



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής
των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων
σαν μέθοδος αποζημίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Μάρεκ Χριστοδουλίδης

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της εφαρμογής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων
σαν μέθοδος αποζημίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Μάρκε Χριστοδουλίδης

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	5
Summary	6
Ευχαριστίες	7
Κεφάλαιο Πρώτο	8
Εισαγωγή.....	8
1.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας.....	10
1.2 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής	10
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	11
Μεθοδολογία.....	11
2.1 Σκοπός και στόχοι.....	12
2.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	12
2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	13
Κεφάλαιο Τρίτο.....	14
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	14
3.1 Ιστορική αναδρομή	14
3.2 Θεωρητική ανάλυση των DRGs	15
3.3 Μέθοδοι χρηματοδότησης.....	19
3.4 Κίνητρα Υιοθέτησης.....	22
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	26
Η κυπριακή πραγματικότητα στον τομέα της Υγείας και οι ευρωπαϊκές εμπειρίες των DRGs	26
4.1 Οι εξελίξεις στο σύστημα Υγείας της Κύπρου.....	26
4.1.1 Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο.....	30
4.1.2 Οι Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο	34
4.1.3 Η ανάγκη εφαρμογής των DRGs.....	40
4.1.4 Οφέλη και κίνδυνοι από την εφαρμογή του ΓεΣΥ	42

4.2 Η ευρωπαϊκή εμπειρία στα DRGs – Μελέτες περιπτώσεων.....	44
4.2.1 Το σύστημα Υγείας της Γαλλία και τα GHMs.....	44
4.2.2 Αξιολόγηση του συστήματος GHMs στη Γαλλία	46
4.2.3 Το σύστημα Υγείας της Αγγλίας και τα HRGs	48
4.2.4 Αξιολόγηση του συστήματος HRGs στην Αγγλία	49
4.2.5 Το σύστημα Υγείας της Γερμανίας και τα G-DRGs.....	51
4.2.6 Αξιολόγηση του συστήματος G-DRGs στη Γερμανία.....	54
4.2.7 Το σύστημα Υγείας της Σουηδίας και τα Nord DRGs	55
4.2.8 Αξιολόγηση του συστήματος Nord DRGs στη Σουηδία	56
Κεφάλαιο Πέμπτο.....	58
Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις	58
5.1 Συζήτηση	58
5.2 Περιορισμοί	71
5.3 Συμπεράσματα - Εισηγήσεις.....	71
Βιβλιογραφία.....	79

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη του συστήματος ταξινόμησης σε Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis-Related Groups, DRGs) θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένα διεθνές φαινόμενο και τα συστήματα DRGs εισήχθησαν διεθνώς για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών και η μέτρηση της παραγωγικότητας. Η κατανόηση των διεθνών εμπειριών στα συστήματα DRG και στα συστήματα πληρωμής των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, μπορεί να παρέχει σημαντική πληροφόρηση και στη χώρα μας, η οποία θα μπορέσει καλύτερα να αντιμετωπίσει τις μεταρρυθμιστικές προκλήσεις στον τομέα της Υγείας. Η δημοσιονομική κρίση μας δίνει την ευκαιρία να μεταρρυθμίσουμε στο Σύστημα Υγείας μας, ενώ ταυτόχρονα στα πλαίσια της συμφωνία μας με την ΤΡΟΙΚΑ ενθαρρύνεται η ταξινόμηση των ενδονοσοκομειακών περιπτώσεων με βάση τα DRGs με στόχο την αντικατάσταση του συστήματος πληρωμών στα πλαίσια του νέου συστήματος υγείας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της εφαρμογής των συστημάτων DRGs σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και της μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων που βασίζεται σε αυτά.

Μεθοδολογία: Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ευρωπαϊκών εμπειριών και του συστήματος υγείας της Κύπρου μέσω της ανάλυσης επιστημονικών άρθρων από διεθνή περιοδικά, βιβλίων, δελτίων τύπου, εμπειριστατωμένων αξιολογήσεων από αναγνωρισμένους φορείς, καθώς και συλλογή δεδομένων από εθνικές πηγές όπως το Υπουργείο Υγείας, και Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας.

Αποτελέσματα: Τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής των DRGs και των μεθόδων αποζημίωσης με βάση αυτά, μεταξύ άλλων, είναι η αυξημένη διαφάνεια, η αύξηση των δραστηριοτήτων, η συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, καθώς και η μείωση του χρόνου νοσηλείας και αναμονής. Τα μειονεκτήματα αφορούν κυρίως την εκλεκτική επιλογή των ασθενών, τη λανθασμένη κατάταξη, τις επανεισαγωγές και την πρόωρη εξαγωγή των ασθενών. Δεν παρουσιάζεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εισαγωγής των συστημάτων και της αποτελεσματικότητας, ενώ η παρακολούθηση και η υποβολή εκθέσεων για την ποιότητα φροντίδας εξακολουθεί να είναι ανεπαρκής.

Συμπεράσματα: Οι αρμόδιοι φορείς στην Κύπρο θα πρέπει να επικεντρωθούν στην τάχιστα εισαγωγή του Γενικού Σχεδίου Υγείας και οι ευρωπαϊκές εμπειρίες των DRGs να αποτελέσουν στέρεη βάση για χάραξη μιας στρατηγικής για την αποτελεσματική αξιοποίησή τους.

Λέξεις – Κλειδιά: DRGs, DRG-based Αποζημίωση Νοσοκομείων, Μεταρρύθμιση Υγείας, Κύπρος, Ευρώπη

Summary

Background: The development of the classification system in similar Diagnostic Groups (Diagnosis-Related Groups, DRGs) could be described as an international phenomenon. The DRGs systems were introduced internationally for similar reasons, which can be grouped into two main categories: improving transparency of the services and the measurement of productivity. The broad understanding of the international experiences in DRG systems and the hospital payment system based on DRGs, can provide important information in our country, in order to best address the reform challenges in the healthcare sector. The fiscal crisis in Cyprus provides an opportunity to reform our health system, in keeping with our agreement with Troika is encouraged to classify hospital cases on DRGs and replace our payment system, under a new healthcare system.

Aim: The evaluation of the implementation of DRGs systems and the DRG-based payment method for hospitals in four European countries.

Methods: Literature review of the European experience on the DRGs and the healthcare system in Cyprus through the analysis of scientific articles from journals, books, press releases and detailed assessments by certified institutions, as well as data from national sources such as the Ministry of Health and Health Insurance Organisation.

Results: The advantages of the application of DRGs and DRG-based hospital payment, among other, are the increased transparency, increased activities, decreased hospital expenditure for hospital care, the decrease of the average length of stay (ALOS) and the reduction of the waiting lists. The disadvantages are mainly related to the elective activity, the up- and wrong- coding, the re-admissions and inappropriate early discharge. No significant correlation is noted between the utilization of the systems and the efficiency, while monitor mechanisms and reports on the quality of the provided healthcare is still inadequate.

Conclusions: The responsible parties in Cyprus should focus on the earliest implementation of the National Healthcare Scheme and the European experiences on DRGs will provide a solid basis to develop a strategy for their effective utilization.

Keywords: DRGs, DRG-based Hospital Payment, Health Reform, Cyprus, Europe

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής αυτής διατριβής σηματοδοτεί την ολοκλήρωση των ακαδημαϊκών μου σπουδών στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα με τίτλο «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», στη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Με την ευκαιρία αυτή θα ήθελα πρώτιστα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Άκη και Εύα για την ανατροφή, αγάπη και στήριξη, τα παιδιά μου Δημήτρη και Φίλιππο που με κατανόηση με ανέχτηκαν τα τελευταία 5 χρόνια του μεταπτυχιακού, τους καθηγητές μου για την συμπαράσταση και την ακαδημαϊκή καθοδήγηση, τις ξεχωριστές μου πατρίδες Πολωνία και Κύπρο για την παιδεία που μου πρόσφεραν και πάνω από όλα τον Θεό που με αξίωσε να φτάσω εδώ που βρίσκομαι σήμερα.

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι να έχει δικαίωμα στην υγεία, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να δημιουργούνται τέτοιες συνθήκες υπό τις οποίες ο καθένας να μπορεί να είναι όσο το δυνατόν υγιέστερος. Οι συνθήκες αυτές δεν αφορούν μόνο την εξασφάλιση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας από τις κυβερνήσεις αλλά επίσης και τη διασφάλιση επαρκούς στέγασης, θρεπτικής τροφής και υγιών και ασφαλών συνθηκών εργασίας (WHO, 2013). Συνεπώς η επίτευξη του στόχου αυτού δεν απαιτεί μόνο την κατάλληλη ιατρική γνώση και τις τεχνολογίες, τους νόμους και τα κοινωνικά μέτρα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και επαρκή χρηματοδότηση για την εκπλήρωση της ανάγκης αυτής. Ωστόσο, η οικονομική κρίση έχει περιορίσει τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας και οδήγησε τις χώρες να εφαρμόσουν νέες πολιτικές ώστε να χρησιμοποιούν τους διαθέσιμους πόρους πιο αποτελεσματικά.

Συνεπώς, οι χρηματοδοτικές αυτές πολιτικές στον τομέα της υγείας αποτελούν ένα σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας για τη δημιουργία, κατανομή και χρήση των οικονομικών πόρων της κάθε χώρας. Η ανάπτυξη νέων φαρμάκων και ιατρικών τεχνολογιών, η γήρανση του πληθυσμού, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών, όπως και οι αυξανόμενες απαιτήσεις που έχουν οι πολίτες από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οδήγησαν σε μια σταθερή αύξηση των δαπανών των συστημάτων υγείας σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), συνολικά οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν το 9,3% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2012, και όπως αναφέρεται ελάχιστα πράγματα έχουν αλλάξει από το 9,2% του 2011. Πιο συγκεκριμένα στην Ευρώπη, οι δαπάνες για την υγεία συνέχισαν να μειώνονται το 2012 στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία, καθώς και στην Τσεχική Δημοκρατία και την Ουγγαρία. Στην Ελλάδα, οι δαπάνες για την υγεία σε πραγματικούς όρους ήταν 25% χαμηλότερες το 2012 σε σχέση με το 2009, κυρίως λόγω περικοπών στις δημόσιες δαπάνες. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες χώρες οι δαπάνες νοσηλείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη έχουν ξεπεράσει το 70%.

Οι δαπάνες του δημόσιου τομέα για την υγεία στην Κύπρο αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση. Η Κύπρος έχει πολύ χαμηλό ποσοστό δημόσιας συνεισφοράς στις συνολικές δαπάνες για την υγεία

(43,2% των συνολικών δαπανών) και το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών καλύπτεται με άμεσες πληρωμές των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που δημιουργεί ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας. Αναγνωρίζοντας τα διαρθρωτικά προβλήματα και τις αδυναμίες στο σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ξεκίνησε το 2001 μια διαδικασία μεταρρύθμισης η οποία εξελίσσεται με απογοητευτικά αργό ρυθμό. Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) βρίσκεται υπό συζήτηση, ενώ αναμένεται ότι η εισαγωγή του σε συνδυασμό με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) θα συμβάλει στην εξασφάλιση μιας οικονομικά αποτελεσματικής και κοινωνικά επιθυμητής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Τα νοσοκομεία συνεχίζουν να καταναλώνουν σημαντικούς πόρους υγειονομικής περίθαλψης και η πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι διευθυντές τους είναι η ευθυγράμμιση των αναγκών των ασθενών και της παροχής κινήτρων, προκειμένου να πετύχουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων τους και την εξασφάλιση μιας συνολικά αποτελεσματικής παροχής ιατρικής περίθαλψης. Μια από τις σημαντικότερες πτυχές στο ζήτημα της χρηματοδότησης φέρεται να είναι το σύστημα της αποζημίωσης των νοσοκομείων, καθώς η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας ενισχύεται όταν τα παρεχόμενα κίνητρα είναι επαρκή.

Η ανάπτυξη του συστήματος ταξινόμησης σε Ομοειδείς Διαγνωστικά Ομάδες (Diagnosis-Related Groups, DRGs) - μαζί με την προώθηση μιας σειράς εφαρμογών - θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένα διεθνές φαινόμενο (Kimberly et al., 2008). Ανεξάρτητα από τον τύπο του νοσοκομειακού συστήματος, τα συστήματα DRGs εισήχθησαν διεθνώς για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών η οποία επιτυγχάνεται μεταξύ άλλων μέσω της ταξινόμησης των ασθενών και της μέτρησης της παραγωγικότητας (Fetter et al., 1980), και παροχή κινήτρων για αποδοτικότερη χρήση των πόρων στα νοσοκομεία μέσω των συστημάτων πληρωμής που βασίζονται στα DRGs (Langenbrunner & Wiley, 2002). Επιπρόσθετα και κατ' επέκταση των προαναφερθέντων θεωρήθηκε και έγινε διεθνώς αποδεκτό ότι θα συμβάλουν στη βελτίωση - ή τουλάχιστον στην εξασφάλιση - ποιοτικού επιπέδου περίθαλψης.

Παρόλο που τα DRGs έχουν υιοθετηθεί και εφαρμοστεί ραγδαία και αυξητικά σε ένα μεγάλο αριθμό χωρών παγκόσμια (Kimberly et al., 2008), εντούτοις προς έκπληξή μας, η κατανόηση τόσο των ίδιων των συστημάτων ταξινόμησης όσο και των συστημάτων πληρωμής με βάση τα DRGs παραμένει περιορισμένη. Από την μια πλευρά δεν υπάρχει μια καλή ανασκόπηση για τις εναλλακτικές επιλογές σχεδιασμού αυτών των συστημάτων, καθώς η συστηματική σύγκριση των χαρακτηριστικών τους σε διαφορετικές χώρες είναι περιορισμένη (France, 2003), και από την άλλη τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σχεδιασμού κάθε χώρας, σπάνια λαμβάνονται υπόψη στις

πολύαριθμες μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις των συστημάτων πληρωμών στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την τεχνολογική καινοτομία στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις αυτές να παραμένουν σχετικά ασαφείς (Brügger, 2010).

1.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Η κατανόηση των διεθνών εμπειριών στα συστήματα DRG και στα συστήματα πληρωμής των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, μπορεί να παρέχει σημαντική πληροφόρηση και στη χώρα μας, η οποία θα μπορέσει καλύτερα να αντιμετωπίσει τις μεταρρυθμιστικές προκλήσεις στον τομέα της Υγείας. Η δημοσιονομική κρίση μας δίνει την ευκαιρία να μεταρρυθμίσουμε το Σύστημα Υγείας μας, ενώ ταυτόχρονα στα πλαίσια της συμφωνία μας με την ΤΡΟΙΚΑ ενθαρρύνεται η ταξινόμηση των ενδονοσοκομειακών περιπτώσεων με βάση τα DRGs, με στόχο την αντικατάσταση του συστήματος πληρωμών στα πλαίσια του νέου συστήματος υγείας. Συνεπώς το μνημόνιο μπορεί να αποτελέσει κίνητρο ώστε να γίνουν όλες οι απαραίτητες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας μακροπρόθεσμα.

1.2 Δομή της μεταπτυχιακής διατριβής

Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθεί η μεθοδολογία στην οποία βασίστηκε η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή και θα παρουσιαστούν ο σκοπός και οι στόχοι που τέθηκαν για την εκπόνησή της. Επιπρόσθετα θα γίνει αναφορά στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της θεωρητικής αυτής προσέγγισης, τα οποία θα απαντηθούν μέσω της ανάλυσης και θα παρουσιαστούν στο τελευταίο κεφάλαιο. Στη συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί μια ιστορική αναδρομή για την ανάπτυξη των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, τα βασικά στοιχεία και χαρακτηριστικά τους καθώς και μια ανάλυση των μεθόδων χρηματοδότησης. Η ευρωπαϊκή εμπειρία των DRGs και οι αντίστοιχες αξιολογήσεις θα παρουσιαστούν στο τέταρτο κεφάλαιο, αφού πρώτα αναλυθούν τα κυπριακά δεδομένα και τεκταινόμενα στο χώρο της Υγείας. Τέλος, θα απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα μέσω μιας εκτεταμένης συζήτησης και θα γίνει αναφορά τόσο στους περιορισμούς της μεταπτυχιακής διατριβής όσο και σε μελλοντικές εισηγήσεις.

Κεφάλαιο 2

Μεθοδολογία

Με την πάροδο των χρόνων, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν εισαγάγει στο Σύστημα Υγείας τους, πέραν του συστήματος Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και μηχανισμούς αποζημίωσης που βασίζονται στις ομάδες αυτές. Τα οικονομικά κίνητρα που διέπουν το νοσοκομειακό σύστημα πληρωμών μπορεί να επηρεάσουν τους παρόχους τόσο στην οργανωτική δομή όσο και στις θεραπείες που εφαρμόζουν. Στο παρελθόν, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες που πληρώνονταν για τη νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω συστημάτων αποζημίωσης, σύμφωνα με τους Cylus & Irwin (2010) εφαρμόζαν διαφορετικές μεθόδους όπως την πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό (global fixed budgets), σταθερή πληρωμή ανά νοσήλιο (fixed rates per admission) ή πληρωμή με βάση το ημερήσιο νοσήλιο συσχετισμένη με τον αριθμό των κλινών (per diem rates based on the number of bed days), που ενθάρρυναν διαφορετικές προσεγγίσεις για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης και παρείχαν άλλου είδους κίνητρα σε σχέση με τα παρεχόμενα κίνητρα του συστήματος αποζημίωσης με βάση τα DRGs. Η συμβολή των μηχανισμών αυτών στην αποδοτική χρήση των πόρων φαίνεται να είναι σημαντική, αλλά ταυτόχρονα οι μηχανισμοί αυτοί έχουν συνδεθεί με προβλήματα που εξετάζονται διεξοδικά στη διεθνή βιβλιογραφία (Kutzin, 2001; Langenbrunner & Wiley, 2002).

Το αντικείμενο της παρούσας εργασίας τοποθετείται στη θεωρητική αξιολόγηση των συστημάτων DRGs που εφαρμόζονται στην Ευρώπη καθώς και στους μηχανισμούς αποζημίωσής τους. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, θα παρουσιαστούν οι βασικοί παράμετροι των συστημάτων αυτών και τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων και των εμπειρικών στοιχείων. Συνεπώς, η μεταπτυχιακή διατριβή θα επικεντρωθεί στην ποιοτική ανάλυσή τους, καθώς μέσω των αξιολογήσεων θα αναδειχθούν τα αποτελέσματα της εφαρμογής τους ευρωπαϊκό επίπεδο. Αποτελεί λοιπόν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων όπως ScienceDirect, Pub med, Scholar Google, και ταυτόχρονα εθνικών πηγών όπως άρθρων και δελτίων τύπου από το Υπουργείο Υγείας, τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας κ.α.

2.1 Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η ανάλυση και η αξιολόγηση των συστημάτων DRGs που εφαρμόζονται σε 4 Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και η μέθοδος αποζημίωσης που βασίζεται σε αυτά μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα μέσω της βιβλιογραφικής μελέτης περιπτώσεων, θα περιγραφεί επιγραμματικά το σύστημα που εφαρμόζεται στις χώρες αυτές, θα γίνει επισήμανση των θετικών αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και των συστημάτων πληρωμής και θα καταγραφούν τυχόν αδυναμίες στην εφαρμογή του κάθε συστήματος. Συνεπώς, η διπλωματική αυτή εργασία, έχει ως στόχο την κατανόηση των συστημάτων αυτών και την όσο το δυνατόν πιο εμπειρισταωμένη μελέτη των μεθόδων αποζημίωσής τους, έτσι ώστε να είναι εφικτή η ανάλυση των ερευνητικών στόχων/ερωτημάτων που θα τεθούν στη συνέχεια.

Μέσω της μεταπτυχιακής αυτής διατριβής θα αναλυθούν οι έννοιες των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και των Συστημάτων Αποζημίωσης και θα παρουσιαστεί ο τομέας της υγείας στην Κύπρο. Μέσω μιας θεωρητικής ανάλυσης των ευρωπαϊκών εμπειριών και αξιολόγησης των συστημάτων τους, βασιζόμενοι στη διεθνή βιβλιογραφία, θα γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστούν τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή τους, με στόχο την ενθάρρυνση της εφαρμογής τους στη χώρα μας. Η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας τροφοδοτήθηκε από τις μεταρρυθμιστικές αλλαγές που προτείνει η ΤΡΟΙΚΑ στον τομέα της Υγείας στην Κύπρο και συνεπώς μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της ευρωπαϊκής εμπειρίας θα αποτελεί σημαντικό εργαλείο για μελλοντική χρήση.

2.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας έχουν ως εξής:

1. Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εισαγωγής συστημάτων DRG;
2. Ποια είναι τα κίνητρα των DRG με βάση τις μεθόδους αποζημίωσης του νοσοκομείου;
3. Πώς μπορούν να αποφευχθούν απρόβλεπτες συνέπειες;

4. Γιατί θα πρέπει οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων να οδηγήσουν σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων; Πώς μπορεί αυτή η επίδραση στην αποτελεσματικότητα να μετρηθεί;
5. Μήπως η μέθοδος αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση τα DRGs οδηγεί σε καλύτερη ή χειρότερη ποιότητα της περίθαλψης;
6. Ποιοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που θέτει η κάθε υπό εξέταση ευρωπαϊκή χώρα τόσο στην εφαρμογή των DRGs, όσο και στις μεθόδους αποζημίωσης;
7. Ποιές είναι οι προκλήσεις που πρέπει να ξεπεραστούν, ειδικότερα στην Κύπρο;

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Όπως προαναφέρθηκε η μεταπτυχιακή διατριβή αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και τα δεδομένα συλλέχτηκαν με τη χρήση λέξεων – κλειδιά από βάσεις δεδομένων όπως ScienceDirect, Pub med, Scholar Google, και ταυτόχρονα εθνικών πηγών όπως άρθρων και δελτίων τύπου από το Υπουργείο Υγείας, τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας κ.α. Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει επιστημονικά άρθρα από διεθνή περιοδικά, βιβλία, κυβερνητικά έγγραφα και δελτία τύπου, καθώς και εμπειριστατωμένες αξιολογήσεις από αναγνωρισμένους φορείς. Τα ερευνητικά ερωτήματα καθορίστηκαν με τη βοήθεια κατάλληλων μελετών, οι οποίες επιλέχθηκαν και αξιολογήθηκαν, αρχικά μέσω των τίτλων και των περιλήψεων τους και στη συνέχεια απομονώθηκαν οι δυνητικά κατάλληλες μέσω της πλήρους ανάγνωσής τους.

Κεφάλαιο 3

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Ιστορική αναδρομή

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 αναπτύχθηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Yale στις ΗΠΑ ένα σύστημα ταξινόμησης του πλήθους των υπηρεσιών των νοσοκομείων, καθώς είχε γίνει αντιληπτό ότι οι απαιτήσεις ενός σύγχρονου νοσοκομείου είναι μεγάλες και ποικίλουν, αφορώντας μεταξύ άλλων τις υπηρεσίες που προσφέρονται, τις διαγνώσεις, τις επιπλοκές, τις παθήσεις και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων. Ο κύριος στόχος των ερευνητών, επικεφαλής των οποίων ήταν ο Professor Robert Fetter, ήταν η εξεύρεση ενός τρόπου μέτρησης του κόστους των νοσοκομείων (Fetter, 1993). Συνεπώς η διαδικασία ήταν ιδιαίτερα περίπλοκη και αφορούσε ένα μεγάλο όγκο δεδομένων, ενώ οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας της πληροφορικής διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στο έργο αυτό.

Η πρώτη εκδοχή του συστήματος αναπτύχθηκε το 1973 και περιελάμβανε 54 κύριες διαγνωστικές Κατηγορίες (MDCs) και 333 τελικές ομάδες. Η δεύτερη εκδοχή αναπτύχθηκε για την Ομοσπονδιακή Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης και περιελάμβανε 83 MDCs και 383 DRGs (Fetter et al., 1980), ενώ η τρίτη εκδοχή αναπτύχθηκε το 1978 για το Πολιτεία του New Jersey, η οποία προχώρησε στη δημιουργία ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων βασισμένο στα DRGs. Η τελική έκδοση του συστήματος DRG αναπτύχθηκε από την Ομάδα Διαχείρισης Συστημάτων Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Yale μέσα στο πλαίσιο της σύμβασης με τα κέντρα υπηρεσιών Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), γνωστά παλαιότερα ως HealthCare Financing Administration (HCFA), με σκοπό την ανάπτυξη ενός συστήματος ενδονοσοκομειακής ταξινόμησης, το οποίο να διαφοροποιείται με βάση τον αριθμό των πόρων των νοσοκομείων που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας και να παρουσιάζει συνοχή όσον αφορά την κλινική κατάσταση με την έννοια ότι οι ομάδες αναμένεται να δώσουν κλινικές απαντήσεις που να οδηγούν σε παρόμοιο μοτίβο χρήσης των νοσοκομειακών πόρων (Rodrigues, 1993). Στο σύστημα πληρωμών το οποίο εισήχθη το 1983 στα πλαίσια του Συστήματος Προοπτικής Αποζημίωσης (Prospective Payment System – PPS) μέσω του προγράμματος

Medicare, οι πληρωμές για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου προσδιορίζονταν με βάση την πρώτη έκδοση HCFA-DRG, η οποία εκείνη την εποχή περιελάμβανε 470 ομάδες σε 23 MDCs.

Η εισαγωγή του συστήματος αυτού θεωρείται ως η μόνη και πιο ισχυρή μετα-πολεμική καινοτομία στον τομέα της χρηματοδότησης στην ιατρική, καθώς αποτέλεσε μια νέα προοπτική προκαλώντας μια μετατόπιση στην ισορροπία της πολιτικής και οικονομικής εξουσίας μεταξύ των παρόχων ιατρικής περίθαλψης (νοσοκομεία και ιατρούς) και σε εκείνους που πληρώνονται για αυτό (Mayes, 2007).

Παρ' όλες τις προκλήσεις και τις δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ των χωρών κατά τη δεκαετία του '80, ο αντίκτυπος του Συστήματος Προοπτικής Αποζημίωσης σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν άμεσος και η ανάπτυξη τέτοιων συστημάτων στην Ευρώπη και την Αυστραλία ήταν ραγδαία. Στην Ευρώπη, στην πρώτη συνάντηση που φιλοξενήθηκε από το Υπουργείο Υγείας στη Γαλλία το 1984 στην οποία πρωτοστάτησε ο καθηγητής Robert Fetter, ηγέτης της ομάδας που ανέπτυξε το σύστημα DRG, έλαβαν μέρος το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Πορτογαλία. Στην επόμενη συνάντηση στο Δουβλίνο δύο χρόνια αργότερα, συμμετείχαν 11 ευρωπαϊκές χώρες, ενώ η συμμετοχή τους το 1987 στη Λισαβόνα ανήλθε στις 15 σε μια συνάντηση όπου αποφασίστηκε να δημιουργηθεί ένα δίκτυο με όσους ενδιαφέρονταν να εργαστούν σε θέματα που σχετίζονται με την ταξινόμηση των ασθενών, το οποίο από Ευρωπαϊκό Σύστημα Ταξινόμησης Ασθενών (Patient Classification Systems Europe – PCSE), λόγω της διεθνούς του δραστηριότητας μετονομάστηκε σε Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης Ασθενών (Patient Classification Systems International) και δραστηριοποιείται μέχρι και σήμερα. Παράλληλα με την ανάπτυξη των συστημάτων αυτών στην Ευρώπη το 1984, οργανώθηκε διεθνές σεμινάριο στην Αυστραλία, το οποίο σηματοδότησε την εισαγωγή του συστήματος στην ήπειρο. Το 1985 ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΑΣΑ, OECD) ξεκίνησε τη δημοσίευση διεθνών συγκριτικών πορισμάτων σχετικά με τη μέση διάρκεια παραμονής σε νοσοκομεία που χρησιμοποιούσαν τα DRGs (Rodrigues, 1989), ενώ εκπονήθηκαν παρόμοιες μελέτες που αφορούσαν την κοστολόγηση και τη χρήση τους σε ευρωπαϊκά νοσοκομεία (Casas & Wiley, 1993; Leidl et al., 1990).

3.2 Θεωρητική ανάλυση των DRGs

Η βασική ιδέα του συστήματος ήταν να ταξινομήσει τις νοσοκομειακές περιπτώσεις σε ομάδες σχετιζόμενες με τη διάγνωση (DRGs) των ασθενών, οι οποίες έχουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και παρόμοιο κόστος, και κάθε ομάδα να πληρώνει το νοσοκομείο ένα ενιαίο τέλος

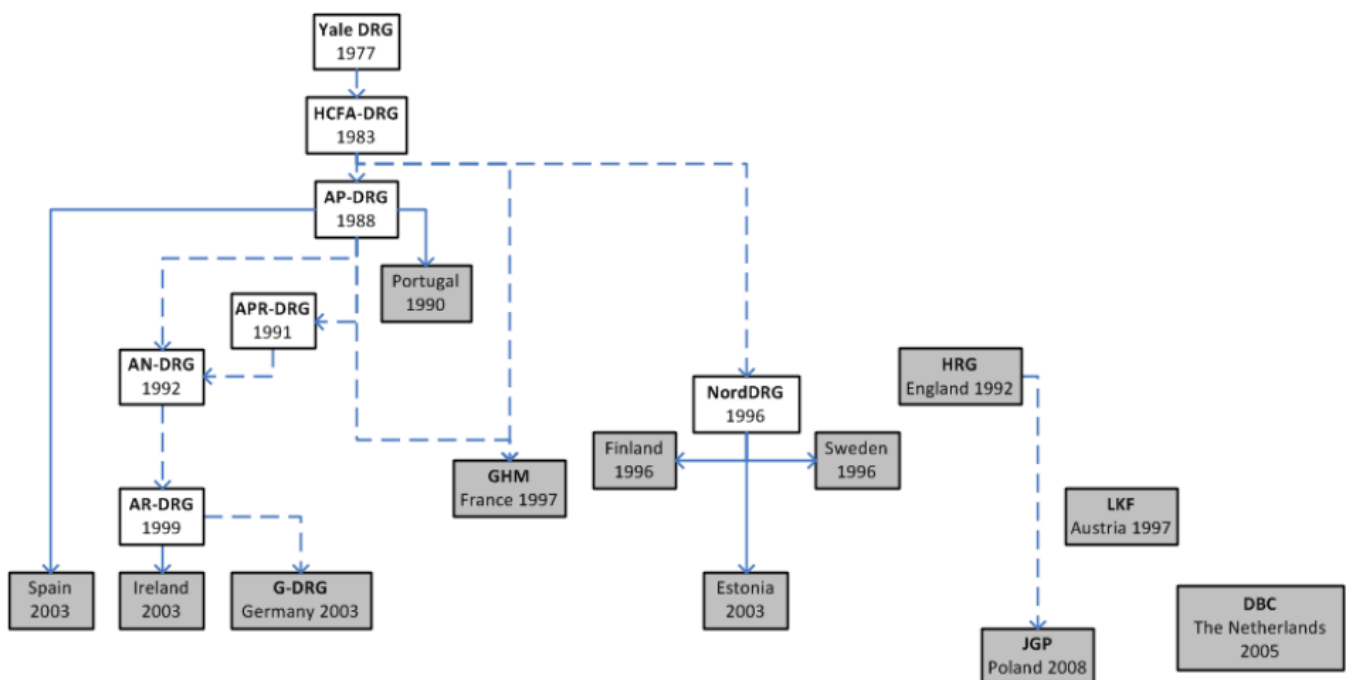
που αντικατοπτρίζει τον εθνικό μέσο όρο κόστους θεραπείας των ασθενών για την κάθε ομαδοποίηση. Κατά συνέπεια, τα συστήματα πληρωμών των νοσοκομείων με βάση τα DRGs σταδιακά αναδείχθηκαν ως κύριο μέσο πληρωμής για τη νοσοκομειακή περίθαλψη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες (Paris et al., 2010), ιδιαίτερα στην Ευρώπη (Busse et al, 2008).

Όπως γίνεται αντιληπτό η διαδικασία ομαδοποίησης αποτελεί μια πρόκληση, καθώς πρέπει να υπάρχει κλινική και οικονομική συνοχή και απαιτεί την ύπαρξη συστημάτων κωδικοποίησης για τις διαγνώσεις και τις διαδικασίες, μία καθορισμένη μεθοδολογία για υπολογισμό του κόστους και των πραγματικών δεδομένων από ένα δείγμα νοσοκομείων τα οποία χρησιμοποιούν τέτοιους κώδικες και μεθοδολογίες (Polyzos et al. 2013). Δεδομένου ότι αυτές οι συνθήκες δεν πληρούνται πάντα σε χώρες που προσπαθούν να εντάξουν και να εφαρμόσουν συστήματα DRGs, παρατηρείται συχνά η κοινή πρακτική "εισαγωγής" ενός συστήματος DRG από μια άλλη χώρα και στη συνέχεια η τελειοποίηση του συστήματος αυτού με της χρήση των εθνικών τους δεδομένων (Scheller-Kreinsen et al., 2009).

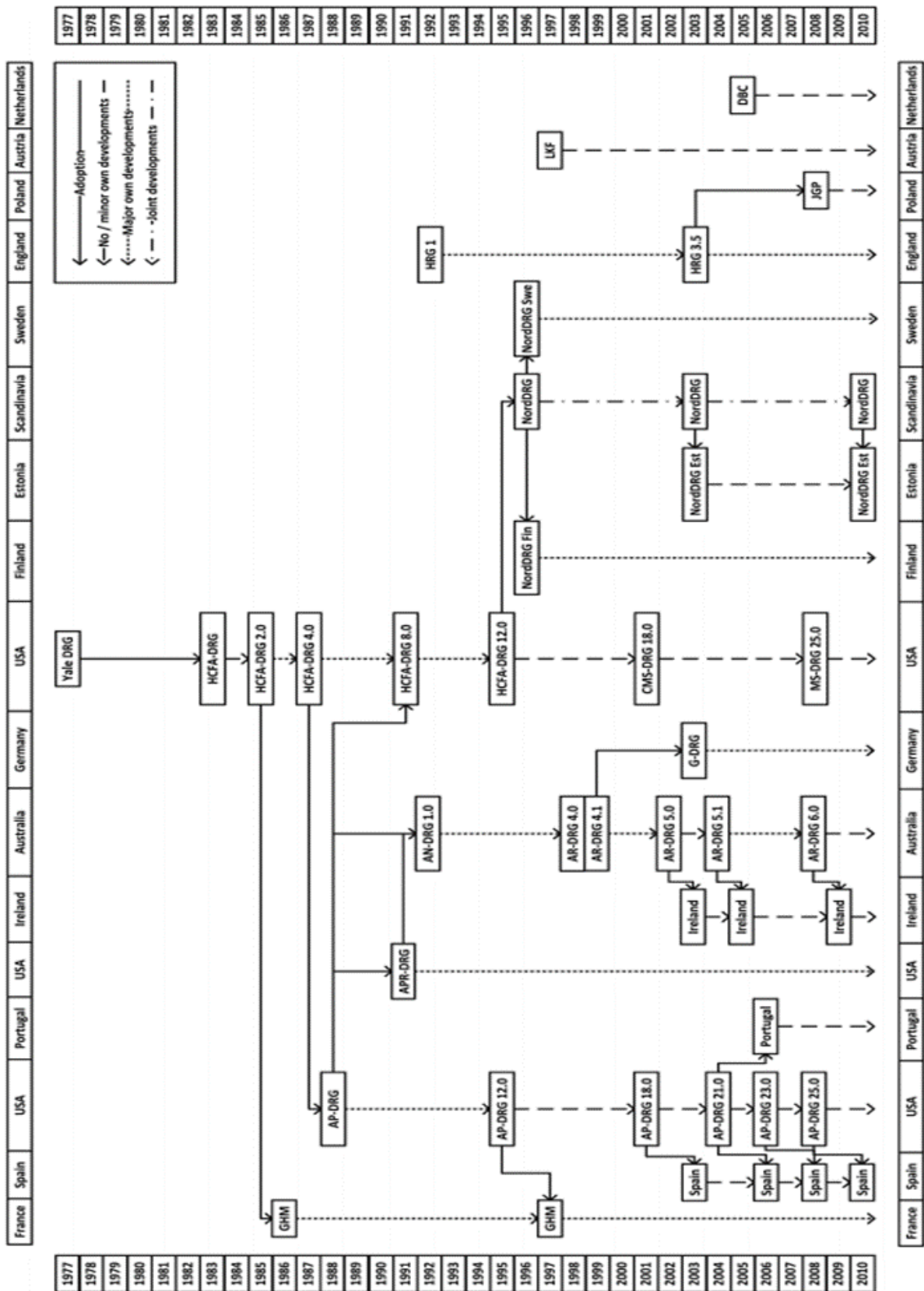
Το σύστημα DRG είναι ένα σύστημα ταξινόμησης των ασθενών (Patient Classification System, PCS), που έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: (1) συστηματική συλλογή δεδομένων των ασθενών, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε (2) ένα διαχειρίσιμο αριθμό των ομάδων (δηλαδή, DRGs), που προορίζονται να είναι (3) κλινικά σημαντικές και (4) οικονομικά ομοιογενείς (Geissler et al., 2011). Τα DRGs συνοψίζουν το συγκεκριμένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών ασθενών σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό, κλινικά σημαντικό και οικονομικά ομοιογενών παρέχοντας έτσι ένα μέτρο των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Κατά συνέπεια, διευκολύνονται οι συγκρίσεις των νοσοκομειακών δαπανών, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα, ενώ η κατηγοριοποίηση αυτή συμβάλει στην αύξηση της διαφάνειας στα νοσοκομεία. Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός που παρατίθεται από τους Schreyögg et al. (2006) ορίζει τα DRGs ως συστήματα βασισμένα σε περιπτώσεις (case-based), τα οποία στοχεύουν στην κατηγοριοποίηση της παρέμβασης εντός του νοσοκομείου και του διαχωρισμού των ασθενών σε ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες με στόχο την παρακολούθηση της ποιότητας και χρήσης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και των πόρων που απαιτούνται και καταναλώθηκαν.

Κατά την εισαγωγή συστημάτων DRG, όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν δύο εναλλακτικές λύσεις: τα συστήματα DRGs είτε μπορούν να υιοθετηθούν από το εξωτερικό ή μπορούν να αναπτυχθούν από το μηδέν. Τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στη Γαλλία και στη Γερμανία, είναι εμπνευσμένα από το αμερικάνικο (HCFA-DRG) και αυστραλιανό (AR-DRG) σύστημα ταξινόμησης αντίστοιχα. Και οι δύο χρησιμοποιούν την έννοια των μεγάλων διαγνωστικών κατηγοριών (MDC) στους ασθενείς της ομάδας, αλλά είναι προσαρμοσμένα στο γαλλικό και το

γερμανικό εθνικό σύστημα αντίστοιχα που βασίζεται σε μεταβλητές όπως τα δημογραφικά στοιχεία, την κλινική πρακτική, τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και τις διακυμάνσεις του κόστους ανά περιοχή. Ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει τα δικά τους συστήματα σύμφωνα με τις ανάγκες τους (π.χ., Αυστρία, Κάτω Χώρες), ενώ άλλες έχουν θεσπίσει ξένα συστήματα χωρίς καμία ή μόνο μικρές αλλαγές (π.χ. Ιρλανδία, Πολωνία, Ισπανία και Πορτογαλία). Οι σκανδιναβικές χώρες (η Φινλανδία, η Σουηδία και η Εσθονία) αποφάσισαν να συνεργαστούν και να μοιραστούν την προσπάθεια ανάπτυξης ενός συστήματος προκειμένου να δημιουργηθεί ένα κοινό, το NordDRG το οποίο μπορεί να ρυθμιστεί στις συνθήκες της κάθε χώρας και μπορεί να χρησιμεύσει ως παράδειγμα για ένα πανευρωπαϊκό μοντέλο συντονισμού των DRGs ή ακόμα και ανάπτυξης ενός ενιαίου συστήματος (Geissler et al., 2011). Η ιστορική εξέλιξη των συστημάτων DRGs και η ιστορική καταβολή των υφιστάμενων συστημάτων κάποιων ευρωπαϊκών χωρών απεικονίζεται στα ακόλουθα σχεδιάγραμματα (Σχεδιάγραμμα 3.1 & 3.2).



Σχεδιάγραμμα 3.1: Ιστορική εξέλιξη των DRGs στην Ευρώπη, Schreyögg et al. (2006)



Σχεδιάγραμμα 3.2: Ιστορική εξέλιξη των DRGs, Schreyögg et al. (2006)

3.3 Μέθοδοι χρηματοδότησης

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης διαχωρίζονται τόσο με βάση τη χρονική στιγμή που πραγματοποιείται η πληρωμή, όσο και με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αυτή. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Υφαντόπουλος Γ. (2006), οι μέθοδοι χρηματοδότησης διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες με βάση το χρόνο πληρωμής οι οποίες είναι και οι επικρατέστερες:

- Τις προϋπολογιστικές (prospective) μεθόδους οι οποίες είναι βασισμένες σε μια αρχική ετήσια εκτίμηση των δαπανών και αντίστοιχα της πληρωμής τους.
- Τις απολογιστικές (retrospective) μεθόδους οι οποίες είναι βασισμένες στην εκ των υστέρων αμοιβή με βάση τις πραγματικές δαπάνες και υποχρεώσεις του οργανισμού.
- Τις μικτές οι οποίες αποτελούν ένα συνδυασμό των προαναφερθέντων μεθόδων.

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης, σύμφωνα με τους Υφαντόπουλος (2006), Αλετράς (2002) και Busse (2011), διαχωρίζονται επίσης και με βάση τον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι αποζημιώσεις ως εξής:

- Πληρωμή κατά πράξη (Fees For Services): αποτελεί μια μέθοδο βασισμένη στον απολογιστικό τρόπο αμοιβής των κατά περίπτωση νοσοκομειακών πράξεων και υπηρεσιών. Ουσιαστικά η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιεί τα όρια ενός προϋπολογισμού, με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί στη δημιουργία ενός κινήτρου για ανεξέλεγκτη χρήση των υπηρεσιών από τους ασθενείς. Συνεπώς η μέθοδος αυτή τείνει να δημιουργεί προκλητή ζήτηση, λόγω της μη συνετούς χρήσης των υπηρεσιών, οδηγώντας τα νοσοκομεία στην αύξηση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο την αύξηση των εσόδων τους.
- Ημερήσιο νοσήλιο - κλειστό, ανοικτό ή ευλύγιστο (Per Diem): η πληρωμή του γίνεται είτε από τον ασθενή, είτε από τον ασφαλιστικό του πάροχο για κάθε μέρα νοσηλείας, καλύπτοντας όλο το φάσμα των εξετάσεων που παρέχονται στο νοσοκομείο. Η πληρωμή του ημερήσιου νοσηλίου μπορεί να βασίζεται σε συγκεκριμένη αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας ή να διακυμαίνεται ημερησίως με βάση την κατανάλωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέθοδος αυτή είναι εύκολα εφαρμόσιμη αλλά δεν παρέχει τα απαραίτητα κίνητρα για ορθολογική τιμολόγηση των υπηρεσιών, απαιτεί ένα πλήρως οργανωμένο λογιστικό σύστημα, ενώ επίσης δεν προάγει την ισότητα μεταξύ των χρηστών (άνισες υπηρεσίες για άνισες ανάγκες).

- Κλειστός ή ελαστικός προϋπολογισμός: αποτελεί μια μέθοδο η φιλοσοφία της οποίας βασίζεται στην προπληρωμή υπολογιζόμενη για την περίοδο ενός έτους και η αποζημίωση του νοσοκομείου γίνεται με βάση το παραγόμενο όγκο υπηρεσιών. Ο κλειστός προϋπολογισμός πλεονεκτεί κυρίως σε θέματα που αφορούν τη συγκράτηση του κόστους και παράλληλα παρέχει κίνητρο για αποφυγή υπερβάσεων καθότι διαθέτει μηχανισμό κυρώσεων και ασφαλιστικών δικλίδων για αυτές. Ταυτόχρονα όμως η μέθοδος αυτή παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα μεταξύ των οποίων είναι η αύξηση των λιστών αναμονής, η έλλειψη προσβασιμότητας σε υπηρεσίες καθώς και η πιθανότητα παροχής μειωμένης ποιότητας υπηρεσιών, με στόχο ο πάροχος να μπορέσει να ανταποκριθεί στο προϋπολογιζόμενο κόστος και να αποφύγει πιθανές κυρώσεις. Η μέθοδος του ελαστικού προϋπολογισμού, όπως αναφέρεται, δημιουργεί το κίνητρο για υπερκατανάλωση και διαχρονική χρηματοδότηση των νοσοκομείων, χωρίς να υπολογίζει την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα τους παρόχου.
- Οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες των ασθενειών (DRGs): όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο αποτελεί μια μέθοδο ταξινόμησης των νοσοκομειακών περιπτώσεων με στόχο τη δημιουργία ομαδοποιημένων νοσοκομειακών προϊόντων, η αποζημίωση των οποίων θα βασίζεται στην κατανάλωση των αναγκαίων πόρων που καταναλώνονται. Κατά την ταξινόμηση η οποία βασίζεται σε διεθνή πρότυπα, χρησιμοποιούνται δεδομένα για την κάθε νοσοκομειακή περίπτωση τα οποία λαμβάνουν υπόψη τόσο την αρχική διάγνωση, τις δευτερεύουσες ασθένειες και τις πιθανές επιπλοκές, όσο και την ηλικία και το φύλο του ασθενή, τη βαρύτητα της ασθένειας του και τη μέση διάρκεια νοσηλείας του.
- Ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου (Per Capita): είναι η μέθοδος κατά την οποία ο χρηματοδότης και οι νοσοκομειακές μονάδες (Health Maintenance Organisations) συμφωνούν σε ετήσια συγκεκριμένα πακέτα υπηρεσιών για κάθε χρήστη. Κύριο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ο περιορισμός των δαπανών, καθώς το ύψος της ετήσιας αποζημίωσης για το σύνολο του πληθυσμού που καλύπτει ο οργανισμός είναι σταθερό και διαπραγματεύσιμο, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται και ο διαχωρισμός της σχέσης χρήστη και αγοραστή. Σημαντικό κίνητρο που δημιουργείται μέσω της χρηματοδότησης αυτής είναι η παροχή στοχευμένων ιατρικών υπηρεσιών με τη χρήση αναγνωρισμένων πρωτοκόλλων που οδηγεί στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Ταυτόχρονα οι οργανισμοί τείνουν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους και να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους, κυρίως λόγω του ανταγωνισμού που δημιουργεί η

συγκεκριμένη μέθοδος αποζημίωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι αναφέρεται ότι παρ' όλη την απομάκρυνση υπερκαταναλωτικών κινήτρων ενδέχεται να παρουσιαστή μειωμένη κατανάλωση/χρήση των υπηρεσιών, η οποία θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας των ασθενών.

Προκειμένου να κατανοήσουμε τη διεθνή επιτυχία των συστημάτων που βασίζονται σε DRG, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τα κίνητρα των εναλλακτικών συστημάτων, όπως αυτά αναλύθηκαν πιο πάνω, καθώς και των στόχων που θέτονται προς επίτευξη για τα συστήματα αποζημίωσης των νοσοκομείων. Είναι σαφές ότι τα συστήματα αποζημίωσης θα πρέπει να παρακινήσουν τους παρόχους να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα και θεραπεία στους ασθενείς που έχουν ανάγκη από αυτές και να προσφέρουν επαρκείς υπηρεσίες ανά νοσοκομειακή περίπτωση (επίπεδο δραστηριότητας), λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την καταλληλότητα των υπηρεσιών και την έκβαση της κατάστασης των ασθενών, δηλαδή του επιπέδου της παρεχόμενης ποιότητας. Τέλος, ένα σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ισορροπήσει το επίπεδο της δραστηριότητας και του ελέγχου των δαπανών, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της αποτελεσματικότητας με παράλληλη ελαχιστοποίηση της προσπάθειας του διοικητικού προσωπικού και τη μεγιστοποίηση της διαφάνειας. Τα πιο πάνω συνοψίζονται στον Πίνακα 3.1 (Busse et al, 2011), που όπως διαφαίνεται τα κύρια μειονεκτήματα των απολογιστικών μεθόδων, αφορούν κυρίως την αύξηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων, τόσο σε αριθμό νοσοκομειακών περιπτώσεων όσο και στην παροχή υπηρεσιών ανά περίπτωση (over-provision of services), με μείωση όμως του ελέγχου των δαπανών και χωρίς οποιαδήποτε διακύμανση της αποτελεσματικότητας, ποιότητας και διαφάνειας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι προϋπολογιστικές μέθοδοι φαίνεται να πλεονεκτούν σε σχέση με τις απολογιστικές ως προς τον έλεγχο των δαπανών και την απλοποίηση των ενεργειών του διοικητικού προσωπικού. Αντιθέτως όμως οι προϋπολογιστικές μέθοδοι φαίνεται να μειονεκτούν όσον αφορά τα επίπεδα χρήσης και παροχής των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας (under-provision of services) με μόνη διαφορά τις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες που παρέχουν κίνητρα στη χρήση ανάμεσα στις πληρωμές κατά πράξη και στον κλειστό ή ελαστικό προϋπολογισμό.

Πίνακας 3.1: Μέθοδοι αποζημίωσης νοσοκομείων και τα θεωρητικά πλεονεκτήματα/μειονεκτήματά τους, Busse et al, (2011)

<i>System</i>	<i>Activity</i>		<i>Expenditure of control</i>	<i>Technical efficiency</i>	<i>Quality</i>	<i>Administrative simplicity</i>	<i>Transparency</i>
	<i>Number of cases</i>	<i>Number of services/case</i>					
Fee-for-service/ Cost reimbursement	+	+	-	0	0	-	0
DRG-based payment	+	-	0	+	0	-	+
Global budget	-	-	+	0	0	+	-

Υποσημείωση: +/- υποδηλώνουν αύξηση/μείωση, και 0 ουδέτερο ή μη ξεκάθαρο

3.4 Κίνητρα Υιοθέτησης

Μια από τις σημαντικότερες πτυχές στο ζήτημα της χρηματοδότησης φέρεται να είναι το σύστημα της αποζημίωσης των νοσοκομείων, καθώς η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας ενισχύεται όταν τα παρεχόμενα κίνητρα είναι επαρκή. Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, τα συστήματα DRGs εισήχθησαν διεθνώς για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών, η οποία επιτυγχάνεται μεταξύ άλλων μέσω της ταξινόμησης των ασθενών και της μέτρησης της παραγωγικότητας (Fetter et al., 1980), και παροχή κινήτρων για αποδοτικότερη χρήση των πόρων στα νοσοκομεία μέσω των συστημάτων πληρωμής που βασίζονται στα DRGs (Langenbrunner & Wiley, 2002). Οι Cylus & Irwin (2010), τοποθετούν τους στόχους σε τρεις βασικές κατηγορίες (1) αύξηση του βαθμού διαφάνειας, (2) βελτίωση της αποτελεσματικότητας και (3) υποστήριξη της διαχείρισης του νοσοκομείου. Οι Quentin et al. (2011), αναφέρουν ότι τα τρία βασικά κίνητρα για τα νοσοκομεία που προκύπτουν από τις μεθόδους αποζημίωσης είναι (1) η μείωση του κόστους ανά θεραπευόμενο ασθενή, (2) η αύξηση των εσόδων ανά ασθενή, και η (3) αύξηση του αριθμού των ασθενών. Τα κίνητρα αυτά όπως αναφέρουν οι Quentin et al. (2011) μπορεί να έχουν συνέπειες στην αποτελεσματικότητα, την τεχνολογική καινοτομία και την ποιότητα, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι προβλέψιμες ενώ άλλες απρόβλεπτες. Ωστόσο, η δύναμη των κινήτρων αυτών καθορίζεται από τη μέθοδο

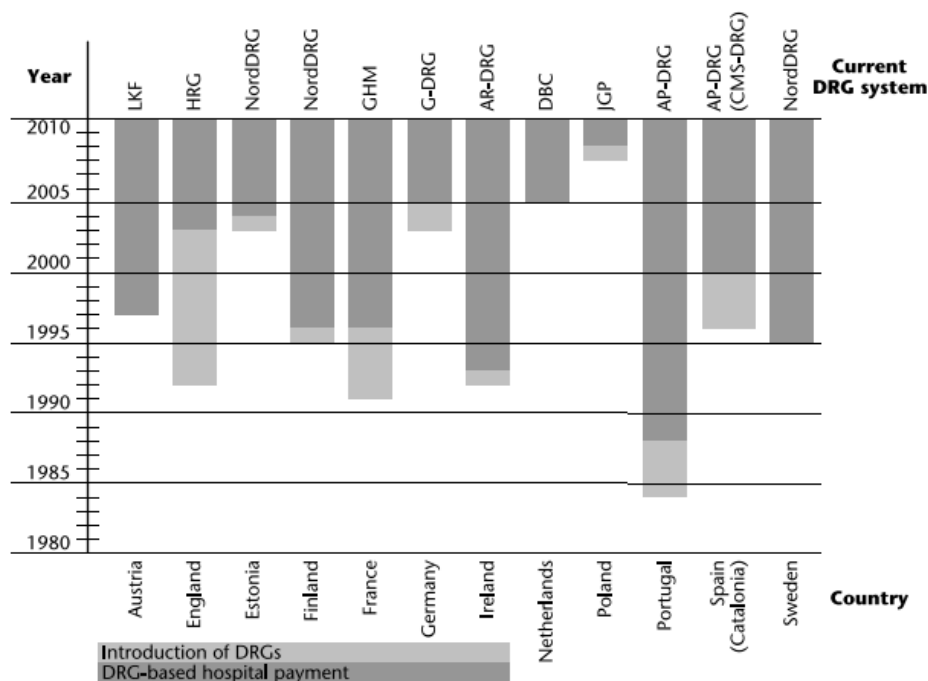
αποζημίωσης που εφαρμόζει το κάθε νοσοκομείο, το ποσοστό των συνολικών εσόδων του νοσοκομείου που σχετίζονται με τα DRGs και από το βαθμό με τον οποίο η βαρύτητα του κόστους και οι μετατροπές των νομισματικών ισοτιμιών προσαρμόζονται ώστε να αντανακλούν την ειδική διάρθρωση του κόστους στα νοσοκομεία.

Με βάση τα προαναφερθέντα, είναι απαραίτητη η αύξηση του αριθμού των εισαγωγών καθώς όπως διαφαίνεται είναι ο μοναδικός τρόπος για αύξηση των εσόδων καθώς και του αριθμού των ασθενών ειδικότερα όταν εφαρμόζεται η μέθοδος των DRGs. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες προϋπολογιστικές μέθοδοι τείνουν να συγκρατήσουν το κόστος τους με μεθόδους μείωσης της χρήσης. Συνεπώς τα νοσοκομεία στην προσπάθειά τους να προσελκύσουν ασθενείς, αναπτύσσουν ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον που είναι γόνιμο για τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι ως εξωτερικοί πλέον συνεργάτες νοσηλεύουν ή/και χειρουργούν τα περιστατικά τους στο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες λόγω της διαφάνειας που παρέχουν κυρίως όσον αφορά την περιγραφή των νοσηλευόμενων περιστατικών (case mix), παρουσιάζονται ασύμφορα από οικονομικής άποψης περιστατικά, που είτε έχουν μεγάλο όγκο, είτε χαμηλή κερδοφορία (π.χ. μια μονάδα αιμοκάθαρσης ή ένας θάλαμος αποσυμπίεσης), με αποτέλεσμα να λαμβάνονται τέτοιου είδους αποφάσεις που οδηγούν στην εξειδίκευση για συγκεκριμένο είδος περιστατικών και απόρριψη άλλων.

Επιπρόσθετα, ένα άλλο σημαντικό κίνητρο όταν η αποζημίωση βασίζεται στο περιστατικό, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί η προσπάθεια των νοσοκομείων για μείωση του κόστους σε κάθε είδος εισαγωγής, έτσι ώστε το κέρδος ανά περιστατικό να αυξηθεί. Συνεπώς τα νοσοκομεία τείνουν να γίνονται πιο λειτουργικά και παραγωγικά όταν εφαρμόζουν την πληρωμή ανά περιστατικό, ενώ τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν απολογιστικές μεθόδους πληρωμής παρουσιάζουν πληθωριστικές τάσεις λόγω της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών τους. Κάθε νοσοκομείο προσπαθεί να μειώσει το κόστος του με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρήσει/μειώσει τη διάρκεια νοσηλείας στο πλαίσιο που ορίζουν οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με μια πληθώρα ενεργειών που μεταξύ άλλων είναι η προσπάθεια συγκράτησης/μείωσης των εξόδων που αφορούν τα αναλώσιμα, στελεχώνοντας τα τμήματά του με άριστα εκπαιδευμένο και καταρτισμένο ιατρικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό, παρέχοντας συνεχή εκπαίδευσή στο προσωπικό του, εφαρμόζοντας τη βραχεία νοσηλεία για τα περιστατικά ημέρας, θέτοντας σε ορθή λειτουργία τα εξωτερικά ιατρεία ή/και τις κατ' οίκον υπηρεσίες, χρησιμοποιώντας γενετικούς αντικαταστάτες ώστε να μειωθεί η χρήση των ακριβών φαρμάκων.

Μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό ότι η εφαρμογή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων πέραν την καλύτερης κλινικής διαχείρισης, έχει συντελέσει σημαντικά στη βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων και στην ορθολογική χρηματοδότηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Όπως αναφέρει ο Polyzos (2007) η χρήση των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων έδωσε το έναυσμα στα νοσοκομεία να αναθεωρήσουν τη γενικότερη προσέγγιση τους σε θέματα κόστους, τιμολόγησης, ενδο-τμηματικής οικονομικής διαχείρισης, να αναδιαρθρωθούν και να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την κερδοφορία τους.

Όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 3.2 (Geissler et al., 2011), η διαδικασία εισαγωγής των DRG σε διάφορες χώρες ξεκίνησε από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Κάθε χώρα πήρε μια διαφορετική διαδρομή σε διαφορετική χρονική στιγμή για να εισαγάγει ένα σύστημα που βασίζεται σε DRG, αρχικά για το σκοπό της ταξινόμησης του ασθενούς, και αργότερα για σκοπούς πληρωμής. Ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν τα DRGs αποκλειστικά για το σκοπό της ταξινόμησης ασθενών για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο, με στόχο την αύξηση της διαφάνειας (για παράδειγμα, έως και δέκα χρόνια στην Αγγλία) και προκειμένου να εξοικειωθούν με τη λογική των ομάδων DRGs πριν να εισάγουν τις μεθόδους αποζημίωσης με βάση αυτά. Σε αντίθετη περίπτωση, η Ιρλανδία για παράδειγμα, εισήγαγε τις ομάδες DRGs το 1992 και μετά από μια σύντομη χρονική περίοδο διάρκειας ενός έτους χρησιμοποίησε την κατανομή του προϋπολογισμού.



Πίνακας 3.2: Από την εισαγωγή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων ως μεθόδου αποζημίωσης μέχρι την εφαρμογής του, (Geissler et al., 2011).

Οι λόγοι οι οποίοι οδήγησαν κάποιες χώρες στην Ευρώπη να εφαρμόσουν το σύστημα αποζημίωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.3 (Geissler et al., 2011). Όπως φαίνεται οι στόχοι των χωρών μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνουν τη διαφάνεια και την καλύτερη κατανόηση της χρήσης των μεθόδων χρηματοδότησης για τις χώρες οι οποίες εφάρμοσαν νωρίς το σύστημα (Πορτογαλία 1984 και Γαλλία 1991), και τη συγκράτηση του κόστους και την αποζημίωση των νοσοκομείων για τις χώρες που αποφάσισαν αργότερα τη χρήση του συστήματος αυτού (Ολλανδία 2005 και Πολωνία 2008).

<i>Country</i>	<i>Year of DRG introduction</i>	<i>Original purpose(s)</i>	<i>Principal purpose(s) in 2010</i>
Austria	1997	Budgetary allocation	Budgetary allocation, planning
England	1992	Patient classification	Payment
Estonia	2003	Payment	Payment
Finland	1995	Description of hospital activity, benchmarking	Planning and management, benchmarking, hospital billing
France	1991	Description of hospital activity	Payment
Germany	2003	Payment	Payment
Ireland	1992	Budgetary allocation	Budgetary allocation
Netherlands	2005	Payment	Payment
Poland	2008	Payment	Payment
Portugal	1984	Hospital output measurement	Budgetary allocation
Spain (Catalonia)	1996	Payment	Payment, benchmarking
Sweden	1995	Payment	Benchmarking, performance measurement

Πίνακας 3.3: Χρονική περίοδος εφαρμογής και σκοπός χρήσης Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, (Geissler et al., 2011).

Κεφάλαιο 4

Η κυπριακή πραγματικότητα στον τομέα της Υγείας και οι ευρωπαϊκές εμπειρίες των DRGs

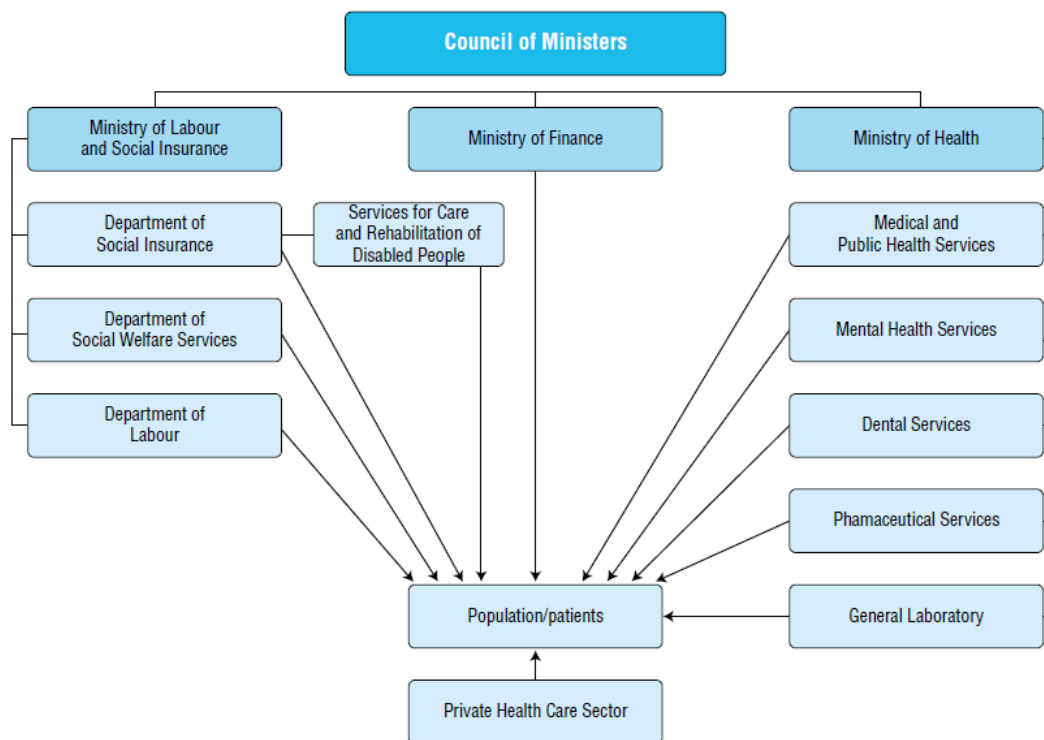
4.1 Οι εξελίξεις στο σύστημα Υγείας της Κύπρου

Η Κύπρος είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) της οποίας το σύστημα Υγείας της αποτελείται από δύο τομείς, δημόσιο και ιδιωτικό, με σχετικά παρόμοια μεγέθη. Το μεγάλο μερίδιο που κατέχει ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να αποδοθεί στην απουσία ενός εθνικού συστήματος υγείας που να παρέχει καθολική κάλυψη (Golna et al., 2004), ενώ ο διαχωρισμός αυτός σε συνδυασμό με την έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών πληρωμών και παρακολούθησης του συστήματος υγείας, συμβάλλει σε ανισότητες των πολιτών ως προς την πρόσβασή τους σε υγειονομική περίθαλψη και αναποτελεσματική κατανομή και αξιοποίηση των πόρων (Cylus et al., 2013).

Ο δημόσιος τομέας είναι έντονα συγκεντρωτικός και υπάρχει αυστηρός έλεγχος από το Υπουργείο Υγείας για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διοίκηση και τους κανονισμούς που τον διέπουν. Επιπρόσθετα χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, με τις υπηρεσίες να παρέχονται μέσω ενός δικτύου νοσοκομείων και κέντρων υγείας, ενώ ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από τις πληρωμές (out-of-pocket) των εξεταζόμενων που εξυπηρετούν, καθώς και από ιδιωτικές ασφαλίσεις ή ταμεία που αυτοί emπίπτουν.

Ο δημόσιος τομέας πάσχει από μεγάλες λίστες αναμονής για πολλές από τις υπηρεσίες που παρέχει, μια κατάσταση η οποία έχει επιδεινωθεί λόγω της πρόσφατης οικονομικής κρίσης καθώς οι πολίτες στράφηκαν προς τη δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Από την άλλη, το πρόβλημα αυτό σε συνδυασμό με την περιορισμένη ικανότητα του δημόσιου τομέα να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες, οδήγησαν πολλούς να αναζητήσουν περίθαλψη από ιδιωτικούς παρόχους (Andreou et al., 2010). Όπως αναφέρουν οι Theodorou et al. (2012) στον ιδιωτικό τομέα παρουσιάζεται υπολειτουργία των ακριβών ιατρικών τεχνολογιών λόγω της πλεονάζουσας παραγωγικής ικανότητας των ιδιωτικών κέντρων που τα παρέχουν.

Δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στο δημόσιο τομέα έχει περίπου μόνο το 83% του πληθυσμού, καθώς όπως προαναφέρθηκε το σύστημα δε διασφαλίζει καθολική πρόσβαση στους πολίτες. Το υπόλοιπο μερίδιο του πληθυσμού έχει πρόσβαση στον δημόσιο τομέα με την καταβολή συγκεκριμένων τελών που ορίζει το Υπουργείο Υγείας, γεγονός που αποδεικνύει ότι το σύστημα υγείας δεν εγγυάται την οικονομική προστασία για το σύνολο του πληθυσμού της Κύπρου (Theodorou et al., 2012). Μια επισκόπηση του ισχύοντος συστήματος κοινωνικής προστασίας παρουσιάζεται στο σχεδιάγραμμα 4.1. που ακολουθεί:



Σχεδιάγραμμα 4.1: Επισκόπηση του ισχύοντος συστήματος κοινωνικής προστασίας στην Κύπρο (Theodorou et al., 2012).

Το Υπουργείο Υγείας έχει ως όραμα τη δημιουργία ενός Συστήματος Υγείας με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα το οποίο θα παρέχει καθολική κάλυψη, θα δίνει την άμεση δυνατότητα πρόσβασης, θα παρέχει δίκαιες, αξιόπιστες και ισότιμες υπηρεσίες σε όσους χρρίζουν την παροχή τους προσφέροντας στα μέγιστα στον κάθε πολίτη μέσω του υψηλού επιπέδου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και αγωγής που στοχεύει προς επίτευξη. Το Υπουργείο Υγείας πέρα από τη Διοίκηση, διαχωρίζεται σε πέντε τμήματα τα οποία, σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομικών (MOF, 2012), διέπουν τους πιο κάτω στόχους:

- (1) Ιατρικές Υπηρεσίες – επιδιώκουν την παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες, τη βελτίωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών, τη χάραξη στρατηγικής για αποτελεσματική αντιμετώπιση επιδημικών απειλών για την υγεία, όπως η πρόληψη πανδημιών και την ένταξη της υγείας σε όλες τις πολιτικές.
- (2) Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας – έχουν ως πρωταρχικό στόχο την εφαρμογή θεραπευτικών προσεγγίσεων και τον εκσυγχρονισμό τους με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπρόσθετα στοχεύουν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών τους σε κοινοτικά σύνολα μέσω της αποκέντρωσης και της δημιουργίας κοινωνικού προσανατολισμού. Η ενθάρρυνση της εμπλοκής ομάδων εθελοντισμού καθώς και η δημιουργία στενότερων σχέσεων μεταξύ των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Υγείας και των υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας αποτελούν κύριο μέλημά τους.
- (3) Οδοντιατρικές Υπηρεσίες – έχουν ως όραμα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εφαρμόζοντας ανθρωποκεντρική προσέγγιση και προσπαθώντας να καταργήσουν τις όποιες γεωγραφικές ή κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζονται στην οδοντιατρική φροντίδα.
- (4) Φαρμακευτικές Υπηρεσίες – έχουν ως κύρια επιδίωξη την αλλαγή στις διαδικασίες προμήθειας των φαρμάκων, εξασφαλίζοντας την επάρκεια τους στην αγορά σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Όραμα τους είναι η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης ποιότητας και η ενίσχυση της εγχώριας βιομηχανίας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
- (5) Γενικό Χημείο του Κράτους – έχει ως στόχο του την παροχή άριστων υπηρεσιών τόσο στην τεχνολογία τροφίμων, περιβάλλοντος και φαρμάκων, όσο και σε οτιδήποτε εμπίπτει στις παρεχόμενες του υπηρεσίες. Όραμά του είναι μέσω της ενίσχυσης της χρηματοδότησης του, να αναβαθμιστεί τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, λαμβάνοντας ενεργά μέρος σε ευρωπαϊκά δίκτυα συνεργασίας και έρευνας.

Ο τρόπος διοίκησης του Υπουργείου Υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως απαρχαιωμένος, καθώς τα τμήματα του (διοικητικό, τεχνικό και λειτουργικό) στελεχώνονται με κυβερνητικούς υπάλληλους, οι οποίοι διορίστηκαν από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας. Παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις καθοδήγησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων στο προσωπικό καθώς τα κέντρα στρατηγικών αποφάσεων στεγάζονται στο Υπουργείο Υγείας και όχι στα κρατικά Νοσοκομεία στα οποία διαφαίνονται ξεκάθαρα οι οποιεσδήποτε ανάγκες στελέχωσης και εκπαίδευσης. Συνεπώς μειώνεται σημαντικά το ενδεχόμενο ανάπτυξης ενός συστήματος διοίκησης και ανταγωνισμού

(benchmarking) καθώς η λήψη των αποφάσεων λαμβάνει χώρα εκτός του πραγματικού πεδίου αναγκών. Τα προβλήματα αδιαφάνειας και ανισότητας είναι εύκολα διακριτά στα δημόσια νοσηλευτήρια καθώς έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποιούν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις για να εξυπηρετηθούν, παρακάμπτοντας τις νεομισμένες διαδικασίες. Τα προβλήματα αυτά είναι διαχρονικά και τροφοδοτούνται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, κόμματα και συντεχνίες οι οποίες δεν προβαίνουν σε οποιαδήποτε ενέργεια για αλλαγή και αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων, επιδεικνύοντας πολιτική αδράνεια στην εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Σημαντικό ρόλο θα πρέπει να διαδραματίσει και ο ιδιωτικός τομέας ο οποίος στο παρόν στάδιο έχει μεμονωμένη συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας με προσφορά υπηρεσιών που δεν παρέχονται από το δημόσιο ή έχουν τεράστιες λίστες αναμονής. Το ίδιο το Υπουργείο δεν έχει προβεί σε οποιαδήποτε επίσημη και οργανωμένη προσπάθεια διασύνδεσης του με τον ιδιωτικό τομέα, αλλά αντιθέτως έχει προάγει ένα αθέμιτο ανταγωνισμό μεταξύ τους, ταυτίζοντας το δημόσιο τομέα με τη «δωρεάν παροχή υπηρεσιών» και τον ιδιωτικό με την «κερδοσκοπική παροχή υπηρεσιών».

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το δημόσιο τομέα περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα, υπηρεσίες από ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικές εξετάσεις και παραϊατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα, φροντίδα αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδα (Theodorou et al., 2012).

Σύμφωνα με την αξιολόγηση που παραθέτουν οι Theodorou et al. (2012) το ισχύον σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας έχει πολλές ελλείψεις. Γενική αποστολή του θα πρέπει να είναι η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού και η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα του συστήματος αφορούν τον κατακερματισμό των υπηρεσιών, τον ανεπαρκή συντονισμό μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, την έλλειψη των ιδίων κεφαλαίων για χρηματοδότηση, την ανεξέλεγκτη εξάπλωση και χρήση της υψηλού κόστους ιατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα, τους μεγάλους χρόνους αναμονής στο δημόσιο τομέα, τους ανασφάλιστους λαθρομετανάστες καθώς και ανεπάρκειες ή ελλείψεις στους τομείς της περίθαλψης συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας και παρηγορητικής φροντίδας καθώς επίσης και της φροντίδας αποκατάστασης. Όπως σημειώνουν υπάρχουν περιθώρια για βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της διαφάνειας, της ποιότητας και του ελέγχου. Μερικές από τις προτεραιότητες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη βελτίωση της απόδοσης, αποτελούν η συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων, η καλύτερη διαχείριση του νοσοκομείου και ο καλύτερος έλεγχος και χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογικής ανάπτυξης.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα και τις βιβλιογραφικές αναφορές των Andreou et al. (2009) και Ioannides et al. (1999), οι υπόλοιποι παράγοντες πίεσης στο υφιστάμενο σύστημα υγείας πέραν του κόστους χρηματοδότησης είναι:

- η οικονομική κρίση η οποία οδήγησε σε διολίσθηση των δεικτών υγείας και συντέλεσε στην ανάπτυξη ενός κράτους προνοίας, που παρέχει προσβασιμότητα σε δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε πέραν του 65-70% του πληθυσμού.
- οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών οι οποίες ενισχύονται μέσω της χρήσης του διαδικτύου.
- η γήρανση του πληθυσμού, το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης, οι χρόνιες νόσοι οι οποίες απαιτούν τη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών υψηλού κόστους και η ταυτόχρονη μείωση της εισπρακτέας φορολογίας λόγω της σημαντικής μείωσης του ενεργού εργατικού δυναμικού.
- οι επενδύσεις σε σύγχρονες και καινοτόμες ιατρικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας που απαιτούν την αγορά υψηλού κόστους εξοπλισμού. π.χ. ακτινοδιαγνωστικά κέντρα.
- η αλλαγή στον τρόπο ζωής του πληθυσμού, η οποία μπορεί να συντελέσει σε αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης συγκεκριμένων ασθενειών όπως σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και παχυσαρκία.
- η έλλειψη δικτύου συνεργασίας μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα για παροχή υπηρεσιών, γεγονός που οδηγεί σε ανυπολόγιστη σπατάλη πόρων.
- και ίσως το πιο σημαντικό η έλλειψη Εθνικής Πολιτικής σε θέματα Υγείας

Λαμβανομένου υπόψη των πιο πάνω και υπό τη γνώση των παραγόντων που επιβαρύνουν τη σημερινή κατάσταση, η πρόκληση με την οποία έρχεται αντιμέτωπη η κυβέρνηση, είναι η εφαρμογή ενός συστήματος υγείας που θα μπορέσει να συνδράμει στην αύξηση του κοινωνικού πλεονάσματος και τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας, με μειωμένες δαπάνες, ικανό να διασφαλίζει την αποδοτικότητα και την ορθολογιστική χρήση των πόρων, χωρίς οποιαδήποτε υποβάθμιση στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει.

4.1.1 Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο

Μετά από μια μακρά περίοδο δημόσιου διαλόγου και προετοιμασίας, ο νέος νόμος Ν.89 (I) / 2001 για τη σύσταση Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) ψηφίστηκε από το κοινοβούλιο το 2001. Σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου, ιδρύθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και διορίστηκε το

Διοικητικό Συμβούλιο. Ωστόσο μέχρι και σήμερα, λόγω των πολιτικών δρώμενων και των οικονομικών περιορισμών, δεν έχει καταγραφεί καμία σημαντική πρόοδος στο δρόμο της μεταρρύθμισης προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικής έναρξης του ΓεΣΥ. Οι εκκρεμότητες που εξακολουθούν να υφίστανται αφορούν σημαντικές απαιτήσεις για την εφαρμογή του, όπως είναι η εγκατάσταση ενός πληροφοριακού συστήματος, ο σχεδιασμός και η εποπτεία της κατάρτισης των ιατρών, η ανάπτυξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων, η κοστολόγηση και η αναδιοργάνωση της διαχείρισης των δημόσιων νοσοκομείων.

Η ημερομηνία που θα αποτελέσει το εναρκτήριο λάκτισμα της εφαρμογής του ΓεΣΥ έχει επανειλημμένα αναβληθεί και η εφαρμογή του συστήματος καθυστερεί κυρίως λόγω της ανάγκης της κυβέρνησης να επαναξιολογήσει το καθεστώς εφαρμογής του, ιδίως όσον αφορά το κόστος των συνεπειών του, της αρνητικής επιρροής που επήλθε από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική αναταραχή της οικονομίας και της ανάγκης της κυβέρνησης να εξασφαλίσει υγιώς τα δημόσια οικονομικά καθώς και λόγω των χρονοβόρων διαδικασιών υποβολής προσφορών που συνδέονται με την εισαγωγή του.

Παρά τις εκτεταμένες μελέτες σχετικά με το αναμενόμενο κόστος του ΓεΣΥ που πραγματοποιήθηκαν κατά καιρούς (Proposals for a National Health Insurance Scheme, 1992b; Hsiao & Jakab, 2003; Mercer, 2008 & 2013), κατά την τρέχουσα περίοδο της οικονομικής αβεβαιότητας, η καθυστέρηση στην υλοποίηση συνεχίζεται εν μέρει λόγω των ανησυχιών για το κόστος όπως προαναφέρθηκε. Το προτεινόμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και τα προβλήματα του σημερινού συστήματος με στόχο να επιτευχθεί η καθολικότητα στην κάλυψη, η υψηλή ποιότητα της φροντίδας, η ισότητα, η αλληλεγγύη και η μακροπρόθεσμη οικονομική βιωσιμότητα (Mercer, 2013).

Στην πιο πρόσφατη αναλογιστική μελέτη του οίκου Mercer (2013) έχει αναπτυχθεί ένα σύνθετο μοντέλο του κυπριακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, που ενσωματώνει μία οικονομική ανάλυση μέσα σε μια αναλογιστική προσέγγιση. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν είχαν ως κύριες πηγές τους τη Στατιστική Υπηρεσία του Υπουργείου Οικονομικών και το Υπουργείο Υγείας και τα οικονομικά στοιχεία για το δημόσιο τομέα ήταν διαθέσιμα μέχρι το 2012 ενώ για τον ιδιωτικό μέχρι το 2011.

Η μελέτη του οίκου Mercer έχει εκπονηθεί από εμπειρογνώμονες και αναλογιστές οι οποίοι είχαν κληθεί να παράσχουν αναλογιστική εκτίμηση των δαπανών για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHE) και το ποσοστό εισφοράς για τη χρηματοδότηση του ΕΣΥ. Η έκθεση που δημοσιεύτηκε πρόσφατα διεξήχθη σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Μνημονίου Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες

Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής (Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, MoU) στα πλαίσια του μηχανισμού Ευρωπαϊκής Σταθερότητας.

Την άνοιξη του 2012 επιβεβαιώθηκε ο σχηματισμός ενός οδικού χάρτη για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας με στόχο την καθολική κάλυψη με μακροχρόνια οικονομική βιωσιμότητα. Επιπλέον το υπογεγραμμένο μνημόνιο ενθαρρύνει την ανάπτυξη μιας πολιτικής που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη, σε σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, και στην εισαγωγή Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, μέτρων και τελών χρήσης που αποσκοπούν στη συνολική βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας.

Πέραν του προγράμματος της Τρόικα, εισήχθησαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις σύμφωνα με τις συστάσεις για πολιτικές που αφορούν τις οικονομικές και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις (Country Specific Recommendations, CSRs), οι οποίες υποβλήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με στο πλαίσιο του προγράμματος σταθερότητας και του Εθνικού Προγράμματος Μεταρρυθμίσεων για την Ευρώπη 2020. Σύμφωνα με το Συμβούλιο της ΕΕ (Council of the European Union, 2011 & 2012) ορίστηκαν τα πιο κάτω μέτρα:

CSR 3: "Βελτίωση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας των δημοσίων οικονομικών με την εφαρμογή μεταρρυθμιστικών μέτρων για τον έλεγχο των συντάξεων και των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να περιοριστεί η προβλεπόμενη αύξηση των δαπανών που σχετίζεται με την ηλικία" και,

CSR 4: "Ολοκλήρωση και εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας, χωρίς καθυστέρηση, στη βάση ενός χάρτη πορείας, ο οποίος θα πρέπει να εξασφαλίζει την οικονομική βιωσιμότητα, ενώ παράλληλα να παρέχει καθολική κάλυψη".

Σύμφωνα με τους Amitsis and Phellas (2013), βάσει κανονισμού του Υπουργικού Συμβουλίου, που τέθηκε σε ισχύ από την 8^η Ιανουαρίου 2013, η δωρεάν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σήμερα περιορίζεται στα άγαμα άτομα με ετήσιο εισόδημα μέχρι € 15.400, οικογένειες με ετήσιο εισόδημα μέχρι € 30.750 συν € 1.700 για κάθε εξαρτώμενο παιδί (δεν υπάρχει όριο εισοδήματος για τις οικογένειες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά), και τα πρόσωπα που έχουν διαγνωστεί με ορισμένες χρόνιες παθήσεις. Επιπρόσθετα άλλα σημαντικά μεταρρυθμιστικά μέτρα περιλαμβάνουν τα εξής:

α) κατάργηση της κατηγορίας των δικαιούχων "B" και όλων των εξαιρέσεων για την πρόσβαση σε δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται σε κατηγορίες χωρίς

εισόδημα, εξαιρουμένων των προσώπων που πάσχουν από ορισμένες χρόνιες ασθένειες ανάλογα με την σοβαρότητα της πάθησης.

β) εισαγωγή ως ένα πρώτο βήμα προς το σύστημα καθολικής κάλυψης, υποχρεωτικής συνεισφοράς για υγειονομική περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων και των συνταξιούχων της τάξης του 1,5% των ακαθάριστων μισθών και συντάξεων.

γ) αύξηση των τελών για τις ιατρικές υπηρεσίες για τους μη δικαιούχους (που θα περιλαμβάνουν εκείνες που προϋπήρχαν στην κατηγορία "B") κατά 30%.

δ) εισαγωγή μιας χρέωσης της τάξης των 3 € για την επίσκεψη γενικού ιατρού και 6 € ως αμοιβή για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό.

ε) εισαγωγή 10 € χρέωσης για τη χρήση των υπηρεσιών επείγουσας περίθαλψης σε μη επείγουσες καταστάσεις.

στ) εισαγωγή 0,5 € χρέωσης για την παροχή ιατρικών εργαστηριακών εξετάσεων και φαρμακευτικών προϊόντων.

Όπως διαφαίνεται, το προτεινόμενο σύστημα υγείας βασίζεται στις αρχές ενός ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει τις σημερινές προκλήσεις, τις στρεβλώσεις και τα αδιέξοδα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η επίτευξη του θα βασιστεί στην υιοθέτηση καλών πρακτικών και στην προσαρμογή τους στις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Οι βασικές αρχές και τα χαρακτηριστικά του προτεινόμενου συστήματος όπως παραθέτονται συνοπτικά στην έκθεση του οίκου Mercer (2013) έχουν ως εξής:

- Καθολική κάλυψη: Όλοι οι Κύπριοι πολίτες θα γίνουν δικαιούχοι του ΕΣΥ.
- Ολοκληρωμένο πακέτο παροχών: Το πακέτο παροχών του ΕΣΥ θα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξειδικευμένης φροντίδας των εξωτερικών ιατρείων, των φαρμακευτικών προϊόντων, των κλινικών εργαστηριακών δοκιμών, των επαγγελματιών υγείας, των υπηρεσιών ατυχημάτων και επείγουσας περίθαλψης, την παροχή υπηρεσιών ασθενοφόρου, την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και περιορισμένη οδοντιατρική περίθαλψη.
- Ίση μεταχείριση των δικαιούχων: Όλοι οι δικαιούχοι θα έχουν τα ίδια δικαιώματα όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και, επομένως θα επέλθει μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο του NHS.

- Ελεύθερη επιλογή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης: Οι δικαιούχοι θα έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.
- Αλληλεγγύη: Οι δικαιούχοι θα συμβάλλουν στην επίτευξη των ΕΣΥ σύμφωνα με το επίπεδο του εισοδήματός τους. Ως εκ τούτου, οι δικαιούχοι με υψηλότερα εισοδήματα θα συνεισφέρουν περισσότερο προς όφελος των δικαιούχων με χαμηλότερα εισοδήματα.

4.1.2 Οι Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο

Ο δημόσιος τομέας των υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται από τη φορολογία που πληρώνουν οι πολίτες της Κυπριακή Δημοκρατίας. Ο προϋπολογισμός για τις δαπάνες της Υγείας ο οποίος συντάσσεται από το Υπουργείο Οικονομικών κατατίθεται στη Βουλή των Αντιπροσώπων προς έγκριση και αποτελεί το ποσό που προορίζεται για να καλύψει της ανάγκες του τρέχοντος έτους. Σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομικών ο προϋπολογισμός για το Υπουργείο Υγείας που αφορά τα έτη 2013-2017 παρουσιάζεται στους πιο κάτω πίνακες. (MOF, 2015)

ΣΥΓΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΟΦΕΙΛΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟ SUMMARY OF CHARGES AND EXPENDITURE BY HEAD						
Δαπάνη κατά Κεφάλαιο Heads of Expenditure	2013	2014		2015	2016	2017
	Πραγματική Δαπάνη Actual Expenditure	Εγκεκριμένος Προϋπολογισμός Approved	Αναθεωρημένος Προϋπολογισμός Revised	Εγκεκριμένος Προϋπολογισμός Approved	Μεσοπρ. Δημοσιον. Πλαίσιο Med. Term Budgetary Framework	Μεσοπρ. Δημοσιον. Πλαίσιο Med. Term Budgetary Framework
	€	€	€	€	€	€
22 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - MINISTRY OF HEALTH						
2201 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ - MINISTRY OF HEALTH, ADMINISTRATION						
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	160.811.896	152.297.664	155.187.866	152.626.284	151.675.170	149.991.080
3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	3.698.482	4.856.566	2.000.000	8.188.313	11.319.947	8.356.380
2202 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - MEDICAL AND PUBLIC HEALTH SERVICES	248.991.888	238.900.948	243.851.604	243.326.379	244.388.315	244.375.811
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	237.054.960	225.920.833	231.851.604	234.124.593	235.273.865	235.261.398
3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	11.936.928	12.980.115	12.000.000	9.201.786	9.114.450	9.114.413
2203 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - MENTAL HEALTH SERVICES	9.859.775	10.075.347	9.303.444	9.699.135	9.768.110	9.793.674
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	9.766.383	9.998.862	9.223.444	9.624.852	9.692.990	9.718.554
3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	93.392	76.485	80.000	74.283	75.120	75.120
2204 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - DENTAL SERVICES	4.674.457	4.848.274	4.257.426	4.486.320	4.491.234	4.482.175
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	4.560.670	4.791.849	4.234.518	4.430.081	4.434.904	4.425.845

Πίνακας 4.1: Προϋπολογισμός του έτους 2015 για το Υπουργείο Υγείας, MOF (2015).

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ 2015 BUDGET

ΣΥΓΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΟΦΕΙΛΩΝ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
SUMMARY OF CHARGES AND EXPENDITURE BY HEAD

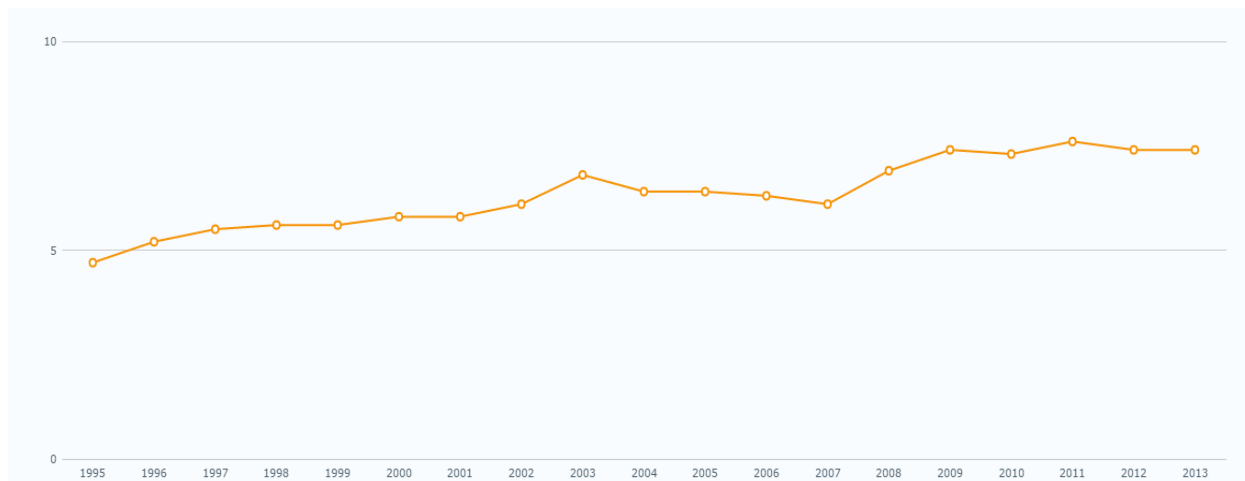
Δαπάνη κατά Κεφάλαιο Heads of Expenditure	2013	2014		2015	2016	2017
	Πραγματική Δαπάνη Actual Expenditure	Εγκριμένος Προϋπολογισμός Approved	Αναθεωρημένος Προϋπολογισμός Revised	Εγκριμένος Προϋπολογισμός Approved	Μεσοπρ. Δημοσιον. Πλαίσιο Med. Term Budgetary Framework	Μεσοπρ. Δημοσιον. Πλαίσιο Med. Term Budgetary Framework
	€	€	€	€	€	€
22 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - MINISTRY OF HEALTH						
2204 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - DENTAL SERVICES						
3 ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	113.787	56.425	22.908	56.239	56.330	56.330
2205 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - PHARMACEUTICAL SERVICES	127.031.915	111.667.963	112.700.076	106.748.969	106.189.406	106.765.632
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	126.867.216	111.462.853	112.500.076	106.581.249	106.081.336	106.657.562
3 ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	164.699	205.110	200.000	167.720	108.070	108.070
2206 ΓΕΝΙΚΟ ΧΗΜΕΙΟ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ - STATE GENERAL LABORATORY	7.728.783	7.880.743	6.617.908	7.575.624	7.750.718	7.770.085
2 ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - CURRENT EXPENDITURE	6.639.796	6.837.183	6.042.379	6.644.259	6.758.868	6.778.235
3 ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ - DEVELOPMENT EXPENDITURE	1.088.985	1.043.560	575.529	931.365	991.850	991.850

Πίνακας 4.1 (Συνέχεια): Προϋπολογισμός του έτους 2015 για το Υπουργείο Υγείας, MOF (2015).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του WHO (WHO, 2013a), οι δαπάνες της Κύπρου για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ κατατάσσονται μεταξύ των χαμηλότερων σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ και βρίσκονται πολύ πιο κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ. Από το 1995-2013, οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν κατά μέσον όρο με ταχύτερο ρυθμό από ό, τι το ΑΕΠ, από 4,7% του ΑΕΠ το 1995 σε 7,4% το 2013 (βλ. Σχεδιάγραμμα 4.2 και Γραφική Παράσταση 4.1).

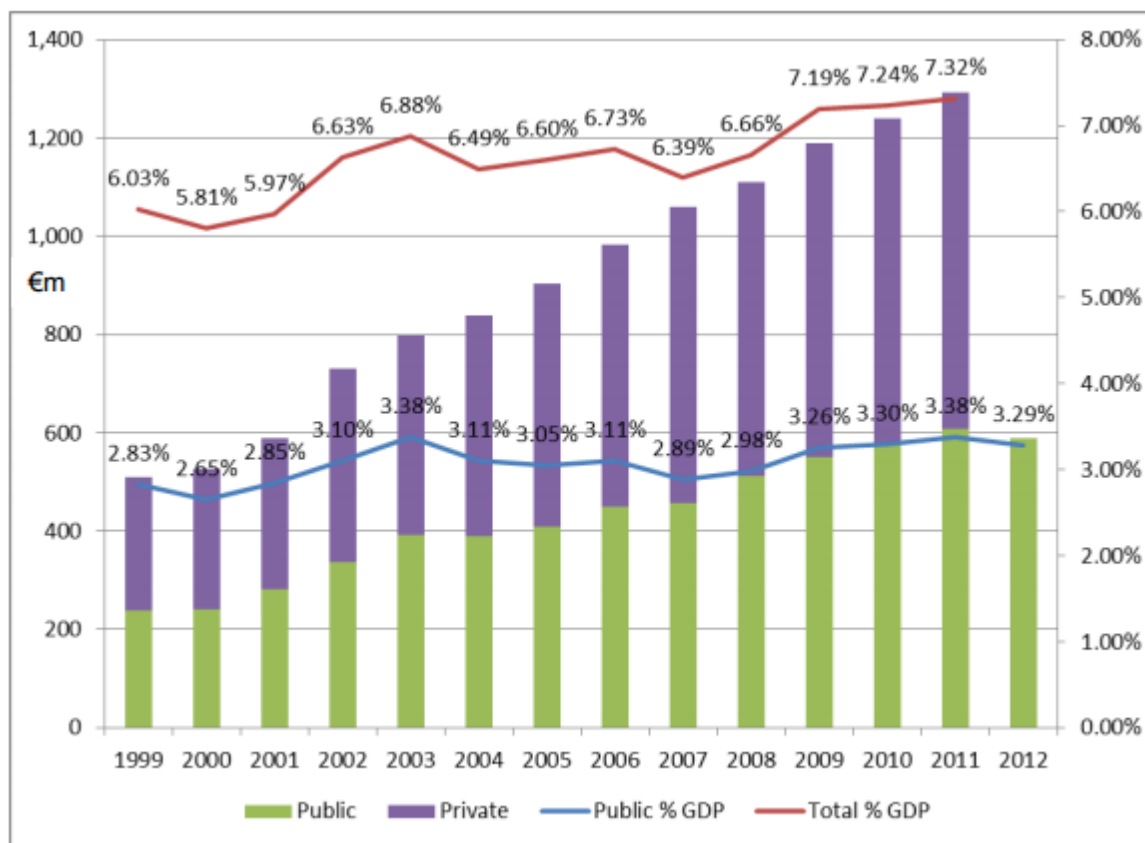


Σχεδιάγραμμα 4.2: Οι δαπάνες στον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην Ευρώπη (WHO, 2013a)



Γραφική παράσταση 4.1: Οι δαπάνες στον Τομέα της Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην Κύπρο από το 1995-2013 (WHO, 2015b)

Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα και με τα δεδομένα της Στατιστικής Υπηρεσίας της Κύπρου, όπως παρουσιάζονται στη μελέτη του οίκου Mercer (2013) και παρουσιάζονται στη Γραφική Παράσταση 4.2, αυξήθηκαν σταδιακά από το 1999, τόσο σε χρηματικούς όρους όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ. Τόσο οι συνολικές δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης και όσο και αυτές που αφορούν το δημόσιο είναι σε χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με το μέσο όρο της ΕΕ. Οι χώρες της ΕΕ αφιερώνουν κατά μέσο όρο περίπου 8,9% του ΑΕΠ τους για την υγεία, εκ των οποίων το 6,5% είναι δημόσιες και το 2,4% είναι ιδιωτικές. Η Κύπρος δαπανά το 7,4% του ΑΕΠ για την υγεία από τα οποία το 3,2% είναι δημόσιες δαπάνες και το 4,2% είναι ιδιωτικές. Η ποσοστιαία συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ και όπως αναφέρεται, η πρόσφατη τάση ανάπτυξης, ιδίως στον ιδιωτικό τομέα προκαλεί ανησυχίες σχετικά με τη μελλοντική βιωσιμότητα του σημερινού συστήματος.



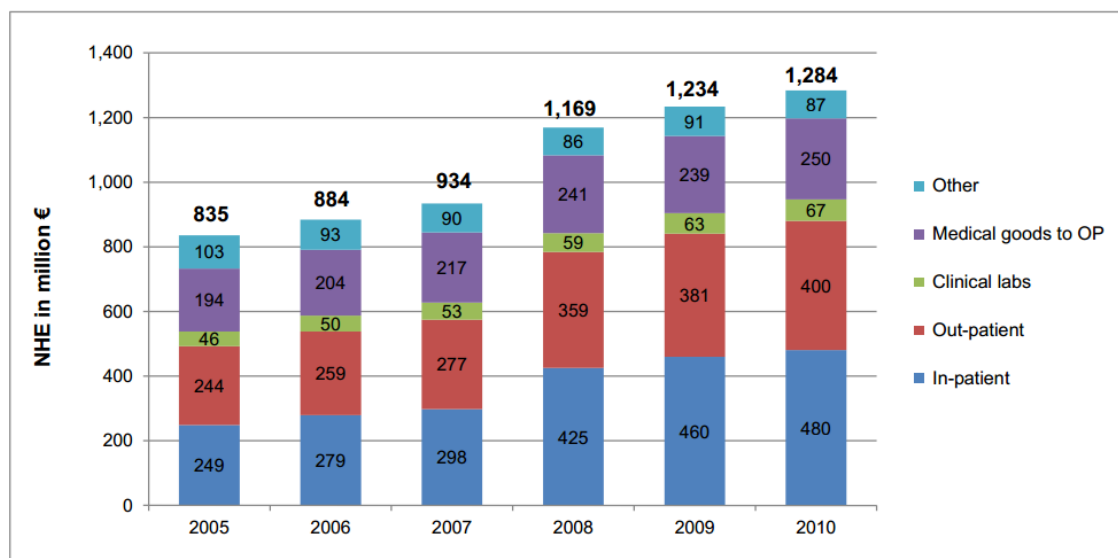
Γραφική παράσταση 4.2: Ρυθμός αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (Mercer, 2013)

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε παλαιότερη μελέτη που εκπόνησε ο οίκος Mercer (2008), αναφέρεται ότι οι συνολικές δαπάνες στον τομέα της Υγείας μπορούν να υποτιμηθούν, ακόμη και σε ποσοστό της τάξης του 5%. Παρόλ' αυτά και λαμβανομένου υπόψη της απόκλισης αυτής, η Κύπρος παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα όσον αφορά τις δαπάνες στον τομέα της Υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο. Η απόκλιση αυτή όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία πιθανόν να οφείλεται στην απουσία καθολικής κάλυψης, στο σχετικά νεαρό του πληθυσμού της, στις περιορισμένες δαπάνες στην ιατρική έρευνα και στο ευνοϊκό κλίμα τους νησιού και τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Golna et al., 2004; Andreou, Pashardes & Pashourtidou, 2010).

Οι κύριες κατηγορίες των δαπανών Υγείας στην Κύπρο όπως παρατίθενται στη μελέτη του οίκου Mercer (2013), απεικονίζονται στη γραφική παράσταση 4.3 και έχουν ως εξής:

- Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη: ενδονοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα και φροντίδα αποκατάστασης, ημερήσιες περιπτώσεις, Ατυχήματα & Επείγοντα και υπηρεσίες ασθενοφόρου.

- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη: Πρωτοβάθμια περίθαλψη, φροντίδα από ειδικούς συμπεριλαμβανομένης και της διαγνωστικής απεικόνισης, παραϊατρικές υπηρεσίες από τους επαγγελματίες υγείας και διάφορες άλλες βοηθητικές υπηρεσίες.
- Κλινικά εργαστήρια: Εργαστηριακές εξετάσεις.
- Ιατρικά αγαθά σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς: Φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά μη-διαρκή αγαθά, θεραπευτικές συσκευές και άλλα ιατρικά αγαθά διαρκείας.
- Άλλο: Διοίκηση, πρόληψη υγείας και σχηματισμός κεφαλαίου.



Γραφική παράσταση 4.3: Οι κατηγορίες για τις Δαπάνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο 2005-2010 – Τα ποσά είναι σε εκατομμύρια € για κάθε κύρια κατηγορία υπηρεσίας (Mercer, 2013)

Προκειμένου να συγκρατηθεί ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας και να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, το ΕΣΥ ενσωματώνει τους ακόλουθους μηχανισμούς και ορθές πρακτικές όπως αυτές αναφέρονται στην έκθεση του οίκου Mercer (2013):

α) Ενιαία οργάνωση πληρωμών: Το ΕΣΥ θα διοικείται αυτοτελώς από ένα και μόνο οργανισμό, τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος αναμένεται να αυξήσει τις οικονομίες κλίμακας και να μειώσει το συνολικό κόστος μέσω των μαζικών αγορών. Ο ΟΑΥ ιδρύθηκε με βάση τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο (Ν.89(Ι)/2001), αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και έχει ως αποστολή του την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο. Οι κύριες αρμοδιότητές του όπως παρουσιάζονται στα πλαίσια της αποστολής του (ΟΑΥ, 2015), αφορούν τη διαχείριση του Ταμείου που ιδρύεται με βάση τις πρόνοιες του σχετικού νόμου για τη χρηματοδότηση το ΓεΣΥ, την εξασφάλιση παροχής στους δικαιούχους υψηλού επιπέδου

φροντίδας υγείας μέσω σχετικών διευθετήσεων συνεργασίας του με παροχείς υπηρεσιών υγείας οι οποίοι ικανοποιούν τους σχετικούς όρους και προδιαγραφές και η συλλογή, ανάλυση και παρουσίαση δεδομένων και πληροφοριών σχετικών με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

β) Σταθερή βάση για τη χρηματοδότηση: Το ΓεΣΥ θα είναι αυτοχρηματοδοτούμενο από τις εισφορές που θα γίνονται από τους εργαζόμενους, τους αυτοεργοδοτούμενους, από άλλα εισοδήματα (όπως μερίσματα, τόκοι και ενοίκια), από τους εργοδότες και το κράτος, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό μια σταθερή βάση χρηματοδότησης από πολλαπλές πηγές.

γ) Παγκόσμιος Προϋπολογισμός: Η συνολική δαπάνη για την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο του ΓεΣΥ θα είναι προκαθορισμένη μέσω της συλλογικής διαπραγμάτευσης με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και οι πραγματικές δαπάνες δεν θα υπερβαίνουν το συνολικό προκαθορισμένο προϋπολογισμό.

δ) Μέθοδος αποζημίωσης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης : Η μέθοδος αποζημίωσης της υγειονομικής περίθαλψης προς του παρόχους αφορά κατά κεφαλήν αμοιβές των Οικογενειακών Ιατρών, τις Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRG) με βάση συγκεκριμένα τέλη για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και το σημειακό σύστημα μηχανισμού με στόχο την αποθάρρυνση της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών και την ενθάρρυνση της συνετής συμπεριφοράς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ο μηχανισμός αποζημίωσης για τα ναρκωτικά θα παρέχει κίνητρα για τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων όπου αυτά είναι διαθέσιμα.

ε) Ο καταμερισμός του κόστους: Η εισαγωγή των συν-πληρωμών (co-payments), τις οποίες οι χρήστες θα πρέπει να κάνουν για ορισμένες υπηρεσίες, έχουν ως στόχο να αποθαρρύνουν την υπερβολική χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών και να συμβάλλουν στην περαιτέρω συγκράτηση των δαπανών.

στ) Ο οικογενειακός ιατρός: Η εισαγωγή της έννοιας του Οικογενειακού Γιατρού (Family Doctor - DF) θα οργανώσει αποτελεσματικά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εξασφαλίζοντας την άμεση πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και συμβάλλοντας σημαντικά στην πρόληψη των ασθενειών, τη βελτιωμένη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και στον έλεγχο και συγκράτηση των δαπανών, καθώς θα αναλάβει το ρόλο του «φύλακα» στο πλαίσιο του συστήματος.

ζ) Τη θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων και κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης: Όλοι οι πάροχοι που προσφέρουν υπηρεσίες στο πλαίσιο του ΓεΣΥ θα πρέπει να συμμορφώνονται με καθορισμένες ελάχιστες απαιτήσεις σχετικά με τα προσόντα τους,

τους διαθέσιμους πόρους και υποδομές και θα ακολουθούν εγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας, έτσι ώστε να διασφαλιστούν οι ομοιόμορφες και υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσίες.

4.1.3 Η ανάγκη εφαρμογής των DRGs

Η ανάγκη εφαρμογής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και του συστήματος αποζημίωσης με βάση αυτά ήταν έκδηλη εδώ και αρκετά χρόνια. Το 2009 ο ΟΑΥ υπέγραψε τριετές συμβόλαιο με τον γερμανικό Οργανισμό INEK για την εφαρμογή του συστήματος DRG ως μέθοδο αποζημίωσης και η υλοποίηση του εν λόγω έργου ξεκίνησε τον Νοέμβριο, αλλά δυστυχώς προχωρά με πολύ αργούς ρυθμούς. Προκειμένου να διευκολυνθεί η εφαρμογή του, έχουν διοργανωθεί παρουσιάσεις τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Το έργο περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την προετοιμασία των DRG, των διαγνωστικών και διαδικαστικών κωδικών, όλα προσαρμοσμένα στο κυπριακό περιβάλλον. Περί τα τέλη Σεπτεμβρίου του 2010, το σύστημα DRG εφαρμόστηκε σε πιλοτικό επίπεδο στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, καλύπτοντας 2 δημόσια και 3 ιδιωτικά νοσοκομεία.

Όπως διαφαίνεται πιο πάνω, το Μνημόνιο Συνεργασίας ενθαρρύνει τη χρήση ομοειδών ομάδων ασθενών για να κωδικοποιήσει την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, θεωρώντας το ως επιτακτική ανάγκη για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των μηχανισμών ενίσχυσης στο πλαίσιο του νέου συστήματος υγείας. Στην ετήσια έκθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ, 2013), αναφέρεται ότι το 2013 το έργο της εφαρμογής του συστήματος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων – DRGs (Diagnosis Related Groups) – ως μεθόδου αποζημίωσης για τα περιστατικά Ενδονοσοκομειακής Περίθαλψης συνεχίστηκε και οι εργασίες κυρίως αφορούσαν την υλοποίηση του σχεδιασμού αναφορικά με την εφαρμογή του ΓεΣΥ στα ιδιωτικά και κρατικά νοσηλευτήρια. Επιπρόσθετα κατά τη διάρκεια του έτους τόσο το Υπουργείο Υγείας όσο και ο ΟΑΥ, στα πλαίσια της συνεργασίας τους, εργάστηκαν για την ολοκλήρωση της ενσωμάτωσης των καταλόγων διαγνώσεων και κλινικών διεργασιών που χρησιμοποιούνται για σκοπούς DRGs στα συστήματα των κρατικών νοσηλευτηρίων.

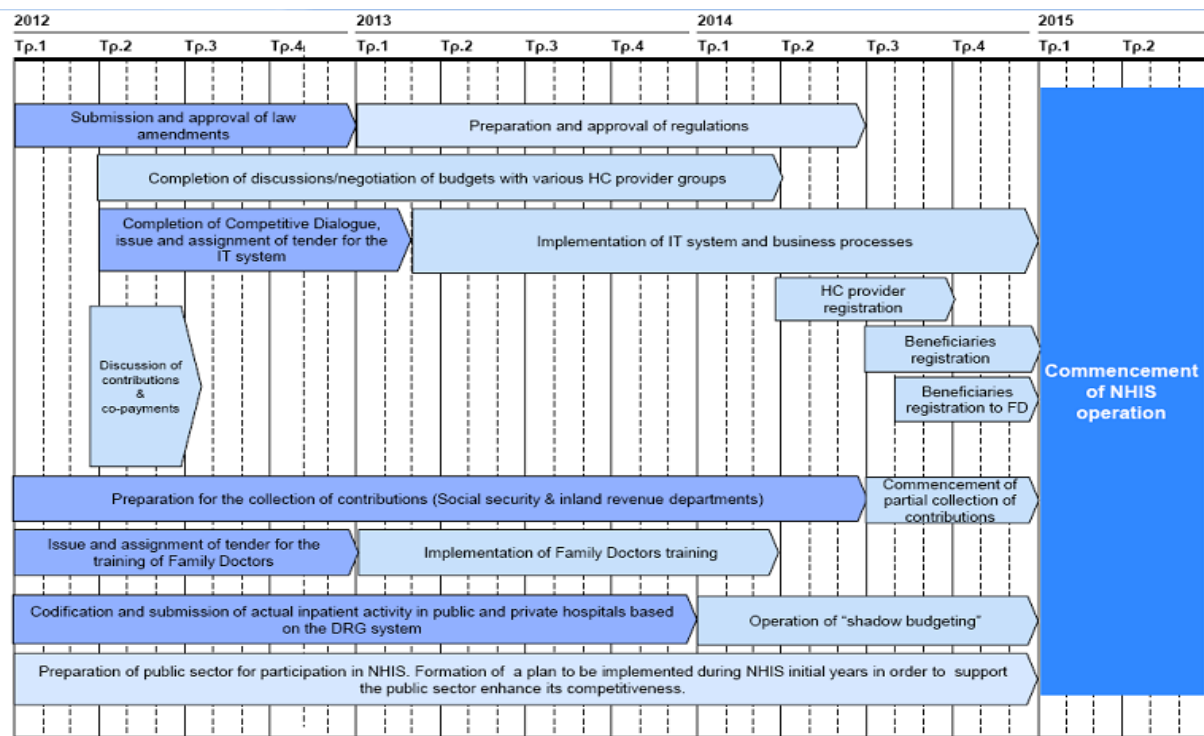
Όπως αναφέρεται, έγινε ιδιαίτερη αναφορά στο λογισμικό DRG Groupes των διαγνώσεων και των κλινικών διεργασιών σε κωδικοποιημένη μορφή, έτσι ώστε το κάθε ιατρικό περιστατικό να ταξινομείται στο κατάλληλο DRG και εφαρμόστηκε διαδικασία για τη συστηματική αποστολή των κωδικοποιημένων αυτών περιστατικών από το Υπουργείο Υγείας μέσω ασύγχρονης ηλεκτρονικής σύνδεσης (Batch) και την παραλαβή και ένταξή τους σε DRGs από τον Οργανισμό. Μέσα στο

πλαίσιο αυτό, η αρμόδια ομάδα για την Ενδονοσοκομειακή Περιθαλψη προέβη σε ενέργειες για διασύνδεση των λογισμικών συστημάτων των κρατικών νοσηλευτηρίων με το λογισμικό DRG Grouper του Οργανισμού και πραγματοποιούσε ελέγχους και ανάλυση των σχετικών αποτελεσμάτων έχοντας συνεχώς ενήμερο το Υπουργείο Υγείας. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, σε συνεργασία με τον ΠΠΣ, διοργανώθηκαν παρουσιάσεις σε ιατρούς με σκοπό να ενημερωθούν για τις Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες, για την ορθή συμπλήρωση εξιτηρίων και τη σημασία της μεταξύ τους συνεργασίας στο έργο της ορθής κωδικοποίησης, που θα έχει άμεσο αντίκτυπο την ορθή αποζημίωση.

Στα πλαίσια των στόχων των DRGs όπως αναφέρει ο ΟΑΥ, οργανώθηκαν προγράμματα επανεκπαίδευσης των κωδικοποιητών του ιδιωτικού τομέα σε θέματα κωδικοποίησης, διαγνώσεων και κλινικών διεργασιών ενώ ταυτόχρονα σε συνεργασία με την Ομάδα Στήριξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Support Group) ξεκίνησαν οι προσπάθειες εκπαίδευσης ομάδων οι οποίες συστάθηκαν για τον έλεγχο της ποιότητας της κωδικοποίησης και των απαιτήσεων για τις υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Τη βάση για τον καθορισμό των τιμών αποζημίωσης και του προϋπολογισμού θα αποτελέσει ο Σκιάδης Προϋπολογισμός, ο οποίος για να ολοκληρωθεί απαιτεί την υψηλής ποιότητας κωδικοποίηση, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, όλων των περιστατικών Ενδονοσοκομειακής Περιθαλψης.

Είναι προφανές ότι οι διαδικασίες συλλογής των απαραίτητων πληροφοριών για τη δημιουργία των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων στην Κύπρο καθώς και το εύρος των υπηρεσιών που θα καλύψουν βρίσκονται σε πολύ αρχικά στάδια. Πρώτιστα θα πρέπει να ολοκληρωθεί το στάδιο εκπαίδευσης των χρηστών, ξεκινώντας από τους παροχείς των υπηρεσιών και στη συνέχεια καταρτίζοντας την υπηρεσία κωδικοποιητών έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ορθή μεταφορά των δεδομένων μέσω ενός συστήματος συλλογής τους το οποίο θα συντελέσει στη βελτίωση του σχεδιασμού και της χρηματοδότησης. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι προσπάθειες που καταβάλλονται τη διάρθρωση των περιστατικών νοσηλείας να είναι συνεχείς, ολοκληρωμένες και όχι αποσπασματικές, καθώς δεν υπάρχουν πλέον περιθώρια περαιτέρω χρονοτριβής όσον αφορά τη συλλογή των δεδομένων. Η εκπαίδευση των κωδικοποιητών (πέραν των 30 πρώτων) δεν έχει υλοποιηθεί πλήρως στα πλαίσια του τριετούς συμβολαίου με το Γερμανικό Οργανισμό InEK (Schroeders & Baller, 2010), και η λήξη του συμβολαίου αυτού από το 2009 καθυστερεί περαιτέρω την εφαρμογή των Ομοειδών Διαγνωστικών Εξετάσεων ως μεθόδου αποζημίωσης. Επιπρόσθετα η εκπαίδευση των ιατρών στη χρήση των Ομοειδών Διαγνωστικών Εξετάσεων εκκρεμεί όπως επίσης και η πιλοτική εφαρμογή και συλλογή πληροφοριών από τα νοσηλευτήρια.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.2 στην Ιρλανδία η χρήση των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και παράλληλα η εφαρμογή τους ως μεθόδου αποζημίωσης πραγματοποιήθηκε σε χρονική περίοδο ενός έτους. Δυστυχώς στην Κύπρο παρόλο που η ψήφιση υλοποίησης του ΓΕΣΥ, πάρθηκε το 2001 και αποφασίστηκε η χρήση των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων και η εφαρμογή τους ως μεθόδου αποζημίωσης, εντούτοις ακόμη δεν έχουν διενεργηθεί και εκπληρωθεί στοιχειώδεις προϋποθέσεις για την εφαρμογή του. Συνεπώς διαφαίνεται μια σοβαρή ανυπαρξία κρατικού ελέγχου και παρεμβατισμού, απουσία πολιτικής βούλησης σε θέματα υγείας και μια αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων και υλοποίησης της εθνικής πολιτικής στον τομέα της Υγείας. Ένα βασικό ερώτημα που πρέπει να προβληματίσει τον κάθε εμπλεκόμενο είναι οι ενέργειες του ΟΑΥ, που παρ' όλο που οι εκκρεμότητες αυτές είναι εις γνώσιν του, παρουσιάζει χρονοδιαγράμματα με τελευταίο αυτό του Απριλίου 2012 (βλ. Σχεδιάγραμμα 4.3) ορίζοντας το τρέχον έτος, ως έτος εφαρμογής και έναρξης του ΓΕΣΥ το 2015 (ΟΑΥ, 2012).

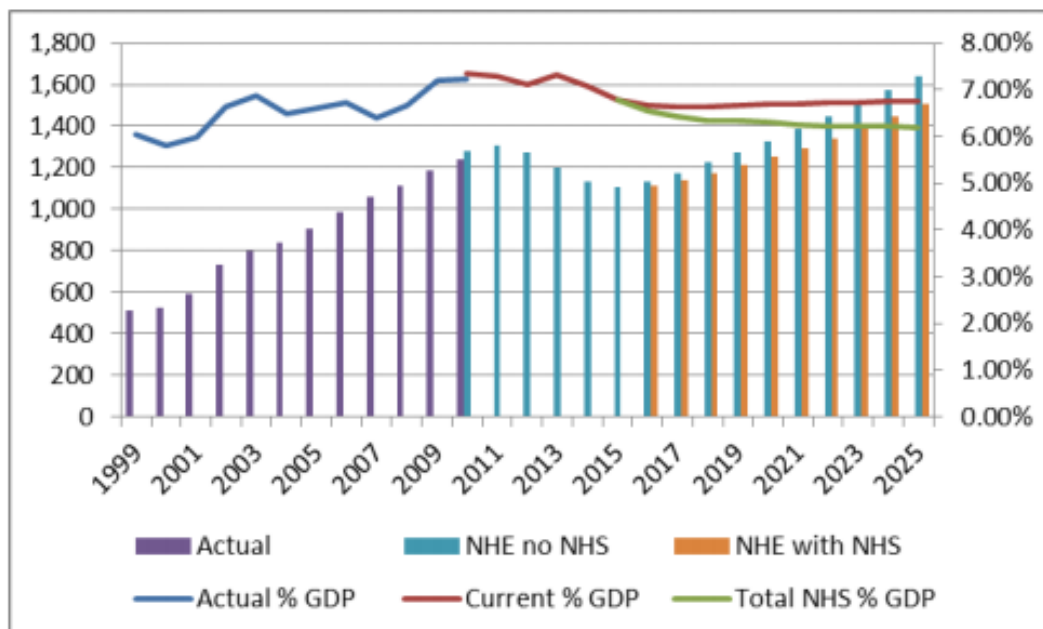


Σχεδιάγραμμα 4.3: Χρονοδιάγραμμα κύριων δραστηριοτήτων για εφαρμογή του ΓΕΣΥ (ΟΑΥ, 2012)

4.1.4 Οφέλη και κίνδυνοι από την εφαρμογή του ΓεΣΥ

Σύμφωνα με τον ΟΑΥ (2015), η χρηματοδότηση του ΓεΣΥ μπορεί να επιτευχθεί με οριακή μόνο αύξηση των ποσοστών εισφοράς, όπως αυτά καθορίζονται στον περί Γενικού Συστήματος Υγείας

Νόμο του 2001. Όπως αναφέρεται η εφαρμογή του ΓεΣΥ, όχι μόνο δεν θα αυξήσει τις υφιστάμενες δαπάνες υγείας, αλλά θα επιφέρει συνολικές εξοικονομήσεις. Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο ως ποσοστό του ΑΕΠ σύμφωνα με την ανάλυση που παρουσιάστηκε σε προηγούμενο υποκεφάλαιο παρουσίαζαν σταδιακή αύξηση. Η αναλογιστική μελέτη του οίκου Mercer (2013) αναφέρει ότι με το ισχύον σύστημα αναμένεται ότι οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ θα μειωθούν βραχυπρόθεσμα, αλλά σταδιακά θα αυξηθούν ξανά, ενώ οι σωρευτική εξοικονόμηση που αναμένεται να προκύψει με την εφαρμογή του ΓεΣΥ θα ανέλθει στα € 292m για την περίοδο 2016-2025, όπως παρουσιάζεται στη Γραφική Παράσταση 4.4, λόγω των βέλτιστων πρακτικών, μέτρων ελέγχου και των ασφαλιστικών δικλίδων ελέγχου που ενσωματώνει. Η εισαγωγή του ΓεΣΥ θα συμβάλει, μεταξύ άλλων, στη δικαιότερη κατανομή του κόστους χρηματοδότησης της υγείας και στην αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, ενώ ταυτόχρονα δεν θα επιβαρύνει τα δημόσια οικονομικά με πρόσθετο κόστος. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την έκθεση Mercer (2013) ενέχεται ο κίνδυνος οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης να αυξηθούν ταχύτερα από ό, τι αναμένεται καθώς ο ιδιωτικός τομέας δεν είναι ελεγχόμενος, όμως η εισαγωγή των μέτρων ελέγχου του κόστους και των βέλτιστων πρακτικών θα μετριάσει τον κίνδυνο αυτό. Λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες, το ΓεΣΥ μπορεί να μετριάσει επίσης τον κίνδυνο περαιτέρω μείωσης μελλοντικών δαπανών στον τομέα της υγείας λόγω της εισαγωγής της καθολικής κάλυψης και της βελτίωσης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.



Γραφική Παράσταση 4.4: Ιστορικές και προβλεπόμενες δαπάνες 1999-2025 (Mercer, 2013)

4.2 Η ευρωπαϊκή εμπειρία στα DRGs – Μελέτες περιπτώσεων

4.2.1 Το σύστημα Υγείας της Γαλλία και τα GHMs

Το σύστημα ταξινόμησης των ασθενών που χρησιμοποιείται στη Γαλλία είναι το Groupes Homogènes des Malades (GHM), το οποίο μπορεί να μεταφραστεί στα ελληνικά ως «ομοειδείς ομάδες ασθενών». Η αρχική κατάταξη των ασθενών ήταν βασισμένη στα αμερικάνικα πρότυπα (US Health Care Financing Administration classification, HCFA-DRG) και εισήχθη το 1986 δειγματοληπτικά και προαιρετικά στα νοσοκομεία για να περιγραφεί καλύτερα η νοσοκομειακή δραστηριότητα (Michelot & Rodrigues, 2008). Αργότερα το 1988, τα 3M™ Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας προσαρμόστηκαν και επέκτειναν τα HCFA-DRGs με σκοπό να αντικατοπτρίζονται καλύτερα οι παθολογίες των μη ηλικιωμένων πληθυσμών (3M, 2005). Το 1991 ψηφίστηκαν μεταρρυθμιστικά μέτρα και η χρήση των GHMs για τη συλλογή και αναφορά δεδομένων σχετικά με τη δραστηριότητα των νοσοκομείων κατέστη υποχρεωτική για όλα τα δημόσια νοσοκομεία. Τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση της παραγωγικότητας του νοσοκομείου και για προσαρμογές των προϋπολογισμών.

Η σημαντικότερη διαφοροποίηση του συστήματος ταξινόμησης των ασθενών από τα HCFA-DRGs ήταν η εισαγωγή της κύριας κατηγορίας (CM24) για τα ημερήσια περιστατικά. Το 1996, η πρώτη Μελέτη Κόστους σε εθνικό επίπεδο (ENC) πραγματοποιήθηκε για τον υπολογισμό του κόστους αναφοράς σε 35 δημόσια νοσοκομεία. Η εξαγωγή τέτοιων δεδομένων από τα κερδοφόρα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα έγινε υποχρεωτική το 1998. Μέχρι και το 2008 εφαρμόστηκαν 10 διαφορετικές εκδοχές του συστήματος. Μετά την εισδοχή του συστήματος πληρωμής με βάση τα DRGs, το 2004/2005, το οποίο θα αναλυθεί στη συνέχεια, οι κατηγοριοποιήσεις τροποποιήθηκαν 3 φορές, οι 600 ομάδες το 2004 αυξήθηκαν σε περίπου 2.300 το 2009, με τέσσερα επίπεδα περιπτώσιακής σοβαρότητας για τα περισσότερα GHMs (Or et al., 2011). Οι συνεχείς τροποποιήσεις της κατηγοριοποίησης δημιούργησαν σύγχυση και μείωσαν τη δυνατότητα σύγκρισης στα αποτελέσματα του συστήματος πληρωμών από το ένα έτος στο επόμενο. Επιπλέον, όπως αναφέρεται, η οικονομική συνάφεια της τελευταίας κατηγοριοποίησης έχει αμφισβητηθεί, καθώς κάποιες ομάδες δημιουργήθηκαν για πολύ λίγες περιπτώσεις ανά νοσοκομείο. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι 40 GHMs καλύπτουν περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των περιπτώσεων στα νοσοκομεία της Γαλλίας (IGF, 2012).

Όπως προαναφέρθηκε τον Ιανουάριο του 2009 εισήχθη το σημερινό σύστημα στο οποίο ορίζονται 2297 GHMs μέσα σε 26 Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (catégories majeures de diagnostic, CMD (MDC στα αγγλικά), μια Pre-MDC ομάδα (catégorie majeure 27) για μεταμοσχεύσεις οργάνων και μια μη-διαφοροποιημένη ομάδα για συνεδρίες, όπως χημειοθεραπείες, ραδιοθεραπείες και διάλυση (CMD 28).

Στη Γαλλία το σύστημα πληρωμών DRG-based που ονομάζεται T2A (Tarification à l'activité) εισήχθη το 2004/2005 για τη χρηματοδότηση των επειγουσών υπηρεσιών σε όλα τα νοσοκομεία. Οι βασικοί στόχοι της μεταρρύθμισης ήταν η βελτίωση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου, δημιουργώντας ένα «επί ίσοις όροις πεδίο» για τις πληρωμές σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και τη βελτίωση της διαφάνειας των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου και τη διαχείριση τους.

Η ανάγκη για μεγαλύτερη διαφάνεια και αποτελεσματικότητα με την καλύτερη και πιο αυτόνομη διαχείριση σε δημόσια νοσοκομεία είχε από καιρό αναγνωριστεί από τους περισσότερους ενδιαφερόμενους φορείς. Μέχρι το 2005, οι ρυθμίσεις χρηματοδότησης για τα δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά αποτελούσαν ένα σύμπλεγμα με διαφορετικούς κανόνες. Τα δημόσια νοσοκομεία είχαν παγκόσμιους προϋπολογισμούς με βάση τα ιστορικά δεδομένα κόστους, ενώ τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα οποία παρέχουν πέραν του ήμισυ όλων των χειρουργικών επεμβάσεων και ενός τέταρτου της μαιευτικής φροντίδας στη Γαλλία, είχαν ένα πολύπλοκο αναλυτικό σύστημα τιμολόγησης βασισμένο στη πληρωμή ανά υπηρεσία (Or et al., 2011).

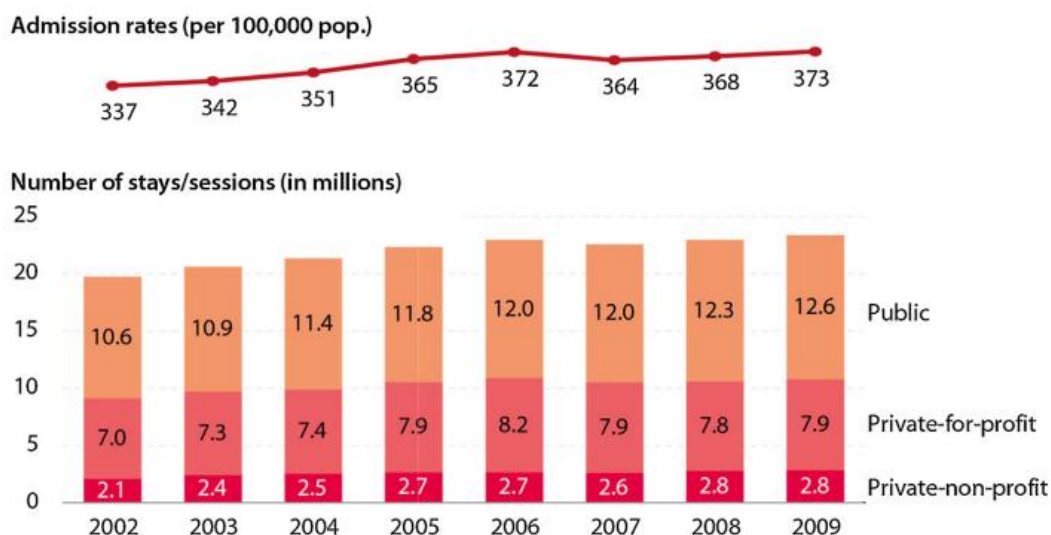
Οι πληρωμές με βάση τα DRGs (τιμολόγια) καθορίζονται ετησίως σε εθνικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας το κόστος αναφοράς, χωριστά για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, με βάση την ετήσια εθνική μελέτη κόστους (ENCC), η οποία παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες κόστους για κάθε διαμονή για περίθαλψη σε νοσοκομείο, από συγκεκριμένο αριθμό εθελοντικών παρόχων και με βάση ένα τυποποιημένο μοντέλο λογιστικής (Or et al., 2011; ΑΤΙΗ, 2011). Ωστόσο, ο καθορισμός των τελικών τιμών γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα από το φορέα Technical Agency for Hospital Information (ΑΤΙΗ), λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό προϋπολογισμό για τον τομέα της επείγουσας περίθαλψης και τις εθνικές προτεραιότητες για την υγεία (ΑΤΙΗ, 2011). Ως εκ τούτου, όπως υποστηρίζει ο Or (2014) το κόστος αναφοράς τροποποιείται με ένα σύνθετο και αδιαφανή τρόπο για να υπολογιστούν οι τελικές GHMs τιμές κάθε χρόνο. Στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία τόσο οι χρεώσεις όσο και το ποσοστό κάλυψης διαφέρει, καθώς για τα δημόσια νοσοκομεία καλύπτονται όλα τα έξοδα που συνδέονται με τη διαμονή του ασθενή, ενώ για τον ιδιωτικό τομέα δεν καλύπτονται τα ιατρικά έξοδα που καταβάλλονται στους ιατρούς και το κόστος των βιολογικών ή/και απεικονιστικών εξετάσεων οι οποίες χρεώνονται ξεχωριστά.

4.2.2 Αξιολόγηση του συστήματος GHMs στη Γαλλία

Παρά την αρχική συναίνεση όσον αφορά την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης, οι πάροχοι ασκούν όλο και περισσότερη κριτική στο σύστημα, λόγω των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή του και των δυσμενών επιπτώσεων οι οποίες έχουν ευρέως αναλυθεί στη βιβλιογραφία (Ellis & McGuire, 1996 & Cots et al., 2011). Το 2006, ένα χρόνο μετά την εισαγωγή των συστημάτων αποζημίωσης DRG-based, τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας προέβησαν σε εξωτερικούς ελέγχους καταδεικνύοντας ότι ένας μεγάλος αριθμός νοσοκομείων, είτε σκόπιμα (up-coding) είτε κατά λάθος (wrong-coding) ταξινόμησαν τους ασθενείς σε εσφαλμένα GHMs. Το σημαντικότερο πρόβλημα εντοπίστηκε στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς οι οποίοι κατατάσσονταν ως ημερήσιες περιπτώσεις (CNAM, 2006). Με βάση το πιο πάνω εύρημα το 2007, το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε διάταγμα περιγράφοντας τις εν λόγω διαδικασίες οι οποίες όπως διατυπώθηκε δεν πρέπει να κωδικοποιούνται ως ημερήσιες περιπτώσεις.

Σε μια πρόσφατη μελέτη ο Or (2014) αναφέρει ότι η επιλογή των ασθενών, η υπερ-κωδικοποίηση των επιπέδων σοβαρότητας, η πρόωρη απαλλαγή των ασθενών αποτελούν περιστασιακές συμπεριφορές που αναφέρονται συχνά στη βιβλιογραφία. Επιπλέον, η αποδοτικότητα που επιδιώκεται σε κάθε νοσοκομειακό επίπεδο δεν μπορεί πάντα να είναι συμβατή με τους γενικούς στόχους όσον αφορά την αποτελεσματική κατανομή των πόρων και την αξία για τα χρήματα. Για τη μεγιστοποίηση των εσόδων, τα νοσοκομεία μπορούν να αυξήσουν τη δραστηριότητα τους και να μεταβάλλουν τη σύνθεση της φροντίδας με την εγκατάλειψη ορισμένων δραστηριοτήτων που θεωρούνται ασύμφορες. Όπως φαίνεται στο πιο κάτω διάγραμμα μετά την εισαγωγή του T2A (Evian, 2011; Evian & Yilmaz, 2012), η συνολική νοσοκομειακή δραστηριότητα (αριθμός των περιστατικών που εξετάστηκαν) έχει αυξηθεί σε τακτική βάση (βλ. Γραφική Παράσταση 4.5), παρόλο που τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία ακολούθησαν διαφορετικές στρατηγικές (Or et al., 2013).

Σύμφωνα με την έκθεση του Υπουργείου Υγείας που πραγματοποιήθηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης (DREES, 2009) μετά την εισαγωγή των T2A η χρηματοοικονομική κατάσταση των ιδιωτικών νοσοκομείων βελτιώθηκε, σε αντίθεση με τα δημόσια εκ των οποίων ένα στα τρία παρουσίασε χρηματοοικονομικό έλλειμμα, γεγονός όμως το οποίο κατά κάποιο τρόπο δικαιολογείται από την αύξηση των δραστηριοτήτων. Στο ίδιο πόρισμα αναφέρεται ότι έγιναν ελάχιστες αλλαγές στον τομέα της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων και οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν σε μεταρρυθμίσεις στην οργανωτική δομή των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων, μέσω μεταφορών και συγχωνεύσεων, παρά στην προσπάθεια αύξησης της αποδοτικότητας.



Γραφική Παράσταση 4.5: Εξέλιξη του όγκου των νοσοκομείων κατά τομέα (αριθμός περιπτώσεων), Or et al. (2013)

Το 2009, το Γραφείο του Ελεγκτή (Cour des comptes) επεσήμανε ότι τα συστήματα πληρωμής με βάση τα DRGs αποτελούν ένα πολύ αδιαφανή μηχανισμό ελέγχου του κόστους τόσο για τους διευθυντές όσο και για τις τοπικές ρυθμιστικές αρχές, και κρίθηκε ανεπαρκής η παρακολούθηση των πόρων των νοσοκομείων, των δαπανών και της ποιότητας. Παρόμοιες επικρίσεις δέχθηκε και το 2012 το μοντέλο πληρωμής που εφαρμόζεται στη Γαλλία και από διάφορους εθνικούς ελεγκτικούς μηχανισμούς (IGF, 2012; IGAS, 2012), και η κυβέρνηση ανακοίνωσε την πρόθεσή της να τροποποιήσει το μοντέλο αυτό για την καλύτερη αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών του μέσω της σύστασης μια επίσημης επιτροπής για τη μεταρρύθμιση του (MoH, 2013).

Εκτός από την ανάγκη για βελτίωση της διαφάνειας, της ρύθμισης των τιμών και της τροποποίησης των μηχανισμών ελέγχου, οι Or & Bellanger (2011) διαπιστώνουν ότι αυτοί οδηγούν στη αδυναμία πρόβλεψης των εσόδων βάσει της παραγωγικότητας. Στη μελέτη του ο Or (2014) συμπερασματικά αναφέρει ότι για να αλλάξουν οι δυσμενείς επιπτώσεις του, το γαλλικό μοντέλο DRGs πρέπει να αναπροσαρμοστεί ώστε να ευθυγραμμίσει καλύτερα τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με τους στόχους της βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης. Συνεπώς όπως αναφέρει, η διαθεσιμότητα ενός ισχυρού συστήματος πληροφοριών για την παρακολούθηση τόσο του κόστους όσο και της ποιότητας των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου είναι απαραίτητη. Απαραίτητη κρίνεται επίσης και η καλύτερη χρήση των διαθέσιμων στοιχείων και πληροφοριών για τη συγκριτική αξιολόγηση του κόστους και της ποιότητας, προκειμένου να εντοπιστούν αποτελεσματικές παροχές και να διαδοθούν ορθές ιατρικές και οργανωτικές πρακτικές. Εν κατακλείδι οι προαναφερθέντες στόχοι όπως αναφέρεται στην ίδια πηγή θα πρέπει να

υποστηρίζονται από μια ευέλικτη και διαφανή διακυβέρνηση, η οποία θα πρέπει να υποστηρίζει τη συνεχή τελειοποίηση της δομής των παρεχόμενων κινήτρων.

4.2.3 Το σύστημα Υγείας της Αγγλίας και τα HRGs

Η ανάπτυξη της αγγλικής έκδοσης των DRGs πρωτοξεκίνησε το 1981, όταν το Υπουργείο Υγείας της χώρας χρηματοδότησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που αφορούσε την αξιολόγηση της ικανότητας της σύγχρονης εκδοχής των DRGs στις Ηνωμένες Πολιτείες με στόχο να εξηγήσει τις διακυμάνσεις στη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών στην Αγγλία (Coles, 1993).

Όλοι οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο κατατάσσονται με βάση τα HRGs (Healthcare Resource Groups), τα οποία ομαδοποιούνται με βάση κοινές κλινικές ενδείξεις και έχουν ομοιογενείς πόρους (Anthony, 1993). Η κατανομή πραγματοποιείται σύμφωνα με τις διαδικασίες (OPCs) που πιθανόν να λαμβάνουν χώρα, την πρωτογενή διάγνωση (ICD-10), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία και φύλο) και το επίπεδο των επιπλοκών. Το ισχύον σύστημα, γνωστό ως HRG4 περιέχει περίπου 1400 ομάδες (σε 22 διαγνωστικές ομάδες) και αξίζει να σημειωθεί ότι η ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη δεν καλύπτεται σήμερα από το σύστημα αυτό, αλλά υπάρχει η πρόθεση να ενσωματωθεί μελλοντικά (Mason & Goddard, 2009).

Η κύρια διαφοροποίησή τους με τα DRGs, η οποία έλαβε χώρα το 1991, αφορά το γεγονός ότι ενώ τα DRGs βασίζονται σε κύριες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs – Major Diagnostic Categories) με κύρια αντιστοιχία ένα και μόνο σύστημα οργάνων, τα HRGs που αποτελούν την αγγλική έκδοση των DRGs έχουν άμεση σχέση με τις ιατρικές ειδικότητες. Επιπρόσθετα, παρόλο που αποτελούν την μοναδική ανάλυση δραστηριότητας και κόστους, χρησιμοποιούν τοπικούς διαδικαστικούς κώδικες, οι οποίοι ανεπτύχθησαν από το Γραφείο Απογραφών Πληθυσμού και Ερευνών (Office of Population Censuses and Surveys – OPCS), ενώ οι διαγνωστικοί τους κώδικες εμπίπτουν στα Διεθνή πρότυπα της Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases, ICD-10).

Σύμφωνα με τον Anthony (1993) και η πρώτη έκδοση των HRGs αποτελείται από 534 κατηγορίες (συμπεριλαμβανομένων και 12 απροσδιόριστων), οι οποίες δεν κάλυπταν τις δραστηριότητες που εμπίπτουν σε ψυχιατρικά, ακτινοθεραπευτικά και ογκολογικά περιστατικά. Το 1994 μέχρι και το 1997, χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη έκδοση HRG2 στην οποία μειώθηκαν οι κατηγορίες σε 533 (6 απροσδιόριστες), που περιλάμβαναν όμως τη ψυχιατρική. Η νέα βελτιωμένη έκδοση HRG3 που εισήχθη το 1997, αποτελείται από 572 ομάδες, συμπεριλαμβανομένου και της χημειοθεραπείας

(Benton et al., 1998). Στη συνέχεια και αφότου μεσολάβησαν εκθέσεις και συγκριτικές αξιολογήσεις για τον καθορισμό του κόστους των νοσοκομείων (Street & Dawson, 2002), εμφανίστηκε η έκδοση HRG3.5 το 2003, στην οποία οι ομάδες ανήλθαν στις 610. Τέλος το σύστημα HRG4 έχει σχεδιαστεί για να εξελίσσεται χρόνο με το χρόνο και για το λόγο αυτό ο αριθμός των κατηγοριών δεν είναι σταθερός (περιέχει περίπου 1400 ομάδες, μια μόνο εκ των οποίων είναι απροσδιόριστη). Η βελτιωμένη αυτή έκδοση καλύπτει επίσης εξωνοσοκομειακά περιστατικά και ειδικότητες όπως η εντατικολογία (NHS Health and Social Care, 2008a).

Σταδιακά από το 2003, σχεδόν όλη η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Αγγλία ανακτάται βάσει του συστήματος PBR (Payment by Results). Οι χρεώσεις των PBR βασίζονται στο μέσο κόστος του νοσοκομείου, και περιλαμβάνουν το κόστος του εργατικού δυναμικού, του εξοπλισμού και το κόστος κεφαλαίου. Κατά την αντικατάσταση του συστήματος με το HRG4, το σύστημα πληρωμών βασίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην τιμολόγηση PBR (με εξαίρεση τις υπηρεσίες ατυχημάτων και επειγόντων, A&E). Η κλινική δραστηριότητα μπορεί πλέον να κωδικοποιηθεί πιο συγκεκριμένα και ο αυξημένος αριθμός HRGs δίνει τη δυνατότητα στους παρόχους υπηρεσιών να λαμβάνουν πιο δίκαιη επιστροφή για τις δραστηριότητες που ασκούν. Το HRG4 επιτρέπει την χωριστή τιμολόγηση ορισμένων υπηρεσιών. Στις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από PBR, περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κοινοτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι υπηρεσίες πρώτων βοηθειών. Επιπρόσθετα, κάποιες δραστηριότητες συμπεριλαμβανομένου ορισμένων υψηλού κόστους φαρμάκων, συσκευές και διαδικασίες, εξαιρούνται από την τιμολόγηση PBR, όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI), κοχλιακά εμφυτεύματα, ορθοπαιδικές προθέσεις και χημειοθεραπεία. Στις περιπτώσεις αυτές οι παροχές και οι αγοραστές συμφωνούν τοπικές τιμές και ρυθμίσεις για την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων αυτών.

4.2.4 Αξιολόγηση του συστήματος HRGs στην Αγγλία

Οι βασικοί στόχοι του PBR είναι να αυξηθεί η «απόδοση» (δραστηριότητα), να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, να υποστηριχτεί η ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου από τους ασθενείς, να βελτιωθεί η αποδοτικότητα, να αυξηθεί η ικανοποίηση των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα να γίνεται ο έλεγχος του κόστους (Miraldo et al., 2006). Σύμφωνα με την ίδια πηγή το σύστημα PBR διευκολύνει επίσης την επιλογή παροχέα μέσω της ενθάρρυνσης των νέων παρόχων στην αγορά, της ενίσχυσης του ανταγωνισμού στον τομέα και της βελτίωσης της φροντίδας που παρέχεται από τα νοσοκομεία

Οι Mannion et al. (2008) υποστηρίζουν ότι η αύξηση στις δραστηριότητες οδηγεί σε πιο γρήγορη αντιμετώπιση των ασθενών και συνεπώς βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για ασθενείς που βρίσκονται σε λίστες αναμονής. Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι ανά HRG δίδεται μια σταθερή τιμή (PBR) ανά δραστηριότητα, γεγονός που τους ενθαρρύνει να μειώσουν το κόστος και κατ' επέκταση να μειώσουν τη διάρκεια διαμονής, δίνοντας την ευκαιρία για περίθαλψη σε περισσότερους ασθενείς.

Τόσο τα οφέλη όσο και το κόστος της πολιτικής PRB έχουν εκτενώς μελετηθεί στη βιβλιογραφία (Marini & Street, 2006; Miraldo et al, 2006), ενώ μελέτη για την παροχή κινήτρων και αντικινήτρων της πολιτικής αυτής έχει εκπονηθεί από τους Mannion et al. (2008). Τα στοιχεία που παρατίθενται στις βιβλιογραφικές αναφορές υποδηλώνουν ότι το PBR είχε γενικά θετική επίδραση στη δραστηριότητα του νοσοκομείου και την αποτελεσματικότητα, χωρίς οποιαδήποτε υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι Farrar et al. (2007) μελέτησαν και αξιολόγησαν τη χρήση μεικτών μεθόδων PBR για την εκτίμηση των επιπτώσεων στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της εθνικής αυτής αξιολόγησης ανέδειξαν μια θετική στάση απέναντι στα PBR, ο όγκος της δραστηριότητας αυξήθηκε και η οικονομετρική ανάλυση έδειξε ότι το μοναδιαίο κόστος μειώθηκε, χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης, γεγονός που υποδηλώνει ότι το χαμηλότερο κόστος ανά μονάδα ήταν το αποτέλεσμα εξοικονόμησης της αποδοτικότητας.

Το 2008 η Επιτροπή Ελέγχου του PBR (Audit Commission, 2008) προέβη σε μια αξιολόγηση του συστήματος με ευρήματα παρόμοια με αυτά που προαναφέρθηκαν. Το PBR σχετίστηκε με αυξημένη δραστηριότητα και αποτελεσματικότητα, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι δεν είχε μετρήσιμο αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης στην Αγγλία. Μεταξύ άλλων προτάσεων αναφέρεται ότι θα πρέπει να εισήχθη ένα σύστημα πληρωμής για επιλεγμένες HRGs, που θα βασίζεται στο κόστος ποιότητας της παροχής, έτσι ώστε να αποτελέσει κίνητρο ποιότητας. Επιπρόσθετα το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Care Trusts, PCT), έχει βελτιώσει την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων των παρόχων και τις επιδόσεις τους, παρόλο που σύμφωνα με τους Mannion et al.(2008), το PCT ήταν λιγότερο επιτυχημένο όσον αφορά τον περιορισμό των ισχυρών κινήτρων που ωθούν τα νοσοκομεία να αναλαμβάνουν εκλεκτική δράση, δηλαδή περιστατικά τα οποία συμφέρουν οικονομικά (Mannion et al., 2008). Αυτό υποστηρίζεται και από μια πιο πρόσφατη μελέτη των Mason et al (2011) στην οποία αναφέρεται ότι τα PBR ενδέχεται να ενθαρρύνουν τους παρόχους να επιλέξουν λιγότερο πολύπλοκες περιπτώσεις (cream-skim) προκειμένου να μειωθεί το κόστος. Ωστόσο ο μηχανισμός αποζημίωσης των νοσοκομείων στην Αγγλία δεν παρουσιάζει σημαντικά λάθη όσον αφορά την κωδικοποίηση, και τα ελάχιστα εξ αυτών δεν έχουν τόσο αρνητικό ή θετικό αντίκτυπο στη χρηματοοικονομική δραστηριότητα.

Συμπερασματικά αναφέρουν ότι το νέο σύστημα κατηγοριοποίησης HRG4, έχει τη δυναμική να βελτίώσει την αμεροληψία του συστήματος πληρωμών, διασφαλίζοντας ότι οι πληρωμές αντανακλούν καλύτερα τις διαφορές των μεικτών περιπτώσεων (casemix) αφού έχει ενισχυθεί «ο διαχωρισμός», έχει αυξηθεί ο αριθμός των κατηγοριών και είναι μεγαλύτερος ο διαχωρισμός των ασθενών με διαφορετικά επίπεδα πολυπλοκότητας. Ωστόσο, παραμονεύει ο κίνδυνος ότι ο διαχωρισμός θα μπορούσε να οδηγήσει σε αυξημένη πίεση στους προϋπολογισμούς, όπως δραστηριότητες που είχαν προηγουμένως πληρωθεί από ένα ενιαίο τιμολόγιο ενώ τώρα χρηματοδοτούνται ξεχωριστά.

4.2.5 Το σύστημα Υγείας της Γερμανίας και τα G-DRGs

Στη Γερμανία τον πιο σημαντικό πυλώνα του συστήματος υγείας αποτελεί το SHI (Statutory Health Insurance) και ο ακρογωνιαίος λίθος της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το 5^ο βιβλίο του γερμανικού δικαίου κοινωνικής ασφάλισης (SGB V), το οποίο διαχωρίζει την παροχή εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης (Geissler et al., 2011).

Από το 2009, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική στη Γερμανία, ενώ στο παρελθόν ήταν υποχρεωτική μόνο για το 75% του πληθυσμού περίπου. Πιο συγκεκριμένα, το 86% του Γερμανικού πληθυσμού καλύπτονται από το SHI και 10% από ιδιωτική ασφάλιση, με το υπόλοιπο να υπάγεται σε ειδικές διατάξεις. Τα ασφάλιστρα που αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σχετίζονται με τον κίνδυνο ο οποίος ορίζεται με βάση τις μισθολογικές αποδοχές, ενώ το σύστημα SHI βασίζεται στις συνεισφορές που σχετίζονται με τους μισθούς των ασφαλιζόμενων. Ο τομέας της Υγείας, κατά κύριο λόγο απαρτίζεται από το δημόσιο ο οποίος καλύπτει το 50% της συνολικής παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι 35% των υπηρεσιών παρέχεται από μη κερδοσκοπικούς νοσοκομειακούς οργανισμούς και το υπόλοιπο 16% από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς.

Σύμφωνα με τους Tuschen & Trefz (2004) το γερμανικό σύστημα ομογενών διαγνωστικών ομάδων (German diagnosis-related group - G-DRG) εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία, ανεξάρτητα από το ιδιοκτησιακό καθεστώς, και σε όλους του ασθενείς πλην των περιστατικών που αφορούν αποκατάσταση, ψυχιατρική, ψυχοσωματική ή ψυχοθεραπευτική φροντίδα, ανεξάρτητα από το αν είναι ή όχι μέλη του συστήματος SHI, έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ή είναι αυτοχρηματοδοτούμενοι ασθενείς. Τα ίδια τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται με κεφάλαια που αφορούν υποδομές από την κυβέρνηση, ενώ το λειτουργικό κόστος καλύπτεται μέσω των ταμείων των

DRGs. Η δυαδική αυτή χρηματοδότηση δέχτηκε επικρίσεις καθώς όπως υποστηρίζεται οδηγεί σε αναποτελεσματικές επενδυτικές αποφάσεις (Felder et al., 2008). Παρόλο που αυτός ο ισχυρισμός είναι αμφιλεγόμενος, είναι ευρέως αποδεκτό ότι το επίπεδο των δημόσιων επενδύσεων στα νοσοκομεία δεν είναι πλέον κατάλληλο για την κάλυψη των αναγκών σε υποδομές, γεγονός που υποστηρίζεται από τη μείωση των δημόσιων επενδύσεων κατά 3% μεταξύ του 1993 και του 2005 (Augurzky et al., 2007).

Η εισαγωγή του συστήματος G-DRG είχε ως πρωταρχικό στόχο τη ριζική μεταρρύθμιση του συστήματος ώστε να επιτευχθεί μια πιο κατάλληλη και δίκαιη κατανομή των πόρων μέσω των DRGs. Η ακριβής και διαφανής μέτρηση των νοσοκομειακών περιπτώσεων και του επιπέδου παροχής υπηρεσιών στα νοσοκομεία αποτέλεσαν ένα σημαντικό κίνητρο για την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Η επιτροπή εμπειρογνομόνων, Advisory Council for the Concerted Action in Health Care (2000), διαπίστωσε ενδείξεις υπερβολικής και οικονομικής αναποτελεσματικότητας (OECD, 2003; WHO, 2000), γεγονός που συνάδει με την αυξανόμενη αμφιβολία που υπήρχε για το αν το συγκριτικά υψηλό επίπεδο των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία, μεταφράζεται σε περίθαλψη υψηλής ποιότητας και οικονομικά αποδοτικής χρήσης των πόρων, καθώς σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2000, η Γερμανία κατατάσσεται στην εικοστή πέμπτη θέση απόδοσης του συστήματος υγείας.

Η διαδικασία εισαγωγής του συστήματος G-DRG στη Γερμανία σύμφωνα με τους Geissler et al. (2011) οι οποίοι βασίστηκαν σε μελέτη των Neubauer & Pfister (2008) μπορεί να περιγραφεί σε τέσσερις φάσεις όπως αυτές απεικονίζονται στον Πίνακα 4.1 που ακολουθεί. Η προετοιμασία του συστήματος έλαβε χώρα μεταξύ του 2000 και 2002, κατά τη διάρκεια της οποίας επιλέχτηκε το Αυστραλιανό σύστημα AR-DRG που προσαρμόστηκε στο γερμανικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω του Γερμανικού Ινστιτούτου Ιατρικής Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (DIMDI) το οποίο προσάρμοσε τους αυστραλιανούς διαδικαστικούς κώδικες που βασιζόνταν στα διεθνή πρότυπα Κατάταξης των Ασθενειών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των διαγνωστικών κωδικών στα γερμανικά δεδομένα. Επιπρόσθετα, το σύστημα κοστολόγησης για τον υπολογισμό του κόστους αναφοράς αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο για την αποζημίωση των νοσοκομείων (InEK), το οποίο ιδρύθηκε για το συγκεκριμένο σκοπό και στη συνέχεια ανέπτυξε ένα τυποποιημένο σύστημα κοστολόγησης που βασίζεται σε ένα υπολογιστικό εγχειρίδιο ώστε να επιτευχθεί η συλλογή δεδομένων για ομοιόμορφο και συγκρίσιμο κόστος (INEK, 2007).

	2000-2002	2003 - 2004	2005 - 2009	2010 - 2014
1) Phase of preparation	2) Budget-neutral phase		3) Phase of convergence to state-wide base rates	4) Current developments and options for the future
	Historical Budget (2003) ↓ Transformation ↓ DRG-Budget (2004)			<ul style="list-style-type: none"> • Nationwide base rate • Dual Financing or Monistic • Introduction of DRG-like reimbursement for psychiatric hospitals • Selective or uniform negotiations • Quality Assurance (adjustments)

Πίνακας 4.1: Οι 4 φάσεις της διαδικασίας εισαγωγής του συστήματος G-DRG στη Γερμανία, Geissler et al. (2011)

Οι διαγνώσεις και οι ιατρικές διαδικασίες είναι οι πιο σημαντικές πληροφορίες που χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε κάποιο G-DRG, ενώ το ICD-10-GM χρησιμοποιείται για να κωδικοποιήσει τις διαγνώσεις. Για την κωδικοποίηση των διαδικασιών, τα OPS χρησιμοποιούνται για να ορίσουν ένα συγκεκριμένο κώδικα στις περισσότερες διαδικασίες.

Το εθνικό σύστημα G-DRG εισήχθη το 2003 χωρίς να περιλαμβάνει τα εξωνοσοκομειακά περιστατικά, και εξελίχθηκε έτσι ώστε ο αριθμός των ομάδων αυξήθηκε από 664 το 2003 στις 1200 στο 2010. Η διαδικασία για την ταξινόμηση των θεραπευτικών περιπτώσεων σε DRGs βασίζεται σε έναν αλγόριθμο ο οποίος ομαδοποιεί τα στοιχεία αυτά με τη χρήση ενδονοσοκομειακών στοιχείων και περιέχει: την κύρια διάγνωση και τις άλλες διαγνώσεις, τις ιατρικές διαδικασίες, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τη διάρκεια της παραμονής, το λόγο εξιτηρίου από το νοσοκομείο και το είδος της εισαγωγής (για παράδειγμα έκτακτης ανάγκης, παραπομπή από εξωτερικά ιατρεία ή μεταφορά από άλλο νοσοκομείο). Η χρήση εξειδικευμένου λογισμικού στο οποίο εισάγονται αυτά τα δεδομένα, ομαδοποιεί τα στοιχεία αυτά σε ένα συγκεκριμένο DRG το οποίο υπάγεται στις 25 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs).

4.2.6 Αξιολόγηση του συστήματος G-DRGs στη Γερμανία

Η αξιολόγηση του συστήματος καθίσταται υποχρεωτική βάση νόμου και μπορεί να τεθεί υπό την ευθύνη του INEK το οποίο αναλύει τα δεδομένα που συλλέγει σε ετήσια βάση. Τον Δεκέμβριο του 2008, διορίστηκε το ιδιωτικό ινστιτούτο, IGES Institute, για τη διεξαγωγή της υποχρεωτικής αξιολόγησης τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της οποίας αναφέρουν ότι οι επιδιωκόμενοι στόχοι της εισαγωγής του συστήματος G-DRG θα επιτευχθούν και οι περισσότερες από τις αρνητικές συνέπειες του θα εξομαλυνθούν σε μελλοντικά συστήματα πληρωμών (IGES, 2010). Επιπρόσθετα το 2007 το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας προέβη σε μια ποιοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα του οποίου δείχνουν μια ευρεία αποδοχή του συστήματος G-DRG, όμως παρατηρήθηκε επίκριση της αυξημένης προσπάθειας τεκμηρίωσης και της πολυπλοκότητας του συστήματος.

Οι Sens et al. (2009) αναφέρουν ότι η ποιότητα της φροντίδας βελτιώθηκε ή δεν επηρεάστηκε σημαντικά, λόγω της καλύτερης οργάνωσης, ενώ δεν αναφέρονται ενδείξεις cream-skimming ή πρόωρων εξαγωγών. Οι Böcking et al. (2005) αναφέρουν ότι η μέση διάρκεια παραμονής γενικά μειώθηκε με την εισαγωγή του συστήματος πληρωμής DRG, ενώ οι Schreyögg et al. (2005) υποστηρίζουν ότι αυτό αποτελεί μια γενική τάση. Σε μια εις βάθος ανάλυση του συστήματος πληρωμών G-DRG από τους Geissler et al. (2011) τα πλεονεκτήματα του συστήματος μεταξύ άλλων είναι η αυξημένη διαφάνεια, χάρη στην πιο ακριβή κωδικοποίηση των νοσοκομειακών περιπτώσεων και η αυξημένη συμμόρφωση των νοσοκομείων ως προς την υποστήριξη του συστήματος G-DRG, η οποία περιλαμβάνει μια ακριβή χαρτογράφηση της κατανάλωσης των πόρων και της διαδικασίας εισαγωγής. Επιπρόσθετα η ενσωμάτωση της αποζημίωσης και η παροχή στοιχείων που αφορούν το κόστος, συνέβαλε στο να γίνει το σύστημα πλέον ευρέως αποδεκτό και η αντιστοίχιση της κωδικοποίησης με την τιμολόγηση υποκίνησε τα νοσοκομεία να βελτιώσουν την ποιότητα κωδικοποίησης γεγονός που οδήγησε σε ένα πιο ακριβή χαρακτηρισμό των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών στη Γερμανία. Εντούτοις οι ίδιοι αναφέρουν και κάποιες αδυναμίες και τομείς που χρήζουν βελτίωσης, όπως οι δείκτες της ποιότητας της ενδονοσοκομειακής θεραπείας οι οποίοι δεν είναι ενσωματωμένοι στο σύστημα αποζημίωσης της χώρας. Όπως υποστηρίζουν οι Busse et al. (2009), η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας οι οποίοι θα αποτελούν μέρος της καθημερινής συλλογής δεδομένων είναι ακόμα σε εξέλιξη, οπότε η σύνδεση μεταξύ της ποιότητας και της αποζημίωσης θα είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα για την περαιτέρω ανάπτυξη του συστήματος G-DRG.

Οι Geissler et al. (2011) αναφέρουν ότι διατρέχεται κίνδυνος ανεπαρκούς αποζημίωσης λόγω της παραδοχής ότι οι τιμές των εισροών ανά νοσοκομείο δε διαφέρουν ανά περιφέρεια και ότι όλα τα νοσοκομεία λειτουργούν κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Η επέκταση του αριθμού των νοσοκομείων που παρέχουν στοιχεία κόστους θα αυξήσει τη στατιστική ισχύς του υπολογισμού του κόστους αναφοράς καθώς το λογιστικό σύστημα που εφαρμόζεται είναι κοινό σε όλα τα νοσοκομεία. Μια γνωστή απειλή η οποία και προαναφέρθηκε είναι η αυξανόμενη πολυπλοκότητα λόγω του μεγάλου και αυξανόμενου αριθμού των DRGs η οποία καθιστά αναγκαία την απασχόληση εξειδικευμένου προσωπικού για σκοπούς κωδικοποίησης.

4.2.7 Το σύστημα Υγείας της Σουηδίας και τα Nord DRGs

Η Σουηδία έχει ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης το οποίο διαχωρίζεται σε 3 πολιτικά και διοικητικά επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό (HiT summary: Sweden, 2005).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, το σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έπρεπε να προβεί σε ενέργειες που θα βοηθούσαν στην εξοικονόμηση χρήματος, σηματοδοτώντας την υιοθέτηση κινήτρων με επίκεντρο τον ασθενή και τη χρήση ομοειδών ομάδων διάγνωσης (DRGs). Η εισαγωγή των συστημάτων αποζημίωσης, υποκινήθηκε από την ανάγκη αύξηση της παραγωγικότητας και τη βελτίωση χρήσης των πόρων. Το σύστημα αυτό αποσκοπούσε στη μείωση των λιστών αναμονής και συντελούσε στην ελευθερία επιλογής νοσοκομείου από πλευράς του ασθενούς, που κατ' επέκταση θα βοηθούσε στη δημιουργία ανταγωνιστικών κινήτρων μεταξύ των νοσοκομείων. Τέλος όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, επιπρόσθετος στόχος ήταν ο έλεγχος του κόστους, η παροχή υψηλότερης ποιότητας πληροφοριών και η μεγαλύτερη διαφάνεια στον τομέα της υγείας.

Το σύστημα που εφαρμόζεται στη Σουηδία είναι το NordDRG, το οποίο εισήχθη το 1995, ενώ η 15^η έκδοση του τέθηκε σε εφαρμογή το 2011 και η πλήρης έκδοση του περιλαμβάνει συνολικά 983 DRGs. Το σουηδικό αυτό NordDRG σύστημα έχει αναπτυχθεί ώστε να περιλαμβάνει τόσο ενδονοσοκομειακούς όσο και εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, καθώς και περιστατικά που χρήζουν ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας αποκατάστασης.

Τα εθνικά στοιχεία για το κόστος συγκεντρώνονταν από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, είναι διαθέσιμα από το 1997 και η πρόσβαση στην εθνική αυτή βάση δεδομένων είναι εθελοντική (Heurgren, et al, 2003; SALAR, 2011). Όπως αναφέρεται από τους Ludvigsson et al. (2011) η

ποιότητα των δεδομένων αυτών έχει βελτιωθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου και η εφαρμογή εθνικών κατευθυντήριων γραμμών διασφαλίζει την ποιότητα και συγκρισιμότητα των δεδομένων (SALAR, 2009).

4.2.8 Αξιολόγηση του συστήματος Nord DRGs στη Σουηδία

Τα στοιχεία από τη Σουηδία στη μελέτη των Serdén et al. (2003) επιβεβαιώνουν ότι η εισαγωγή της αποζημίωσης μέσω των DRGs συστημάτων συνέβαλαν στην αύξηση των εκ νέου κωδικοποιημένων διαγνώσεων και αύξησαν τον αριθμό των διαγνώσεων δευτεροβάθμιας περίθαλψης που καταγράφονται ανά περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν ότι το 1998, καταγράφηκαν 1,8 διαγνώσεις ανά περίπτωση ενώ το 2009 καταγράφηκαν 2,7 κωδικοποιημένες διαγνώσεις ανά περίπτωση στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Η ποιότητα έχει βελτιωθεί σε κάποιο βαθμό στα εθνικά μητρώα, με την εκπαίδευση του ιατρικού γραμματειακού προσωπικού που χειρίζεται τη διαδικασία εισαγωγής διαγνωστικών και διαδικαστικών κωδικών στα συστήματα υποστήριξης.

Όπως αναφέρεται στην ολιστική μελέτη των Serdén and Heurgren (2011), οι κύριοι στόχοι που τέθηκαν έχουν επιτευχθεί, οι οποίοι μεταξύ άλλων είναι η αύξηση της παραγωγικότητας και της διαφάνειας, η δημιουργία μιας «κοινής γλώσσας» επικοινωνίας μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας, με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός συστήματος χρηματοδότησης επικεντρωμένο στις δραστηριότητες του νοσοκομείου και ενός εργαλείου για συγκριτική αξιολόγηση και υπολογισμό της παραγωγικότητας. Είναι γεγονός όπως αναφέρουν ότι υπήρξαν προβλήματα και αντιδράσεις πριν την εφαρμογή του, που πήγάζαν κυρίως από την ελλιπή γνώση του θέματος, ενώ ταυτόχρονα υπήρχαν και θερμοί υποστηρικτές του που είχαν μη-ρεαλιστικές προσδοκίες. Η επέκταση του συστήματος και σε εξωνοσοκομειακά και ψυχιατρικά περιστατικά παρουσίασε θετική εξέλιξη. Αξίζει να σημειωθεί όπως αναφέρουν ότι αντιμετώπισαν κάποια τεχνικά προβλήματα ενώ ο χρόνος εφαρμογής του σε κάθε νοσοκομείο ήταν διαφορετικός. Τόσο το κόστος ανάπτυξης του συστήματος, όσο και της εφαρμογής του διατηρήθηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα χωρίς να υπερβεί τον προϋπολογισμό.

Όσον αφορά τον αντίκτυπο στον ασθενή, με την εισαγωγή του συστήματος DRG έχει μειωθεί ο χρόνος αναμονής, λόγω της αύξησης της παραγωγικότητας (Charpentier & Samuelson, 1998). Έχει παρατηρηθεί επίσης σημαντική μείωση στη διάρκεια παραμονής από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, η οποία μπορεί μεν να προκύπτει από διάφορες αιτίες όμως εν μέρει επηρεάζεται από τη

χρήση των DRGs. Η εισαγωγή των DRGs δεν παρατηρήθηκε να επηρεάζει άμεσα την οργάνωση της ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε καθημερινή βάση, αν και μπορεί όπως αναφέρεται να υπήρχε έμμεση επίδραση. Επιπρόσθετα δεν υπήρξε οποιοσδήποτε αντίκτυπος στην οργάνωση του νοσοκομείου στο σύνολό του.

Εμπειρικά όπως αναφέρει ο Lindqvist (2008), η εισαγωγή του συστήματος πληρωμών δεν λύνει όλα τα προβλήματα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ένα από τα σημαντικότερα στη Σουηδία παρουσιάζεται να είναι ο μηχανισμός ελέγχου του κόστους. Η δραματική αύξηση παραγωγικότητας που παρουσιάστηκε αμέσως μετά την εφαρμογή του στη Στοκχόλμη σε συνδυασμό με την αυξημένη παραγωγή επέφερε υψηλότερες συνολικές δαπάνες. Η μεγαλύτερη πρόκληση που καλέστηκαν να αντιμετωπίσουν είναι η εξεύρεση της ισορροπίας μεταξύ της επιθυμητής αυξημένης παραγωγικότητας και της ανάγκης για έλεγχο του κόστους. Κρίθηκε λοιπόν αναγκαία η εισαγωγή ανώτατων ορίων στον προϋπολογισμό έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ο έλεγχος του κόστους, που όμως είχε άμεσο αντίκτυπο στη μείωση του ρυθμού παραγωγικότητας.

Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα που επέφερε η εισαγωγή του συστήματος χρηματοδότησης μέσω των DRGs όπως αναφέρεται από τον Lindqvist (2008), είναι να καθοριστεί εάν η αύξηση είναι ένα αποτέλεσμα μιας βελτιωμένης εγγραφής ή πραγματική αύξηση του όγκου δραστηριοτήτων. Το γεγονός αυτό όπως αναφέρει είναι συνεπακόλουθο του ότι το σύστημα στηρίζεται στη δραστηριότητα, οπότε προφανώς θα παρατηρηθεί αύξηση στη δραστηριότητα ή καλύτερα, όπως σημειώνει, καταγραφή αυξημένης δραστηριότητας. Είναι εξίσου σημαντικό όπως προσθέτει να υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία και σύστημα πληροφοριών καθώς τα κλινικά δεδομένα αποτελούν τη βάση του συστήματος στη Σουηδία. Η συλλογή κλινικών δεδομένων και το σύστημα πληροφοριών, κυρίως των εργαλείων για την παρακολούθηση και την ανάλυση της παραγωγής, πρέπει να αναπτυχθεί. Παρόλο που η Σουηδία έχει μακρόχρονη πείρα στη συλλογή δεδομένων, η ποιότητα τους έχει αναλυθεί ελλιπώς. Συνεπώς, όπως αναφέρει συμπερασματικά, απαιτείται προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας της βάσης των κλινικών δεδομένων με κύρια κατεύθυνση την ορθή καταγραφή και τις τακτικές αναθεωρήσεις της κωδικοποίησης.

Κεφάλαιο 5

Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

5.1 Συζήτηση

Η μελέτη αυτή αποτελεί μια ολοκληρωμένη έρευνα για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας στην Κύπρο, τα συστήματα DRGs και τις μεθόδους αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs σε 4 ευρωπαϊκές χώρες. Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν και αξιολογήθηκαν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης τα συστήματα αυτά και αναλύθηκαν τα κίνητρα εφαρμογής τους. Πέραν της μελέτης κινήτρων που μελετήθηκαν εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, διερευνήθηκε η σχέση ποιότητας και αποτελεσματικότητας με το σύστημα αποζημίωσης της κάθε υπό εξέταση χώρας. Επιπλέον η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε στους παράγοντες που πρέπει να λάβει υπόψη η κάθε χώρα ώστε να βελτιώσει το σύστημα αποζημίωσης που εφαρμόζει, σύμφωνα με τα αποτελέσματα αξιολογήσεων και ερευνών. Τέλος, σημαντικά συμπεράσματα εξήχθησαν για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των συστημάτων στις 4 αυτές Ευρωπαϊκές χώρες και ταυτόχρονα προτάθηκαν τρόποι και μηχανισμοί, με βάση τη βιβλιογραφία, για αποφυγή και έλεγχο των απρόβλεπτων συνεπειών που διέπουν την εφαρμογή τους. Η συγκεκριμένη βιβλιογραφική μεταπτυχιακή διατριβή ανέδειξε σημαντικά συμπεράσματα ικανά να αποτελέσουν βάση για την επιτυχία της εισαγωγής των DRGs στην Κύπρο. Καθίσταται σαφές ότι οι εμπειρίες των ευρωπαϊκών χωρών, στο σύνολό τους, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να καταστούν διαχειρίσιμες οι προκλήσεις που πιθανόν να καλεστούμε να αντιμετωπίσουμε. Ωστόσο τα αποτελέσματα αξίζουν να τύχουν περαιτέρω διερεύνησης από τις Αρμόδιες Αρχές, τόσο από το Υπουργείο Υγείας και τον ΟΑΥ όσο και από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, ενώ πρόπον θα ήταν να αξιολογηθεί ένα μεγαλύτερο δείγμα ευρωπαϊκών χωρών.

Κύριο μέλημα και απώτερος στόχος, όπως προαναφέρθηκε στο 2^ο κεφάλαιο, ήταν να καταστεί δυνατή η απάντηση των θεωρητικών ερωτημάτων τα οποία τέθηκαν πριν τη διεξαγωγή της παρούσας διπλωματικής εργασίας, η ανάλυση των οποίων παρουσιάζεται στη συνέχεια.

1. Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εισαγωγής συστημάτων DRG;

Έρευνες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως αυτές αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, καταγράφουν σημαντικά θετικά επακόλουθα της εφαρμογής των Διαγνωστικών Ομοειδών Ομάδων. Μελέτες στη Γαλλία, Γερμανία και Σουηδία αναφέρουν σημαντική συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, ενώ στις ΗΠΑ αναφέρεται ότι η μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής ανήλθε στο 20-25% (Culter & Zeck-Hausser, 2000; Chalkley & Malcomson, 2000), με παράλληλη μείωση στην ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα (Kahn et al., 1992). Σημαντικές επιπτώσεις παρατηρήθηκαν επίσης στην αύξηση της αποδοτικότητας του προσωπικού, στην ανταγωνιστικότητα των νοσοκομείων για την παροχή της καλύτερης δυνατής ποιότητας υπηρεσιών, στην αύξηση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και στη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω των κλινικών διαδρομών και της τεκμηρίωσης των ιατρικών πράξεων και διαδικασιών, χωρίς να παρουσιαστούν αλλαγές στα επίπεδα επανεισαγωγών και θνησιμότητας.

Συγκεκριμένα στη Σουηδία αναφέρεται ότι έχουν επιτευχθεί όλοι οι κύριοι στόχοι που τέθηκαν (Serdén and Heurgen, 2011), όπως είναι αύξηση της παραγωγικότητας και της διαφάνειας, καθώς και η δημιουργία κοινής γλώσσας επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επιπρόσθετα αναφέρεται ότι το σύστημα επεκτάθηκε με επιτυχία σε εξωνοσοκομειακά και ψυχιατρικά περιστατικά. Επίσης όπως αναφέρουν οι Charpentier and Samuelson (1998) λόγω αύξησης της παραγωγικότητας έχει μειωθεί ο χρόνος αναμονής, ενώ επιπλέον παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στο χρόνο νοσηλείας η οποία μπορεί να επηρεάζεται από άλλες αιτίες όμως εν μέρει επηρεάζεται και από τη χρήση των DRGs.

Στη Γερμανία η χρήση των DRGs στα νοσοκομεία διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στη μείωση του κόστους ανά περιστατικό, το οποίο δύο χρόνια μετά την εφαρμογή τους μειώθηκε στο 40% (Wolfgang et al., 2005). Σύμφωνα με τους Sens et al. (2009) η ποιότητα της φροντίδας βελτιώθηκε λόγω της καλύτερης οργάνωσης, ενώ επίσης δεν παρατηρήθηκαν φαινόμενα επιλογής εύκολων περιστατικών για αύξηση του οικονομικού κέρδους (cream-skimming ή πρόωρων εξαγωγών). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τους Böcking et al. (2005), η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε μείωση με την εισαγωγή του συστήματος πληρωμής DRG. Επιπλέον, οι Geissler et al. (2011) αναφέρουν αυξημένη διαφάνεια, λόγω της ακριβούς κωδικοποίησης των νοσοκομειακών περιστατικών, καθώς και ακριβή χαρτογράφηση της κατανάλωσης των πόρων και της διαδικασίας εισαγωγής. Σύμφωνα με την ίδια βιβλιογραφική αναφορά, η ενσωμάτωση της αποζημίωσης συνέβαλε στην αποδοχή του συστήματος και στη βελτίωση της ποιότητας κωδικοποίησης.

Στην Αγγλία σύμφωνα με τους Farrar et al. (2007) αυξήθηκαν οι δραστηριότητες με παράλληλη μείωση του κόστους χωρίς αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της περίθαλψης. Περαιτέρω, οι Mannion et al. (2008) αναφέρουν ότι η αύξηση στις δραστηριότητες οδηγεί σε ταχύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με συνέπεια την αυξημένη προσβασιμότητα και τη μείωση των λιστών αναμονής. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, η Αγγλία έχει καταφέρει να επιτύχει τους στόχους εφαρμογής του συστήματος που αφορούν αυξημένη δραστηριότητα, μείωση χρόνου αναμονής, έλεγχο του κόστους, βελτίωση της αποδοτικότητας, ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου και αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Miraldo et al., 2006).

Οι έρευνες οι οποίες παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρουν ως επίσης και τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης των Διαγνωστικών Ομοειδών Ομάδων ή καλύτερα τα μειονεκτήματα τα οποία παρουσιάζονται κατά την αξιολόγηση της εφαρμογής τους. Η σωστή οργανωτική λειτουργία σε συνδυασμό με τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά προγράμματα θα μπορούσαν να μειώσουν όπως διαφαίνεται τα μειονεκτήματα αυτά, που κυρίως αφορούν την ανεπαρκή κάλυψη του κόστους, την επιλογή των ασθενών και την απόρριψη περιστατικών τα οποία αναμένεται ότι το κόστος τους θα υπερβεί το ποσοστό αποζημίωσης. Παράλληλα, αναφέρονται σε κάποιες περιπτώσεις λανθασμένη κατάταξη στις διαγνωστικές κατηγορίες, φαινόμενο το οποίο χαρακτηρίζεται ως creep ή up-coding, ενώ το σύστημα χρηματοδότησης προσφέρει το κίνητρο στα νοσοκομεία να λειτουργούν με τον τρόπο αυτό καθώς η κατάταξη σε ακριβότερες διαγνωστικές ομάδες θα οδηγήσει σε υψηλότερο ποσοστό αποζημίωσης.

Πιο συγκεκριμένα, στη Γαλλία ένα χρόνο μετά την εισαγωγή τους συστήματος DRGs, έγιναν εξωτερικοί έλεγχοι από τα ασφαλιστικά ταμεία, οι οποίοι ανέδειξαν ότι ένας μεγάλος αριθμός νοσοκομείων, είτε σκόπιμα (up-coding) είτε κατά λάθος (wrong-coding) ταξινόμησαν τους ασθενείς σε εσφαλμένα GHMs, με σημαντικότερο πρόβλημα την κατάταξη των εξωνοσοκομειακών ασθενών ως ημερήσιες περιπτώσεις (CNAM, 2006). Ωστόσο, σε πιο πρόσφατη βιβλιογραφική μελέτη ο Or (2014) αναφέρει ότι η υπερ-κωδικοποίηση των επιπέδων σοβαρότητας όπως και άλλες τεχνικές αδυναμίες (επιλογή και πρόωρη απαλλαγή ασθενών) αποτελούν περιστασιακές συμπεριφορές που συχνά αναδεικνύονται στη βιβλιογραφία. Άλλα μειονεκτήματα που αφορούν το γαλλικό σύστημα αποζημίωσης, είναι το χρηματοοικονομικό έλλειμμα που παρατηρήθηκε στα δημόσια νοσηλευτήρια καθώς και η επικέντρωση σε μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν την οργανωτική δομή εις βάρος της προσπάθειας αύξησης της αποδοτικότητας που θα καθίστατο δυνατή με περισσότερες αλλαγές στον τομέα της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων (DREES, 2009). Σύμφωνα επίσης με το γραφείο του ελεγκτή (Cour des comptes, 2009), δεν υπάρχει

διαφάνεια στο μηχανισμό ελέγχου του κόστους τόσο όσο αφορά τους πόρους όσο και τις δαπάνες. Λόγω παρόμοιων επικρίσεων από διάφορους εθνικούς ελεγκτικούς μηχανισμούς (IGF, 2012; IGAS, 2012), συστάθηκε Εθνική Επιτροπή το 2013 για τη μεταρρύθμισή του (MoH, 2013). Τέλος, οι Or & Bellanger (2011) αναφέρουν ότι οι μηχανισμοί ελέγχου αδυνατούν να προβλέψουν τα έσοδα βάσει της παραγωγικότητας.

Στην Αγγλία, σύμφωνα με τους Mannion et al. (2008), παρατηρήθηκε εκλεκτική δράση, δηλαδή επιλέχθηκαν περιστατικά τα οποία συμφέρουν οικονομικά, γεγονός που υποστηρίζεται και από μια πιο πρόσφατη μελέτη των Mason et al. (2011) στην οποία αναφέρεται ότι το σύστημα ενθαρρύνεται να επιλέξει ευκολότερα περιστατικά έτσι ώστε να μειωθεί το κόστος.

Σημαντικό μειονέκτημα του γερμανικού συστήματος πληρωμών αποτελεί η δυαδική χρηματοδότηση αφού τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται με κεφάλαια που αφορούν υποδομές από την κυβέρνηση, ενώ το λειτουργικό κόστος καλύπτεται μέσω των ταμείων των DRGs, η οποία οδηγεί σε αναποτελεσματικές επενδυτικές αποφάσεις (Felder et al., 2008). Επιπρόσθετα η μείωση των δημόσιων επενδύσεων κατά 3% μεταξύ του 1993 και του 2005 (Augurzky et al., 2007), καταδεικνύει την ακαταλληλότητα του επιπέδου των δημόσιων επενδύσεων στα νοσοκομεία. Περαιτέρω στις μελέτες των διεθνών οργανισμών (OECD, 2003; WHO, 2000) διαπιστώνεται οικονομική αναποτελεσματικότητα του συστήματος, με αμφισβητήσεις όσο αφορά το ισοζύγιο μεταξύ των υψηλών δαπανών, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας της χρήσης των πόρων.

Τέλος, στη Σουηδία αντιμετωπίστηκαν τεχνικά προβλήματα καθώς και διαφορές στο χρόνο υιοθέτησής του σε κάθε νοσοκομείο (Serdén and Heurgren, 2011). Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που καλέστηκε να αντιμετωπίσει η Σουηδία, αφορούσε την αύξηση των δαπανών λόγω της δραματικής αύξησης της παραγωγικότητας καθώς και της αυξημένης παραγωγής αμέσως μετά την εφαρμογή του συστήματος. Επίσης, ο Lindqvist (2008) αναφέρει ότι πρέπει να γίνει βελτίωση της ποιότητας της βάσης των κλινικών δεδομένων για να διερευνηθεί η αιτία η οποία προκαλεί αύξηση της δραστηριότητας των νοσοκομειακών οργανισμών, καθώς υπάρχει η αμφιβολία ότι αυτή δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα, αλλά αντίθετα είναι αποτέλεσμα της βελτιωμένης εγγραφής στο σύστημα.

2. Ποια είναι τα κίνητρα των DRG με βάση τις μεθόδους αποζημίωσης του νοσοκομείου;

Οι τρεις πιο σημαντικές στρατηγικές που εφαρμόζονται από τα νοσοκομεία τα οποία προσπαθούν να μειώσουν το κόστος τους ανά νοσοκομειακή περίπτωση είναι (Berki, 1985; Miraldo et al., 2006):

(1) Μείωση της διάρκειας νοσηλείας,

(2) Μείωση της έντασης των παρεχόμενων υπηρεσιών, και

(3) Επιλογή ασθενών για τους οποίους τα νοσοκομεία μπορούν να προσφέρουν φροντίδα στο κόστος που είναι κάτω από το ποσοστό πληρωμής των DRGs.

Από τη μία πλευρά, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και έντασης των υπηρεσιών είναι προβλέψιμα αποτελέσματα των μεθόδων αποζημίωσης με βάση τα DRGs, διότι και τα δύο μπορούν να συμβάλουν όπως είδαμε στην αύξηση της αποδοτικότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Για παράδειγμα, η διάρκεια της νοσηλείας μπορεί να μειωθεί με τη βελτιστοποίηση της εσωτερικής φροντίδας (Kahn et al., 1990) και η ένταση των υπηρεσιών μπορεί να μειωθεί με την μείωση της παροχής περιττών υπηρεσιών. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας θα μπορούσε να οδηγήσει σε απορρίψεις και ένταση των υπηρεσιών ικανή να μειωθεί σε επίπεδο όπου οι αναγκαίες υπηρεσίες αρχίζουν να υστερούνται από τους ασθενείς («skimping»; Ellis, 1998), με άμεσο αντίκτυπο στη μείωση της ποιότητας. Ομοίως, η επιλογή των ασθενών μπορεί να έχει προβλέψιμες και απρόβλεπτες συνέπειες, καθώς από τη μία πλευρά, τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να ειδικεύονται σε συγκριμένες θεραπείες αποκτώντας ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (για παράδειγμα, καλύτερο, προσοντούχο και εξειδικευμένο προσωπικό ή καλύτερη νοσοκομειακή φροντίδα), γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεγαλύτερη απόδοση, αποτελεσματικότητα και υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά, ενέχει ο κίνδυνος ότι τα νοσοκομεία συμμετέχουν σε «cream-skimming» (Levaggi & Montefiori, 2003; Martinussen & Hagen, 2009), δηλαδή προσπαθούν να αναλάβουν μόνο ασθενείς οι οποίοι αναμένεται ότι θα έχουν κόστος κάτω από το ποσοστό πληρωμής ή να απορρίπτουν ασύμφορους ασθενείς με τη μεταφορά τους σε άλλους παρόχους ή με την πλήρη αποφυγή τους (Ellis, 1998; Newhouse & Byrne, 1988).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs υιοθετούνται από τις χώρες κατά κύριο λόγο για τις ευεργετικές συνέπειες που παρουσιάζουν στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του νοσοκομείου. Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν τρεις

κύριες κατηγορίες στρατηγικών οι οποίες εφαρμόζονται για την επίτευξη του πιο πάνω στόχου (Lave, 1989):

- (1) Μείωση του κόστους ανά αγωγή ασθενούς,
- (2) Αύξηση των εσόδων ανά ασθενή και
- (3) Αύξηση του αριθμού των ασθενών.

Το πρωταρχικό και κύριο κίνητρο της μείωσης του κόστους ανά περίπτωση δημιουργείται επειδή η πιο βασική προϋπόθεση της αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs στηρίζεται σε ένα υποθετικό πρότυπο ασθενή, στο οποίο τα νοσοκομειακά έσοδα ανά ασθενή σε μία κατηγορία δεν εξαρτώνται από το κόστος της παροχής υπηρεσιών, δημιουργώντας ισχυρά κίνητρα για μείωση του κόστους τους κάτω από το ποσοστό πληρωμών.

Το δεύτερο κύριο κίνητρο των συστημάτων πληρωμών, είναι η αύξηση των εσόδων ανά νοσοκομειακή περίπτωση, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με αλλαγή της κωδικοποίησης των πρακτικών ή με μεταβαλλόμενες πρακτικές. Ενώ η διεξοδικότερη κωδικοποίηση των δευτεροβάθμιων διαγνώσεων και διαδικασιών είναι επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της εισαγωγής του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, η προσπάθεια των νοσοκομείων να αυξήσουν τα έσοδά τους μέσω δόλιων πρακτικών κωδικοποίησης «DRG creep» - όπως η προσθήκη ανύπαρκτων δευτερογενών διαγνώσεων «up/wrong coding» ή αναστροφής της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας διάγνωσης (Simborg, 1981; Silverman & Skinner, 2004; Steinbusch et al., 2007;) – είναι απρόβλεπτη οδηγώντας σε αδικαιολόγητες πληρωμές στα νοσοκομεία. Επιπλέον, η αλλαγή των προτύπων πρακτικής είναι μια απρόβλεπτη συνέπεια, αν τα νοσοκομεία παρέχουν περιττές διαδικασίες οδηγώντας στην αναταξινόμηση των ασθενών σε υψηλότερες DRGs πληρωμές («gaming/overtreatment»).

Τέλος, όπως αναφέρθηκε και στην ανάλυση της εφαρμογής των συστημάτων στις ευρωπαϊκές χώρες, επειδή τα έσοδα του νοσοκομείου καθορίζονται με βάση τις δραστηριότητες, είναι προφανές ότι πολλαπλασιάζοντας τις δραστηριότητες αυξάνονται τα έσοδα και συνεπώς το τρίτο βασικό κίνητρο για τα νοσοκομεία είναι η αύξηση του αριθμού των ασθενών εισαγωγής. Από τη μία πλευρά με το παλιό σύστημα πληρωμών, όπως αυτό ισχύει και στην Κύπρο, μια αύξηση της δραστηριότητας του νοσοκομείου θα αυξήσει τις λίστες αναμονής, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην αναγκαία αύξηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Από την άλλη, αν η δραστηριότητα αυξάνεται κατά την εισαγωγή ασθενών για παροχή υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παρέχονται σε υπό την έννοια των εξωτερικών ασθενών, η αποτελεσματικότητα μειώνεται.

Επιπλέον, σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι προσπάθειες των νοσοκομείων τείνουν στο να προσελκύσουν περισσότερους ασθενείς οδηγώντας τα νοσοκομεία στην εφαρμογή τέτοιων στρατηγικών οι οποίες θα βελτιώσουν τη φήμη τους της μέσω της παροχής υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών. Ταυτόχρονα όμως το γεγονός αυτό θα μπορούσε επίσης να οδηγήσει σε στρατηγικές που εστιάζουν στη βελτίωση των υπηρεσιών οι οποίες είναι ορατές στους ασθενείς ή μετρήσιμες από τα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας.

Ο Πίνακας 5.1 (Cots et al., 2011) συνοψίζει τα βασικά κίνητρα των συστημάτων αποζημίωσης με βάση τα DRGs, και παρουσιάζει τις πιο σημαντικές στρατηγικές των νοσοκομείων, δείχνοντας αν αυτές συνεπάγονται θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα.

Πίνακας 5.1: Κίνητρα των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs και οι επιπτώσεις τους στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα (Cots et al., 2011)

<i>Incentives of DRG-based hospital payment</i>	<i>Strategies of hospitals</i>	<i>Effects</i>
1. Reduce costs per patient	<p>a) Reduce length of stay</p> <ul style="list-style-type: none"> • optimize internal care pathways • transfer to other providers <ul style="list-style-type: none"> – improve coordination/integration with other providers – transfer/avoidance of unprofitable cases ('dumping' or 'cost-shifting') • inappropriate early discharge ('bloody discharge') <p>b) Reduce intensity of provided services</p> <ul style="list-style-type: none"> • avoid delivering unnecessary services • substitute high-cost services with low-cost alternatives (labour/capital) • withhold necessary services ('skimping/undertreatment') <p>c) Select patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • specialize in treating patients for which the hospital has a competitive advantage • select low-cost patients within DRGs ('cream-skimming') 	<ul style="list-style-type: none"> • quality ↑, efficiency ↑ • quality ↑, efficiency ↑ • quality ↓ • quality ↓ • efficiency ↑ • efficiency ↑ • quality ↓ • efficiency ↑, quality ↑ • efficiency ↓

Πίνακας 5.1 (συνέχεια): Κίνητρα των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs και οι επιπτώσεις τους στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα (Cots et al., 2011)

<i>Incentives of DRG-based hospital payment</i>	<i>Strategies of hospitals</i>	<i>Effects</i>
2. Increase revenue per patient	a) Change coding practice <ul style="list-style-type: none"> • improve coding of diagnoses and procedures • fraudulent reclassification of patients, e.g. by adding inexistent secondary diagnoses ('up-coding') 	<ul style="list-style-type: none"> • quality↑ • efficiency ↓
	b) Change practice patterns <ul style="list-style-type: none"> • provide services that lead to reclassification of patients into higher paying DRGs ('gaming/ overtreatment') 	<ul style="list-style-type: none"> • efficiency ↓, quality ↓
3. Increase number of patients	a) Change admission rules <ul style="list-style-type: none"> • reduce waiting list • split care episodes into multiple admissions • admit patients for unnecessary services ('supplier-induced demand') 	<ul style="list-style-type: none"> • efficiency ↑ • efficiency ↓↑, quality ↓↑ • efficiency ↓
	b) Improve reputation of hospital <ul style="list-style-type: none"> • improve quality of services • focus efforts exclusively on measurable areas 	<ul style="list-style-type: none"> quality ↑ quality ↓↑

3. Πώς μπορούν να αποφευχθούν απρόβλεπτες συνέπειες;

Τα συστήματα αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών και κάποια από αυτά είναι ιδιαίτερα περίπλοκα. Συνεπώς, στόχος όλων των χωρών που εφαρμόζουν τα συστήματα αυτά είναι να αποφύγουν απρόβλεπτες συνέπειες οι οποίες θα οδηγήσουν το Σύστημα Υγείας σε απόκλιση από τους στόχους του. Κύριο μέλημα των αρμόδιων φορέων είναι να εξασφαλιστεί η επαρκής αποζημίωση για ακραίες περιπτώσεις και υπηρεσίες υψηλού κόστους, να υπάρχει συμμετρία πληροφόρησης ώστε να είναι εφικτή η παρακολούθηση και ο έλεγχος των απρόβλεπτων συνεπειών και να ενισχύσουν τα κίνητρα μειώνοντας το ποσοστό αποζημίωσης σε σχέση με τα συνολικά έσοδα των νοσοκομείων.

Παρά τη συνεχή βελτίωση των συστημάτων DRGs, όπως διαπιστώνεται από τη βιβλιογραφία, σε όλα τα συστήματα ενσωματώνονται περιπτώσεις ασθενών που απαιτούν πολύ περισσότερους πόρους από ό, τι οι περισσότεροι ασθενείς που ανήκουν στην ίδια κατηγορία, οι οποίες ορίζονται ως «outliers» (Cots et al., 2003). Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν νοσοκομειακές περιπτώσεις εντός της ίδιας Διαγνωστικής Κατηγορίας, οι οποίες αποζημιώνονται με μεγαλύτερο ποσό από το μέσο όρο του κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας, ενώ άλλες με χαμηλότερο άρα είναι πιο επικερδείς. Σε κάθε περίπτωση όμως οι διαφορές μπορούν να αντισταθμιστούν, αλλά εντούτοις διακρίνεται μια έντονη ανησυχία ότι δεν εξασφαλίζεται ότι οι κατηγορίες των DRGs περιλαμβάνουν περιπτώσεις με σχετικά ομοιογενή έξοδα. Τα φαινόμενα που παρουσιάζονται είναι τα cream-skimming and skimming/undertreatment, τα οποία θα μπορούσαν να μειωθούν σημαντικά με την εκτίμηση όλων των σχετικών δευτεροβάθμιων διαγνώσεων και σχετικών διαδικασιών.

Η ασυμμετρία της πληροφόρησης, όπως αυτή αναλύεται από τους Cots et al. (2003), αφορά τις περιπτώσεις κατά τις οποίες παρουσιάζεται άγνοια του αν ο ασθενής χρήζει μιας ειδικής διαδικασίας, αν είναι πραγματικά εσωτερικός ασθενής ή ακόμη αν οι δευτερεύουσες διαγνώσεις είναι προϊόν ιατρικού λάθους. Αυτό έχει ως συνέπεια την εκτέλεση διαδικασιών που οδηγούν σε φαινόμενα όπως gaming/overtreatment, up-coding, αύξηση του όγκου των περιστατικών και ίσως μεγαλύτερη αποζημίωση σε σχέση με την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών. Προκειμένου να αποφευχθούν ή να ελεγχθούν κάποιες από αυτές τις συνέπειες, όπως φαίνεται μέσω της ανάλυσης στο προηγούμενο κεφάλαιο πολλές χώρες έχουν εφαρμόσει συστήματα λογιστικού ελέγχου που αποσκοπούν στη μείωση του εν λόγω προβλήματος. Συγκεκριμένα η Γερμανία, διόρισε τα περιφερειακά συμβούλια προκειμένου να αξιολογήσει, σε τυχαία επιλεγμένα νοσοκομεία, την κωδικοποίηση και την θεραπεία των ασθενών μέσω του ελέγχου των ιατρικών αρχείων των ασθενών (MDS, 2011). Στη Γαλλία, ένα τοις εκατό των νοσοκομειακών εξιτηρίων ελέγχθηκαν από τα Περιφερειακά Γραφεία Νοσηλείας (APH) το 2006, τα οποία διαπίστωσαν ότι το 60% των υπό αξιολόγηση αρχείων είχαν κάποιου είδους σφάλμα κωδικοποίησης.

Επιπλέον, προκειμένου να ελέγχουν οι συχνές επανεισδοχές (readmissions), στη Γερμανία και στην Αγγλία επιβάλλονται οικονομικές κυρώσεις, με μειωμένους συντελεστές πληρωμών, στα νοσοκομεία εάν οι ασθενείς εισάγονταν για το ίδιο πρόβλημα μέσα σε 30 ημέρες μετά την αρχική χορήγηση εξιτηρίου. Ως εκ τούτου, η αναπροσαρμογή των ποσοστών αποζημίωσης είναι χρήσιμη και μπορεί να λειτουργήσει ως ένας αποτελεσματικός μηχανισμός για τον έλεγχο του κόστους, αλλά αυτό δεν αντικαθιστά την ανάγκη για ενδελεχή έλεγχο της κωδικοποίησης των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων.

4. Γιατί θα πρέπει οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων να οδηγήσουν σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων; Πώς μπορεί αυτή η επίδραση στην αποτελεσματικότητα να μετρηθεί;

Οι βιβλιογραφικές αναφορές που αναφέρονται στις επιπτώσεις που παρουσιάζουν οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων στη βάση των DRGs, στην αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, χρησιμοποιούν δύο μεθόδους αξιολόγησης: τη μη-παραμετρική και την παραμετρική – στοχαστική (Street et al., 2011). Αρκετές μελέτες τονίζουν ρητά την δυσκολία που παρουσιάζεται στο να αποδώσουν τις αλλαγές στην αποτελεσματικότητα, ή σε οποιοδήποτε από τους δείκτες της, στην εισαγωγή των μεθόδων αποζημίωσης DRGs (Farrar et al., 2007; Audit Commission, 2008). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Street et al. (2011), η αύξηση της αποδοτικότητας μπορεί να εξαρτάται από το προϋπάρχον σύστημα πληρωμών του νοσοκομείου, οπότε αν την εισαγωγή της αποζημίωσης μέσω DRGs προηγείται ένα σύστημα βασισμένο στο σφαιρικό προϋπολογισμό όπως συνέβη στη Σουηδία, προφανώς θα παρατηρηθεί αύξηση της αποτελεσματικότητας. Ωστόσο οι αρχικές βελτιώσεις στην αποτελεσματικότητα για τη Σουηδία στη συνέχεια αναιρέθηκαν, όταν επιβλήθηκαν περιορισμοί και εισήχθησαν μέγιστα επίπεδα στις δραστηριότητες του νοσοκομείου (Gerdtham et al, 1999a, b; Anell, 2005; Kastberg & Siverbo, 2007).

Όπως γίνεται κατανοητό η μελέτη της αποδοτικότητας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα και δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη χρήση δεικτών και τη μελέτη των μεταβολών τους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με προηγούμενη ανάλυση, οι εισαγωγές αυξήθηκαν σε όλες τις υπό μελέτη ευρωπαϊκές χώρες με την εισαγωγή των μεθόδων αποζημίωσης με βάση τα DRGs, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Farrar et al., (2007), Audit Commission, (2008) και Farrar et al., (2009) για την Αγγλία, ο Or, (2009) για τη Γαλλία και οι Böcking et al., (2005) και Hensen et al., (2008) για τη Γερμανία. Σύμφωνα με τους Anell, (2005) και Kastberg & Siverbo, (2007) η αύξηση των εισαγωγών στη Σουηδία παρατηρήθηκε τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της εφαρμογής του συστήματος Anell, 2005; Kastberg & Siverbo, 2007).

Με βάση την ανάλυση στα προηγούμενα κεφάλαια, συμπεραίνουμε ότι η αποδοτικότητα των συστημάτων πληρωμής συνδέεται άμεσα με τη μέση διάρκεια νοσηλείας, άρα μπορεί να αποτελέσει δείκτη μέτρησής της. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στη Γερμανία μετά την εισαγωγή των συστημάτων αποζημίωσης μειώθηκε όπως αναφέρουν οι Böcking et al., (2005), ενώ οι Schreyögg et al. (2005) υποστηρίζουν ότι το γεγονός αυτό αποτελεί μια γενική τάση.

Τέλος, παρόλο που το σύστημα εισάγεται με στόχο να μειωθεί το κόστος, στην πλειονότητα των περιπτώσεων η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης DRGs συσχετίστηκε με υψηλότερο συνολικό κόστος, εν μέρει λόγω των υψηλότερων επίπεδων δραστηριότητας (Anell, 2005; Kastberg & Siverbo, 2007), ενώ το κόστος ανά μονάδα φαίνεται να έχει μειωθεί (Böcking et al., 2005; Farrar et al., 2009).

Εν ολίγοις, η αποτελεσματικότητα στο επίπεδο των νοσοκομείων μπορεί να βελτιωθεί μετά την εισαγωγή των συστημάτων αποζημίωσης DRGs, όμως δεν καθίσταται σαφές αν υπάρχει συνάφεια και επακριβής συσχέτιση με τους δείκτες μέτρησής της. Η εμπλοκή εξωτερικών παραγόντων οι οποίοι αφορούν τα χαρακτηριστικά του κάθε εθνικού συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα οι περιορισμοί σχετικά με τη δραστηριότητα ή/και τις δαπάνες, ή το προϋπάρχον σύστημα αποζημίωσης, μπορούν να οδηγήσουν σε αναξιόπιστα αποτελέσματα.

5. Μήπως η μέθοδος αποζημίωση των νοσοκομείων με βάση τα DRGs οδηγεί σε καλύτερη ή χειρότερη ποιότητα της περίθαλψης;

Στη Σουηδία, η εισαγωγή των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, συνέβαλε στην ομογενοποίηση των διαδικασιών και βελτίωσε την ενδονοσοκομειακή οργάνωση φροντίδας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν άμεσοι δείκτες της ποιότητας φροντίδας, θεραπείας και πρόσβασης που να σχετίζονται με το σύστημα DRGs. Βεβαίως, τα περισσότερα νοσοκομεία παρατήρησαν βελτίωση στην ποιότητα των μητρώων, αλλά η παρακολούθηση της ποιότητας φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από το σύστημα πληρωμής DRG. Μια διαχρονική μελέτη της ποιότητας σε δύο σουηδικά νοσοκομεία αναφέρει ότι η ποιότητα της φροντίδας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς - ιδιαίτερα σε σχέση με τη θεραπεία που παρέχεται από το προσωπικό - μειώθηκε μετά την εισαγωγή των συστημάτων αυτών (Ljunggren & Sjöden, 2001), αλλά δεν είχε καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής μετά την επέμβαση (Ljunggren & Sjöden, 2003). Σύμφωνα με τους Serdén et al., (2003), παρατηρήθηκε επίσης στη Σουηδία ότι η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης συνέβαλε στην αύξηση της εκ νέου κωδικοποίησης των διαγνώσεων και αύξησε τον αριθμό των καταγεγραμμένων δευτεροβάθμιων διαγνώσεων ανά περίπτωση (Serdén et al., 2003).

Μία επίσημη αξιολόγηση των συστημάτων πληρωμής των νοσοκομείων στην Αγγλία, έδειξε επίσης ότι ενώ η μέση διάρκεια παραμονής μειώθηκε σημαντικά όταν υλοποιήθηκε το σύστημα PbR, η μετρήσιμη αλλαγή στην ποιότητα της περίθαλψης ήταν ελάχιστη, όσον αφορά τη

θνησιμότητα των ενδονοσοκομειακών περιστατικών, την μετα-χειρουργική θνησιμότητα και επανεισαγωγή μετά τη θεραπεία περιστατικών με κάταγμα ισχίου (Farrar et al., 2009). Η Ελεγκτική Επιτροπή (2008) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σύστημα PBR δεν είχε μετρήσιμο αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης στην Αγγλία.

Στη Γερμανία, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 30 νοσοκομεία, αναφέρει ότι δεν παρατηρήθηκαν προβλήματα cream-skimming ή προβλήματα πρόωρου εξιτηρίου (Sens et al., 2009). Η μελέτη αναφέρει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών φαίνεται να είναι σταθερή κατά την περίοδο 2007-2008 και έχει περιθώρια βελτίωσης που μπορούν να επιτευχθούν μέσω της καλύτερης οργάνωσης περίθαλψης, ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομεία.

Στη Γαλλία, υπάρχουν ενδείξεις ότι το up-coding είναι ανησυχητικό, καθώς μέσω της αξιολόγησης διαφάνηκε ότι το ποσοστό της αύξησης των ημερήσιων περιπτώσεων οφειλόταν στην εσφαλμένη κωδικοποίηση των εξωτερικών ιατρών (CNAM, 2006), πρόβλημα που έχει εν μέρει επιλυθεί με την εισαγωγή αυστηρότερων κανόνων κωδικοποίησης το 2007, για τις ημερήσιες περιπτώσεις.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι δεν υπάρχει άλλη επίσημη αξιολόγηση του αντίκτυπου των συστημάτων αποζημίωσης στην ποιότητα της φροντίδας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Or and Häkkinen, 2011). Φαίνεται ότι στις περισσότερες χώρες στις οποίες εισάγεται ένα τέτοιο σύστημα πληρωμών, η παρακολούθηση και η υποβολή εκθέσεων για την ποιότητα φροντίδας εξακολουθεί να είναι ανεπαρκής. Για παράδειγμα, όπως αναφέρουν στη συνέχεια οι Or and Häkkinen, (2011), τόσο στη Γερμανία όσο και στη Γαλλία, δεν υπάρχει ακόμη συστηματικό πληροφοριακό σύστημα για να παρακολουθούν τα ποσοστά επανεισδοχής, μετεγχειρητικής θνησιμότητας και τα ποσοστά επιπλοκών.

6. Ποιοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που θέτει η κάθε υπό εξέταση ευρωπαϊκή χώρα τόσο στην εφαρμογή των DRGs, όσο και στις μεθόδους αποζημίωσης;

Ανεξάρτητα από τον τύπο του νοσοκομειακού συστήματος, τα συστήματα DRGs εισήχθησαν διεθνώς για παρόμοιους λόγους, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αύξηση της διαφάνειας των υπηρεσιών του η οποία επιτυγχάνεται μεταξύ άλλων μέσω της ταξινόμησης των ασθενών και της μέτρησης της παραγωγικότητας (Fetter et al., 1980) και παροχή κινήτρων για αποδοτικότερη χρήση των πόρων στα νοσοκομεία μέσω των συστημάτων πληρωμής

που βασίζονται στα DRGs (Langenbrunner & Wiley, 2002). Επιπρόσθετα και κατ' επέκταση των προαναφερθέντων, θεωρήθηκε και έγινε διεθνώς αποδεκτό ότι συμβάλουν στη βελτίωση - ή τουλάχιστον στην εξασφάλιση - ποιοτικού επιπέδου περίθαλψης. Συγκεκριμένα όμως κάθε χώρα δημιούργησε τη δική της στρατηγική και έθεσε τους δικούς της στόχους με την εισαγωγή του συστήματος ταξινόμησης των DRGs και του συστήματος αποζημίωσης με βάση αυτά (βλ. Πίνακα 3.1).

Σύμφωνα με την ανάλυση που έγινε στο Κεφάλαιο 4, η επίτευξη των στόχων της κάθε χώρας διαφοροποιείται καθώς όπως γίνεται αντιληπτό το κάθε σύστημα προσαρμόζεται στα εθνικά δεδομένα και τόσο οι ανάγκες όσο και οι αδυναμίες του διαφέρουν. Για παράδειγμα στη Γαλλία, η αύξηση των εσόδων μπορεί να επιτευχθεί με αύξηση της δραστηριότητας (Evian 2011, Evian & Yilmaz 2012), ενώ καθίσταται απαραίτητη η διαθεσιμότητα ενός ισχυρού συστήματος πληροφοριών για την ακριβή παρακολούθηση τόσο του κόστους όσο και της ποιότητας των υπηρεσιών των νοσοκομειακών οργανισμών (Or, 2014). Όπως αναφέρεται από τους Mason et al. (2011), στην Αγγλία είναι απαραίτητη η αύξηση του αριθμού των κατηγοριών καθώς και ο μεγαλύτερος διαχωρισμός των ασθενών με διαφορετικά επίπεδα πολυπλοκότητας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η αμεροληψία του συστήματος πληρωμών. Σύμφωνα με τον Lindqvist (2008), συνίσταται βελτίωση της ποιότητας της βάσης των κλινικών δεδομένων έτσι ώστε να επιτευχθεί ορθή καταγραφή των περιστατικών. Σημαντική επίσης όπως προσθέτει είναι η τακτική αναθεώρηση της κωδικοποίησης αυτής.

7. Ποιές είναι οι προκλήσεις πρέπει να ξεπεραστούν, ειδικότερα στην Κύπρο;

Το ερώτημα αυτό αποτελεί και το σημαντικότερο της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Οι εμπειρίες των χωρών που παρουσιάζονται σε αυτή τη μελέτη υποδηλώνουν ότι η κυβέρνηση δεν πρέπει να διστάζει και να φοβάται την εισαγωγή των DRGs και των μεθόδων αποζημίωσης με βάση αυτά. Αν τα αποτελέσματα των συστημάτων αποζημίωσης του νοσοκομείου επαναξιολογούνται προσεκτικά σε τακτά χρονικά διαστήματα και σε στενή συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στην επίτευξη των αναμενόμενων στόχων, εφόσον οι μη-αναμενόμενες συνέπειες μπορούν να ελεγχθούν επαρκώς με μηχανισμούς και ελέγχους όπως αυτοί περιγράφηκαν ανωτέρω. Μια εκτενέστερη αναφορά στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου και στις προτάσεις που συμπερασματικά καταλήγουμε βασισμένοι στην πιο πάνω συζήτηση, θα παρουσιαστεί στο τελευταίο υποκεφάλαιο.

5.2 Περιορισμοί

Η μεταπτυχιακή αυτή διατριβή εκπονήθηκε σε μια περίοδο μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας στην Κύπρο, γεγονός που περιορίζει την εκτενή ανάλυση και αξιολόγηση του προτεινόμενου συστήματος υγείας. Η έκταση της εν λόγω μελέτης επίσης αποτελεί ένα επιπρόσθετο περιορισμό καθώς δεν καθίσταται δυνατή η αξιολόγηση περισσότερων συστημάτων στον ευρωπαϊκό χώρο. Η αναζήτηση αδημοσίευτης βιβλιογραφίας αποτελεί επίσης ένα γενικό περιορισμό στη έρευνα μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

5.3 Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

Η οικονομική κρίση στην Κύπρο, οι μεταρρυθμιστικές αλλαγές που προτείνει η ΤΡΟΙΚΑ στον Τομέα της Υγείας, η αύξηση της ζήτησης των δημόσιων νοσοκομειακών παροχών και η μείωση της χρήσης των ιδιωτικών, δίνει την ευκαιρία στην ομαλότερη εισαγωγή του ΓεΣΥ, κυρίως όσον αφορά την αποδοχή της αλλαγής αυτής από τον ιδιωτικό τομέα (Cylus et al., 2013). Οι ανησυχίες οι οποίες διατυπώνονται για πιθανό υψηλό κόστος που συνδέεται με την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και αποτελούσαν το τροχοπέδη της μέχρι τώρα εφαρμογής τους συστήματος, θεωρούνται πλέον σχεδόν αβάσιμες σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της αναλογιστικής μελέτης του οίκου Mercer (2013).

Οι σημαντικότεροι στόχοι που σχετίζονται με την εισαγωγή των συστημάτων στις ευρωπαϊκές χώρες περιλαμβάνουν την αύξηση της διαφάνειας, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη διασφάλιση της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Σήμερα, μετά από περισσότερο από μια δεκαετία εμπειρίας με τη χρήση των DRGs στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, είναι καιρός να δημιουργηθεί μια στέρεη βάση προσέγγισης του ζητήματος αυτού και από τις αρμόδιες αρχές της Κύπρου. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέστη ξεκάθαρο ότι μετά την εισαγωγή των DRGs και των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs, βελτιώθηκε σημαντικά η διαφάνεια των υπηρεσιών καθώς επίσης και το κόστος των νοσοκομείων. Οι λόγοι που συνέβαλαν στην επίτευξη των στόχων αυτών σύμφωνα με τους Busse & Quentin (2011) είναι οι εξής:

- (1) Τα DRGs παρέχουν μια συνοπτική μέτρηση για τις νοσοκομειακές δραστηριότητες .
- (2) Τα DRGs διευκολύνουν τη σύγκριση της απόδοσης σε σχέση με τις δαπάνες, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα.

(3) Τα νοσοκομεία έχουν κίνητρο να αυξήσουν τις προσπάθειές τους στην κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των διαδικασιών.

(4) Τα νοσοκομεία προτρέπονται να βελτιώσουν τα κοστο-λογιστικά τους συστήματα.

Τα σχεδιαστικά χαρακτηριστικά των συστημάτων DRGs και των συστημάτων πληρωμών των νοσοκομείων με βάση τα DRGs είναι υψίστης σημασίας, επειδή καθορίζουν εάν οι χώρες είναι σε θέση να καρπωθούν τα πιθανά οφέλη τους. Ωστόσο πριν αποφασιστούν τα δομικά στοιχεία των συστημάτων πληρωμής, σύμφωνα με τους Busse & Quentin (2011), θα πρέπει να διερευνηθούν τρία σημαντικά ερωτήματα, τα οποία πρέπει αποτελούν σημείο εκκίνησης για την εισαγωγή DRGs.

(1) Είναι η πολιτική κατάσταση ευνοϊκή για την εισαγωγή ενός συστήματος DRG ή ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs;

(2) Είναι το θεσμικό και νομικό πλαίσιο επαρκές για την εισαγωγή των DRGs και του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα DRGs;

(3) Ποιος είναι ο επιδιωκόμενος σκοπός της χρήσης των DRGs;

Στην Κύπρο όπως αναλύθηκε στο 4^ο Κεφάλαιο, παρ' όλη τη σύσταση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) για τη μελέτη και την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) στο πρότυπο Beveridge και έχει υπογραφεί το Μνημόνιο Συνεργασίας με την ΤΡΟΙΚΑ το οποίο προτείνει μεταρρυθμιστικές αλλαγές στον Τομέα της Υγείας, δυστυχώς μέχρι και σήμερα λόγω των πολιτικών δρώμενων και των οικονομικών περιορισμών, δεν έχει καταγραφεί καμία σημαντική πρόοδος στο δρόμο της αποτελεσματικής έναρξης του συστήματος αυτού. Οι εκκρεμότητες που εξακολουθούν να υφίστανται αφορούν σημαντικές απαιτήσεις για την εφαρμογή του και τα ερωτήματα που τέθηκαν πιο πάνω φαίνεται να μένουν αναπάντητα.

Η αποτελεσματική εφαρμογή του ΓεΣΥ θα επιτευχθεί αν κατά τον σχεδιασμό των βασικών του προϋποθέσεων και συστημάτων, ληφθούν υπόψη οι εμπειρίες τόσο των ευρωπαϊκών όσο και των διεθνών χωρών. Πιο συγκεκριμένα η ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού, που αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο για την εισαγωγή του, δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί αν υιοθετείτο το σύστημα των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι είναι το σύστημα που εφαρμόζεται δεν παρέχει καθολική κάλυψη στους πολίτες καθιστώντας την ως η μοναδική χώρα στον ανεπτυγμένο κόσμο που έχει ένα μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων, οπότε δεν θεωρείται ως πρότυπο μοντέλο στο θέμα αυτό (Forgione et al., 2004). Η έννοια της αποδοτικότητας διαστρεβλώνεται όταν το κόστος μετακυλύετε σε ασθενείς που δεν έχουν κάλυψη από το σύστημα

υγείας με αποτέλεσμα να προκαλείται κλυδωνισμός στο υγειονομικό σύστημα (Aletras et al., 2002).

Το προτεινόμενο σύστημα Υγείας έχει επιρροές και από άλλα είδη πρότυπων συστημάτων υγείας όπως το Bismarck και το φιλελεύθερο σύστημα. Τα χαρακτηριστικά του προτύπου Beveridge που βρίσκουν εφαρμογή στο υπό συζήτηση σύστημα υγείας είναι τα ακόλουθα:

- ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού που εξασφαλίζει πρώτιστα δίκαιη παροχή υπηρεσιών σε όλα τα κοινωνικά στρώματα.
- χρηματοδότηση με βάση τον κρατικό προϋπολογισμό, επιτυγχάνοντας την αναδιανομή του εισοδήματος καθώς η συμβολή του πολίτη στη χρηματοδότηση είναι με βάση το φορολογητέο εισόδημα.
- παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από ιατρούς σε μονάδες του ΓΕΣΥ, με έντονη κρατική δράση και παρέμβαση, λόγω της κρατικής παραγωγής υπηρεσιών και διαχείρισης της κατανομής των πόρων.
- διαχωρισμός της φροντίδας υγείας σε τρία επίπεδα: πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο με στόχο ευρύτερη γεωγραφική κάλυψη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα θα στελεχώνεται από οικογενειακούς ιατρούς, ώστε να περιοριστεί η πρόσβαση σε ανώτερες βαθμίδες φροντίδας για περιορισμό της ανεξέλεγκτης χρήσης των πόρων (Theodorou & Mitrosili, 1999). Επιπρόσθετα σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο, (2006) η πρωτοβάθμια φροντίδα σε αγροτικές περιοχές μειώνει σημαντικά τις γεωγραφικές ανισότητες και εξασφαλίζει την ισότιμη κάλυψη που είναι το κύριο πλεονέκτημα του σχεδίου υγείας.

Η ομαλή εφαρμογή του ΓεΣΥ θα επιτευχθεί μέσω ενός συγκεκριμένου πλαισίου ενεργειών, το οποίο σε πρώτο στάδιο θα αφορά την εγγραφή όλου του πληθυσμού σε Οικογενειακούς Ιατρούς. Οι πολίτες θα έχουν την επιλογή να εγγραφούν δωρεάν είτε σε Ιατρούς του Δημόσιου τομέα είτε σε ιατρούς που ιδιωτεύουν και έχουν συμβληθεί με το ΓεΣΥ. Η εισαγωγή του Οικογενειακού Ιατρού ως “gate-keeper” του συστήματος, ώστε να περιορίζεται η αυθαίρετη πρόσβαση των ασθενών εντός του συστήματος, δυστυχώς δεν έχει θεσμοθετηθεί με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στη συγκράτηση του κόστους. Οι περιορισμοί σχετικά με τις υποχρεώσεις των ιατρών αφορούν τον περιορισμένο/συγκεκριμένο αριθμό ασφαλισμένων του οποίους θα δέχονται και την αμοιβή τους η οποία από το θα είναι συγκεκριμένη για τον κάθε ένα από αυτούς, ανεξαρτήτως από τον αριθμό των επισκέψεων σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Συνεπώς οι δαπάνες στον τομέα της υγείας καθίστανται ελεγχόμενες και η υπερβάλλουσα αύξηση της ζήτησης (προκλητή) αποφεύγεται,

καθώς οι ιατροί θα έχουν ως σκοπό να προάγουν την πρόληψη ώστε να μειώσουν τον αριθμό των επισκέψεων. Γίνεται όμως αντιληπτό ότι αν δεν είναι δυνατή η αποφυγή του μεγάλου αριθμού επισκέψεων, οι ιατροί στην προσπάθειά τους να αντεπεξέλθουν στη ζήτηση πιθανόν να μειώσουν την παραγωγικότητά τους με αντίκτυπο την ποιότητα των υπηρεσιών τους και οποιαδήποτε άλλη αναμενόμενη συνέπεια.

Στη συνέχεια σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές θα πρέπει να δημιουργηθούν κέντρα υγείας τα οποία θα αποτελούν κοινοπραξίες ιατρών, η αμοιβή των οποίων θα γίνεται μέσω Οργανισμών Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMO's) παρέχοντας πακέτα υπηρεσιών απεριόριστης χρήσης με σταθερό ποσό αμοιβής ετησίως, κυρίως για εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Η μέθοδος αυτή, οδηγεί σε διαπραγμάτευση του ύψους της αμοιβής για τον πληθυσμό που καλύπτει ο Οργανισμός Προστασίας Υγείας με αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών. Ταυτόχρονα ο ανταγωνισμός μεταξύ των οργανισμών θα οδηγήσει σε αύξηση της ποιότητας με παράλληλη βελτίωση της αποδοτικότητας. Μπορεί επίσης να μελετηθεί μια διαφοροποιημένη μορφή των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας, η οποία είναι τα Δίκτυα Συντονισμένης Φροντίδας (ΔΣΦ, Reseax de Soins Coordonnes, RSC's) που διαπραγματεύονται τις αμοιβές των ιατρών με βάση το διαχωρισμό ιατρικών πράξεων ανά κατηγορία κινδύνου. Η εισαγωγή οποιοδήποτε εκ των δύο συστημάτων θα είναι προς όφελος του πληθυσμού και της υγειονομικής τους φροντίδας, υπό την προϋπόθεση ότι ο δοθείσας προϋπολογισμός είναι με βάση τις ανάγκες της συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής και των δεικτών υγείας των πολιτών της.

Όσον αφορά τις αποζημιώσεις των νοσοκομείων η σύνταξη και εφαρμογή του σφαιρικού προϋπολογισμού για συγκράτηση του κόστους σε συνδυασμό με τις Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κινήτρου ώστε να οι οργανισμοί να λειτουργούν εντός προϋπολογισμού (Park et al., 2007). Συγκεκριμένα στη Γερμανία ο προϋπολογισμός αποτελεί ένα σημαντικό διοικητικό εργαλείο καθώς όταν οι νοσοκομειακές μονάδες ξεπεράσουν το όριο του ελαστικού προϋπολογισμού, όπως αυτό προκαθορίστηκε, αμείβονται μόνο με το 35% του κόστους της κατηγορίας της Ομοειδούς Διαγνωστικής Ομάδας. Τα πλεονεκτήματα που θα παρουσιαστούν αφορούν τον έλεγχο του κόστους από τον χρηματοδότη και την παροχή κινήτρου στην εσωτερική διοίκηση του νοσοκομείου για να προωθηθεί αποτελεσματικά η μέθοδος αυτή. Τα μειονεκτήματα που ελλοχεύουν αφορούν την πιθανή μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο να ανταποκρίνεται στο δεδομένο κόστος (Υφαντόπουλος, 2006).

Η ταξινόμηση των ασθενών σε Ομοειδείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, σύμφωνα με τους Silverman & Skinner, (2004) και όπως συμπεραίνουμε και από την ανάλυση, αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη μέθοδο αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων. Ο κύριος λόγος που συμβάλει σε αυτό είναι η εκ των προτέρων κοστολόγηση των υπηρεσιών του κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με ταξινόμηση των ασθενειών σε κατηγορίες (ICD-10). Ένα από τα κυριότερα κίνητρα των νοσοκομείων είναι η αύξηση της αποτελεσματικότητας τους, καθώς σε περιπτώσεις που η αποζημίωση είναι μεγαλύτερη από το κόστος παρουσιάζουν κέρδος, ενώ όταν το κόστος είναι μεγαλύτερο από το ποσό αποζημίωσης υποχρεώνονται να το καλύψουν. Ο μακροπρόθεσμος προγραμματισμός διευκολύνει σημαντικά όλους τους τομείς του συστήματος ενώ η οικονομική αυτονομία των νοσοκομείων θα επιτευχθεί μέσω της αποκέντρωσης των υπηρεσιών τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Οι διοικητικές λειτουργίες των νοσοκομείων θα ενισχυθούν με τη ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας γεγονός που θα συμβάλει στη λειτουργικότητα του συστήματος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, καθώς θα πρέπει να μην είναι στατικές, οι αποζημιώσεις που θα βασίζονται σε αυτές να αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος, να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται συνεχώς έτσι ώστε να καλύπτουν κάθε δυνατή περίπτωση και να προσφέρουν τα απαραίτητα κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας. Ο έλεγχος της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητας τους θα γίνεται μέσω των αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων που θα είναι βασισμένα σε ενδείξεις μέσω κλινικών μονοπατιών (clinical pathways) και μέσω αξιολογήσεων από εγκεκριμένους φορείς με κύριο μέλημα τον έλεγχο των καταχωρήσεων των κλινικών αποτελεσμάτων, των παραπομπών, των συνταγογραφήσεων και τον αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων με ανάλογες επιβραβεύσεις (Pay for Performance P4P).

Στόχος των πιο πάνω είναι η αποφυγή ανεπιθύμητων συνεπειών όπως της συστηματικής και σκόπιμης μετατόπισης της κωδικοποίησης προκειμένου να αυξηθούν οι αποζημιώσεις του νοσοκομείου, «upcoding» (Silverman & Skinner, 2004), η αποφυγή της άσκοπης νοσηλείας ασθενών των οποίων οι αποζημιώσεις είναι χαμηλές, της επιλογής περιστατικών «cream skimming», της χορήγησης εσπευσμένων εξιτηρίων και επαναεισαγωγής περιστατικών για τους ίδιους λόγους, καθώς και φαινομένων άσκησης πίεσης προς το προσωπικό από τη διοίκηση για μείωση της μέσης διάρκειας και του κόστους θεραπείας «skimming» (Hsia & Ahern, 1992).

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του νόμου με βάση τον οποίο συστάθηκε το ΓΕΣΥ οι δαπάνες του ΟΑΥ δεν θα υπερβαίνουν τα έσοδα του, οπότε θα πρέπει να διευκρινίσει το ποσοστό των εισφορών χρηματοδότησης μέσω της κρατικής φορολογίας. Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζονται διαφορετικά οικονομικά σενάρια με τις συνεισφορές των χρηματοδοτών και τις συμπληρωμές (co-payments) των ασφαλιζομένων (ΗΙΟ, 2012). Οι διαχρονικές μελέτες από τον οίκο Mercer, πρέπει να

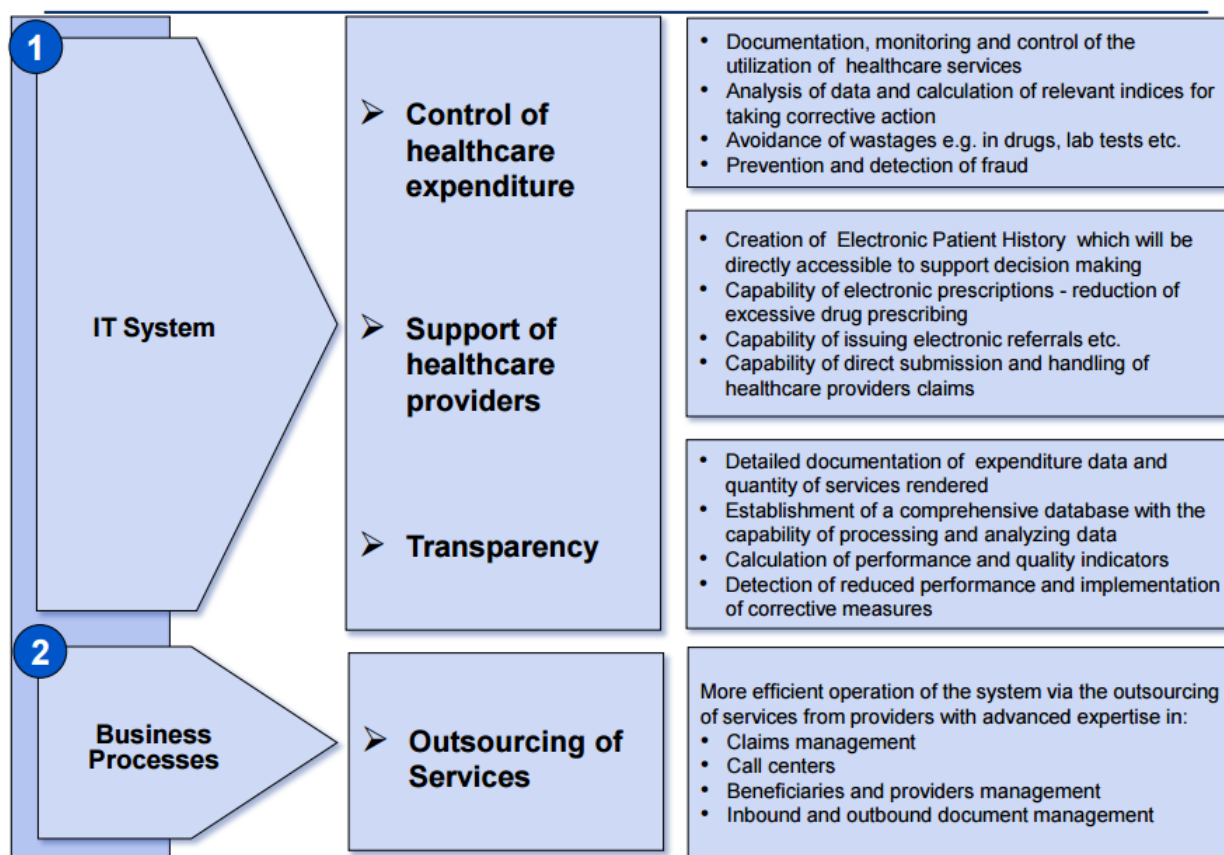
επαναξιολογηθούν και να τεθούν προς έγκριση ενώπιον των αρμόδιων κρατικών φορέων, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πιθανούς, οικονομικούς και μη, κινδύνους από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ.

Πίνακας 5.2: Σενάρια που αφορούν την οικονομική πτυχή στην εφαρμογή του ΓΕΣΥ (ΗΙΟ, 2012)

		Copayments : €145 mln.		Copayments : €90 mln.	
CONTRIBUTIONS	2001 Contribution rates	Scenario 1A (proportionate increase in contributions)	Scenario 1B	Scenario 2A (proportionate increase in contributions)	Scenario 2B
Employees	124	295	295	337	337
Employers	116				
Self-employed	25	31	27	35	30
Government	405	455	455	455	455
Pensioners	21	25	26	29	31
Other Income	23	24	27	29	32
TOTAL CONTRIBUTIONS	714	830	830	885	885
CO-PAYMENTS	17	145	145	90	90
	731	975	975	975	975

* Τιμές σε εκατομμύρια

Περαιτέρω προσπάθειες θα πρέπει να καταβληθούν για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος συλλογής δεδομένων το οποίο θα πρέπει να τεθεί σε εφαρμογή εντός ενός εύλογου χρονικού διαστήματος, τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές εγκαταστάσεις, πολύ πριν την υλοποίηση της μεταρρύθμισης, και να στοχεύει στην υλοποίηση των στόχων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3 (ΗΙΟ, 2012). Το σύστημα πληροφορικής που θα στηρίζει μηχανογραφικά το ΓΕΣΥ θα διασφαλίζει την πλήρη διαφάνεια, και θα εξασφαλίσει τη σωστή τήρηση των πληρωμών του σφαιρικού προϋπολογισμού μέσω των DRG's.



Πίνακας 5.3: Στόχοι εφαρμογής συστήματος πληροφορικής (ΗΙΟ, 2012)

Τέλος θα πρέπει να διασφαλιστεί η συμμετοχική συνεργασία μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, η μέχρι σήμερα έλλειψη της οποίας οδήγησε σε σπατάλη και αναποτελεσματική αξιοποίηση πόρων (Andreou et al., 2009). Πρέπει ωστόσο οι παροχείς να μην προάγουν τον αθέμιτο ανταγωνισμό αλλά να προσπαθούν να ανταγωνίζονται στο επίπεδο της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών για τη δημιουργία υγιούς ανταγωνιστικού περιβάλλοντος.

Εν κατακλείδι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι παρ' όλο που καμία μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων δεν διασφαλίζει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των εμπλεκόμενων, διαφαίνεται εμπειρικά ότι η αποκλειστική εφαρμογή των απολογιστικών μεθόδων πληρωμής εγκαταλείπεται ως μέθοδος αποζημίωσης. Ταυτόχρονα είναι εμφανής η αναγνώριση και η απήχηση των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων σε διεθνές επίπεδο, όπως επίσης και των συστημάτων αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση αυτές, όπως αναλύθηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία, κερδίζοντας σημαντικό έδαφος στην εφαρμογή τους (Polyzos et al, 2013).

Οι προσπάθειες τόσο του Υπουργείου Υγείας όσο και του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, με την βοήθεια των συμβούλων που έχουν ορίσει (Hsiao, McKinsey, Mercer), θα πρέπει να

επικεντρωθούν στην άμεση εισαγωγή του Γενικού Σχεδίου Υγείας στο πλαίσιο που καθορίζεται από το Νόμο. Επιπρόσθετα πρέπει να γίνουν διαβουλεύσεις μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων για θέματα που αφορούν τα ποσοστά των εισφορών χρηματοδότησης, το ύψος των συμπληρωμών και τον καθορισμό των αμοιβών. Η πολιτική για τον σχεδιασμό, προγραμματισμό και αξιολόγηση των προτεινόμενων ή άλλων μέτρων καθώς και της εφαρμογής τους, θα πρέπει να χαράσσεται με γνώμονα τη διαφύλαξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητάς του. Στην Κύπρο, η συλλογή των δεδομένων για τη δημιουργία Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων καθώς και η απόφαση για το εύρος των υπηρεσιών που θα καλύπτονται από τις ομάδες αυτές βρίσκονται σε πολύ πρώιμο στάδιο, οπότε οι εμπειρίες των ευρωπαϊκών χωρών που αναπτύχθηκαν στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη χάραξη της στρατηγικής και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις μεθόδους αποζημίωσης με βάση τα DRGs που θα εφαρμοστούν σε μελλοντικό στάδιο.

Βιβλιογραφία

Διεθνείς Βιβλιογραφικές Πηγές

3M, (2005). All Patient DRG Definitions Manual (Version 23.0). St. Paul, MN: 3M Health Information Systems.

Advisory Council for the Concerted Action in Health Care, (2000). Appropriateness and Efficiency: Over-, Under-, and Misuse, Report 2000/2001, Vol. 3 (Bonn: Federal Ministry of Health, 2001).

Amitsis, G., and Phellas, C., (2013). Pensions, health and long-term care, asisp country document 2013 Cyprus, European Union Programme for Employment and Social Solidarity.

Andreou, M., Pashardes, P., Pashourtidou, N., (2010). Cost and value of HealthCare in Cyprus, Economic Research Centre, University of Cyprus, No. 02-10; April 2010.

Andreou, M., Pashardes, P., Pashourtidou, N., (2009). «Cost and Value of Health Care in Cyprus». Policy paper, Economic research centre, University of Cyprus.

Anell, A. (2005). Swedish health care under pressure. *Health Economics*, 14: pp237–54.

Anthony, P., (1993). Healthcare resource groups in the NHS: a measure of success. *Public Finance and Accountancy*, 23: pp 8–10.

ATIH, (2010). Manuel des GHM, Version 11b. Lyon: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation; 2011 www.atih.sante.fr/openfile.php?d=3937 [accessed 29.06.2015]

Audit Commission (2008). *The Right Result? Payment by Results 2003–2007*. London: Audit Commission

Augurzky, B., Engel, D., Krolp, S. et al., (2007). *Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Streutrennt sich vom Weizen*. Essen: RWI.

Baller, S., von Schroeders, N., (2010). *DRG Implementation in Cyprus - Transfer of Know-how for Coding, Grouping and Remuneration*, CY-DRG Implementation Team of InEK.

Benton, P.L., et al., (1998). The development of healthcare resource groups. Version 3. *Journal of Public Health Medicine*, 20: pp 351–8.

Berki, S.E., (1985). DRGs, incentives, hospitals, and physicians. *Health Affairs (Millwood)*, 4(4): pp 70–6.

Böcking, W., Ahrens, U., Kirch, W., Milakovic, M., (2005). First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. *Journal of Public Health*, 13: pp 128–37.

Brügger, U., (2010). Impact of DRGs: Introducing a DRG Reimbursement System. A Literature Review. Zurich: SGGP (Schriftenreihe der SGGP, Vol. 98).

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

Busse, R., Nimptsch, U., Mansky, T., (2009). Measuring, monitoring, and managing quality in Germany's hospitals. *Health Affairs*, 28(2): pp 294–304.

Busse, R., Quentin, W., (2011). *Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: Conclusions and Recommendations*, *Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Casas, M., Wiley, M., (1993). *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

Chalkley M., Malcomson J., (2000). «Government purchasing of Health Services». *Handbook of Health Economics*: pp 847-890.

Charpentier, C., Samuelson, L.A., (1998). Effekter av en sjukvårdsreform – En analys av Stockholmsmodellen [The Effects of the Stockholm Model]. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

CNAM (2006). Caisse National d'Assurance Maladie, Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes, décembre; 2006 <http://www.securite-sociale.fr/institutions/fraudes/fraude.htm>

Coles, J.M., (1993). England: ten years of diffusion and development, in J.R. Kimberley, G. de Pourourville, eds. *The Migration of Managerial Innovation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X., Quentin, W., (2011) *Diagnosis-Related Groups in Europe: DRG-based hospital payment: intended and unintended consequences*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Cots, F., Elvira, D., Castells, X., Sáez, M., (2003). Relevance of outlier cases in casemix systems and evaluation of trimming methods. *Health Care Management Science*, 6: pp 27–35.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2011): Recommendation on the National Reform Programme 2011 of Cyprus and delivering a Council opinion on the Stability Programme of Cyprus, 2011 -2014, OJ C 210/16.7.2011

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2012): Recommendation on the National Reform Programme 2012 of Cyprus and delivering a Council opinion on the Stability Programme of Cyprus, 2012-2015, 11247/12/6.7.2012

Cour des Comptes. (2009). *La Sécurité Sociale, chapitre 7, La mise en place de la T2A: Bilan à mi-parcours*, February 2009.

Cutler D., Zeck-Hauser R., (2000), «The Anatomy of Health Insurance», *Handbook of Health Economics*: pp 563-643.

Cylus ,J., Papanicolas, I., Constantinou, E., Theodorou, M., (2013). Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme, *Health Policy* 110: pp 1–5

Cylus, J., Irwin, R., (2010). The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer* 2010;12 (3): pp. 1–4.

DREES, (2009). *Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A*, vol. 94. DREES, Série Études et Recherche; 2009.

Ellis, R.P., McGuire, T.G., (1996). Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection and practice style effects. *Journal of Health Economics* 1996;15: pp257–77.

Evain, F., (2011), *Evolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009*, Etudes et résultats, vol. 785.

Evain, F., Yilmaz, E., (2012). Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé, vol. 28–29. *Économie publique*: pp 1–2.

Farrar, S., Sussex, J., Yi, D. et al. (2007). *National Evaluation of Payment by Results*. Aberdeen: University of Aberdeen Health Economics Research Unit.

Felder, S., Fetzer, S., Wasem, J., (2008). ‘Was vorbei ist, ist vorbei’: Zum Übergang in diemonistische Krankenhausfi nanzierung, in J. Klauber, B.P. Robra, H. Schellschmidt, eds. *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer.

Fetter, R.B., (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D., (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(2): pp 1–53.

Forgione, D., Vermeer, T., Thomas, E., Surysekar, K., Wrieden, J., Plante, C., (2004). «The impact on DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries», *Journal of Health Care Finance* .

France, F.H.R., (2003). Casemix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure. *International Journal of Medical Informatics*, 70(2–3): pp 215–19

Geissler A., Scheller-Kreinsen D., Quentin W., Busse R., (2011), *Germany: Understanding G-DRGs, Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Gerdtham, U., Löthgren, M., Tambour, M., Rehnberg, C. (1999a). Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, pp 8:151–64.

Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, M. and Mossialos, E., (2004) *Health care systems in transition: Cyprus*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Heurgren, M., Nilsson, H., Erlö, C., Sjöli, P., (2003). What does the individual patient cost? CPP – the Cost Per Patient method – is the answer. *Lakartidningen*, 100(42): pp 3312–15.

HIO, (2012). NHIS Implementation Proposal, Presentation Nicosia Cyprus, Health Insurance Organisation, April 2012 <http://www.hio.org.cy/docs/NHIS%20Implementation%20Proposal.pdf> [accessed 29.06.2015]

HiT summary: Sweden, (2005). Health Systems in Transition, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98887/E88669sum.pdf [accessed 29.06.2015]

Hsia, D., Ahern, C., (1992). «Good quality care increases hospital profits under prospective payment», Health Care Financing Review 13 (3)

Hsiao, W., Jakab, M., (2003). A study of the cost of the National Health Insurance Scheme. Republic of Cyprus, July 2003.

IGAS, (2012). Inspection générale des affaires sociales. In: Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, RM2012-011P, March. 2012.

IGES, (2010). DRG Impact Evaluation According To Section 17b Paragraph 8 Hospital Financing Act. Berlin: IGES Institute.

IGF, (2012). Evaluation de la tarification des soins hospitaliers, Report by General Financial Auditing Office. No. 2011-M-056-01; 2012

IGF, (2012). Evaluation de la tarification des soins hospitaliers, Report by General Financial Auditing Office. No. 2011-M-056-01; 2012

InEK, (2007). Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH.

Kahn K., Draper D., Keeler, E.B., Rogers, W.H., Rubenstein, L.V., Kosecoff, J., Sherwood, M. J., Reinisch, E.J., Carney, M. F., Kamberg, C., Bentow, S. S., Wells K. B., Allen, H. M., Reboussin, D., Roth, C.P., Chew, C., Brook, R.H., (1992), «The effects of the DRG based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalised Medicare Patients», Rand-3931- Health Care Financing Administration

Kastberg, G., Siverbo, S. (2007). Activity-based financing of health care – experiences from Sweden. International Journal of Health Planning and Management, 22: pp 25–44.

Kimberly, J.R., de Pourville, G., D'Aunno, T., eds., (2008). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kutzin, J., (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56: pp 171–204.

Langenbrunner, J.C., Wiley, M., (2002). Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries, in M. McKee, J.H. Healy, eds. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Langenbrunner, J.C., Wiley, M.C., (2002). Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries. In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, UK: Open University Press; 2002.

Lave, J.R., (1989). The effect of the Medicare prospective payment system. *Annual Review of Public Health*, 10: pp 141–61

Leidl, R., Potthoff, P., Schwefel, D., eds. (1990). *European Approaches to Patient Classification Systems*. Berlin: Springer-Verlag.

Levaggi, R., Montefiori, M., (2003). Horizontal and Vertical Cream-Skimming in the HealthCare Market. DISEFIN Working Paper, 11/2003. Rochester, NY: Social Science Research Network

Lindqvist, R., (2008). From naïve hope to realistic conviction: DRGs in Sweden, in J.R.

Ljunggren, B., Sjöden, P.O. (2003). Patient-reported quality of life before, compared with after a DRG intervention. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5): pp 433–40.

Ljunggren, B., Sjöden, P.O., (2001). Patient-reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis-related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4): pp 283–94.

Ludvigsson, J.F., Andersson, E., Ekblom, E. et al. (2011). External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*, 11(450): pp 1–16.

Mannion, R., Marini, G., Street, A., (2008). Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information. *Journal of Health Organization & Management*, 22: pp 79–88.

Marini, G., Street, A. (2006). *The Administrative Costs of Payment by Results*. York: University of York Centre for Health Economics.

Martinussen, P.E., Hagen, T.P., (2009). Reimbursement systems, organizational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 4: pp 139–58.

Mason, A., Goddard, M., (2009). *Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS*. York: University of York Centre for Health Economics.

Mason, A., Ward, P., and Street, A., (2011) *England: The Healthcare Resource Group system, Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Mayes, R., (2007). The origins, development and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62(1): pp 21–55.

MDS, (2011). *Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend. Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Mercer, (2013). *ACTUARIAL STUDY OF CYPRUS NATIONAL HEALTH EXPENDITURE AND NATIONAL HEALTH SYSTEM HEALTH INSURANCE ORGANISATION*

Michelot, X., Rodrigues, J.M. (2008). DRGs in France, in J.R. Kimberly, G. de Pouvourville, T. D'Aunno, eds. *Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Miraldo, M., Goddard, M., Smith, P.C., (2006). *The Incentive Effects of Payment by Results*. London: Dr Foster Intelligence.

MOF, (2012). Ministry of Finance, Κρατικός Προϋπολογισμός 2012 Επεξηγηματικό Υπόμνημα/Μνημόνιο 2012 (In Greek).

MOF, (2015). Ministry of Finance, Κρατικός Προϋπολογισμός..

<[http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/B3B843F8AFE4B436C2257D730026EA5A/\\$file/Προϋπολογισμός%202015.pdf](http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/B3B843F8AFE4B436C2257D730026EA5A/$file/Προϋπολογισμός%202015.pdf)>

MoH, (2013). Pacte de confiance pour l'hôpital; 2013 <<http://www.social-sante.gouv.fr>>

Neubauer, G., Pfister, F., (2008). Entwicklung einer leistungsorientierten, fallgruppenspezifischen Vergütung in der Rehabilitation: Abschlussbericht. Munich: Institut für Gesundheitsökonomik

Newhouse, J.P., Byrne, D.J., (1988). Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall? *Journal of Health Economics*, 7: pp 413–16.

NHS Information Centre for Health and Social Care, (2008). HRG Version 3.5 & HRG4 Comparative Chapter Analysis: Version No 1.0. Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care.

OECD (2003). Health Data, Germany spent 10.7 percent of its gross domestic product (GDP) in 2001, while the United States spent 13.9 percent and Switzerland, 10.9 percent. Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data 2003* (Paris: OECD, 2003).

Or, Z., (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments, *Health Policy* 117 (2014): pp 146–150

Or, Z., and Bellanger, M., (2011) France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market, *Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Or, Z., Bellanger, M., (2011). France: implementing homogeneous patient groups in a mixed market. In: Busse, et al., editors. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., Nestrigue, C. (2013). *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*, vol. 56. Document de travail IRDES; 2013.

Or, Z., Häkkinen, U., (2011). DRGs and quality: For better or worse? Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Paris, V., Devaux, M., Wei, L., (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 50).

Park, M., Braun, T., Carrin, G., Evans, D., (2007). «Provider Payments and Cost containment lessons from OECD countries», WHO, Technical Brief for Policy makers, Department of Health Systems Financing, Number 2.

Polyzos, N., (2012). A three-year Performance Evaluation of the NHS Hospitals in Greece, Hippokratia, Oct-Dec; 16 (4): pp.35-355

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: pp 14–22

Proposals for a National Health Insurance Scheme (1992a). Final report of the study for the National Health Insurance Scheme. Consultancy team, September 1992.

Proposals for a National Health Insurance Scheme (1992b). Technical report: cost estimation. Consultancy team, September 1992.

Quentin, W., Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., and Busse R., (2011). Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe, Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Quentin, W., Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., and Busse, R., (2011). Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe, Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Rodrigues, J.M., (1989). L'Europe des DRG. Sozial- und Präventivmedizin, 34: pp 152–5.

Rodrigues, J.M., (1993). DRGs: origin and dissemination throughout Europe, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

SALAR (2009). *Nationella KPP-principer, version 2*. [National Case Costing Principles, Version2]. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions.

SALAR (2011). *Swedish National Case Costing Database*. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions

Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R, (2009). The ABC of DRGs. *Euro Observer* 2009;11:1–5.

Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R., (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3): pp 215–23.

Schreyögg, J., Tiemann, O., Busse, R., (2005). The DRG reimbursement system in Germany. *Euro Observer*, 7: pp 4–6.

Sens, B., Wenzlaff, P., Pommer, G., von der Hardt, H., (2009). *DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität*. Hanover: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen.

Serdén, L., Heurgren, M., (2011). *Sweden: The history, development and current use of DRGs, Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Serdén, L., Lindqvist, R., Rosén, M. (2003). Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data; *Health Policy*, 65(2): pp 101–7.

Silverman, E., Skinner, J. (2004). Medicare up-coding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23: pp 369–89.

Silverman, E., Skinner, J., (2004). «Medicare Upcoding and Hospital Ownership», *Journal of Health Economics* 23.

Simborg, D.W. (1981). DRG creep: a new hospital-acquired disease. *New England Journal of Medicine*, 304: pp 1602–4.

Steinbusch, P.J., Oostenbrink, J.B., Zuurbier, J.J., Schaepkens, F.J., (2007). The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy*, 81: pp 289–99.

Street, A., Dawson, D., (2002). Costing hospital activity: the experience with healthcare resource groups in England. *European Journal of Health Economics*, 3:pp 3–9.

Street, A., O'Reilly, J., Ward P. and Mason, A., (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges, *Diagnosis Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2011.

Theodorou, M., & Mitrosili, M., (1999). *Health Services/Hospital, Vol. III, Structure and Function of the Greek Health Care System*, Open University of Patras. [book in Greek].

Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C., Cylus, J., (2012) Cyprus: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14(6): pp1–128

Tuschen, K.H., NTrefz, U.,N, (2004). *Krankenhausentgeltgesetz: Kommentar*. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO, (2000). *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva.

WHO, (2013). World Health Organization, The right to health, Fact sheet N°323, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>>

WHO, (2013a). Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product, Global Health Observatory (GHO) data <http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas.html> [accessed 29.06.2015]

WHO, (2013b). Health expenditure ratios, by country, 1995-2013 Cyprus Global, Health Observatory Data Repository, (GHO) data <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOCYP?lang=en>> [accessed 29.06.2015]

Wolfgang B, Ulrich A, Wilhelm K, Mishael M. (2005), «First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries». J Public Health 13:128–137

Ελληνικές Βιβλιογραφικές Πηγές

Αλετράς Β., Μασσαγγάνης Μ. Νιάκας Δ., (2002), «Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας», Τόμος Α', Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.

ΟΑΥ, (2012). NHIS Implementation Proposal, Presentation Nicosia Cyprus, Health Insurance Organisation, April 2012 <<http://www.hio.org.cy/docs/NHIS%20Implementation%20Proposal.pdf>> [accessed 29.06.2015]

ΟΑΥ, (2013). Ετήσια έκθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, <<http://www.hio.org.cy/docs/annualreport2013.pdf>> [accessed 29.06.2015]

ΟΑΥ, (2015). Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας <<http://www.hio.org.cy/index.html>> [accessed 29.06.2015]

Υφαντόπουλος Γ., (2006), Τα οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα