1052	355,296	0,338	0,30	6,10
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	924	922	857,297	0,930	3,82	5,36
Μ.Μ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	904	904	252,475	0,279	0,23	5,24
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	845	844	444,930	0,527	3,09	4,90
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	830	825	289,896	0,351	1,77	4,81
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	624	622	311,299	0,500	2,90	3,62
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	507	505	701,127	1,388	5,51	2,94
Ω.Ρ.Λ.	402	402	178,931	0,445	2,91	2,33
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	350	350	266,281	0,761	6,41	2,03
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	193	193	130,964	0,679	3,61	1,12
ΜΟΝ. ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	74	74	47,526	0,642	6,13	0,43
ΕΝΤ.ΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	42	42	351,192	8,362	23,28	0,24
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	8	8	2,698	0,337	2,39	0,05
ΝΕΟΓΝΑ	7	7	2,267	0,324	7,09	0,04

Ενώ η ανάλυση του Case Mix Index (CMI) σε επίπεδο κλινικής ανέδειξε τις διαφοροποιήσεις ως προς την πολυπλοκότητα των νοσηλειών, στη συνέχεια η ανάλυση εστιάζει στη σχέση μεταξύ διάρκειας νοσηλείας και οικονομικής αποζημίωσης, διερευνώντας κατά πόσο η αυξημένη βαρύτητα μεταφράζεται και σε επαρκή χρηματοδοτική κάλυψη.

Πίνακας 19: Χρηματοδοτική κάλυψη νοσηλειών

Κλινική	Περιστ. (N)	% Περισ.	Έγκυρα weights (N)	CMI (μέσο weight)	Μέση LOS (ημ.)	Διάρκεια LOS (ημ.)	Σύνολο Ταμείου (€)	Σύνολο Αποζ.(€)	Δείκτης κάλυψης (Αποζημίωσ η /Ταμείο)	Διαφορά (€) Ταμείο- Αποζημίωση
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	4469	25,90	4463	0,252	0,25	0,23	6.181.164,37	2.014.460,56	0,326	4.166.703,81
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	3305	19,15	3301	0,594	5,02	2,92	3.950.593,71	3.221.092,10	0,815	729.501,61
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1522	8,82	1517	0,738	3,46	2,11	1.969.692,14	1.883.435,25	0,956	86.256,89
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	1194	6,92	1191	0,457	2,45	1,91	849.733,89	847.012,93	0,997	2.720,96
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1052	6,10	1052	0,338	0,30	0,24	618.194,28	618.196,10	1,000	-1,82
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	924	5,36	922	0,930	3,82	2,56	1.539.393,93	1.533.888,61	0,996	5.505,32
Μ.Μ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	904	5,24	904	0,279	0,23	0,22	439.351,13	439.350,00	1,000	1,13
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	845	4,90	844	0,527	3,09	1,55	759.480,39	750.033,96	0,988	9.446,43
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	830	4,81	825	0,351	1,77	1,43	684.948,21	453.422,14	0,662	231.526,07
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	624	3,62	622	0,500	2,90	2,09	522.987,04	517.430,74	0,989	5.556,30
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	507	2,94	505	1,388	5,51	3,00	1.338.768,77	1.274.980,31	0,952	63.788,46
Ω.Ρ.Λ.	402	2,33	402	0,445	2,91	2,74	289.645,79	277.691,67	0,959	11.954,12
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	350	2,03	350	0,761	6,41	4,92	478.638,03	438.450,75	0,916	40.187,28
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	193	1,12	193	0,679	3,61	1,98	235.250,69	231.815,50	0,985	3.435,19
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	74	0,43	74	0,642	6,13	4,72	101.058,30	79.777,48	0,789	21.280,82
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	42	0,24	42	8,362	23,28	8,16	648.668,92	554.266,40	0,854	94.402,52
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	8	0,05	8	0,337	2,39	0,36	4.849,76	4.849,76	1,000	0,00
ΝΕΟΓΝΑ	7	0,04	7	0,324	7,09	8,79	3.299,02	3.299,01	1,000	0,01

Η ανάλυση ανά κλινική δείχνει σαφή διαφοροποίηση μεταξύ όγκου περιστατικών, πολυπλοκότητας (CMI) και οικονομικής κάλυψης. Το Ογκολογικό συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών, με σχετικά χαμηλό CMI, αλλά εμφανίζει πολύ χαμηλό δείκτη κάλυψης (Αποζημίωση/Ταμείο), υποδηλώνοντας σημαντική απόκλιση μεταξύ τιμολόγησης και αποζημίωσης. Αντίθετα, κλινικές όπως η Παθολογική και η Χειρουργική παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές CMI και μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας, αντανakλώντας αυξημένη βαρύτητα νοσηλειών. Σε κλινικές όπως το Μαιευτικό και το Οφθαλμολογικό ο δείκτης κάλυψης προσεγγίζει τη μονάδα, γεγονός που υποδηλώνει πιο «ισορροπημένη» αντιστοιχία μεταξύ κόστους και αποζημίωσης. Η ιδιαίτερα υψηλή τιμή του CMI στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (8,36) αντικατοπτρίζει τη νοσηλεία περιστατικών εξαιρετικά αυξημένης κλινικής βαρύτητας και επιβεβαιώνει τη δυνατότητα του συστήματος DRGs να αποτυπώνει με ακρίβεια την ένταση και την πολυπλοκότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η οικονομική απόδοση διαφέρει σημαντικά μεταξύ Ζαφειρίου Μαριάνθη Διπλωματική εργασία Σελίδα 71 από 105

κλινικών και δεν εξαρτάται μόνο από τον όγκο περιστατικών αλλά και από το είδος/προφίλ των νοσηλείων.

Η ανάλυση του δείκτη κάλυψης (Σύνολο Αποζημίωσης/Σύνολο Ταμείου) ανέδειξε DRGs με ιδιαίτερα χαμηλή αντιστοιχία μεταξύ τιμολογούμενου κόστους και τελικής αποζημίωσης. Ενδεικτικά, το E71B (N=726) εμφανίζει δείκτη κάλυψης περίπου 0,17, υποδηλώνοντας ότι αποζημιώνεται μικρό μέρος του συνολικού τιμολογούμενου ποσού για ένα DRG που σχετίζεται με ογκολογικά περιστατικά. Αντίστοιχα, το L62B (N=390) παρουσιάζει δείκτη κάλυψης περίπου 0,23, ενώ το J68A (N=128) περίπου 0,17, γεγονός που υποδεικνύει συστηματική υπο-αποζημίωση σε συγκεκριμένες ομάδες περιστατικών. Τα ευρήματα αυτά είναι κρίσιμα, καθώς αφορούν DRGs με μη αμελητέο όγκο νοσηλείων και συνεπώς μπορούν να επηρεάζουν ουσιαστικά τη συνολική οικονομική εικόνα του νοσοκομείου.

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης της διάρκειας νοσηλείας σε σχέση με τη βαρύτητα των DRGs, καθώς και ο δείκτης κάλυψης που προκύπτει από τη σύγκριση του συνολικού τιμολογούμενου κόστους με την τελική αποζημίωση.

Πίνακας 20: Δείκτης κάλυψης αποζημίωσης ανά DRG

Κωδικός DRG	Ονομασία DRG	Περιστ. (N)	Σύνολο Ταμείου (€)	Σύνολο Αποζημίωσης (€)	Μέσο weight	Μέση LOS (ημ.)	Δείκτης κάλυψης (Αποζημίωση / Ταμείο)	Διαφορά (€) Ταμείο-Αποζημίωση
E71B	Νεοπλάσματα αναπνευστικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς βρογχοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο ή χωρίς σύνθετη βιοψία πνεύμονα	726	2.025.794,02	341.537,87	0,278	0,83	0,169	1.684.256,15
L62B	Νεοπλάσματα ουροποιητικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	390	783.560,42	176.707,60	0,270	0,92	0,226	606.852,82
R65B	Αιματολογικές νεοπλασίες και νεοπλάσματα συμπαγών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα, ηλικία ? 16 ετών	1008	1.051.418,66	589.727,25	0,299	0,21	0,561	461.691,41
G60B	Κακόηθες νεόπλασμα του πεπτικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	514	528.235,18	227.326,54	0,250	0,69	0,430	300.908,64
J62B	Κακόηθες νεόπλασμα μαστού, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	509	470.825,81	176.984,07	0,203	0,29	0,376	293.841,74
J68A	Νοσήματα δέρματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα, με σύνθετη διάγνωση	128	325.778,73	55.956,45	0,228	0,26	0,172	269.822,28
N60B	Κακόηθες νεόπλασμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή ηλικία ? 19 ετών, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	310	414.478,51	161.361,24	0,300	1,08	0,389	253.117,27
B71D	Νοσήματα των κраниαικών νεύρων και των περιφερικών νεύρων χωρίς σύνθετη διάγνωση, χωρίς σύνθετη θεραπεία της άκρας χειρός, χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, εκτός από παρα- / τετραπληγία	115	304.032,52	85.190,99	0,457	3,00	0,280	218.841,53
H61B	Κακόηθες νεόπλασμα του ήπατος, των χοληφόρων αγγείων και του παγκρέατος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς σύνθετη διάγνωση ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς θρόμβωση πυλαίας	322	344.653,56	151.034,58	0,270	0,64	0,438	193.618,98
B85C	Εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά σύνθετη διάγνωση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, με σύνθετη διάγνωση ή εγκεφαλικές παραλύσεις	54	223.107,74	31.973,26	0,380	1,55	0,143	191.134,48
G64B	Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου ή άλλα σοβαρά νοσήματα του πεπτικού συστήματος, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	193	217.694,95	80.581,82	0,241	0,63	0,370	137.113,13
Q60C	Νοσήματα του δικτυοενοθηλιακού συστήματος, του ανοσοποιητικού συστήματος και διαταραχές της πήξης με σύνθετη διάγνωση ή εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς τραυματισμό σπλήνα, χωρίς διαταραχή κοκκιοκυττάρων ή ηλικία ? 16 ετών	125	114.899,45	72.333,24	0,328	0,97	0,630	42.566,21
E75C	Άλλα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή αναπνευστική δυσχέρεια και αναπνευστικά συμπτώματα με σύνθετη διάγνωση	338	395.927,23	355.258,06	0,656	7,27	0,897	40.669,17
B68D	Πολυπλή σκλήρυνση και παρεγκεφαλική αταξία, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, ηλικία ? 16 ετών, χωρίς σύνθετη διάγνωση	133	123.623,35	89.001,42	0,404	2,13	0,720	34.621,93
T60E	Σήψη χωρίς πολλαπλές επιλοκές, εκτός από κατάσταση μετά από μεταμόσχευση οργάνου, χωρίς σύνθετη διάγνωση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, ηλικία ? 10 ετών	64	145.892,35	112.089,90	1,160	13,55	0,768	33.802,45

Εν συνέχεια στον Πίνακα 21 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα 20 DRGs με τον χαμηλότερο δείκτη κάλυψης (Αποζημίωση/Σύνολο Ταμείου), μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ενδεικτικά τα E71B, L62B και J68A, αναδεικνύοντας ομάδες νοσηλειών με σημαντική υπο-αποζημίωση σε σχέση με το τιμολογούμενο κόστος.

Πίνακας 21: DRGs με τον χαμηλότερο δείκτη κάλυψης αποζημίωσης

Κωδικός DRG	Ονομασία DRG	Περιστ.(N)	Σύνολο Ταμείου (€)	Σύνολο Αποζημίωσης (€)	Μέσο weight	Μέση LOS (ημ.)	Δείκτης κάλυψης (Αποζημίωση/Ταμείο)	Διαφορά (€) Ταμείο-Αποζημίωση
B85C	Εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά σύνθετη διάγνωση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, με σύνθετη διάγνωση ή εγκεφαλικές παραλύσεις	54	223.107,74	31.973,26	0,380	1,55	0,143	191.134,48
E71B	Νεοπλάσματα αναπνευστικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς βρογχοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο ή χωρίς σύνθετη βιοψία πνεύμονα	726	2.025.794,02	341.537,87	0,278	0,83	0,169	1.684.256,15
J68A	Νοσήματα δέρματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα, με σύνθετη διάγνωση	128	325.778,73	55.956,45	0,228	0,26	0,172	269.822,28
L62B	Νεοπλάσματα ουροποιητικού συστήματος χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	390	783.560,42	176.707,60	0,270	0,92	0,226	606.852,82
B71D	Νοσήματα των κρανιακών νεύρων και των περιφερικών νεύρων χωρίς σύνθετη διάγνωση, χωρίς σύνθετη θεραπεία της άκρας χειρός, χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, εκτός από παρα-/ / τετραπληγία	115	304.032,52	85.190,99	0,457	3,00	0,280	218.841,53
G64B	Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου ή άλλα σοβαρά νοσήματα του πεπτικού συστήματος, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	193	217.694,95	80.581,82	0,241	0,63	0,370	137.113,13
J62B	Κακοήγη νεοπλάσματα μαστού, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	509	470.825,81	176.984,07	0,203	0,29	0,376	293.841,74
N60B	Κακόηθες νεόπλασμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή ηλικία ? 19 ετών, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	310	414.478,51	161.361,24	0,300	1,08	0,389	253.117,27
G60B	Κακόηθες νεόπλασμα του πεπτικού συστήματος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	514	528.235,18	227.326,54	0,250	0,69	0,430	300.908,64
H61B	Κακόηθες νεόπλασμα του ήπατος, των χοληφόρων αγγείων και του παγκρέατος, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς σύνθετη διάγνωση ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς θρόμβωση πυλαίας	322	344.653,56	151.034,58	0,270	0,64	0,438	193.618,98
R65B	Αιματολογικές νεοπλασίες και νεοπλάσματα συμπαγών οργάνων, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα, ηλικία ? 16 ετών	1008	1.051.418,66	589.727,25	0,299	0,21	0,561	461.691,41
Q60C	Νοσήματα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος, του ανοσοποιητικού συστήματος και διαταραχές της πήξης με σύνθετη διάγνωση ή εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς τραυματισμό σπλήνα, χωρίς διαταραχή κοκκιοκυττάρων ή ηλικία ? 16 ετών	125	114.899,45	72.333,24	0,328	0,97	0,630	42.566,21
B68D	Πολυπλή σκλήρυνση και παρεγκεφαλιδική αταξία, διάρκεια νοσηλείας μία ημέρα ή χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, ηλικία ? 16 ετών, χωρίς σύνθετη διάγνωση	133	123.623,35	89.001,42	0,404	2,13	0,720	34.621,93

Αντίστοιχα, στον Πίνακα 22 αποτυπώνονται τα 20 DRGs με τον υψηλότερο δείκτη κάλυψης, όπως τα Q61E, G67C και C20B, για τα οποία παρατηρείται υψηλή ή σχεδόν πλήρης αντιστοιχία μεταξύ κόστους και αποζημίωσης.

Πίνακας 22: DRGs με τον υψηλότερο δείκτη κάλυψης

Κωδικός DRG	Ονομασία DRG	Περιστ. (N)	Σύνολο Ταμείου (€)	Σύνολο Αποζημίωσης (€)	Μέσο weight	Μέση LOS (ημ.)	Δείκτης κάλυψης (Αποζημίωση/Ταμείο)	Διαφορά (€) Ταμείο-Αποζημίωση
N10Z	Διγνωστική απόξεση, υστεροσκόπηση, στείρωση, εμφύσηση σαλπίγγων	199	101.881,91	101.882,76	0,321	0,34	1,000	-0,85
C20B	Επεμβάσεις στον κερατοειδή, σκληρό χιτώνα και τον επιπεφυκότα, επεμβάσεις στο βλέφαρο ή διάφορες επεμβάσεις στο φακό, ηλικία ? 16 ετών	753	500.005,83	500.008,04	0,375	0,27	1,000	-2,21
O65C	Άλλη προγεννητική νοσηλεία χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς σύνθετη διάγνωση, διάρκεια κήσης έως και 25 ή περισσότερες από 33 συμπληρωμένες εβδομάδες	73	24.863,49	24.863,58	0,230	1,47	1,000	-0,09
H08B	Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς πολύ σύνθετη διάγνωση, χωρίς επιπλεγμένη διάγνωση	201	269.762,97	269.763,67	0,790	2,71	1,000	-0,70
D63Z	Μόση ωτίτιδα ή λοβώδεις ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ηλικία < 3 ετών	76	33.950,21	33.950,29	0,320	2,01	1,000	-0,08
L60D	Ναρρική ανεπάρκεια, περισσότερες της μίας ημέρες νοσηλείας, χωρίς αμοιβάωση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε	71	94.834,81	94.835,01	0,804	6,57	1,000	-0,20
L64A	Ουρολιθίαση, απόφραξη ουροπ. με εξαρ. υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε ή στένωση ουρήθρας, αλλά ήπιας ως μέτριας βαρύτητας νοσήματα του ουροπ., περισσότερες της μίας ημέρες νοσηλείας ή συμπτωματολογία του ουροπ. ή ουροθροκυστοσκόπηση	160	109.557,04	109.557,24	0,418	2,68	1,000	-0,20
O40Z	Προκλήτη αποβολή με διαστολή τραχήλου και απόξεση, αναρρόφηση και υστεροτομία	140	67.629,22	67.629,34	0,300	0,36	1,000	-0,12
I68D	Μη χειρ. αντιμετώπιση νοσήμ. και τραυμ. στην περιοχή της σπ. στήλης, >μίας ημ. νοσήμ., σε άλλο κατάγμα του μηρ. οστού, ηλ.<65 ετών, με σοβ. Σ/Ε, χειρ. εξ. υψ. βαρ. Σ/Ε, εκτός από παρα-/τετραπλ., εκτός από δισκίτιδα ή λοιμ. σπονδυλίτιδα, χειρ. σύνθ. διάγν.	87	108.016,99	108.017,18	0,725	7,34	1,000	-0,19
G71Z	Άλλα μέτριας βαρύτητας νοσήματα του πεπτικού συστήματος	145	72.767,76	72.767,87	0,293	0,56	1,000	-0,11
F74Z	Θωρακικό άλγος	56	20.752,94	20.752,97	0,228	1,20	1,000	-0,03
G23C	Σκωληκοειδεκτομή ή λαπαροσκοπική συμφυσίωση εκτός από περτονίτιδα, χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, ηλικία ? 14 ετών	56	65.679,96	65.680,04	0,698	2,30	1,000	-0,08
M05Z	Περιτομή και άλλες επεμβάσεις στο πόδι	68	46.362,17	46.362,22	0,427	0,94	1,000	-0,05
I27C	Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς εξαιρετικά υψηλής ή υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, εκτός από κακήθες νεόπλασμα, χωρίς καθορισμένη επέμβαση στα μαλακά μόρια, χωρίς μεταμόσχευση ιστού μικρής έκτασης	51	63.131,70	63.131,70	0,757	3,06	1,000	0,00
I32F	Μέτρια σύνθετες επεμβάσεις στην άρθρωση του καρπού και στην άκρη χείρα, ηλικία ? 6 ετών	57	51.694,49	51.694,49	0,519	0,38	1,000	0,00
O60D	Κολπικός τοκετός χωρίς επιπλεγμένη διάγνωση	181	121.337,73	121.337,72	0,461	4,16	1,000	0,01
N62A	Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και άλλες παθήσεις των γυναικείων γεννητικών οργάνων με σύνθετη διάγνωση	70	27.911,61	27.911,60	0,247	0,95	1,000	0,01
I10D	Άλλες επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χωρίς σύνθετη επέμβαση, χωρίς εξαιρετικά υψηλής βαρύτητας Σ/Ε, χωρίς κρανιακή σκελετική έλξη, εκτός από παρα-/ τετραπληγία, χωρίς κατάγμα σπονδύλου, με μέτρια σύνθετη επέμβαση	94	174.923,22	174.923,04	1,127	4,05	1,000	0,18
H64Z	Νοσήματα της χοληδόχου κύστης και των χοληφόρων οδών	116	89.035,63	89.035,53	0,465	4,50	1,000	0,10
C63Z	Άλλα νοσήματα του οφθαλμού	265	106.416,98	106.416,59	0,247	0,36	1,000	0,39

Η ανάλυση του προφίλ του νοσοκομείου με βάση τα DRGs ανέδειξε τόσο τη διαφοροποίηση της κλινικής βαρύτητας όσο και τις αποκλίσεις μεταξύ κόστους και αποζημίωσης σε συγκεκριμένες ομάδες περιστατικών. Στην επόμενη ενότητα εξετάζεται συγκριτικά η ίδια διάγνωση εξόδου (ICD-10) στο πλαίσιο των συστημάτων KEN και DRGs, με στόχο την άμεση αποτίμηση των διαφορών τους ως προς την αποτύπωση της κλινικής και οικονομικής επιβάρυνσης.

4.6. Σύγκριση ίδιας ICD-10 εξόδου με KEN και DRGs

Η παρούσα ενότητα επικεντρώνεται στην ανάλυση των συχνότερων KEN και των αντίστοιχων DRGs, ως μηχανισμών ομαδοποίησης των νοσηλειών και καθορισμού της αποζημίωσης σε σχέση με την διάγνωση εξόδου. Μέσω της εξέτασης της κατανομής τους ανά κλινική και έτος, διερευνώνται οι τάσεις στη δομή της νοσοκομειακής παραγωγής και η σχέση τους με τη χρηματοδότηση της παρεχόμενης περίθαλψης ανάμεσα στα δύο διαφορετικά συστήματα.

Στο Πίνακα 23 παρακάτω (σύγκριση ICD-10 με KEN - DRGs) καταγράφονται οι κλινικές με την μεγαλύτερη νοσηλευτική κίνηση και γίνεται σύγκριση της ίδιας διάγνωσης εξόδου με τα KEN(2023) που δόθηκαν ή τα DRGs (2025) βάση των οποίων έχει γίνει η τιμολόγηση των νοσηλείων. Δεν έχουν συμπεριληφθεί στην ανάλυση οι Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και το ογκολογικό καθώς η αποζημίωση το 2023 γινόταν με ημερήσιο νοσήλιο. Επίσης έχει εξαιρεθεί η βραχεία νοσηλεία και η Μονάδες νεογνών και Βραχείας νεογνών λόγω του χαμηλού αριθμού εισαγωγών.

Πίνακας 23: Αντιστοίχιση ίδιας ICD-10 σε KEN και DRGs

Κλινική	ICD-10	KEN	ΚΟΣΤΟΣ KEN	DRG	ΚΟΣΤΟΣ DRG	Μέση χρέωση
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	I44.2			F70B –	8.604,73	717,06
				F12I –	13.648,16	2.274,69
		X21M –	3.571,10			892,78
		K46M –	3.735,00			1.245,00
		K46X –	1.345,57			448,52
ΕΝΤ. ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	I61.0			A06B –	58.258,31	58.258,31
		N02X –	3.400,00			3.400,00
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	R07.2			F74Z –	7.087,08	308,13
				F49G –	4.178,42	835,68
				F49D –	2.754,41	2.754,41
		X21M –	14.284,40			892,78
		X21X –	2.423,75			201,98
		K47X –	1.272,00			424,00
		K40X –	722,00			722,00
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	O82			O01H –	252.284,36	1.082,77
				962Z –	437,67	437,67
		A01X –	100.000,00			1.000,00
		A01M –	1.266,67			1.266,67
ΜΟΝ.ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	N39.0			L63F –	4.499,91	899,98
				L63C –	1.743,38	1.743,38
		Y23M –	1.569,21			1.569,21
		Y23X –	564,60			564,60
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	M54.4			I10D –	119.264,74	1.834,84
				I68D –	63.519,12	1.477,19
				I68E –	4.647,93	332,00
				I10C –	17.461,46	2.910,24
				I09B –	9.717,57	9.717,57
				I09E –	5.362,48	5.362,48
		X21X –	9.695,01			201,98
		M06X –	190.256,00			4.136,00
		X21M –	23.212,16			892,78
		M68A –	2.567,00			151,00
		M68X –	4.684,80			780,80
		X20A –	3.641,30			728,26
		M06A –	9.431,00			9.431,00
		M09X –	6.000,00			6.000,00
		N03X –	2.580,00			2.580,00
		X20X –	1.759,00			1.759,00
		X24M –	784,50			784,50

Κλινική	ICD-10	KEN	ΚΟΣΤΟΣ KEN	DRG	ΚΟΣΤΟΣ DRG	Μέση χρέωση
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	M17.9			I44B -	209.379,89	4.758,63
				I69B -	5.017,99	295,18
				I28C -	9.646,16	1.071,80
		M04X -	96.000,00			4.000,00
		X21X -	2.423,75			201,98
		M18A -	1.254,00			627,00
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	N20.2			L64A -	7.863,10	561,65
				L64B -	2.477,88	619,47
				L20C -	1.255,58	1.255,58
		Y24A -	2.019,89			403,98
		Y20A -	2.000,00			500,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	H25.0			C20B -	420.473,65	656,99
				C64Z -	3.569,15	274,55
		O16A -	260.960,00			466,00
		X21X -	1.615,83			201,98
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	K52.8			G67C -	49.661,45	310,38
		Π28A -	56.700,00			150,00
		X21M -	1.785,55			892,78
		X21X -	201,98			201,98
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	J22			E75C -	130.935,27	935,25
				A11G -	10.058,38	10.058,38
		A22X -	75.891,74			588,31
		B01M -	3.230,00			3.230,00
		M08M -	4.449,00			4.449,00
		X21M -	892,78			892,78
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	K56.7			G65Z -	28.900,63	722,52
				G12B -	36.638,51	2.818,35
				G18B -	22.294,57	3.715,76
				G21B -	7.413,61	1.853,40
				G18C -	8.981,07	4.490,53
		Π45X -	13.656,00			569,00
		Π45M -	14.604,00			1.217,00
		X21M -	4.463,88			892,78
		Π02X -	10.076,00			2.519,00
		Π46A -	1.308,00			327,00
		X24M -	3.137,99			784,50
		X21X -	605,94			201,98
		X01M -	1.744,00			1.744,00
Ω.Ρ.Λ.	J34.2			D38Z -	22.002,67	1.100,13
				D37B -	2.959,17	1.479,58
				D65Z -	302,98	302,98
		Ω10A -	12.000,00			600,00
		X21X -	807,92			201,98

Ο συγκριτικός Πίνακας 23 που παρουσιάζεται αποτυπώνει την αντιστοίχιση των ίδιων κωδικών ICD-10 σε διαφορετικά KEN (έτος 2023) και DRGs (έτος 2025) ανά κλινική, αναδεικνύοντας τις διαρθρωτικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο συστημάτων ομαδοποίησης. Η συνύπαρξη πολλαπλών KEN και DRGs για την ίδια διάγνωση υποδηλώνει ετερογένεια ως προς τη βαρύτητα, την πολυπλοκότητα και το χρησιμοποιούμενο μείγμα πόρων (case-mix) των νοσηλευόμενων περιστατικών. Στο σύστημα KEN, η αποζημίωση βασίζεται σε σχετικά ευρείες κατηγορίες νοσηλείας, γεγονός που περιορίζει την ικανότητά του να ενσωματώνει επαρκώς τη διαφοροποίηση της κλινικής βαρύτητας και των συν-νοσηροτήτων. Αντίθετα, το σύστημα DRGs ενσωματώνει μηχανισμούς προσαρμογής στη βαρύτητα (severity adjustment), επιτρέποντας λεπτομερέστερη ταξινόμηση των περιστατικών και μεγαλύτερη ευθυγράμμιση μεταξύ παρεχόμενης φροντίδας και αποζημίωσης

Προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω ο βαθμός στον οποίο τα δύο συστήματα αποζημίωσης αντανακλούν την πραγματική οικονομική και κλινική επιβάρυνση της νοσηλείας, ακολουθεί συγκριτικός πίνακας της αποζημίωσης της ίδιας διάγνωση εξόδου στο σύστημα KEN και στο DRGs, χρησιμοποιώντας τόσο τον μέσο όρο όσο και τη διάμεσο. Η παράλληλη χρήση των δύο αυτών στατιστικών μέτρων επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ της τυπικής αποζημίωσης της καθημερινής κλινικής πρακτικής και της επίδρασης ακραίων ή υψηλής βαρύτητας περιστατικών, προσφέροντας πληρέστερη εικόνα της ικανότητας κάθε συστήματος να αποτυπώσει το πραγματικό κόστος και τη βαρύτητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας.

Πίνακας 24: Σύγκριση αποζημίωσης KEN και DRGs ίδιας διάγνωσης εξόδου

Κλινική	ICD-10	KEN €/case (καθαρό, 2023)	DRG €/case (Μέσος, 2025)	DRG €/case (Διάμεσος, 2025)	ΔΙΑΦΟΡΑ DRG-KEN	ΔΙΑΦΟΡΑ ΔΙΑΜΕΣΟΣ- KEN	N περιστα- τικών KEN (2023)	N περιστα- τικών DRG (2025)	KEN €/case (εκτίμηση με extras από 2023 πίνακα)	KEN extras €/case (εκτίμηση)
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	I44.2	865,17	1236,272	946,1955	371,10	81,03	10	18	1.051,44	186,27
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	I61.0	3.400,00	58258,31	58258,3138	54.858,31	54.858,31	1	1	3.575,87	175,87
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	R07.2	584,44	483,4449	322,7703	-101,00	-261,67	32	29	826,16	241,72
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	N92.4	321,65	549,7414	593,3042	228,09	271,66	71	45	371,02	49,37
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	O82	1.002,64	1080,009	1269,8974	77,37	267,26	101	234	1.077,94	75,30
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	N39.0	1.066,91	1040,549	998,739	-26,36	-68,17	2	6	1.443,86	376,95
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	M54.4	1.664,12	1692,102	1291,6575	27,98	-372,47	153	130	1.839,90	175,78
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	M17.9	2.623,10	3200,629	3837,5156	577,53	1.214,42	38	70	2.686,48	63,38
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	N20.2	446,65	610,3454	565,5308	163,69	118,88	9	19	516,51	69,86
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	H25.0	462,28	649,3764	534,2531	187,10	71,97	568	653	464,55	2,27
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	K52.8	154,04	310,3841	243,2089	156,35	89,17	381	160	173,51	19,48
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	J22	639,88	999,955	1085,8275	360,08	445,95	132	141	771,65	131,78
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	K56.7	870,10	1603,514	909,1451	733,41	39,04	57	65	1.233,85	363,75
Ω.Ρ.Λ.	J34.2	533,66	1098,47	1235,1251	564,81	701,46	24	23	620,48	86,81

Από τον παραπάνω συγκριτικό πίνακα προκύπτει ότι, για την πλειονότητα των κλινικών και κωδικών ICD-10, η αποζημίωση ανά περιστατικό στο σύστημα DRGs υπερβαίνει την αντίστοιχη καθαρή αποζημίωση KEN. Το εύρημα αυτό είναι εντονότερο σε περιστατικά αυξημένης κλινικής βαρύτητας και πολυπλοκότητας, υποδηλώνοντας ότι το σύστημα DRGs αποτυπώνει πληρέστερα την κατανάλωση πόρων μέσω μηχανισμών προσαρμογής στη βαρύτητα. Η ταυτόχρονη παρουσία μέσου και διαμέσου στο DRGs αναδεικνύει τη μεταβλητότητα εντός της ίδιας ICD-10 κατηγορίας, επιτρέποντας τη διάκριση μεταξύ τυπικών και ακραίων περιστατικών. Αντίθετα, στο σύστημα KEN η αποζημίωση παραμένει περισσότερο «εξομαλυσμένη», ενώ σημαντικό μέρος του οικονομικού αποτυπώματος μεταφέρεται εκτός της καθαρής τιμής KEN μέσω πρόσθετων χρεώσεων, όπως αναφέρθηκε στην ενότητα 4.4 γεγονός που περιορίζει τη διαφάνεια και την ακρίβεια της αποτύπωσης της πραγματικής νοσοκομειακής δραστηριότητας.

Ωστόσο, η συγκριτική εικόνα δεν είναι ομοιογενής σε όλες τις κλινικές και τους κωδικούς ICD-10. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρούνται αποκλίσεις από το γενικό μοτίβο, οι οποίες σχετίζονται με τη φύση της διάγνωσης, το επίπεδο πολυπλοκότητας των περιστατικών και τον τρόπο ομαδοποίησής τους στα δύο συστήματα. Στη συνέχεια εξετάζονται ενδεικτικά οι ιδιαιτερότητες επιλεγμένων κλινικών και ICD-10, όπως το Καρδιολογικό (R07.2) και το Νευροχειρουργικό (M54.4), προκειμένου να αναδειχθούν οι διαρθρωτικές διαφορές μεταξύ KEN και DRGs

Στο ICD-10 R07.2 (θωρακικός πόνος) του Καρδιολογικού Τμήματος, η αποζημίωση μέσω KEN εμφανίζεται συγκριτικά υψηλότερη από το DRGs, γεγονός ερμηνεύσιμο λόγω της χαμηλής έως μέτριας βαρύτητας των περιστατικών και της σταθερής ομαδοποίησής τους σε γενικές κατηγορίες KEN. Αντίθετα, στο ICD-10 M54.4 του Νευροχειρουργικού Τμήματος, που αφορά περιστατικά αυξημένης πολυπλοκότητας, το σύστημα KEN αποτυγχάνει να διαφοροποιήσει επαρκώς τη βαρύτητα, οδηγώντας σε ατελή αποτύπωση της πραγματικής κατανάλωσης πόρων. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν το συμπέρασμα ότι το σύστημα DRGs, μέσω προσαρμογής στη βαρύτητα, επιτυγχάνει ακριβέστερη και λειτουργικά πιο προσαρμοσμένη αποζημίωση κλινικού έργου.

Συνολικά, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το σύστημα KEN εμφανίζει περιορισμένη ικανότητα αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας και της πραγματικής κατανάλωσης πόρων, οδηγώντας σε εξομάλυνση της αποζημίωσης, ενώ το σύστημα DRGs, μέσω μηχανισμών προσαρμογής στη βαρύτητα, παρέχει ακριβέστερη και διαφανέστερη αντιστοίχιση της αποζημίωσης με το παραγόμενο νοσοκομειακό έργο. Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η συζήτηση των ευρημάτων υπό το πρίσμα του θεωρητικού πλαισίου και της βιβλιογραφίας, με έμφαση στις διοικητικές και πολιτικές τους προεκτάσεις.

5.1. Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου και ερευνητικών ευρημάτων

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να γεφυρώσει τη θεωρητική προσέγγιση της κοστολόγησης και των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με την εμπειρική αποτύπωση της εφαρμογής τους στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο». Όπως αναλύθηκε στο θεωρητικό μέρος, τα συστήματα αποζημίωσης βάσει δραστηριότητας, και ειδικότερα τα DRGs, στοχεύουν στη σύνδεση της χρηματοδότησης με τη βαρύτητα, την πολυπλοκότητα και την πραγματική κατανάλωση πόρων των νοσηλείων, ενισχύοντας τη διαφάνεια, τη συγκρισιμότητα και την αποδοτικότητα της νοσοκομειακής λειτουργίας.

Τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό τις θεωρητικές παραδοχές της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η παρατηρούμενη μεταβολή στη μέση διάρκεια νοσηλείας, στον αριθμό των νοσηλευθέντων και στο προφίλ των διαγνώσεων μεταξύ των ετών εφαρμογής των KEN και των DRGs υποδηλώνει αλλαγές στο case-mix του νοσοκομείου. Η χαμηλή διαχρονική σταθερότητα των διαγνώσεων εξόδου, όπως αυτή αποτυπώθηκε μέσω του δείκτη Jaccard, ενισχύει την υπόθεση ότι η νοσοκομειακή δραστηριότητα δεν παραμένει στατική, αλλά μεταβάλλεται τόσο λόγω εξωγενών παραγόντων (π.χ. πανδημία COVID-19) όσο και λόγω αλλαγών στον τρόπο καταγραφής και αποζημίωσης των περιστατικών.

Το εύρημα αυτό συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία τα DRGs λειτουργούν ως πολυδιάστατο εργαλείο ανάλυσης της νοσοκομειακής δραστηριότητας και όχι αποκλειστικά ως μηχανισμός αποζημίωσης (Busse et al., 2011,· Street et al., 2011)..

5.2. Αξιολόγηση του συστήματος KEN υπό το πρίσμα των ευρημάτων

Η ανάλυση της νοσοκομειακής δραστηριότητας για το έτος 2023 ανέδειξε τις διαρθρωτικές αδυναμίες του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, όπως αυτές έχουν περιγραφεί και στο θεωρητικό μέρος. Η συγκέντρωση μεγάλου όγκου περιστατικών σε περιορισμένο αριθμό KEN, τα υψηλά ποσοστά νοσηλείων εκτός Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και η σημαντική συμβολή των πρόσθετων χρεώσεων στη συνολική αποζημίωση επιβεβαιώνουν τις θεωρητικά καταγεγραμμένες αδυναμίες του συστήματος KEN, το οποίο, όπως έχει επισημανθεί, λειτουργεί περισσότερο ως

στατικός τιμοκατάλογος παρά ως δυναμικός μηχανισμός αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας (Economou et al., 2017,· Ελεγκτικό Συνέδριο, 2022).

Η περιορισμένη δυνατότητα διαφοροποίησης των περιστατικών εντός της ίδιας ICD-10 διάγνωσης οδηγεί σε εξομάλυνση της αποζημίωσης μεταξύ απλών και σύνθετων περιπτώσεων. Το γεγονός αυτό ενισχύει τη θεωρητική κριτική ότι τα ΚΕΝ δεν ενσωματώνουν επαρκώς τη βαρύτητα, τις συν-νοσηρότητες και την ένταση της παρεχόμενης φροντίδας, με αποτέλεσμα η οικονομική εικόνα του νοσοκομείου να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από μηχανισμούς εκτός της βασικής αποζημίωσης.

Παρά τα παραπάνω, τα ΚΕΝ αποτέλεσαν μια σημαντική μεταρρύθμιση για το ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς εισήγαγαν για πρώτη φορά τη λογική της αποζημίωσης ανά περιστατικό και συνέβαλαν στη συγκράτηση των δαπανών και στη βελτίωση της διαχειριστικής λογοδοσίας. Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι το σύστημα έχει φτάσει στα όρια της λειτουργικής του αποτελεσματικότητας, ιδίως σε περιβάλλοντα αυξημένης πολυπλοκότητας και εξειδίκευσης.

5.3. Αξιολόγηση του συστήματος DRGs υπό το πρίσμα των ευρημάτων

Η εφαρμογή του συστήματος DRGs στο Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» ανέδειξε τη δυνατότητα λεπτομερέστερης αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας και της κατανάλωσης πόρων, όπως αυτή εκφράζεται μέσω του δείκτη Case Mix Index (CMI). Ο συνολικός CMI του νοσοκομείου υποδηλώνει ότι εξυπηρετούνται κυρίως περιστατικά χαμηλής έως μέσης πολυπλοκότητας, ωστόσο η ανάλυση σε επίπεδο κλινικής αποκαλύπτει σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Ιδιαίτερα υψηλές τιμές Case Mix Index σε κλινικές όπως η Νευροχειρουργική και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αντανakλούν τη νοσηλεία περιστατικών εξαιρετικά αυξημένης βαρύτητας και επιβεβαιώνουν τη θεωρητική θέση ότι ο CMI αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αποτύπωσης της πολυπλοκότητας και της έντασης φροντίδας, όπως έχει αναδειχθεί στη διεθνή εμπειρία εφαρμογής των DRGs (Busse et al., 2011,· OECD, 2019). Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναγνωρίζει τον δείκτη CMI ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης της πολυπλοκότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Παράλληλα, η ανάλυση του δείκτη χρηματοδοτικής κάλυψης (Αποζημίωση/Σύνολο Ταμείου) ανέδειξε σημαντικές αποκλίσεις σε ορισμένα DRGs, κυρίως υψηλής πολυπλοκότητας, γεγονός που υποδηλώνει ότι ακόμη και το σύστημα DRGs δεν εξαλείφει πλήρως το φαινόμενο της υπο-αποζημίωσης. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρητική κριτική που επισημαίνει ότι τα DRGs απαιτούν συνεχή επικαιροποίηση των συντελεστών βαρύτητας και των βασικών τιμών, προκειμένου να αντανακλούν το πραγματικό κόστος των σύγχρονων θεραπευτικών πρακτικών.

5.4. Σύγκριση KEN και DRGs για την ίδια διάγνωση εξόδου

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η συγκριτική ανάλυση της ίδιας διάγνωσης εξόδου υπό τα δύο συστήματα αποζημίωσης. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το σύστημα DRGs οδηγεί σε υψηλότερη μέση και διάμεση αποζημίωση ανά περιστατικό, ιδίως σε διαγνώσεις αυξημένης κλινικής πολυπλοκότητας. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με τη θεωρητική κριτική των συστημάτων KEN, σύμφωνα με την οποία η περιορισμένη διαστρωμάτωση εντός της ίδιας διάγνωσης οδηγεί σε ατελή αποτύπωση της κλινικής πολυπλοκότητας, σε αντίθεση με τα DRGs που ενσωματώνουν μηχανισμούς προσαρμογής στη βαρύτητα (Cattel, 2021· Waitzberg et al., 2021).

Στο σύστημα KEN η αποζημίωση παραμένει περισσότερο ομογενοποιημένη, ενώ σημαντικό μέρος της οικονομικής επιβάρυνσης μεταφέρεται σε πρόσθετες χρεώσεις, περιορίζοντας τη διαφάνεια και τη δυνατότητα ουσιαστικής αξιολόγησης της αποδοτικότητας. Παρά τις επιμέρους αποκλίσεις που παρατηρούνται σε συγκεκριμένες κλινικές και διαγνώσεις, η συνολική εικόνα υποστηρίζει ότι το σύστημα DRGs προσφέρει λειτουργικά δικαιότερη και αναλυτικότερη αντιστοίχιση της αποζημίωσης με το παραγόμενο νοσοκομειακό έργο.

5.5. Διοικητικές και πολιτικές προεκτάσεις

Η δυνατότητα αξιοποίησης των δεδομένων DRGs για στρατηγικό σχεδιασμό και τεκμηριωμένη κατανομή πόρων συνάδει με τη βιβλιογραφία που αναγνωρίζει τα DRGs ως εργαλείο πολιτικής υγείας και όχι αποκλειστικά μηχανισμό χρηματοδότησης (WHO, 2008· Busse et al., 2019). Η δυνατότητα ανάλυσης της δραστηριότητας σε επίπεδο κλινικής, DRG και δείκτη πολυπλοκότητας παρέχει στη

διοίκηση πολύτιμη πληροφόρηση για τον εντοπισμό περιοχών αυξημένου κόστους, υπο-αποζημίωσης ή αναποτελεσματικής χρήσης πόρων.

Ειδικά για νησιωτικά νοσοκομεία, όπως το «Βοστάνειο», όπου το λειτουργικό κόστος είναι αυξημένο και οι διαθέσιμοι πόροι περιορισμένοι, η αξιοποίηση των δεδομένων DRGs μπορεί να υποστηρίξει τεκμηριωμένες παρεμβάσεις χρηματοδότησης και πολιτικής υγείας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του συστήματος προϋποθέτει επαρκή ποιότητα κωδικοποίησης, συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και τακτική αναθεώρηση των παραμέτρων κοστολόγησης.

5.6. Περιορισμοί και ερμηνευτικό πλαίσιο

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνεύονται υπό το πρίσμα ορισμένων περιορισμών. Η ανάλυση βασίζεται σε δεδομένα ενός μόνο νοσοκομείου και στη σύγκριση δύο διακριτών χρονικών περιόδων, γεγονός που δεν επιτρέπει την πλήρη απομόνωση της επίδρασης του συστήματος αποζημίωσης από άλλους εξωγενείς παράγοντες. Επιπλέον, η μελέτη στηρίζεται σε δεδομένα αποζημίωσης και όχι σε πλήρη κοστολογική ανάλυση, περιορίζοντας τη δυνατότητα εκτίμησης του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η χρήση πραγματικών διοικητικών δεδομένων και η πολυεπίπεδη προσέγγιση της ανάλυσης ενισχύουν την αξιοπιστία των ευρημάτων και παρέχουν ουσιαστικές ενδείξεις για τις επιπτώσεις της μετάβασης από το σύστημα KEN στο σύστημα DRGs στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Όπως επισημαίνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, η ερμηνεία αποτελεσμάτων DRGs οφείλει να λαμβάνει υπόψη περιορισμούς που σχετίζονται με την ποιότητα της κωδικοποίησης και τη διαθεσιμότητα αναλυτικών στοιχείων κόστους (Busse et al., 2011; Jamalabadi et al., 2020).

6. Συμπεράσματα και προτάσεις

6.1. Συμπεράσματα της μελέτης

Η παρούσα διπλωματική εργασία είχε ως αντικείμενο την αξιολόγηση της εφαρμογής του συστήματος Diagnosis-Related Groups (DRGs) στο Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο» και τη συγκριτική αποτίμησή του με το προγενέστερο σύστημα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN). Η ανάλυση βασίστηκε σε πραγματικά διοικητικά και οικονομικά δεδομένα νοσηλίων δύο διακριτών χρονικών περιόδων, επιτρέποντας την εμπειρική διερεύνηση των διαφορών που προκύπτουν από τη μετάβαση μεταξύ των δύο συστημάτων αποζημίωσης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι το σύστημα KEN χαρακτηρίζεται από περιορισμένη ικανότητα αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας και της πολυπλοκότητας των νοσηλευόμενων περιστατικών. Η έντονη συγκέντρωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας σε περιορισμένο αριθμό γενικών KEN, τα υψηλά ποσοστά νοσηλίων εκτός Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και η σημαντική συμβολή πρόσθετων χρεώσεων στη συνολική αποζημίωση υποδηλώνουν ότι το σύστημα λειτουργεί περισσότερο ως στατικός τιμοκατάλογος παρά ως δυναμικός μηχανισμός κοστολόγησης και χρηματοδότησης.

Αντίθετα, η εφαρμογή του συστήματος DRGs ανέδειξε τη δυνατότητα λεπτομερέστερης διαστρωμάτωσης των περιστατικών και πληρέστερης αποτύπωσης της κλινικής βαρύτητας μέσω εργαλείων όπως ο δείκτης Case Mix Index (CMI). Η ανάλυση σε επίπεδο κλινικής κατέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την πολυπλοκότητα των νοσηλίων, στοιχείο που δεν ήταν δυνατό να αναδειχθεί με την ίδια σαφήνεια στο πλαίσιο του συστήματος KEN. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι τα DRGs μπορούν να λειτουργήσουν όχι μόνο ως μηχανισμός αποζημίωσης, αλλά και ως εργαλείο διοικητικής ανάλυσης και αξιολόγησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης αφορά τη σαφή αύξηση των ογκολογικών περιστατικών κατά την εξεταζόμενη περίοδο, όπως αυτή αποτυπώνεται τόσο στον όγκο των νοσηλίων όσο και στη συνολική κλινική βαρύτητα των περιστατικών. Η εξέλιξη αυτή, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, συνιστά ένδειξη αυξημένων αναγκών σε εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα και συνεπάγεται

σημαντικές επιπτώσεις για τον σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα, το εύρημα αυτό μπορεί να εκληφθεί ως “σήμα πολιτικής υγείας”, υποδεικνύοντας την ανάγκη ενίσχυσης παρεμβάσεων πρόληψης, προ συμπτωματικού ελέγχου και έγκαιρης διάγνωσης. Η αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών πρόληψης δύναται να περιορίσει τη μελλοντική επιβάρυνση του νοσοκομείου από σύνθετα και υψηλού κόστους ογκολογικά περιστατικά, συμβάλλοντας τόσο στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων όσο και στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι και τα αποτελέσματα της συγκριτικής ανάλυσης της ίδιας διάγνωσης εξόδου υπό τα δύο συστήματα αποζημίωσης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το σύστημα DRGs οδηγεί σε υψηλότερη και περισσότερο διαφοροποιημένη αποζημίωση ανά περιστατικό, ιδίως σε διαγνώσεις αυξημένης κλινικής πολυπλοκότητας. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το σύστημα DRGs επιτυγχάνει καλύτερη ευθυγράμμιση μεταξύ της παρεχόμενης φροντίδας και της οικονομικής αποζημίωσης, σε σύγκριση με το σύστημα KEN, το οποίο εμφανίζει μεγαλύτερη εξομάλυνση της αποζημίωσης.

Ωστόσο, η μελέτη ανέδειξε και περιορισμούς του συστήματος DRGs, κυρίως σε περιπτώσεις υψηλής πολυπλοκότητας και κόστους, όπου παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ τιμολογούμενου κόστους και τελικής αποζημίωσης. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι, παρά τα πλεονεκτήματά του, το σύστημα DRGs δεν εξαλείφει πλήρως το φαινόμενο της υπο-αποζημίωσης και απαιτεί συνεχή επικαιροποίηση των συντελεστών βαρύτητας και των βασικών τιμών αποζημίωσης.

Στο πλαίσιο αυτό, η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει τη σημασία των κλειστών προϋπολογισμών (global budgets) ως συμπληρωματικού μηχανισμού χρηματοδότησης των νοσοκομείων, ιδίως σε συστήματα όπου η αποζημίωση βάσει δραστηριότητας μέσω DRGs ενδέχεται να μην επαρκεί για την κάλυψη σταθερών και ανελαστικών λειτουργικών δαπανών. Οι κλειστοί προϋπολογισμοί μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά, εξασφαλίζοντας προβλεψιμότητα στη χρηματοδότηση και δημοσιονομική σταθερότητα, ενώ παράλληλα τα DRGs συμβάλλουν στη διαφάνεια, στην αποτύπωση της κλινικής βαρύτητας και στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας. Η συνδυαστική εφαρμογή των δύο μηχανισμών, όπως προτείνεται

και στη διεθνή εμπειρία, δύναται να περιορίσει τα φαινόμενα υπο-αποζημίωσης σύνθετων περιστατικών και να ενισχύσει τη βιωσιμότητα των νοσοκομείων, ιδίως σε μονάδες με ειδικά χαρακτηριστικά, όπως τα νησιωτικά ή απομακρυσμένα νοσοκομεία.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι η μετάβαση από το σύστημα ΚΕΝ στο σύστημα DRGs συνιστά ουσιαστική βελτίωση ως προς τη διαφάνεια, την αποτύπωση της κλινικής βαρύτητας και τη δυνατότητα διοικητικής αξιοποίησης των δεδομένων, χωρίς ωστόσο να εξαλείφει πλήρως τις προκλήσεις που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση σύνθετων και υψηλού κόστους νοσηλείων.

6.2. Προτάσεις διοικητικής και πολιτικής αξιοποίησης

Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, προκύπτουν ορισμένες προτάσεις που αφορούν τόσο τη διοίκηση των νοσοκομείων όσο και τη χάραξη πολιτικής υγείας:

- Ενίσχυση της ποιότητας κωδικοποίησης (ICD-10/DRGs). Η ακρίβεια της κλινικής κωδικοποίησης αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την ορθή λειτουργία του συστήματος DRGs. Η συστηματική εκπαίδευση του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού και η ενίσχυση μηχανισμών ελέγχου ποιότητας μπορούν να βελτιώσουν την αξιοπιστία των δεδομένων και την αντιστοίχιση αποζημίωσης και βαρύτητας.
- Τακτική επικαιροποίηση συντελεστών βαρύτητας και βασικών τιμών αποζημίωσης. Η παρατηρούμενη υπο-αποζημίωση σε συγκεκριμένα DRGs υψηλής πολυπλοκότητας καθιστά αναγκαία την περιοδική αναθεώρηση των παραμέτρων του συστήματος, ώστε να αντανακλούν τις σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές και το πραγματικό κόστος νοσηλείας.
- Αξιοποίηση των DRGs ως εργαλείο διοίκησης. Η ανάλυση του CMI και των οικονομικών δεικτών σε επίπεδο κλινικής μπορεί να υποστηρίξει τεκμηριωμένες αποφάσεις για τον καταμερισμό πόρων, τον σχεδιασμό υπηρεσιών και τον εντοπισμό περιοχών υπο- ή υπερ-αποζημίωσης.
- Ειδική μέριμνα για νησιωτικά και απομακρυσμένα νοσοκομεία. Νοσοκομεία όπως το «Βοστάνειο» αντιμετωπίζουν αυξημένο λειτουργικό κόστος και περιορισμένες οικονομίες κλίμακας. Η ενσωμάτωση μηχανισμών

προσαρμογής ή συμπληρωματικής χρηματοδότησης, σε συνδυασμό με κλειστούς προϋπολογισμούς, μπορεί να συμβάλει στη διασφάλιση της βιωσιμότητάς τους.

6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει πεδία για περαιτέρω διερεύνηση. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν:

- να επεκτείνουν την ανάλυση σε περισσότερα νοσοκομεία, ενισχύοντας τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων,
- να συνδυάσουν δεδομένα αποζημίωσης με πλήρη κοστολογικά στοιχεία, επιτρέποντας ακριβέστερη εκτίμηση του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό,
- να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ DRGs, ποιότητας φροντίδας και κλινικών εκβάσεων, πέραν των οικονομικών δεικτών.

6.4. Συνοπτικός Επίλογος

Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η μετάβαση από το σύστημα KEN στο σύστημα Diagnosis-Related Groups ενισχύει τη διαφάνεια και την αποτύπωση της κλινικής βαρύτητας της νοσοκομειακής δραστηριότητας, προσφέροντας ουσιαστικά εργαλεία διοικητικής και οικονομικής αξιολόγησης. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι τα DRGs αποδίδουν αποτελεσματικότερα όταν εντάσσονται σε μικτά μοντέλα χρηματοδότησης, σε συνδυασμό με κλειστούς προϋπολογισμούς που διασφαλίζουν δημοσιονομική σταθερότητα. Παράλληλα, η καταγραφόμενη αύξηση των ογκολογικών περιστατικών λειτουργεί ως σήμα πολιτικής υγείας για την ανάγκη ενίσχυσης της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης, συμβάλλοντας στη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα και αναβάθμιση του δημόσιου συστήματος υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Νομοθεσία

Εγκύκλιος Γ.Γ. ΥΥΚΑ 94622/2011 (ΑΔΑ: 4ΑΧ5Θ-Μ03)

ΦΕΚ 1702/ Β'/2011 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ». Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 940/Β/27-3-2012 «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011). Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 946/Β/27-3-2012 «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011), όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την αριθ. Υ4α/οικ.13740/27.3.2012 κοινή υπουργική απόφαση «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27.7.2011 κοινής υπουργικής απόφασης “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ” (ΦΕΚ 1702/ Β'/2011)» (ΦΕΚ 940/Β'/2012)». Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 194/Α/2014, (Νόμος 4286/2014), «Σύσταση Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)». ΦΕΚ Α' 194/2014. Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 115/Α/7-8-2015, (Νόμος 4486/2017), «Μετονομασία της ΕΣΑΝ ΑΕ σε ΚΕΤΕΚΝΥ». Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 231/Β/31.1.2018. «Έκδοση Καταλόγου Κωδικών της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-International Classification of Diseases)». Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 7261/Β/21.12.2023. «Καθορισμός του νέου Συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs) για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ». Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο. Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

ΦΕΚ 1536/Β/8-3-2024 «Διαδικασία αποζημίωσης χρήσης κλινών νοσηλείας, κλινών εντατικής θεραπείας των εγκαταστάσεων, των θαλάμων, που διατίθενται στο Ελληνικό Δημόσιο από ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, δυνάμει της παρ. 2 του

άρθρου 86 του ν. 4745/2020 (Α' 214)». Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο. Διαθέσιμο στο: <https://www.et.gr>

Ελληνική βιβλιογραφία

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ. & Μπιτσώρη, Ζ. (2017) «Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάσει των ΚΕΝ και η επίδρασή της στη βιωσιμότητά τους», *Νοσηλευτική*, 6(2). DOI: 10.5281/zenodo.1019279

Ελεγκτικό Συνέδριο (2022) *Έκθεση Ελέγχου 1/2022, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ): Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους?»* Available at <https://www.elsyn.gr/el/node/1562> (Accessed: 15 November 2025).

ΕΤΗΠ (2017) *Systematic Catalogue 2017*, ν.2. Αθήνα: Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. Available at: <https://instdrg.gr/> (Accessed: 15 November 2025).

Greece20 (2023) *ΚΕΤΕΚΝΥ, «Διαλειτουργικότητα Πληροφοριακών Συστημάτων DRG»*. Available at: greece20.gov.gr.

Ηλιάκη Ξ. (2014) *Οικονομική Προσέγγιση στην Υγεία – Ονομασία & Κωδικοποίηση (ΕΛΟΚΗΠ)*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Available at: https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9970/Ksanthippi_Iliaki.pdf (Accessed: 19 November 2025).

InstDRG (survey) (≈2019) *«Έκθεση αποτύπωσης γνώμης στελεχών για το σύστημα DRG (stakeholder survey)»*. Available at: https://instdrg.gr/wp-content/uploads/.../Έκθεση-...-συστήματος-DRG_TELIKO.pdf (Accessed: 19 November 2025).

Καϊτελίδου, Δ. (2020) *Μελέτη Εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης*. Αθήνα: ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής. Available at: <https://instdrg.gr/wp-content/uploads/ΜΕΛΕΤΗ-ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ-ΤΟΥ-ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-DRG-ΔΙΕΘΝΩΣ.pdf> (Accessed: 13 November 2025).

Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ) (2018) *Μεθοδολογία υπολογισμού Base Rate στα DRG*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ) (2023) *Ετήσια Έκθεση για την εφαρμογή των DRG στην Ελλάδα*. Αθήνα.

Reader(2023) *Νοσοκομεία: Πλήρης έλεγχος υπηρεσιών περίθαλψης με το σύστημα DRG*. Available at: <https://www.reader.gr/ygeia/nosokomeia-pliris-eleghos-ton-ypiresion-perithalpsis-me-systima-drg/590841>

Παπαπέτρου, Α., 2016. *Η εισαγωγή των ΚΕΝ ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων στην Ελλάδα*. Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Ρήγας, Χ., 2020. *Εφαρμογή των ΚΕΝ στην Ελλάδα: ανάλυση και κριτική*. Μεταπτυχιακή εργασία, ΕΑΠ.

Υπουργείο Υγείας (2012) *Εφαρμογή Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) στα δημόσια νοσοκομεία*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

Υπουργείο Υγείας (2018) *Εισαγωγή στο Σύστημα DRG*. Available at: https://www.nextdeal.gr/sites/default/files/attachments/eisagogi_sto_systima_drg.pdf (Accessed: 15 November 2025).

Υπουργείο Υγείας (2018) *Οδηγός εφαρμογής της βασικής τιμής αποζημίωσης DRG (Base Rate)*. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας & Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2014), «Συμφωνία παραχώρησης ICD-10 στην Ελλάδα». Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

Galitsianos, I.A. (2024), «Η εφαρμογή των Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG) — προβλήματα κωδικοποίησης και λειτουργίας (Master's thesis)». Aristotle University of Thessaloniki – IKEE repository. Available at: <https://ikee.lib.auth.gr/record/360558> (Accessed: 16 November 2025).

Xenos, Panos & Nektarios, Milton & Polyzos, Nikolaos & Yfantopoulos, John. (2014). Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. Archives of Hellenic Medicine. 31. 172-185

Αγγλική βιβλιογραφία

Anell, A., Glenngård, A.H. & Merkur, S. (2012) *Sweden: Health system review*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. (Health Systems in Transition, 14(5)).

Australian Institute of Health and Welfare (2020) Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) system. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/diagnosis-related-groups> (Accessed: 19 November 2025).

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (2011) *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (eds) (2019) *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press.

Cattel, D. (2021) *Economic incentives and hospital behavior under DRG-based financing*. Erasmus University Rotterdam.

Cattel D, Eijkenaar F. (2019) “Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review”. *Med Care Res Rev*. 2020 Dec;77(6):511-537. doi: 10.1177/1077558719856775. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31216945; PMCID: PMC7536531.

Cashin, C., Chi, Y-L., Smith, P., Borowitz, M. and Thomson, S. (2014). *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.

Department of Health Australia (DoHA) (2019) *AR-DRG Implementation Guidelines*. Available at: <https://www.health.gov.au/resources/publications/ar-drg-implementation-guidelines> (Accessed: 19 November 2025).

Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (2015) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.

Duckett, S. & Willcox, S. (2011) *The Australian Health Care System: Reform, efficiency, and innovation*. 5th ed. Sydney: Oxford University Press. ISBN: 9780195574647, https://doi.org/10.1071/AHv35n4_BR

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. & Sissouras, A. (2015) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192)

Ellis, R.P. & McGuire, T.G. (1996) ‘Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects’, *Journal of Health Economics*, 15(3), pp. 257–277, ISSN 0167-6296, [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(96\)00002-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(96)00002-1).

European Commission (2020) *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2020*. Available at: <https://health.ec.europa.eu>

Fetter Robert B.. & Freeman, J.L. (1986) ‘Diagnosis Related Groups: Product line management within hospitals’, *Academy of Management Review*, 11(1), pp. 41–54.

Fetter Robert B., (1991) *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance*. *Interfaces* 21(1):6-26. [http:// dx.doi.org/10.1287/inte.21.1.6](http://dx.doi.org/10.1287/inte.21.1.6)

Jalalabadi, F., Milewicz, A. L., Shah, S. R., Hollier Jr, L. H. & Reece, E. M. (2018) ‘Activity-Based Costing’, *Seminars in Plastic Surgery*, 32(4), pp. 182–186. doi: 10.1055/s-0038-1672208

Jamalabadi, S., Winter, V. & Schreyögg, J. (2020) ‘A Systematic Review of the Association Between Hospital Cost/price and the Quality of Care’, *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(5), pp. 625–639. doi: 10.1007/s40258-020-00577-6.

Kutzin, J. (2013). *Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy*. *Bulletin of the World Health Organization*.

Mihailovic, N., Kocic, S. & Jakovljevic, M. (2016) 'Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care', Health Services Research and Managerial Epidemiology, 3. doi:10.1177/2333392816647892

Mogyorosz, Z. & Smith, P. (2005) The main methodological issues in costing health care services: A literature review. York: Centre for Health Economics, University of York. Available at

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/p7_Methodological_issues_in_costing_health_care_services.pdf

OECD (2019) OECD Reviews of Health Systems. OECD Publishing. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org>

OECD (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

Panagiotopoulos, P., Maniadas, N., Papatheodoridis, G., & Pektasidis, D. (2019). An Evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG) Implementation Focused on Cancer DRGs in Greek Public Hospitals. Pharmacoeconomics - Open, 4, 61–69. <https://doi.org/10.1007/s41669-019-0146-z>

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. doi:10.1016/j.healthpol.2012.09.011

PubMed (2007) 'ICD and OPS. Historical development and current situation'. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573558>

Rodosthenous, E. & Roumeliotis, F. (2021) 'Costing and financing of healthcare services in Greece', Health Systems, 10(2), pp. 123–140. Available at <https://kneopen.com/Kne-Social/article/view/9901/9087/>

Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. Health Care Manag Sci. 2006 Aug;9(3):215-23. doi: 10.1007/s10729-006-9040-1.

PMID: 17016927. Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. & Mason, A. (2011) 'DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges', *Health Economics, Policy and Law*, 6(4), pp. 491–508.

Street A, Kobel C, Renaud T, Thuilliez J; EuroDRG group. How well do diagnosis-related groups explain variations in costs or length of stay among patients and across hospitals? Methods for analysing routine patient data. *Health Econ.* 2012 Aug;21 Suppl 2:6-18. doi: 10.1002/hec.2837. PMID: 22815108.

UEHP (2024) 'Greece's 2026 DRG transition for private hospitals — a reform fraught with challenges'. UEHP analysis. Available at: <https://www.uehp.eu/corners/greeces-2026-drg-transition-for-private-hospitals-a-reform-fraught-with-challenges/> (Accessed: 19 November 2025)

Waitzberg, R., Gerkens, S., Dimova, A., Bryndová, L., Vrangbæk, K., Jervelund, S.S., Birk, H.O., Rajan, S., Habicht, T., Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., Or, Z., Gandré, C., Winkelmann, J., Ricciardi, W., de Belvis, A.G., Poscia, A., Morsella, A., Slapšinskaitė, A., Miščikienė, L., Kroneman, M., de Jong, J., Tambor, M., Sowada, C., Scintee, S.G., Vladescu, C., Albrecht, T., Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Estupiñán-Romero, F., Janlöv, N., Mantwill, S., Van Ginneken, E. & Quentin, W. (2021) 'Balancing financial incentives during COVID-19: A comparison of provider payment adjustments across 20 countries', *Health Policy*, 126(5), pp. 398–407. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.09.015

WHO (1978) *International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/40527>

WHO (2019) *Global Report on Hospital Payment Systems*. Available at: <https://www.who.int/publications>

WHO (2022) *Global Health Expenditure Database*. Geneva: World Health Organization.

Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag.* 2021 Jun

29;66(5):340-365. doi: 10.1097/JHM-D-20-00283. PMID: 34192716; PMCID: PMC8423138.

Ιστοσελίδες

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia/790-deltia-typoy>

Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) (2025) *System of Health Accounts (SHA) of year 2023*. Πειραιάς. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/58d76796-fe01-c266-9a43-68477eb5c89c> (Πίνακας 1: «Total funding on current health expenditure (as a percentage of GDP) for the years 2019-2023»)

<https://www.wikipedia.org/>

<https://ketekny.gr/wp-content/uploads/ΕΤΙΠ-Συστηματικός-κατάλογος-Έκδοση-2017-v2.pdf>

https://ketekny.gr/wp-content/uploads/EKOK-DRG_v1.pdf