



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Θεωρητική προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από
την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης

ΟΛΓΑ ΡΙΖΑΚΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΡΩΞΑΝΗ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Θεωρητική προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από
την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης

ΟΛΓΑ ΡΙΖΑΚΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
ΡΩΞΑΝΗ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την κα Ρωξάνη Καραγιάννη, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της Διατριβής μου για την πολύτιμη καθοδήγηση και συμβολή της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησής της. Τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Ανδρέα Παυλάκη, Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο της θεματικής ενότητας και τον κ. Μιχάλη Τάλια για τις επικοινωνιακές παρατηρήσεις τους στην ολοκλήρωση της συγγραφής της εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά όλους τους Συντονιστές των θεματικών ενότητων από την αρχή του μεταπτυχιακού προγράμματος, Νικόλαο Μανιαδάκη, Χαράλαμπο Οικονόμου, Μιχάλη Τάλια καθώς και τους καθηγητές μου κα Δάφνη Καϊτελίδου, κα Κωρίνα Κατσαλιάκη και κα Θάλεια Μπελλάλη.

Τέλος ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένειά μου για την ηθική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, για την υπομονή και κατανόηση που επέδειξαν έως την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού μου προγράμματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ.....	8
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο – ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο – ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	
2.1. Εισαγωγή.....	12
2.2. Θεωρητική ανάλυση των DRGs.....	12
2.2.1. Ορισμός.....	12
2.2.2. Ιστορική εξέλιξη.....	13
2.2.3. Δομή των DRGs.....	14
2.2.4. Κωδικοποίηση- Μεθοδολογία.....	17
2.2.5 Αξιολόγηση του συστήματος των DRGs.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο – ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ	
3.1 Εισαγωγή.....	21
3.2. Σκοπός και Προσδοκίες της εισαγωγής των DRGs.....	21
3.3. Αυστρία.....	24
3.3.1. Αυστριακό σύστημα υγείας.....	24
3.3.2 Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Αυστρία.....	28
3.4. Αγγλία.....	30
3.4.1. Το σύστημα υγείας στην Αγγλία.....	30
3.4.2 Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Αγγλία.....	32
3.5. Πορτογαλία.....	35
3.5.1. Το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας.....	35
3.5.2. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Πορτογαλία.....	38
3.6. Γερμανία.....	39
3.6.1. Το σύστημα υγείας στην Γερμανία (G-DRG).....	39
3.6.2. Αξιολόγηση από την εφαρμογή του G-DRGs.....	41
3.7. Γαλλία.....	41
3.7.1 Το σύστημα υγείας στη Γαλλία.....	41
3.7.2. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στη Γαλλία	44
3.8. Ελλάδα.....	45

3.8.1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	45
3.8.2. Αξιολόγηση εφαρμογής των DRGs-KEN.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	
4.1. Συμπεράσματα- Συζήτηση.....	57
4.2. Προτάσεις βελτίωσης των DRGs.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας ανάγκασε πολλές χώρες να εγκαταλείψουν τις παραδοσιακές αναδρομικές μεθόδους αποζημίωσης των νοσοκομείων και να τις αντικαταστήσουν με τις προοπτικές μεθόδους αποζημίωσης ώστε να συνδυάζουν τις ανάγκες των ασθενών με ταυτόχρονη συγκράτηση του κόστους. Μια μέθοδος προοπτικής αποζημίωσης είναι η εφαρμογή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups-DRGs). Η εφαρμογή του ξεκίνησε για πρώτη φορά το 1983 στις Η.Π.Α από τον Fetter. Η εισαγωγή των DRGs συστημάτων έχει επηρεάσει θετικά τα νοσοκομεία δίνοντας κίνητρα για περιορισμό των δαπανών, για βελτίωση της διαφάνειας και της αποδοτικότητας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τονιστεί η σημαντικότητα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs, να αναδειχτούν τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες που προκύπτουν από τη μέχρι τώρα εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης όπως Αυστρία, Αγγλία, Γερμανία Πορτογαλία Γαλλία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της εφαρμογής των DRGs θεωρούμε ότι θα συμβάλει στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων από την μέχρι τώρα πιλοτική εφαρμογή των ΚΕΝ στη χώρα μας.

Μεθοδολογία: Η εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε μηχανές αναζήτησης όπως, Pub med, Scholar Google.

Συμπεράσματα: Κάθε χώρα που εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα DRGs καταβάλει προσπάθειες να επιτύχει τους στόχους που έθεσε πρωταρχικά ως προς την αύξηση της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, περιορίζοντας τις δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα στην Αυστρία οι DRGs επέφεραν σημαντική βελτίωση στην χρηματοδότηση όμως απαιτούνται περαιτέρω βελτιώσεις. Στην Αγγλία παρατηρήθηκε αύξηση της απόδοσης, χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στην Πορτογαλία επετεύχθη αύξηση της αποτελεσματικότητας, μειώνοντας τον χρόνο αναμονής για νοσηλεία. Στο γερμανικό σύστημα υγείας οι DRGs σημείωσαν επιτυχία και έγιναν ευρέως αποδεκτές συνεχίζεται όμως η προσπάθεια βελτίωσης θέτοντας υψηλότερους στόχους. Η εμπειρία που αποκομίστηκε από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες θα βοηθήσει την Ελλάδα σε επίπεδο οργάνωσης και αποτελεσματικότητας του συστήματος των DRGs.

ABSTRACT

Introduction: The increase of costs in the field of Health (in the Health sector) forced many countries to relinquish the traditional methods of retroactive compensation of hospitals and to substitute these methods with perspective ones so as to combine the patients' needs with the simultaneous restraint of costs. One method of perspective compensation is the implementation of the Diagnosis Related Groups (DRGs). Its application was initiated for the first time in 1983 in the US by Fetter. The introduction of DRGs systems has positively affected hospitals by giving motives to reduce costs, improve lucidity and productivity.

Objective: The aim of the present thesis is to highlight the importance of implementing the DRGs system, to illustrate the benefits and the weaknesses that have arisen since its implementation in European countries such as Austria, Germany, Portugal and France. The bibliographic retrospection of the application of DRGs we believe it will contribute to the understanding of the outcome that has come to light since the pilot application of KEN in our country.

Methodology: The thesis is comprised of bibliographic reviews of the international bibliography (literature) using search engines such as Pub med and Scholar Google.

Conclusion: Every country, that implements a particular system DRGs, is making a great effort to succeed in the goals it set initially in terms of lucidity increase, productivity and quality, limiting the costs. More specifically, in Austria the DRGs incurred immense improvement in financing, yet further improvements are required. In England, it has been observed a raise in productivity without a reduction in the quality of hospital care. In Portugal, a rise in effectiveness was achieved dropping the time on the waiting list for hospitalization. In the German health system, the DRGs achieved success and became widely accepted though the effort to improve is continued by setting higher goals. The experience gained from the other European countries will assist Greece with reference to organization and effectiveness of the DRGs system.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 2.1. Κωδικοποίηση των διαγνώσεων και διαδικασιών στην Ευρώπη

Πίνακας 3.1. Χρόνος και σκοπός της εισαγωγής του συστήματος DRGs στην Ευρώπη

Πίνακας 3.2 Περιεχόμενο του MBDS

Πίνακας 3.8.1. Αναθεώρηση ονοματολογίας και κωδικοποίηση

Πίνακας 3.8.2. Αναθεώρηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

Πίνακας 3.8.3. Προσαρμογή και Αναθεώρηση των τιμών

Πίνακας 3.8.4. Ομοιότητες/ διαφορές στους δείκτες Ελλάδας / Αυστραλίας, κοστολόγηση Επιτροπής

Πίνακας 3.8.5. Κέντρα κόστους

Πίνακας 3.8.6. Δείγμα αντιστοίχισης κωδικών ICD-10, Ιατρικών Πράξεων με ΚΕΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα: 2.1. Η βασική δομή των DRGs συστημάτων

Διάγραμμα: 2.2. Εισαγωγή των DRGs με βάση τη χρηματοδότηση του προϋπολογισμού και της αποζημίωσης στις χώρες της Ευρώπης

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, η αύξηση των αναγκών και των προσδοκιών των καταναλωτών υγείας, αλλά και η διόγκωση των δαπανών οδήγησαν τα υγειονομικά συστήματα υγείας στην αντιμετώπιση νέων διλημμάτων και προβλημάτων στα οποία πρέπει να δοθούν απαντήσεις για την επίλυσή τους. Βασικό πρόβλημα των υγειονομικών συστημάτων αποτελεί η χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να βρεθούν κατάλληλοι μέθοδοι αποζημιώσεων ώστε να εξασφαλίζεται η αποδοτικότητα και η ποιότητα στην περίθαλψη, μειώνοντας το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η έξαρση των δαπανών στον τομέα της υγείας ανάγκασε πολλές χώρες να εγκαταλείψουν τις παραδοσιακές αναδρομικές μεθόδους αποζημίωσης των νοσοκομείων και να τις αντικαταστήσουν με τις προοπτικές συνδυάζοντας τις ανάγκες των ασθενών με ταυτόχρονη συγκράτηση των δαπανών. Μια μέθοδος προοπτικής αποζημίωσης είναι η εφαρμογή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups-DRGs). Κάθε χώρα που την εισήγαγε ακολούθησε διαφορετική διαδρομή σε διαφορετική χρονική στιγμή και με διαφορετικό σκοπό. Το σύστημα των DRGs το οποίο εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τη δεκαετία του '80 και στη συνέχεια εισήχθηκε και σε χώρες της Ευρώπης, συνεχίζει να εφαρμόζεται επιτυχώς μέχρι και σήμερα εμφανίζοντας όμως και κάποιες αδυναμίες. Στην Ελλάδα εισήχθηκε για πρώτη φορά εσπευσμένα στα τέλη του 2011 με την ονομασία Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια – (KEN) με βασικό στόχο τη μείωση των δαπανών στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τονιστεί η σημαντικότητα της εφαρμογής του συστήματος των DRGs, να αναδειχτούν τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες που προκύπτουν από τη μέχρι τώρα εφαρμογή του στις χώρες της Ευρώπης όπως Αυστρία, Αγγλία, Γερμανία Πορτογαλία Γαλλία. Στην Ελλάδα ιδιαίτερα, είναι

σημαντική μια αντίστοιχη βιβλιογραφική ανασκόπηση, γιατί θεωρείται επίκαιρη και παρουσιάζει ενδιαφέρον η μελέτη της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η θεωρητική ανάλυση των DRGs συστημάτων περιγράφοντας τη μεθοδολογία, τη δομή τους και τους μηχανισμούς κωδικοποίησης. Στη συνέχεια προβάλλονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την ευρεία εφαρμογή τους. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η εφαρμογή των DRGs συστημάτων σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες και τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθενται συμπεράσματα.

Κεφάλαιο Δεύτερο

ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

2.1. Εισαγωγή

Εξαιτίας των διογκωμένων δαπανών στα νοσοκομεία και των αυξανόμενων αναγκών κάλυψης υπηρεσιών υγείας των ασθενών, προέκυψαν ζητήματα όπως το αν θα υπάρξει σωστός προϋπολογισμός, ώστε να επιτευχθεί ισότητα στην πρόσβαση, ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας χωρίς να αυξάνεται το κόστος και η κατανάλωση. Αυτά τα ζητήματα οδήγησαν τις ευρωπαϊκές χώρες να αναζητήσουν ένα καινούριο σύστημα αποζημιώσεων των νοσοκομείων με σκοπό τον περιορισμό του κόστους χωρίς μείωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το νέο αυτό σύστημα βασίζεται στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες.

2.2 Θεωρητική ανάλυση των DRGs

2.2.1 Ορισμός

Οι DRGs είναι ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών σύμφωνα με το οποίο συλλέγονται δεδομένα που αφορούν ασθενείς, θεραπείες και παροχές, οι ασθενείς ταξινομούνται σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, ανάλογα με το κόστος των καταναλωθέντων πόρων της θεραπείας τους και ανάλογα με την κλινική υποστήριξη που τους παρέχεται (Quentin et al, 2011).

Οι DRGs συγκεντρώνουν ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών ασθενών των νοσοκομείων, σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, παρέχοντας έτσι ένα μέτρο

σύγκρισης των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων. Μ' άλλα λόγια οι DRGs διευκολύνουν τις συγκρίσεις δαπανών μεταξύ των νοσοκομείων και βοηθούν στην αύξηση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της διαφάνειας στα νοσοκομεία (Quentin et al, 2011).

2.2.2 Ιστορική εξέλιξη

Στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος της αύξησης των δαπανών στα νοσοκομεία, ο καθηγητής Fetter και οι συνεργάτες του το 1960 στο Πανεπιστήμιο του Yale επιχειρούσαν να μετρήσουν το κόστος παραγωγικότητας των νοσοκομείων. Η ίδρυση ενός προγράμματος Medicare Program το 1965 ήταν η αφορμή ώστε περίπου 20 χρόνια μετά να εφαρμοστούν σε αυτό το πρόγραμμα οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Fetter, 1993).

Η πρώτη έκδοση των DRGs αναπτύχθηκε το 1973 και αποτελούνταν από 54 μεγάλες κατηγορίες και 333 ομάδες, η δεύτερη έκδοση αποτελούνταν από 83 κύριες ομάδες και 383 μικρές, ενώ η τρίτη έκδοση αναπτύχθηκε το 1978 για την Πολιτεία του New Jersey ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων. Η τελική (πρωτότυπη) έκδοση δημιουργήθηκε από μια ομάδα διαχείρισης συστημάτων υγείας (Health Systems Management Group) στο Πανεπιστήμιο του Yale σε συνεργασία με το Οικονομικό Τμήμα Φροντίδας Υγείας (Health Care Financing Administration-HCFA) με σκοπό την ανάπτυξη του συστήματος ταξινόμησης των εσωτερικών ασθενών στα νοσοκομεία. Το σύστημα προοπτικής αποζημίωσης όπως ονομάστηκε, και που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1983 για το Medicare Program, βασίστηκε στην πρώτη έκδοση του HCFA-DRG συστήματος και αποτελείται από 23 κύριες ομάδες και 470 μικρές (Fetter et al., 1980).

Το 1984 άρχισε να εφαρμόζεται στην αρχή από μερικές χώρες της Ευρώπης και αργότερα και από τις 15 χώρες, οι οποίες συμφώνησαν να ακολουθήσουν το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης Ασθενών το οποίο συνεχίζουν να εφαρμόζουν μέχρι και σήμερα (Tzavaras et al, 2006). Από τις χώρες της Ευρώπης η Πορτογαλία εφάρμοσε πρώτη τις DRGs το 1988 και ακολούθησε η Νορβηγία την περίοδο 1991-1993 σε επιλεγμένα νοσοκομεία και η Ιρλανδία το 1993 (Magnussen και Solstad, 1994). Μετά

από τριάντα χρόνια εφαρμογής, οι DRGs αποτελούν το μοναδικό σύστημα ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification System-PCS) και εφαρμόζονται διεθνώς (Wiley, 2011).

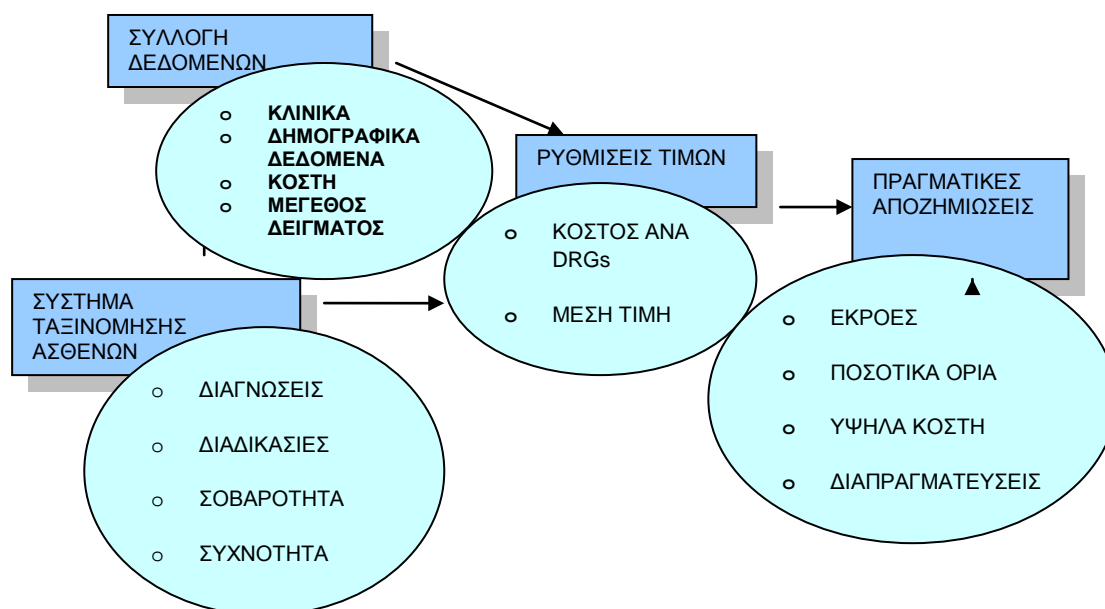
Κατά την εισαγωγή των συστημάτων των DRGs στις χώρες της Ευρώπης, υπήρχαν δύο εναλλακτικές επιλογές: α) ή να υιοθετηθεί το σύστημα των DRGs που ήδη εφαρμοζόταν σε χώρες του εξωτερικού (όπως Η.Π.Α, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ) ή β) να δημιουργηθεί από το μηδέν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Πολλές χώρες της Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα των DRGs που ήδη εφαρμοζόταν και το χρησιμοποίησαν ως βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη των δικών τους συστημάτων. Οι χώρες Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία και Σουηδία χρησιμοποιούν συστήματα που εισήχθησαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 στις ΗΠΑ, η Γερμανία και η Ιρλανδία το σύστημα της Αυστραλίας,(AR-DRGs), ενώ η Αυστρία και η Αγγλία έχουν αναπτύξει δικό τους σύστημα DRGs. Η Πολωνία χρησιμοποίησε την αγγλική έκδοση και ανέπτυξε το δικό της σύστημα (Quentin et al, 2011).

2.2.3 Δομή των DRGs

Στο Διάγραμμα 2.1 απεικονίζεται η βασική δομή των DRGs συστημάτων. Το σύστημα ταξινόμησης ασθενών που βρίσκεται στο πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τις διαγνώσεις και τις διαδικασίες, την σοβαρότητα των ασθενειών και τη συχνότητα εμφάνισης. Στο δεύτερο στάδιο, στη συλλογή δεδομένων περιλαμβάνονται τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τα κόστη κατανάλωσης των πόρων και το μέγεθος του δείγματος το οποίο μπορεί να αφορά ένα νοσοκομείο ή ολόκληρο πληθυσμό από το οποίο θα υπολογιστεί η στάθμιση κόστους (cost weights) (Busse, 2010). Στο τρίτο και τέταρτο στάδιο περιλαμβάνεται ο υπολογισμός των τιμών αποζημίωσης ανά κατηγορία κόστους ο οποίος πραγματοποιείται σύμφωνα με τη σύνθεση των ασθενών(case mix). Τα στοιχεία κόστους όμως δεν είναι διαθέσιμα σε αρκετές χώρες γιατί δεν έχουν ανεπτυγμένο το λογιστικό σύστημα κοστολόγησης και γι' αυτό γίνεται υποθετική εκτίμηση. Τα συστήματα των DRGs προσαρμόστηκαν ώστε να συμπεριλάβουν και θεραπείες με χαμηλότερο ή υψηλότερο κόστος από την αποδιδόμενη τιμή (outliers). Αυτό αποτελεί και την αδυναμία των ομάδων των DRGs

να ενσωματώνουν τέτοιου είδους περιπτώσεις θεραπειών (Scheller-Kreinsen et al, 2009).

Διάγραμμα: 2.1. Η βασική δομή των DRGs συστημάτων



Πηγή: Busse (2010), σελ. 18

Η διαδικασία κοστολόγησης – αποζημίωσης μιας DRG δίνεται από τον τύπο (Pierdzioch, 2008):

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

Όπου CMI (Case Mix Index) είναι ο Δείκτης Σύνθεσης ασθενών = $\sum \text{CDRGs} / \text{αριθμός ασθενών}$.

Ο Ειδικός συντελεστής (base rate) διαφοροποιείται ανάλογα με το νοσοκομείο και αποτελεί χρηματική αξία ενός περιστατικού που χρεώνεται από το νοσοκομείο σε μια DRG και περιλαμβάνει μεταβλητές όπως, τοποθεσία του συγκεκριμένου νοσοκομείου και εκπαιδευτικά προγράμματα.

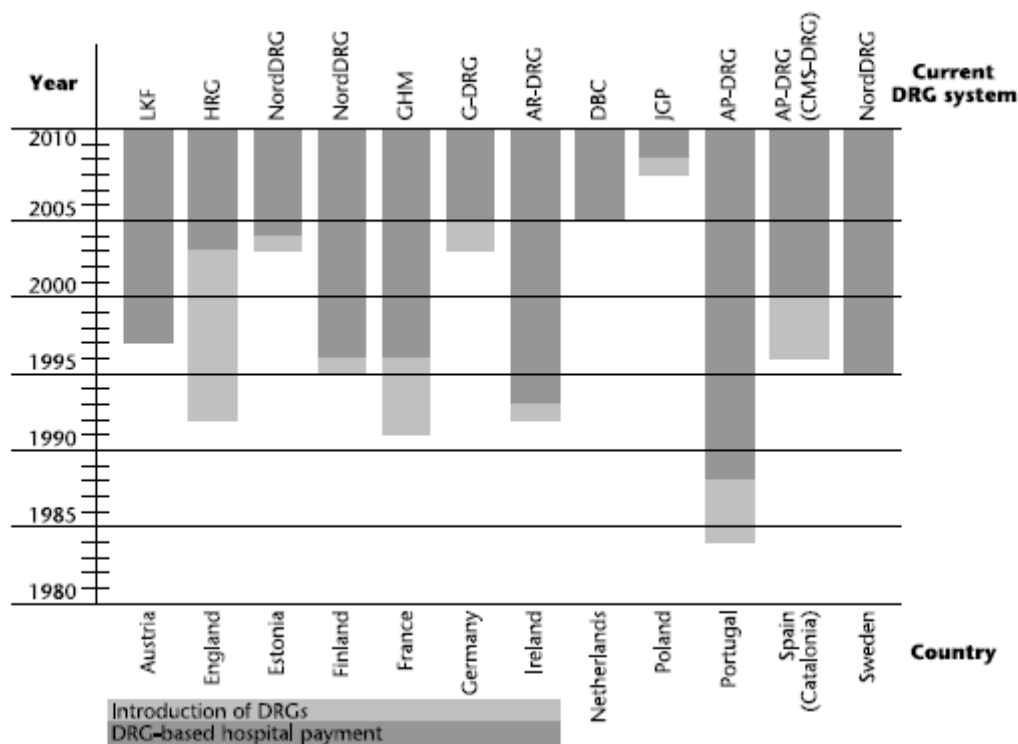
Ο CMI διαμορφώνεται λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία και γεγονότα τα οποία συμβαίνουν κατά τη διάρκεια φροντίδας ενός περιστατικού, καθώς και στοιχεία του ασθενούς όπως, το φύλο, η ηλικία, η βασική και δευτερεύουσα διάγνωση και η βαρύτητα του περιστατικού. Ο δείκτης αυτός αποτελεί έναν αλγόριθμο με τον οποίο

υπολογίζονται τα κόστη ανά DRGs (cost weights). Τα κόστη ανά DRGs υπολογίζονται ως σταθμισμένος μέσος όρος από το δείγμα των επιλεγμένων νοσοκομείων. Το DRG cost weight είναι το μέσο πραγματικό κόστος από όλους τους ασθενείς που συμπεριλαμβάνονται σ' αυτή την DRG (Botz et al.,2006).

Από τον υπολογισμό του κόστους των DRGs συστημάτων εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά, οι μακροχρόνιες περιπτώσεις φροντίδας, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, τα φάρμακα υψηλού κόστους, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ επίσης δεν υπολογίζεται το κεφαλαιουχικό κόστος, η έρευνα, η εκπαίδευση και οι εξωτερικοί ασθενείς. Το κόστος ανά DRGs περιλαμβάνει μόνο το κόστος νοσηλείας, το υποστηρικτικό και το διοικητικό κόστος (Geissler, 2011)

Στο Διάγραμμα 2.2. απεικονίζεται η διαδικασία εισαγωγής του συστήματος των DRGs στις διάφορες χώρες από την αρχή της δεκαετίας του 1980. Όπως φαίνεται οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν ειδικά προσαρμοσμένα σε κάθε χώρα συστήματα. Μόνο η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία υιοθέτησαν συστήματα που εισήχθησαν από την Αυστραλία (Australian Refi Ned, AR- DRGs). Πολλές άλλες επίσης εισάγουν τα συστήματα DRGs από το εξωτερικό χρησιμοποιώντας τα ως σημείο εκκίνησης, τα προσαρμόζουν και αναπτύσσουν σταδιακά δικά τους συστήματα αποζημίωσης. Η Ιρλανδία ξεκίνησε με την εισαγωγή του HCFA- DRGs το 1992 και η Σουηδία το 2003 με τις AR- DRGs. Οι Σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Σουηδία, Εσθονία) αποτελούν ιδιαιτερότητα καθώς συνεργάστηκαν και μοιράστηκαν την προσπάθεια ανάπτυξης προκειμένου να δημιουργηθεί ένα κοινό σύστημα Nord DRG που είναι προσαρμοσμένο στις χώρες αυτές και μπορεί να αποτελέσει παράδειγμα συντονισμού για ένα πανευρωπαϊκό μοντέλο ή ακόμη και ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος.

Διάγραμμα 2.2. Εισαγωγή των DRGs με βάση τη χρηματοδότηση του προϋπολογισμού και της αποζημίωσης στις χώρες της Ευρώπης



Πηγή: Geissler και συν (2011), σελ. 11

2.2.4 Κωδικοποίηση- Μεθοδολογία

Σε όλα τα DRGs συστήματα που ακολουθούν τα διεθνή συστήματα ταξινόμησης, η κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των διαδικασιών είναι σημαντική γιατί αποτελεί τη βάση για τον καθορισμό της ομαδοποίησης των ασθενών. Επειδή οι διαγνώσεις και οι διαδικασίες είναι οι πιο σημαντικές μεταβλητές ταξινόμησης, απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία των DRGs συστημάτων στα νοσοκομεία είναι η σωστή κωδικοποίηση και θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τυποποιημένα συστήματα όπως η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών (International Classification of Diseases - ICD). Το ICD είναι ένα σύστημα ταξινόμησης το οποίο επιτρέπει την καταγραφή, την ερμηνεία και τη σύγκριση των στοιχείων της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που συγκεντρώνονται από διαφορετικές χώρες και σε διαφορετικό χρόνο. Στην αρχή η χρήση του ICD ήταν να ταξινομεί τις αιτίες θνησιμότητας που προέκυπταν από τους καταγεγραμμένους θανάτους, αλλά αργότερα συμπεριέλαβε και τις διαγνώσεις

Πίνακας 2.1. Κωδικοποίηση των διαγνώσεων και διαδικασιών στην Ευρώπη

ΧΩΡΑ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ
Αυστρία	ICD-10-BMSG-2001	Leistungskatalog - Κατάλογος Απόδοσης
Αγγλία	ICD-10	OPCS- Office of Population Censuses and Surveys
Εσθονία	ICD-10	NCSP- Nomesco Classification of Surgical Procedures
Φινλανδία	ICD-10-FI	NCSP-FI- Nomesco Classification of Surgical Procedures
Γαλλία	CIM-10	CCAM - Classification Commune des Actes Medicaux
Γερμανία	ICD-10-GM	OPS - Operationen- und Prozedurenschlüssel
Ιρλανδία	ICD-10-AM	ACHI - Australian Classification of Health Interventions
Ολλανδία	ICD-10	Elektronische DBC Typeringslijst
Πολωνία	ICD-10	ICD-9-CM
Πορτογαλία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Ισπανία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Σουηδία	ICD-10-SE	Προσαρμογή της NCSP -Nomesco Classification of Surgical Procedures
NordDRG	ICD-10	NCSP -Nomesco Classification of Surgical Procedures

Πηγή : Busse et al. (2011).σελ. 43-44

νοσηρότητας. Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών χρησιμοποιείται για να μεταφράσει τις κατηγορίες των ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας, από τις λέξεις σε έναν αλφαριθμητικό κωδικό, ο οποίος επιτρέπει την ανάκτηση, ανάλυση και αποθήκευση των δεδομένων (WHO, 2004).

Στη διαδικασία της κωδικοποίησης υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, γιατί δεν υπάρχουν κοινά διεθνή πρότυπα. Κάθε χώρα ανέπτυξε το δικό της σύστημα και το προσαρμόσε στις δικές της απαιτήσεις. Για την κωδικοποίηση των διαγνώσεων όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1. οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν την 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων την ICD-10. Η Ισπανία και η Πορτογαλία χρησιμοποιούν την προηγούμενη έκδοση του συστήματος την ICD-9. Κάθε χώρα προσαρμόζει το σύστημα κωδικοποίησης σύμφωνα με τα δικά της πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες κάνοντας τις ανάλογες τροποποιήσεις όπως για παράδειγμα η Γερμανία χρησιμοποιεί ενδιάμεσους κωδικούς για τις μόες ή πολλαπλές γεννήσεις. Επίσης και για την κωδικοποίηση των διαδικασιών, επειδή δεν υπάρχουν κοινά πρότυπα, οι διαφορές μεταξύ των χωρών είναι ακόμη μεγαλύτερες. Το σύστημα της Αυστρίας περιλαμβάνει μόνο επιλεγμένες διαδικασίες και συνεπώς αποτελείται μόνο από 1.500 στοιχεία, ενώ το γερμανικό σύστημα κωδικοποίησης διαδικασιών είναι σχεδιασμένο να περιλαμβάνει 30.000 περιπτώσεις, 20 φορές περισσότερες από το αυστριακό σύστημα (Busse et al, 2011).

2.2.5 Αξιολόγηση του συστήματος των DRGs

Η εισαγωγή των DRGs συστημάτων έχει επηρεάσει θετικά τα νοσοκομεία δίνοντας κίνητρα για περιορισμό των δαπανών. Όμως κατά την εφαρμογή τους προέκυψαν σημαντικές αδυναμίες οι οποίες επηρεάζουν την συμπεριφορά των νοσοκομείων ως προς τη λειτουργία τους .

Με την εισαγωγή των DRGs αξιολογείται καλύτερα το νοσοκομειακό κόστος ανά κατηγορία περιπτώσεως και γίνεται πιο αξιόπιστη ανάλυση των πόρων που καταναλώνονται. Λόγω του ολοκληρωμένου ελέγχου του κόστους των χρησιμοποιούμενων πόρων, βελτιώνεται η οικονομική διαχείριση και γίνεται ταυτόχρονα συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας (Μπαλασοπούλου, 2010). Μειώνεται η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, χωρίς να υποβαθμίζεται αξιολογικά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βελτιώνουν το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και κατευθύνουν προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Βελτιώνουν την διοικητική και οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργώντας θέσεις υπευθυνότητας (Γείτονα, 2009). Το σύστημα

των DRGs αυξάνει την διαφάνεια ως προς τις ιατρικές πράξεις και δίνεται λογοδοσία κυρίως από το ιατρικό προσωπικό.

Αντίθετα παρουσιάζει σημαντικό μειονέκτημα ως προς την αύξηση λαθών στην ταξινόμηση και στην ακριβή προσέγγιση της έκτασης της ασθένειας. Υπάρχει διαφοροποίηση των τιμών ανά κατηγορία μεταξύ δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να αλλάξει η χρηματοδότησή τους. Παρατηρείται συχνή εμφάνιση φαινομένου γρήγορης εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο και αύξηση των επανεισαγωγών. Εμφάνιση του φαινομένου *skimping* (Ellis, 1998). Απαιτούνται πλήρεις και επακριβείς δυνατότητες πληροφόρησης, όσο αφορά τις βάσεις δεδομένων (Γείτονα, 2009). Ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα είναι η εμφάνιση του φαινομένου DRGs *creep/ up coding*. Σύμφωνα μ' αυτό, κατατάσσεται η περίπτωση μιας ασθένειας σε υψηλότερη διαγνωστική κατηγορία και αυξάνεται η αποζημίωση. Η εφαρμογή των DRGs δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να προτιμούν περιπτώσεις που ανήκουν σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες για να αυξάνεται η αποζημίωση των νοσοκομείων. Εμφανίζεται το φαινόμενο *cream skinning* και εξυπηρετείται μόνο η αφρόκρεμα των ασθενών γιατί συμφέρουν οικονομικά. Αυξάνεται το πρόβλημα της μη κάλυψης των σοβαρών περιστατικών, και γίνεται επιλογή ασθενών με απλές παθήσεις και χωρίς επιπλοκές αλλά με καθορισμένη διάγνωση και θεραπεία με χαμηλό κόστος. Εμφάνιση του φαινομένου *dumping* (Ellis, 1998). Υπάρχει συγκράτηση του κόστους για τους εσωτερικούς ασθενείς, αλλά ταυτόχρονα γίνεται και στροφή προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Μπαλασοπούλου, 2010).

Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs θεωρείται πολύ σημαντική γιατί στοχεύει στην αύξηση της διαφάνειας, τη δυναμική στην οικονομική διαχείριση, την πραγματική αποτύπωση του κόστους για τις υπηρεσίες που παρέχει και αποζημιώνει. Παρουσιάζονται όμως και κάποιες αδυναμίες που σχετίζονται με την πολυπλοκότητα του συστήματος και την εμφάνιση φαινομένων όπως τα *creep / up coding*, *cream skinning*, *dumping* και *skimping*.

Κεφάλαιο Τρίτο

ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

3.1. Εισαγωγή

Οι DRGs έχουν γίνει σε πολλές χώρες, σε διαφορετικό βαθμό στην κάθε μια, η βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων και τη μέτρηση της παραγωγικότητάς τους (Paris et al, 2010). Ωστόσο ο όρος DRG χρησιμοποιείται ευρέως με διαφορετικές έννοιες ανάλογα με τις χώρες όπου εφαρμόζεται. Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν τις DRGs ως μέτρο για την αξιολόγηση της νοσοκομειακής περίθαλψης όπως η Σουηδία και η Φινλανδία, ενώ σε άλλες χρησιμοποιείται ως η βάση για την νοσοκομειακή αποζημίωση όπως στην Γαλλία και στην Γερμανία. Αυτό οφείλεται εν μέρει στις διαφορετικές διαδικασίες και στο χρόνο εφαρμογής τους από χώρα σε χώρα καθώς και στη διαφορετικότητα στον σχεδιασμό τους που κατά κύριο λόγο έγινε με βάση τις ανάγκες του κάθε συστήματος υγείας (Busse et al, 2006, Schreyögg et al, 2006). Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί ο προσδιορισμός των θετικών και αδύνατων σημείων που προκύπτουν από την εφαρμογή των συστημάτων DRGs στις χώρες της Ευρώπης.

3.2. Σκοπός και Προσδοκίες της εισαγωγής των DRGs

Οι DRGs εισήχθησαν στις ευρωπαϊκές χώρες για παρόμοιους λόγους ανεξάρτητα από τον τύπο των υγειονομικών συστημάτων, οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: πρώτον για αύξηση της διαφάνειας στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες που επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερα μέσω της ταξινόμησης των ασθενών, της μέτρησης της παραγωγικότητας του νοσοκομείου κ.α. και δεύτερον γιατί τα συστήματα με βάση τις DRGs δύναται να παρέχουν κίνητρα για την αποτελεσματική χρήση των πόρων μέσα στα νοσοκομεία. Επιπλέον ο συνδυασμός της αυξημένης διαφάνειας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων συμβάλει στη βελτίωση ή έστω στην εξασφάλιση του επιπέδου της ποιότητας της περίθαλψης. Ο Πίνακας 3.1 απεικονίζει τον διαφορετικό σκοπό εισαγωγής των DRGs

ανάλογα με τη χώρα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως οι χώρες που υιοθέτησαν από νωρίς τα DRGs κατά κύριο λόγο το έπραξαν για αύξηση της διαφάνειας όπως η Πορτογαλία και η Γαλλία. Οι χώρες που εισήγαγαν τις DRGs αργότερα, όπως η Ολλανδία και η Πολωνία, πρόθεσή τους ήταν η πληρωμή με βάση τις DRGs. Ορισμένες χώρες όπως η Αγγλία, εφάρμοσαν τα πρώτα δέκα χρόνια το σύστημα DRGs αποκλειστικά με σκοπό την ταξινόμηση των ασθενειών, την αύξηση της διαφάνειας και στη συνέχεια ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων. Σε άλλες χώρες όπως στην Ιρλανδία το 1992 και στην Ελλάδα το 2011 ο χρόνος εισαγωγής και εφαρμογής ήταν μικρός.

Ο λόγος για τον οποίο η εισαγωγή των συστημάτων DRGs θεωρήθηκε ότι θα βελτιώσει τη διαφάνεια στη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ότι αυτά τα συστήματα ταξινομούν τον εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών σε ένα περιορισμένο αριθμό ομάδων που εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά (Fetter et al., 1980). Με την κατηγοριοποίηση αυτή οι ασθενείς με παρόμοια χρήση πόρων και έχοντας κοινά κλινικά χαρακτηριστικά κατατάσσονται σε ομάδες επιτρέποντας την ανάδειξη, καταγραφή και ανάλυση της νοσοκομειακής δραστηριότητας κάτι που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατή. Για παράδειγμα για τους διαχειριστές των νοσοκομείων και τους φορείς χάραξης πολιτικών υγείας, είναι ένα εργαλείο σύγκρισης του κόστους νοσηλείας, του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, της ποιότητας μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ή και διαφορετικών τμημάτων του ίδιου νοσοκομείου. Επιπλέον προσφέρεται ένα πλαίσιο για την ακριβή εκτίμηση του κόστους μιας ασθένειας, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά του ασθενή και των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, ιατρικών πράξεων, διαδικασιών που εκτελούνται. Κατά συνέπεια οι DRGs διευκολύνουν τις συγκρίσεις στην απόδοση, στο benchmarking καθώς και στην αύξηση της διαφάνειας συμβάλλοντας στο έργο των φορέων χάραξης πολιτικών. Ειδικά στα υγειονομικά συστήματα που παραδοσιακά χρησιμοποιούσαν αναλογικό προϋπολογισμό ως μέσο χρηματοδότησης των νοσοκομείων, οι οικονομικοί διαχειριστές είχαν πολύ λίγες πληροφορίες σχετικά με τα είδη των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνταν και το κόστος αυτών. Σκοπός της μεθόδου είναι όχι μόνο να αποζημιώνει τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών με βάση το πραγματικό κόστος αλλά και να αποθαρρύνει την παροχή περιττών υπηρεσιών.

Πίνακας 3.1. Χρόνος και σκοπός της εισαγωγής του συστήματος DRGs στην Ευρώπη

Χώρες	Χρόνος εισαγωγής	Αρχικός σκοπός (-οί)	Κύριος σκοπός για το 2010
Αυστρία	1997	Χορήγηση χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό	Σχεδιασμός χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό
Αγγλία	1992	Ταξινόμηση της ασθένειας	Αποζημίωση
Εσθονία	2003	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Φινλανδία	1995	Περιγραφή παραγωγικότητας νοσοκομείου, συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking)	Σχεδιασμός και διαχείριση, Συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking), τιμολόγηση νοσοκομειακών υπηρεσιών
Γαλλία	1991	Περιγραφή παραγωγικότητας νοσοκομείου	Αποζημίωση
Γερμανία	2003	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Ιρλανδία	1992	Χορήγηση χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό	Κατανομή χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό
Δανία	2005	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Πολωνία	2008	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Πορτογαλία	1984	Προϋπολογισμός εξόδων νοσοκομείου	Χορήγηση χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό
Ισπανία (Καταλονία)	1996	Αποζημίωση	Αποζημίωση, συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking),
Σουηδία	1995	Αποζημίωση	Συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking), μέτρηση απόδοσης

Πηγή: Geissler και συν. (2011), σελ. 10

3.3. Αυστρία

3.3.1. Αυστριακό σύστημα υγείας

Στην Αυστρία η ευθύνη για τον συντονισμό, τον σχεδιασμό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η χρηματοδότηση, παραδοσιακά μοιράζεται μεταξύ της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης, των εννέα κρατιδίων και των δήμων τους. Επιπλέον αυτοδιοικούμενα όργανα που εκπροσωπούν τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τη θέσπιση νόμων, ενώ για την εφαρμογή τους την ευθύνη έχουν τα κρατίδια τα οποία μπορούν να περάσουν νόμους που σχετίζονται με την περίθαλψη. Στην πράξη η Ομοσπονδιακή Επιτροπή Υγείας θέτει τα πλαίσια που αφορούν την υγεία σε επίπεδο φορέων κοινωνικής ασφάλισης και Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης. Οι ασθενείς και οι ιδιοκτήτες νοσοκομείων εκπροσωπούνται στις επιτροπές υγείας (Hofmarcher & Rack, 2006)

Σύμφωνα με το Σύνταγμα κάθε τέσσερα χρόνια η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση ρυθμίζει και συντονίζει τα συνταγματικά της καθήκοντα. Μέρος αυτών είναι η κατάρτιση διαρθρωτικού σχεδίου για τον τομέα της υγείας. Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη καταρτίζεται ένα σχέδιο με πρότυπα, σχετικά με τη διαθεσιμότητα των υποδομών με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και διαθεσιμότητα σε κλίνες. Τα κρατίδια υποχρεούνται να διασφαλίσουν για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ότι τηρούνται οι ελάχιστες προδιαγραφές και ότι επιτυγχάνονται τα σχέδια και πρότυπα για την υγεία που καθορίζονται από την περιφέρεια. Από τις αρχές του 1990, οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ραγδαία, τόσο σε απόλυτους όρους όσο και ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Συνολικά οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από περίπου 10 δισεκατομμύρια € (7,4% του ΑΕΠ) το 1990 σε 26 δισεκατομμύρια € (9,2% του ΑΕΠ) το 2008 (Στατιστική Υπηρεσία Αυστρίας, 2010). Την ίδια περίοδο αυξήθηκαν ελαφρώς από 73,4% το 1990 σε 76,9% το 2008 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Η συμμετοχή στην ασφάλιση υγείας (SHI) είναι υποχρεωτική για σχεδόν το 99% του πληθυσμού και αυτό εξαρτάται είτε από το επάγγελμα, είτε από την περιοχή κατοικίας. Τα έσοδα, οι εισφορές στον ασφαλιστικό οργανισμό επιβαρύνουν εξίσου τον εργοδότη και τον

εργαζόμενο και ανέρχονται σε περίπου 46% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Ένα άλλο 30% των δαπανών καταβάλλεται από τους φόρους. Ενώ ένα 24% καταβάλλεται από πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση ή από ιδιωτικές πληρωμές (Thomson et al., 2009). Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αναθέτει καθήκοντα σε καθένα από τα εννέα κρατίδια για τη σύναψη συμβάσεων με αντιπροσώπους των ιατρών και των φαρμακοποιών οι οποίοι διαπραγματεύονται τις τιμές και τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρών καθώς και της επιστροφής των χρημάτων από τα φάρμακα αντίστοιχα. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τρεις κατηγορίες παρόχων: των αυτοαπασχολούμενων ιατρών, των εξωτερικών ιατρείων των ιδιωτικών κλινικών και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται σε μεγάλο ποσοστό από δημόσια νοσοκομεία και χρηματοδοτείται μέσω του Ταμείου Υγείας του κράτους (SHF). Από το 1997 οι πόροι έχουν διατεθεί στα νοσοκομεία με βάση τις επιδόσεις τους. Η εισαγωγή του πλαισίου LKF (κατάλογος διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων που εξήχθη από τροποποιήσεις του καταλόγου Διεθνούς Ταξινόμησης διαγνώσεων και διαδικασιών ICD-10) έχει μετατοπίσει την κατανομή των προϋπολογισμών στα νοσοκομεία για τις περισσότερες υπηρεσίες όχι με την ημερήσια αποζημίωση αλλά με την ταξινόμηση των ασθενών με βάση τις DRGs. Εφαρμόζεται σε όλες τις υπηρεσίες νοσηλείας συμπεριλαμβανομένου της αποκατάστασης και της ψυχιατρικής φροντίδας ενώ ο κατάλογος LKF-PCS ισχύει για νοσηλεία στα επείγοντα.

Η LKF ταξινόμηση ασθενών λαμβάνει πληροφορίες από τη βάση δεδομένων MBDS¹ που τα νοσοκομεία οφείλουν να ενημερώνουν για κάθε εισαγωγή. Στον Πίνακα 3.2. παρουσιάζονται τα δεδομένα που περιλαμβάνονται στα MBDS και είναι:

- 1) οι ιατρικές πράξεις και διαδικασίες
- 2) η κύρια διάγνωση
- 3) η ηλικιακή κατηγορία
- 4) δευτερεύουσες διαγνώσεις
- 5) θεραπεία σε ειδικά τμήματα όπως γηριατρική φροντίδα παρηγορητικές υπηρεσίες, νευροψυχιατρικά τμήματα, τμήματα για παιδιά και νέους.

¹ Βάση δεδομένων του Υπουργείου Υγείας που περιέχει συγκεντρωτικά δεδομένα από όλα τα νοσοκομεία

Πίνακας 3.2. Περιεχόμενο του MBDS

	Δεδομένα εισαγωγής	Δεδομένα ασθενούς
Διοικητικά δεδομένα	Κώδικας νοσοκομείου	Ημερομηνία γέννησης
	Κωδικός εισαγωγής και ημερομηνία	Φύλο
	Τύπος εισαγωγής	Ιθαγένεια
	Υπηρεσίες και μεταφορές	Κύρια κατοικία
	Ημερομηνίας εξόδου και τύπος	Ασφάλιση ή φορέας χρηματοδότησης
Ιατρικά δεδομένα	Κύρια διάγνωση (ICD-10 BMSG 2001)	
	Οποιοσδήποτε επιπλέον διαγνώσεις (ICD-10 BMSG 2001)	
	Οποιοσδήποτε επιπλέον υπηρεσίες από τον κατάλογο των ιατρικών πράξεων	
LKF βάση (μόνο αν απαιτείται από την αντίστοιχη SHF)	LDF (κατάλογος με ακριβές διαδικασίες)	
	Βαθμολογία LDF	
	Βαθμολογία για ακραίες τιμές	
	Επιπλέον κόστος για διαμονή σε ΜΕΘ	
	Επιπλέον κόστος για διαμονή για πολλαπλές θεραπείες	
	Χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών	
	Συνολική βαθμολογία	

Πηγή: Kobel και Pfeiffer (2011), σελ. 183

Οι ιατρικές πράξεις συνοψίζονται σε ομάδες, στο ίδιο επίπεδο κατάταξης με το base – DRGs. Σε αντίθεση όμως με τους εκτενείς καταλόγους των ιατρικών πράξεων των άλλων χωρών, ο αυστριακός κατάλογος περιέχει 1500 ιατρικές πράξεις, από χειρουργικές πράξεις για θεραπεία του καρκίνου έως διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιώντας σύγχρονο εξοπλισμό. Επίσης συλλέγονται στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο και οι ημέρες νοσηλείας. Υπάρχει σύνδεση μεταξύ των LKF και του καταλόγου ιατρικών πράξεων. Στον κατάλογο υπάρχει και μια ομάδα με υψηλό κόστους ιατρικές πράξεις που μεμονωμένα χρησιμοποιούνται. Τα ειδικά αυτά τμήματα με τις ακριβές ιατρικές πράξεις πολύ σπάνια χρησιμοποιούνται για την κατάταξη των ασθενών.

Οι DRGs βασίζονται στην ταξινόμηση δεδομένων των ασθενών και αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των κατάλληλων πληροφορικών συστημάτων των νοσοκομείων. Διατίθενται δωρεάν από το Υπουργείο Υγείας στα νοσοκομεία και περιλαμβάνει ένα σύνολο στοιχείων που εξασφαλίζουν την ποιότητα και αξιοπιστία στα δεδομένα. Τα πιο σημαντικά στοιχεία που παρέχουν είναι:

- Η αξιοπιστία των διαγνώσεων σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο
- Η αξιοπιστία των ιατρικών πράξεων σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο
- Για κάθε ιατρική πράξη πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον μια διάγνωση
- Κατά πόσο μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη είναι δυνατόν να εφαρμόζεται σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο

Δεδομένης της σημαντικότητας των αληθών στοιχείων για την ακριβή χρέωση της νοσηλείας με το σωστό DRG, σε κάθε SHF (Ταμείο Υγείας του Κράτους) υπάρχει μια ομάδα που είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων στα νοσοκομεία. Ο έλεγχος πραγματοποιείται λαμβάνοντας τυχαία δείγματα από τη βάση δεδομένων της νοσοκομειακής δραστηριότητας, με δομημένη τεκμηρίωση σε σύγκριση με το ιστορικό του ασθενούς. Χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια για να εντοπίσουν τα κύρια προβλήματα όπως η εσφαλμένη κύρια διάγνωση, λανθασμένοι κωδικοί ICD-10, ελλείψεις ιατρικών πράξεων ή δευτερεύουσες διαγνώσεις κ.α.. Ορισμένα κρατίδια εφαρμόζουν ειδικούς αλγόριθμους για τον εντοπισμό ύποπτων δεδομένων (Pfeiffer, 2002a). Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η ποιότητα των δεδομένων.

3.3.2. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Αυστρία

Δέκα χρόνια μετά την εισαγωγή του LKF στην Αυστρία ως βάση για την νοσοκομειακή αποζημίωση και χρηματοδότηση ξεκίνησε μια διαδικασία αξιολόγησης από το Υπουργείο Υγείας. Κάποια από τα ζητήματα που εξετάζονται είναι τα παρακάτω:

Η κατάταξη σε ακριβότερο DRG ή up-coding, αποτελεί ζήτημα που δεν εμφανίζεται ιδιαίτερα στο σύστημα της Αυστρίας και αυτό επειδή ελάχιστα χρησιμοποιούνται κωδικοί που αντιστοιχούν στα επίπεδα σοβαρών ασθενειών ή δευτερευόντων διαγνώσεων. Συχνότερα οι ασθενείς ταξινομούνται με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η ηλικία ή οι προβλεπόμενες ιατρικές πράξεις. Επίσης προβλέπονται κυρώσεις εάν παρατηρηθεί up-coding, ωστόσο τα νοσοκομεία δεν έχουν υποστεί κυρώσεις ακόμη και στις περιπτώσεις που έχουν εντοπιστεί.

Σχετικά με την ποιότητα στον κατάλογο LKF, δεν έχουν οριστεί επιπλέον κονδύλια στον προϋπολογισμό για το σκοπό αυτό, υπάρχουν μόνο προδιαγραφές κατάταξης που σχετίζονται με το μέγεθος του νοσοκομείου, τη διαθεσιμότητά του, την υποδομή και το προσωπικό του καθώς και το κατώτερο όριο πληρότητας. Οι προϋπολογισμοί των SHFs διανέμονται ανάλογα με τη βάση της LDF όπου καταγράφεται η παραγωγικότητα των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία μπορεί να αυξήσουν το μερίδιο στον προϋπολογισμό παράγοντας μεγαλύτερο σκορ LDF, για παράδειγμα από το είδος της θεραπείας που εφαρμόζουν στους ασθενείς μιας ημέρας. Επειδή ο συνολικός προϋπολογισμός είναι καθορισμένος, αυξάνοντας το σκορ LDF ένα νοσοκομείο, μειώνονται τα διαθέσιμα χρήματα για τα υπόλοιπα. Επίσης υπάρχει η δικλείδα ασφαλείας για κάθε νοσοκομείο για την αποφυγή της ανεξέλεγκτης ανάπτυξης των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου, όπου εάν παράγει περισσότερο από το επιτρεπόμενο σκορ LDF, η αξία του σκορ μειώνεται.

Η ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στον αυστριακό κατάλογο των ιατρικών πράξεων και ο κατάλογος LKF ακολουθεί αρκετά πολύπλοκα βήματα. Τα νοσοκομεία που θέλουν να χρησιμοποιήσουν υψηλών προδιαγραφών τεχνολογία

συντάσσουν μια αίτηση όπου λεπτομερώς περιγράφεται η τεχνολογία που επιθυμεί να χρησιμοποιήσει και το κόστος αυτής. Στη συνέχεια υποβάλλεται από τα νοσοκομεία στην αντίστοιχη SHF χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο έντυπο που βρίσκεται και στην ηλεκτρονική πλατφόρμα του Υπουργείου Υγείας. Στο SHF αξιολογούν τα αιτήματα και τα διαβιβάζουν στο τμήμα LKF του Υπουργείου Υγείας όπου αξιολογούνται οι ιατρικές και οικονομικές πτυχές τους. Σε περίπτωση θετικής αξιολόγησης, οι νέες τεχνολογίες προσωρινά περιλαμβάνονται στον κατάλογο των ιατρικών πράξεων, σε εθνικό επίπεδο, για δύο χρόνια. Εντούτοις, η χρησιμοποίηση συχνά περιορίζεται σε περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων με βάση ορισμένα δομικά κριτήρια όπως ο αριθμός των κλινών ή ο τύπος του νοσοκομείου. Οι νέες τεχνολογίες δεν κοστολογούνται ξεχωριστά από τις υπάρχουσες. Μετά από δύο χρόνια αξιολογούνται με βάση των ιατρικών στοιχείων. Για την απόλυτη ένταξη υπολογίζονται όλα τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί (BMGFJ, 2008).

Τελικά διαπιστώθηκε από πολλούς ερευνητές (Frick et al., 2001, Theurl & Winner, 2007) ότι η εισαγωγή του LKF πλαισίου είχε συνολικά πτωτική επίδραση στην επισκεψιμότητα εξαιτίας της μακροπρόθεσμης τάσης μείωσης της διάρκειας των ημερών νοσηλείας, σε κάποιες ειδικότητες. Υπήρξε όμως μία αύξηση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων και μείωση στα ετήσια κόστη νοσηλείας (Theurl & Winner, 2007). Επιπλέον τονίστηκε ότι η εισαγωγή του LKF – PCS έχει περιορισμένη επίδραση στην μετατόπιση από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στην περίθαλψη μιας ημέρας, παρόλο που παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό της ημερήσιας φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία. Ωστόσο η πλειονότητα αυτών των περιπτώσεων δεν αντικαθιστά τις εισαγωγές για νοσηλεία. Άντ' αυτού παρατηρείται μια στροφή των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία στην περίθαλψη αντίθετο δηλαδή από αυτό που σκοπεύανε (Pfeiffer, 2002b).

Συμπερασματικά η εισαγωγή του LKF πλαισίου επέφερε μια σημαντική βελτίωση στη χρηματοδότηση στα νοσοκομεία της Αυστρίας. Τα νοσοκομεία αναφέρουν λεπτομερή στοιχεία της δραστηριότητάς τους, συμβάλλοντας στην αύξηση της διαφάνειας και στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την τεκμηρίωση. Δεκαπέντε χρόνια μετά την εισαγωγή του πλαισίου LKF έχει σε ένα βαθμό επιτύχει το σκοπό του, απαιτούνται όμως μεταρρυθμίσεις που χρειάζονται τη συναίνεση όλων των

ενδιαφερόμενων μερών, συμπεριλαμβανομένης της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των εννέα κρατιδίων, κάτι που είναι δύσκολο να επιτευχθεί.

Η επέκταση του πλαισίου LKF στα εξωτερικά ιατρεία με την προαπαιτούμενη ταξινόμηση είναι το επόμενο βήμα.

3.4. Αγγλία

3.4.1. Το σύστημα υγείας στην Αγγλία

Η Αγγλία ξοδεύει περίπου 8% του ακαθάριστου ΑΕΠ για την υγεία και 87% των δαπανών προέρχεται από το Κράτος (Hawe, 2009). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία (80,3%), τα εθνικά ασφαλιστικά ταμεία (18,4%) και τους ίδιους τους ασθενείς, ιδιωτικά (1,3%). Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν περίπου το 13% της συνολικής δαπάνης για την υγειονομική περίθαλψη και είναι μικρότερη από το μέσο όρο (23%) για τις χώρες της Ευρώπης (Hawe, 2009). Το Υπουργείο Υγείας έχει τη συνολική ευθύνη για το NHS. Οι περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται από δημόσιους φορείς. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπάρχουν οι γενικοί ιατροί που είναι αυτοαπασχολούμενοι παρόλο που πληρώνονται από δημόσιους πόρους και συνεργάζονται με νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη τα νοσοκομεία ομαδοποιούνται σε νομικά πρόσωπα γνωστά ως NHS Trusts. Τα 168 NHS Trusts καλύπτουν γενικά νοσοκομεία, περίπου 1600 και 10 ειδικά νοσοκομεία, 12 Trusts ασθενοφόρων που παρέχουν μεταφορά για επείγουσα φροντίδα αλλά και τακτική, προγραμματισμένη μεταφορά. Υπάρχουν επίσης 73 NHS Trusts για νοσοκομεία ψυχικής υγείας.

Το 2010, το μεγαλύτερο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης (NHS) παρεχόταν από 152 Ιδρύματα πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCT) καθένα από τα οποία καλύπτει πληθυσμό 300.000 με 350.000 ατόμων. Η PCT μπορεί να αγοράσει υπηρεσίες από οποιοδήποτε νοσοκομείο, θεραπευτικά κέντρα συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών παρόχων. Το σύστημα πληρωμών είναι γνωστό ως «πληρωμή εκ του αποτελέσματος» (PBR), η PCT πληρώνει τα νοσοκομεία με μια σταθερή τιμή για κάθε θεραπεία ασθενούς. Για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τμήμα του προϋπολογισμού

όπως η φροντίδα της ψυχικής υγείας και τα υψηλού κόστους φαρμακευτικά προϊόντα, με βάση τις συμβάσεις που έχουν συμφωνηθεί μεταξύ PCT και νοσοκομεία, οι τιμές είναι αντικείμενο διαπραγμάτευσης σε τοπικό επίπεδο.

Η αγγλική έκδοση (HRGs) των DRGs σχετίζεται τόσο με την δράση όσο και με το κόστος. Στις περισσότερες χώρες, ο σκοπός του συστήματος DRGs έχει εξελιχθεί από τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) στην αποζημίωση. Η εξέλιξη ήταν παρόμοια και στην Αγγλία από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 οι HRGs σύμφωνα με τον Sanderson (1995) χρησιμοποιήθηκαν για τρεις βασικούς σκοπούς: Πρώτον για benchmarking παρέχοντας τη βάση για τη συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων του κάθε νοσοκομείου. Δεύτερον τα νοσοκομεία ενθαρρύνονται να χρησιμοποιήσουν HRGs για να επιτύχουν την εσωτερική διαχείριση των πόρων. Τρίτον για την ενημέρωση της διαδικασίας των συμβάσεων.

Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο είναι ταξινομημένοι σύμφωνα με το σύστημα HRGs. Η ταξινόμηση γίνεται σύμφωνα με τις ιατρικές πράξεις, διαδικασίες, την πρώτη διάγνωση, την ηλικία και τις τυχόν επιπλοκές. Τα σημερινά σύστημα γνωστό ως HRG4 περιέχει περίπου 1.400 ομάδες (σε 22 ενότητες). Η ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη δεν καλύπτεται αλλά υπάρχει η πρόθεση να ενσωματωθεί στο μέλλον (Mason & Goddard, 2009).

Οι HRGs4 χρησιμοποιεί πέντε κωδικούς: Οι δύο πρώτοι χαρακτήρες αντιπροσωπεύουν το κεφάλαιο/ υποκεφάλαιο (για παράδειγμα, BZ = μάτια και καταρράκτης, διαδικασίες και διαταραχές). Οι επόμενοι δύο χαρακτήρες είναι αριθμητικοί και αντιπροσωπεύουν τον αριθμό εντός του κεφαλαίου (για παράδειγμα BZ06 και αντιπροσωπεύει την κατηγορία οφθαλμοπλαστική 2: 19 ετών και άνω). Ο τελευταίος χαρακτήρας (BZ06A) μας δείχνει το επίπεδο της σοβαρότητας της ασθένειας. Σε γενικές γραμμές κωδικός ο «Α» σημαίνει μεγαλύτερη χρήση των πόρων σε σχέση με τον κωδικό «Β», ο οποίος με τη σειρά του σημαίνει μεγαλύτερη χρήση πόρων σε σχέση με τον κωδικό «C» ενώ με «Z» είναι οι ασθενείς που δεν μπορούν να ομαδοποιηθούν εξαιτίας της αναποτελεσματικότητας των δεδομένων. Οι ασθενείς ταξινομούνται με βάση τις διαγνώσεις (ICD-10), τις διαδικασίες/ ιατρικές πράξεις (OPCs), τη σοβαρότητα, σύμφωνα με δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) καθώς και σύμφωνα με τη χρήση των πόρων (ημέρες νοσηλείας). Ανάλογα με την

πολυπλοκότητα της νόσου υπάρχουν τρεις διαστάσεις, «χωρίς πολυπλοκότητα C», «Ενδιάμεσης πολυπλοκότητας CC» και «υψηλής πολυπλοκότητας CC». Όταν υφίσταται θα πρέπει να υπάρχει μια δευτερεύουσα διάγνωση. Η χαμηλότερη κατηγορία χρήσης πόρων είναι η «χωρίς πολυπλοκότητα C»

Οι HRG4 ενημερώνονται κάθε χρόνο σχετικά με κλινικά δεδομένα και κοστολογήσεις από εμπειρογνώμονες που αποτελούν τις Ομάδες Εργασίας και την Κλινική Συμβουλευτική Επιτροπή. Η διαδικασία ελέγχου περιλαμβάνει τον έλεγχο σε ένα τυχαίο δείγμα ασθενών συγκρίνοντας την κωδικοποίηση που χρησιμοποιήθηκε με την κωδικοποίηση από ένα δείγμα εμπιστοσύνης. Η Ελεγκτική Επιτροπή αξιολογεί την ακρίβεια των κωδικοποιήσεων, την τήρηση των εθνικών προτύπων στην κωδικοποίηση. Η ύπαρξη ενός online εθνικού εργαλείου συγκριτικής αξιολόγησης είναι στη διάθεση των PCT καθώς ευελπιστούν οι οργανισμοί να μπορούν να συγκρίνουν τις επιδόσεις τους και να εντοπίζουν τους τομείς που χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης και μελέτης.

Σύμφωνα με τους Darzi & Department of Health (2008), ζητήθηκε από όλα τα νοσοκομεία να εφαρμόσουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη για όλους τους ασθενείς, με αποτέλεσμα από το 2009/2010 όλα τα νοσοκομεία να συλλέγουν «στοιχεία ποιότητας» παράλληλα με τους χρηματοπιστωτικούς λογαριασμούς τους. Ως πλαίσιο πληρωμών για την ποιότητα και την καινοτομία τέθηκε σε ισχύ τον Απρίλιο του 2009 το CQUIN (The Commissioning for Quality and Innovation). Οι CQUIN πληρωμές πραγματοποιούνται κάθε μήνα, παράλληλα με την καταβολή των τακτικών εσόδων και προσαρμόζονται ανάλογα με την επίτευξη ή όχι των στόχων που έχουν τεθεί.

3.4.2 Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Αγγλία

Οι κύριοι στόχοι των νοσοκομείων είναι να αυξηθεί η δραστηριότητα, να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, να αυξηθεί η δυνατότητα επιλογής από τον ασθενή, να αυξηθεί η απόδοση καθώς και η ικανοποίηση των ασθενών ενώ ταυτόχρονα θα διατηρείται υπό έλεγχο το κόστος (Miraldo et al., 2006). Επειδή στα νοσοκομεία δίνεται μια δεδομένη τιμή ανά HRG, το κράτος τους ενθαρρύνει να μειώσουν το κόστος και τις ημέρες διαμονής, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα να περιθάλψουν περισσότερους ασθενείς με

αποτέλεσμα την αύξηση της δραστηριότητας και της προσβασιμότητας στους ασθενείς, μειώνοντας τις λίστες αναμονής (Mannion et al., 2008). Διευκολύνει επίσης την επιλογή νοσοκομείου από τον ασθενή, ενθαρρύνοντας νέους φορείς να εισέλθουν στην αγορά, αυξάνει την ανταγωνιστικότητα και βελτιώνει τη φροντίδα που παρέχεται από τα νοσοκομεία (Miraldo et al., 2006).

Φαινόμενα όπως “upcoding”, χρεώσεις δηλαδή με ακριβά DRGs για αύξηση του ποσού της αποζημίωσης, “cream-skimming”, επιλογή λιγότερο περίπλοκων περιπτώσεων, μπορεί να εμφανιστούν στα νοσοκομεία προκειμένου να μειωθεί το κόστος. Ωστόσο, η Ελεγκτική Επιτροπή, η οποία πραγματοποιεί σε τακτική βάση ελέγχους, προέβηκε σε χρηματοπιστωτικές συνέπειες στα νοσοκομεία εκεί όπου βρήκε λάθος κωδικοποιήσεις ή εσκεμμένες upcoding.

Η τιμή σε κάθε HRG όπως παραπάνω αναφέρθηκε είναι δεδομένη. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών και φαρμάκων στη νοσοκομειακή περίθαλψη επηρεάζει την τιμή αυτή. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η έγκριση πριν την εισαγωγή νέων τεχνολογιών από το αγγλικό σύστημα υγείας. Τα βήματα που απαιτούνται είναι εγκρίσεις από το κάθε νοσοκομείο με την καθοδήγηση του NICE σχετικά με τις νέες τεχνολογίες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, τη δημόσια υγεία και τις κλινικές πρακτικές. Γενικός στόχος είναι η προώθηση της καλής υγείας, της πρόληψης και της θεραπείας (NICE, 2007). Το NICE αξιολογεί τα υπάρχοντα φάρμακα και δίνει άδεια για την κυκλοφορία των νέων όπως για παράδειγμα τα αντικαρκινικά πριν δοθούν στους ασθενείς. Η διαδικασία αξιολόγησης μπορεί να προκαλέσει καθυστερήσεις στην πρόσβαση των ασθενών, διασφαλίζοντας την διάθεση εντός τριών μηνών από την συνταγή που έχει εκδοθεί. Αν κάποιο φάρμακο δεν υπάρχει στη λίστα του NICE οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα ιδιωτικά να το πληρώσουν χωρίς να αφαιρείται το δικαίωμα της φροντίδας από το NICE (Richards, 2008).

Ο μηχανισμός που χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση νέων καινοτόμων τεχνολογιών είναι ο ακόλουθος: Δίνεται στον αγοραστή (νοσοκομείο) η δυνατότητα να καταβάλει συμπληρωματικό ποσό για να αποκτήσει μια τεχνολογία υψηλότερης ποιότητας από αυτήν που καλύπτεται από το εθνικό τιμολόγιο. Κάθε τέτοια συμφωνία μεταξύ παρόχου και αγοραστή θα πρέπει να διατηρηθεί σταθερή για ένα

μέγιστο διάστημα τριών ετών και η τιμή να έχει συμφωνηθεί εκ των προτέρων και να υπολογίζεται άμεσα το πρόσθετο των νέων τεχνολογιών. Κάποιες κατηγορίες συμπεριλαμβανομένων ορισμένα υψηλού κόστους φάρμακα, διαδικασίες και συσκευές, μαγνητικός τομογράφος, κοχλιακά εμφυτεύματα, ορθοπεδικές προθέσεις, φάρμακα χημειοθεραπείας εξαιρούνται των δασμών.

Το σύστημα DRG παρατηρείται γενικά να έχει θετικό αντίκτυπο στην απόδοση των νοσοκομείων χωρίς να υποβαθμίζεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Πραγματοποιήθηκε μια εθνική αξιολόγηση που χρησιμοποίησε διαφορετικές μεθόδους στην εκτίμηση των επιπτώσεων από την εφαρμογή του συστήματος στα νοσοκομεία (Farrar et al., 2007). Περιεχόμενό της ήταν μια σειρά από ημιδομημένες συνεντεύξεις και οικονομετρική ανάλυση των δεδομένων. Το θεωρητικό πλαίσιο υπέθεσε ότι το δεδομένο εθνικό τιμολόγιο θα μείωνε το κόστος ανά μονάδα. Οι συνεντεύξεις αποκάλυψαν θετική στάση απέναντι στο σύστημα DRG παρά τις επιφυλάξεις ως προς την επίτευξη των στόχων του. Η οικονομετρική ανάλυση έδειξε ότι το κόστος ανά μονάδα μειώθηκε με την εισαγωγή του συστήματος DRG, χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης, γεγονός που υποδηλώνει ότι το χαμηλότερο κόστος ανά μονάδα ήταν αποτέλεσμα της συγκρατούμενης αποτελεσματικότητας. Υπήρξε αύξηση των δραστηριοτήτων. Η Ελεγκτική Επιτροπή προέβη σε ορισμένες συστάσεις για μελλοντική ανάπτυξη και ανάλυση του προϋπολογισμού, συμπεριλαμβανομένων: 1) Την ενίσχυση των υποδομών έτσι ώστε να είναι πιο ακριβείς οι πληροφορίες για τις δραστηριότητες που διεξάγονται και αντίστοιχα οι αποζημιώσεις τους. 2) Να υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία στο εθνικό τιμολόγιο. 3) Να δίνεται ξεχωριστά η χρηματοδότηση για το κόστος νοσηλείας και ξεχωριστά για την ποιότητα στις νοσοκομειακές υπηρεσίες. 4) Για επιλεγμένα HRGs το τιμολόγιο θα πρέπει να βασίζεται όχι στις μέσες τιμές αλλά στο κόστος των υψηλότερων παροχών.

Η ανάπτυξη της HRG4 επιτρέπει μεγαλύτερα περιθώρια διαχωρισμού της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης από την νοσηλεία μιας μέρας ή την αντιμετώπιση στα εξωτερικά ιατρεία. Το υπουργείο Υγείας έχει σταδιακά επεκτείνει το πεδίο εφαρμογής στην κάλυψη ενηλίκων, στην ψυχική υγεία, στις προληπτικές υπηρεσίες, τη σεξουαλική υγεία, τις υπηρεσίες της κοινότητας και των ασθενοφόρων καθώς και της εκτός ωραρίου πρωτοβάθμιας φροντίδας (Department of Health, 2007). Πιλοτικά

εφαρμόζονται σε ορισμένες περιοχές ενώ το NHS ήδη συγκεντρώνει πληροφορίες για το κόστος κάθε τομέα. Ίσως η πιο σημαντική πρωτοβουλία είναι η ανάπτυξη της «βέλτιστης πρακτικής» για διατήρηση μιας σταθερής ποιότητας. Οι DRGs εξελίχθηκαν και προχώρησαν σταδιακά από το να είναι ένα μέσο ταξινόμησης των δραστηριοτήτων στην παροχή κινήτρων για βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας για τον ασθενή.

3.5. Πορτογαλία

3.5.1. Το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας

Από το 1979 το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας έχει βασιστεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System), οι δομές του οποίου χρηματοδοτούνταν από τη γενική φορολογία και χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη και πρόσβαση στην περίθαλψη που είναι δωρεάν για τον χρήστη. Το κράτος έχει δεσμευτεί να επιτύχει στους τομείς της ισότητας, απόδοσης, ποιότητας και απολογισμού στο σύστημα υγείας (Assembleia da Republica, 1990). Το NHS ποτέ δεν ήταν απόλυτα σύμφωνο με την εισαγωγή του μοντέλου Beveridge στην υγειονομική περίθαλψη, κυρίως λόγω της ατελούς μετάβασης από το προηγούμενο κατακερματισμένο σύστημα ασφάλισης που υπήρχε από το 1979 το οποίο δεν είχε ακόμη ενσωματωθεί στο NHS (Barros & de Almeida Simoes, 2007).

Η Πορτογαλία κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο αφορά τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (άνω του 10%), σε σχέση με άλλες χώρες που έχουν Εθνικά Συστήματα Υγείας (ΟΟΣΑ, 2008). Η ιδιωτική χρηματοδότηση αντιπροσωπεύει το 25% περίπου των συνολικών δαπανών κατά το 2006 (ΟΟΣΑ, 2008) που αντιστοιχούν κυρίως σε ιδιωτικές πληρωμές για επισκέψεις σε εξειδικευμένους ιατρούς, σε φάρμακα, στην οδοντιατρική περίθαλψη και σε φυσιοθεραπεία. Όλοι οι ασθενείς απευθύνονται στους γενικούς ιατρούς της περιοχής τους. Παρέχεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τους γενικούς ιατρούς που ενεργούν ως gatekeepers και είναι αυτοί που παραπέμπουν τους ασθενείς στην δευτεροβάθμια περίθαλψη που παρέχεται από ειδικούς ιατρούς. Ωστόσο η πρόσβαση στις υπηρεσίες των επειγόντων περιστατικών δεν περιορίζεται συμβάλλοντας στον

ατελή τρόπο φιλτραρίσματος του συστήματος. Ο ιδιωτικός τομέας συνυπάρχει με τον δημόσιο θεσμοθετημένα και αναγνωρισμένα από το 1990, καθιερώνοντας ένα μεικτό σύστημα υγείας (Assembleia da Republica, 1990). Ο ιδιωτικός τομέας κυρίως είναι υπεύθυνος για τους εξειδικευμένους ιατρούς, τις εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις, τις βοηθητικές εξετάσεις και την αιμοκάθαρση. Η Κεντρική Διοίκηση του Συστήματος Υγείας έχει την κύρια ευθύνη για τη διαχείριση του NHS, τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης είναι υπεύθυνη για την εξαγωγή των στατιστικών στοιχείων που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας καθώς και την εξασφάλιση των πληροφοριών στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Αυτές οι βάσεις δεδομένων αποτελούν εργαλεία για την εφαρμογή του συστήματος DRG.

Το 1984 παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στα πορτογαλικά νοσοκομεία το σύστημα των DRGs, μέσω μιας πιλοτικής μελέτης του Υπουργείου Υγείας. Είχε δυο κύριους στόχους. Πρώτος στόχος ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος για τη διαχείριση του νοσοκομείου βασιζόμενο στα απαραίτητα και ομοιόμορφα δεδομένα που θα επέτρεπε στη διοίκηση, τον έλεγχο και τη μέτρηση της παραγωγικότητας, τη βάση για τη λήψη αποφάσεων, τον καθορισμό δίκαιων κριτηρίων χρηματοδότησης. 2) Ο δεύτερος στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός συστήματος πληροφοριών που θα μπορούσε να συλλέξει, να αναλύσει, να διαβιβάσει τις πληροφορίες στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας αλλά και στις κεντρικές υπηρεσίες. Εν ολίγοις, οι δυο στόχοι ήταν (1) η βελτίωση της κατανομής των πόρων και (2) η αύξηση της διαφάνειας. Ωστόσο ο κύριος στόχος της εισαγωγής των DRGs ήταν ο εξορθολογισμός της κατανομής των πόρων στα νοσοκομεία του NHS.

Το 2006 εισήχθη το (AP-) DRGs (Version 21.0) και ισχύει για όλα τα δημόσια νοσοκομεία και την περίθαλψη εξαιρώντας τους εξωτερικούς ασθενείς, τους ασθενείς που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στις μονάδες αποκατάστασης. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν περιλαμβάνονται στο σύστημα. Η τρέχουσα AP-DRG έχει 669 DRGs που αντιστοιχούν σε 25 Διαγνωστικές Κατηγορίες (MDCs), που η καθεμιά αντιστοιχεί σε ένα σύστημα ή όργανο και ένα Pre-MDC (συμπεριλαμβανομένων των

υψηλού κόστους περιπτώσεων, όπως μεταμοσχεύσεις. Το DRG σύστημα εποπτεύεται και χρηματοδοτείται από το ACSS² στο Υπουργείο Υγείας.

Για κάθε σύστημα DRG τα υψηλής ποιότητας στοιχεία είναι απαραίτητα. Στην Πορτογαλία η κωδικοποίηση διεξάγεται από ιατρούς που εθελοντικά έχουν εκπαιδευτεί ως προγραμματιστές. Οι έλεγχοι των ιατρικών – κλινικών κωδικοποιήσεων διενεργούνταν σε τακτική βάση. Σε κάθε νοσοκομείο έχει ορισθεί ένας εσωτερικός ελεγκτής ο οποίος συντονίζει τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και επιβλέπει τις ιατρικές κωδικοποιήσεις των προγραμματιστών ιατρών μέσα στο νοσοκομείο. Μια εξωτερική ομάδα ελέγχου αποτελείται από οκτώ ιατρούς και ένα ανώτερο στέλεχος από το ACSS, έχει οριστεί για την προώθηση, υποστήριξη και παρακολούθηση των ιατρικών κωδικοποιήσεων. Επιπλέον πραγματοποιεί επιτόπιες επισκέψεις για την εξακρίβωση των αρχείων των ασθενών, προκειμένου να εκτιμηθεί κατά πόσο η ταξινόμηση των ασθενών σε DRG έχει εκτελεστεί σωστά.

Σε ετήσια βάση παραδίδεται υποχρεωτικά στο ACSS η έκθεση δραστηριότητας του κάθε νοσοκομείου και το κόστος αυτής. Από το 1995 έχει τεθεί σε εφαρμογή η NHS κοστολόγηση και καθορίζει μέσα από έναν οδηγό, εγχειρίδιο τον τρόπο κοστολόγησης που πρέπει να εφαρμόζεται στα δημόσια νοσοκομεία. Με την εφαρμογή αυτή παρουσιάζεται μεγαλύτερου βαθμού συνέπεια στις πληροφορίες κοστολόγησης. Κάποια από τα κλινικά πρότυπα κοστολόγησης καλύπτουν την επείγουσα ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, τις θεραπείες μιας ημέρας, τις επισκέψεις έκτακτης ανάγκης και τις βοηθητικές εξετάσεις. Τον Ιανουάριο του 2010 εισήχθησαν περισσότερες λεπτομέρειες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία όπου και αυτά έπρεπε να συλλέγουν πληροφορίες κόστους σύμφωνα με το εγχειρίδιο κοστολόγησης.

Το εύρος του κόστους αντιστοιχεί, από λογιστικής απόψεως στο πλήρες κόστος όλων των υπηρεσιών που βαρύνουν το νοσοκομείο. Περιλαμβάνονται δηλαδή δαπάνες, έξοδα από τη μισθοδοσία του προσωπικού και το κόστος κεφαλαίου. Το συνολικό κόστος θα πρέπει να ισοσταθμίζεται με τις χρηματοπιστωτικές δαπάνες του παρόχου και τη χρηματοδότηση του προηγούμενου έτους.

² Βάση δεδομένων που περιέχει στοιχεία κόστους θεραπείας για όλα τα νοσοκομεία του NHS

3.5.2. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στην Πορτογαλία

Καθώς όλο και περισσότερα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται με βάση το ποσοστό των DRGs που χρησιμοποιήθηκαν, έχουν το κίνητρο να κωδικοποιούν με δευτερεύουσες διαγνώσεις ασθενών. Δημιουργείται επίσης κίνητρο για up-coding αν και ο περιοδικός έλεγχος που διενεργείται μειώνει αυτήν την συμπεριφορά. Οι εξωτερικοί έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του 2006 και 2008 έδειξαν ότι το 1/3 από τα αρχεία παρουσίαζε σημαντικές αποκλίσεις. Παρόλα αυτά, μόνο το 11% παρουσίαζαν σφάλματα που οδηγούσαν σε αλλαγή του αρχικού DRG. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο των κριτηρίων χρηματοδότησης για το 1998, ως κίνητρο για τη βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων, το κάθε νοσοκομείο εξασφάλιζε μεγαλύτερο μερίδιο στον προϋπολογισμό.

Ένας από τους κύριους στόχους της εισαγωγής των DRGs στο νοσοκομείο ήταν η βελτίωση της αποτελεσματικότητας μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας και της μείωσης του χρόνου αναμονής για νοσηλεία. Η χρησιμοποίηση νέων φαρμάκων και συσκευών, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος του κάθε DRG γι' αυτό οι ιατροί έχουν την ευθύνη επιλογής και θα πρέπει να αιτιολογούν τις αποφάσεις τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή στην Θεραπευτική Επιτροπή για τα φάρμακα βασιζόμενοι σε κλινικά κριτήρια. Δεν υπάρχουν αντικίνητρα στα νοσοκομεία για τη χρήση νέων τεχνολογιών, διότι οι προϋπολογισμοί τους δεν είναι σταθεροί και δεν υπάρχουν κυρώσεις εάν επιβαρυνθούν τα νοσοκομεία.

Από την εισαγωγή των DRGs στα δημόσια νοσοκομεία της Πορτογαλίας έχει μειωθεί η λίστα αναμονής των ασθενών που χρειάζεται νοσηλεία. Αυτό μπορεί να υποδηλώσει την αύξηση της αποτελεσματικότητας στις θεραπευτικές διαδικασίες, δεδομένου ότι τα ποσοστά πληρότητας ήταν σταθερά γύρω στα 75% (Bentes et al., 2004).

Η χρήση των DRGs για την αποζημίωση των νοσοκομείων και την κατανομή του προϋπολογισμού έχει εξελιχθεί από την αρχή της εφαρμογής του. Η Πορτογαλία ήταν από τις πρώτες χώρες της Ευρώπης που υιοθέτησαν τα DRGs για τη νοσηλεία και

είναι πιθανό ότι θα είναι επίσης από τους πρωτοπόρους στην κατάταξη ασθενών στο σύστημα για άλλους τύπους φροντίδας.

3.6. Γερμανία

3.6.1. Το σύστημα υγείας στην Γερμανία

Στη Γερμανία περίπου 2.100 νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε 17.000 νοσηλευόμενους ασθενείς το χρόνο. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω ενός συστήματος διπλής χρηματοδότησης, που σημαίνει ότι λαμβάνουν κεφάλαια από δύο διαφορετικές πηγές. Οι υποδομές και οι επενδύσεις καλύπτονται άμεσα από τη φορολογία, δηλαδή χρηματοδοτούνται από τους κρατικούς προϋπολογισμούς, ενώ οι λειτουργικές δαπάνες καλύπτονται ως επί το πλείστον από κεφάλαια της ιδιωτικής υγείας (Busse και Riesberg, 2004). Η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης των DRGs σύμφωνα με τη νομοθετική απόφαση του 2000 αναμορφώνει την χρηματοδότηση των νοσοκομείων ως προς το κόστος λειτουργίας. Ο κύριος στόχος αυτής της μεταρρύθμισης ήταν να αντικαταστήσει τον αναδρομικό τρόπο αποζημίωσης (ημερήσιο νοσήλιο) με ένα πιο τρόπο αποζημίωσης προσανατολισμένο να θα προωθεί την αποδοτικότητα, την ποιότητα και την διαφάνεια στο νοσοκομειακό παράγοντα (Braun et al, 2008).

Η νομοθεσία περιγράφει τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά του νέου συστήματος αποζημιώσεων, αλλά την κύρια ευθύνη για την ανάπτυξη και τη διαχείριση του μελλοντικού G-DRG συστήματος τη μεταθέτει στους αυτοδιοικούμενους φορείς (Σύνδεσμος Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, Γερμανική Ομοσπονδία Νοσοκομείων-GHF). Η νομοθεσία διευκρίνιζε ότι το σύστημα αυτό θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία.. Ο ψυχιατρικός τομέας μόνο αποκλείστηκε από τις DRGs γιατί θεωρούνταν ότι είναι ανεπαρκής εκείνη τη στιγμή. Για την τεχνική διαχείριση του συστήματος, ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Αποζημιώσεων των νοσοκομείων (InEK) (Quentin et al, 2010).

Τον Ιούνιο του 2000, όπου η εφαρμογή του συστήματος ήταν στην πιλοτική φάση, αποφασίστηκε η χρήση του Αυστραλιανού συστήματος των DRGs, ως βάση για την

ανάπτυξη του δικού τους γερμανικού συστήματος. Προκειμένου να προσαρμοστεί το αυστραλιανό στο γερμανικό σύστημα έγιναν οι ανάλογες μετατροπές σε γερμανικούς κωδικούς ταξινόμησης διαδικασιών (OPS) και σε κωδικούς διαγνώσεων (ICD-10-GM) German Modification). Μετά από ένα χρόνο πιλοτικής εφαρμογής το 2002 ετοιμάστηκε η πρώτη έκδοση με 664 DRGs. Σύμφωνα με τους γερμανικούς κανόνες κωδικοποίησης όλοι οι ασθενείς εκχωρούνται σε έναν αλγόριθμο ομαδοποίησης χρησιμοποιώντας το εξιτήριο των ασθενών από το νοσοκομείο. Σε περιπτώσεις υψηλού κόστους όπως μεταμοσχεύσεις ή νοσηλείες σε μονάδα εντατικής θεραπείας οι DRG σκαθορίζονται άμεσα από τις διαδικασίες που προέκυψαν. Σε άλλες περιπτώσεις δίνεται μεγαλύτερη βάση στις δευτερεύουσες διαγνώσεις και στα χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, βάρος νεογνών) προκειμένου να προσδιοριστεί μια DRG. Το 2003 έγινε η πρώτη ενημέρωση των δεδομένων και μετά από προτάσεις διαφόρων νοσοκομείων και επαγγελματιών υγείας, ο αριθμός των DRGs αυξήθηκε σε 1.200 το 2010. Στο σύστημα δεν συμπεριλαμβάνονταν οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (Quentin et al, 2010).

Η συλλογή δεδομένων γίνεται από όλα τα νοσοκομεία της Γερμανίας και το δείγμα συμπεριλαμβάνει και στοιχεία όπως αριθμός κλινών κάθε νοσοκομείου και αριθμός προσωπικού. Τα στοιχεία αυτά αποστέλλονται σε ένα Κέντρο Δεδομένων για να γίνει ο έλεγχος πριν αποσταλούν στο InEK για την ανάπτυξη του καταλόγου των G-DRGs. Το InEK σύμφωνα με ένα τυποποιημένο σύστημα κοστολόγησης είναι σε θέση να υπολογίσει το επίπεδο κόστους για κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη και τις πληροφορίες για τις επιμέρους υπηρεσίες που παρέχονται στον κάθε ασθενή (InEK, 2007).

Το G-DRGs σύστημα αποζημίωσης έχει στόχο να καλύψει την ιατρική αγωγή, την νοσηλευτική φροντίδα, την φαρμακευτική περίθαλψη, ορισμένες συσκευές που χρησιμοποιούνται για θεραπεία και ακόμη την διατροφή και διαμονή. Για περιπτώσεις μακράς νοσηλείας υπολογίζονται μερικές προσαυξήσεις για κάθε ημέρα που διαρκεί πάνω από το κανονικό, ενώ όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο νωρίτερα από την καθορισμένη μέρα τότε ελαττώνεται και η DRGs πληρωμή. Από το 2004 ξεκίνησε να γίνεται ο υπολογισμός της σύνθεσης ασθενών στα νοσοκομεία γιατί θεωρείται ένας πολύ σημαντικός δείκτης για την νοσοκομειακή δραστηριότητα (Schreyögg et al, 2006).

3.6.2. Αξιολόγηση από την εφαρμογή του G-DRGs

Στο σύστημα υγείας της Γερμανίας, η αύξηση της διαφάνειας στα νοσοκομεία καθώς και η αποτύπωση του πραγματικού κόστους της νοσοκομειακής δραστηριότητας αποτελεί ένα ισχυρό πλεονέκτημα. Επίσης η συνέπεια στη λειτουργία του συστήματος G-DRG είναι σημαντικό κίνητρο για τη σωστή εφαρμογή των διαδικασιών και της κωδικοποίησης. Αυτό ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας των πανεπιστημίων και νοσοκομείων για την αποδοχή και υποστήριξη του συστήματος με στοιχεία που βοήθησαν το InEK να βελτιώσει τον κατάλογο αποζημιώσεων (Case Fee Catalogue). Μειονέκτημα αποτέλεσαν στο σύστημα οι δείκτες της νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά το επίπεδο αποζημίωσης δεν επηρέασε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης τα δεδομένα κόστους δεν συγκεντρώνονται από όλα τα νοσοκομεία προκειμένου να αποδοθούν στατιστικά στοιχεία για τον σωστό υπολογισμό του κόστους ανά DRGs. Έχοντας ως βάση την κοστολόγηση που πραγματοποιείται από το InEK θα μπορεί πιο εύκολα να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα στα συστήματα κοστολόγησης σε όλη την χώρα της Γερμανίας (Geissler et al, 2011).

Μετά από 20 χρόνια εφαρμογής του γερμανικού συστήματος των DRGs, το σύστημα έγινε ευρέως αποδεκτό και φαίνεται να έχει επιτυχία. Παρ' όλα αυτά συνεχίζει να αναπτύσσεται και να βελτιώνεται θέτοντας υψηλότερους στόχους, όπως να συμπεριληφθούν και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες για το 2013.

3.7. Γαλλία

3.7.1 Το σύστημα υγείας στη Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα υγείας βασίζεται εξολοκλήρου στην κοινωνική ασφάλιση. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ιδιωτικούς φορείς. Οι ασθενείς επιλέγουν ελεύθερα μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων χωρίς να χρειάζονται κάποια καθοδήγηση. Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες το γαλλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα δαπανών (Or και Bellanger, 2011). Στη Γαλλία το 11% του ΑΕΠ δίδεται στον τομέα της υγείας

(OECD, 2010). Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από τα δημόσια ταμεία ασφάλισης περίπου το 91% του συνόλου των δαπανών και ένα άλλο 5% από συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση (Fenina et al, 2008). Ο προϋπολογισμός για το νοσοκομειακό τομέα διακρίνεται σε δύο μεταβλητές: η μία αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας και χρηματοδοτείται με τις DRGs λαμβάνοντας υπόψη και την κατ' οίκον νοσηλεία, ενώ η δεύτερη είναι για άλλες νοσοκομειακές υπηρεσίες όπως ψυχιατρικές και υπηρεσίες αποκατάστασης όπου χρηματοδοτούνται με διαφορετικούς στόχους από το ιδιωτικό και δημόσιο τομέα (Or και Bellanger, 2011).

Οι DRGs εισήχθηκαν αρχικά στη Γαλλία για να ρυθμίσουν τους λογαριασμούς του προϋπολογισμού σύμφωνα με την νοσοκομειακή δραστηριότητα και τώρα χρησιμοποιούνται για τις αποζημιώσεις των νοσοκομείων. Το πρώτο σύστημα ταξινόμησης ασθενών ονομάστηκε Groupes Homogenes des Malades (GHM) και εισήχθηκε το 1986 για να περιγράψει τη νοσοκομειακή δραστηριότητα και το 2004-2005 ο κύριος σκοπός του συστήματος ήταν η αποζημίωση των νοσοκομείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένων και τις υπηρεσίες στο σπίτι, με στόχους τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της διαφάνειας των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων, τη δημιουργία ενός πεδίου με ισότιμους όρους πληρωμών για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, τη βελτίωση της διαχείρισης και της ποιότητας της περίθαλψης.

Το σημερινό σύστημα των DRGs εισήχθηκε τον Ιανουάριο του 2009. Αυτό αποτελείται από 26 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και 2297 ομάδες. Επιπλέον το σύστημα χωρίζεται σε 4 επίπεδα σοβαρότητας 1) χειρουργικές 2) ιατρικές 3) άλλες διαδικασίες και 4) ειδικές κατηγορίες (χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες). Το ινστιτούτο το οποίο είναι υπεύθυνο για την ταξινόμηση και τον υπολογισμό των τιμών είναι το ATIH (Technical Agency for Hospital Information) και δημιουργήθηκε το 2002. Το γαλλικό σύστημα ταξινόμησης εφαρμόστηκε πιλοτικά το χρονικό διάστημα 1986-1990, και εμπνεύστηκε αρχικά από την 3^η έκδοση των HCFA-DRGs των Η.Π.Α. Η σημαντικότερη τροποποίηση του συστήματος ήταν η εισαγωγή μιας κύριας κατηγορίας (CM 24) για τις περιπτώσεις ημερήσιας νοσηλείας. Η πρώτη έκδοση εισήχθηκε στα δημόσια νοσοκομεία μεταξύ 1990 και 1993 και από τότε εφαρμόστηκαν άλλες 11 εκδόσεις. Το 2006, ένα χρόνο μετά την εισαγωγή του συστήματος των DRGs και μετά από ελέγχους από εξωτερικούς φορείς ασφάλισης

υγείας, παρατηρήθηκε ότι γινόταν σωστή ταξινόμηση των ασθενών. Η κωδικοποίηση των περιπτώσεων της ημερήσιας νοσηλείας στάθηκε μεγάλο πρόβλημα (Or και Bellanger, 2011).

Ο αλγόριθμος ταξινόμησης αναθεωρείται συνεχώς από την εισαγωγή του. Από το 2005 το ΑΤΙΗ εισήγαγε μια διαδικασία με την προϋπόθεση να ληφθούν υπόψη και οι αλλαγές της ιατρικής και της τεχνολογίας και η προσαρμογή σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων του WHO, την 10^η αναθεώρηση ICD-10 (Patris et al.,2001).

Η κοστολόγηση βασίζεται στο μοντέλο που λέγεται αναλυτική λογιστική και όλα τα νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν πληροφορίες για την κατανάλωση των πόρων διαφόρων ομάδων κόστους και να εναρμονίζονται σύμφωνα με αυτό. Έτσι τα νοσοκομεία που συμμετέχουν στο ινστιτούτο National Cost Study (ENC) θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για τους ασθενείς σχετικά με όλες τις διαδικασίες που εκτελούνται και που αφορούν φάρμακα, ιατρικές συσκευές, εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης παρέχονται δεδομένα κόστους και για τις διαδικασίες που εξαιρούνται από τα GHMs για παράδειγμα η έρευνα και η εκπαίδευση, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης, η εντατική φροντίδα, τα ακριβά φάρμακα και αναλώσιμα υλικά. Όλα τα υπόλοιπα έξοδα κατανέμονται σε μια σειρά από κέντρα κόστους (Bellanger και Tardif, 2006).

Προκειμένου να καθορίσουν τα νοσοκομεία το συνολικό κόστος για κάθε ασθενή που παραμένει στο νοσοκομείο, κατανέμονται οι δαπάνες σε τρεις κατηγορίες α) ιατρικές δαπάνες β) γενικά έξοδα γ) κόστος κεφαλαίου. Στις ιατρικές δαπάνες ανήκουν τα φάρμακα που χορηγούνται άμεσα στον ασθενή, οι ιατρικές συσκευές αίματος που χρησιμοποιούνται, εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και τα τέλη για τους ιδιωτικούς ιατρούς. Επίσης περιλαμβάνονται ακόμη η παραμονή στο θάλαμο, το ιατρικό προσωπικό που συμμετείχε, τα υλικά και το κόστος λειτουργίας του νοσοκομείου, εξοπλισμός και συντήρηση μηχανημάτων και τα ιατροτεχνικά έξοδα, όπως χειρουργικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Στα γενικά έξοδα συμπεριλαμβάνεται η γενική διοίκηση, η διαχείριση, οι υπηρεσίες υποστήριξης (αποστείρωση, πλυντήρια, catering και η υγιεινή του νοσοκομείου. Ενώ στο κόστος κεφαλαίου ανήκουν η ενοικίαση των κτιρίων καθώς και οι φόροι. Αυτά είναι η βάση για να καθοριστούν τα ημερήσια έξοδα. Παρά την κοινή μεθοδολογία, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως

προς τον υπολογισμό του κόστους στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Ο αρχικός σκοπός του καθορισμού των ενιαίων τιμών DRGs για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία σχεδιάστηκε να πραγματοποιηθεί το 2012, αλλά καθυστέρησε και μετατέθηκε χρονικά για το 2016, λόγω ισχυρών αντιδράσεων από την ομοσπονδία των δημόσιων νοσοκομείων (Or και Bellanger, 2011).

3.7.2. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs στη Γαλλία

Μέχρι σήμερα το σύστημα αποζημίωσης στη Γαλλία φαίνεται να υπολείπεται όσο αφορά την επίτευξη των αρχικών του στόχων, ως προς την βελτίωση της αποδοτικότητας, της διαφάνειας, της ποιότητας και της ισότητας στην πρόσβαση. Δεν είναι διαθέσιμα τα δεδομένα κόστους για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ιατρικές πρακτικές. Τα νοσοκομεία έχοντας συγκεκριμένες τιμές GHM προσπαθούν να μειώσουν το χρόνο παραμονής και να νοσηλεύσουν περισσότερους ασθενείς. Από άποψη βελτίωσης της παραγωγικότητας δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό αντιπροσωπεύεται η αύξηση της απόδοσης, από την νοσοκομειακή δραστηριότητα η οποία δεν μπορεί να προβλεφτεί αν θα είναι η ίδια και τον επόμενο χρόνο, ή από τις λανθασμένες κωδικοποιήσεις. Ένα χρόνο μετά την εισαγωγή του συστήματος των DRGs και μετά από ελέγχους των αρμόδιων φορέων, ένας μεγάλος αριθμός νοσοκομείων χρησιμοποιούσε λανθασμένους κωδικούς. Το ίδιο συνέβαινε και με τις ημερήσιες νοσηλείες όπου και αποφασίστηκε να μην κωδικοποιούνται τέτοιου είδους περιπτώσεις (CNAM, 2006). Επίσης δείκτες ποιότητας όπως οι επανεισαγωγές και η θνησιμότητα δεν είναι διαθέσιμα. Προκειμένου να βελτιωθεί το σύστημα επιβάλλεται η παρακολούθηση του μηχανισμού ελέγχου και της διαφάνειας του συστήματος (Or & Bellanger, 2011).

3.8. Ελλάδα

3.8.1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται κατά κύριο λόγο στην κοινωνική ασφάλιση. Χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τη φορολογία και ένα άλλο από τις ασφαλιστικές εισφορές. Υπάρχει αυξημένη συμμετοχή και του ιδιωτικού τομέα τόσο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας όσο και στην παροχή. Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με στόχους όπως η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αποκέντρωση στις πολιτικές υγείας και την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη και εφαρμογή των πολιτικών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι κύριοι πόροι χρηματοδότησης προέρχονται από τη γενική φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες οι οποίες ανέρχονται στο 43% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας διοικητικά υπάγονται σε περιφέρειες (ΥΠΕ) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από τα κέντρα υγείας και τα ιδιωτικά ιατρεία. Η τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και από τις ιδιωτικές κλινικές. Τα μέγεθος των δημόσιων νοσοκομείων ποικίλει από μεγάλα γενικά που βρίσκονται στα αστικά κέντρα, τα μεσαία και τα μικρά που βρίσκονται συνήθως στην περιφέρεια.

Προβλήματα όπως ο χαμηλότερος τρόπος κοστολόγησης από τον πραγματικό, οι σπατάλες που παρατηρήθηκαν εντός του συστήματος υγείας καθώς και η αναποτελεσματικότητα στην ισότιμη πρόσβαση των ασθενών υποχρέωσαν στην αναζήτηση λύσεων. Οι δαπάνες υπερέβησαν τα 3 δις συμβάλλοντας ετησίως στο 0,4-0,7% του ΑΕΠ. Επιπλέον από το 2009, η ελληνική οικονομία αντιμετωπίζει την πιο σοβαρή οικονομική κρίση στην πρόσφατη ιστορία της. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο υποχρεώνει στον τομέα της υγείας να συγχωνευτούν νοσοκομεία για να μειωθεί ο αριθμός τους και να εισαχθεί η εφαρμογή των DRGs, KEN το 2011.

Στα τέλη του 2010 ξεκίνησε η έρευνα σκοπιμότητας για την εφαρμογή των DRGs στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Ο στόχος ήταν η δημιουργία ενός καταλόγου που να ισχύει για το ελληνικό περιβάλλον, αξιοποιώντας την εμπειρία από άλλες χώρες για την υιοθέτηση του συστήματος DRG. Δημιουργήθηκε επιτροπή που σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες παρουσίασαν προτάσεις για την ανάπτυξη και την ταχεία εφαρμογή του συστήματος, λαμβάνοντας υπόψη τις αδυναμίες και προτεραιότητες του ελληνικού συστήματος υγείας. Η παρακάτω περιγραφή βασίζεται στη μελέτη της ΕΣΔΥ.

Αρχικά έγινε μετάφραση από δυο μεταφραστές που είχαν την ελληνική ως μητρική τους γλώσσα προχώρησαν στη σύγκριση και σύγκλιση των μεταφράσεων δεδομένης της ύπαρξης επίσημης λίστας KEN (Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011). Ακολούθως δε από έλληνα επαγγελματία υγείας (με εμπειρία στη μεθοδολογία της μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής) δεύτερη μετάφραση και τέλος αφού έγινε σύγκριση των δυο παραπάνω μεταφράσεων επιλέχθηκαν οι όροι όπου συνέκλιναν περισσότερο στην αγγλική ορολογία (πρώτο προσαρμοσμένο σχέδιο)

* Δευτερευόντως μεταφράστηκαν αντίστροφα από μεταφραστή (έμπειρος ιατρός) που είχε την αγγλική ως μητρική του γλώσσα πραγματοποιώντας σύγκριση και σύγκλιση των μεταφράσεων και επιλογή των ενδεδειγμένων ελληνικών εκφράσεων και ορολογίας (δεύτερο προσαρμοσμένο σχέδιο)

* Πραγματοποίηση γνωστικού ελέγχου σε δείγμα 5 ελλήνων ιατρών στο δεύτερο προσαρμοσμένο σχέδιο για τη συζήτηση γνωστικών ελέγχων σε σημεία που προέκυψε ότι χρειάζονται διευκρίνιση. Επίσης ζητήθηκε από τους υπευθύνους (25 ομάδες ειδικών από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) να προτείνουν την αναμόρφωση της ονοματολογίας των KEN.

Η κεντρική μεθοδολογική επιλογή βασίστηκε στη Διεθνή Ταξινόμηση νόσων και διαγνώσεων (ICD10) όπου χρησιμοποιούνταν είδη από τους έλληνες ιατρούς. Ακολούθησε η εντόπιση και διόρθωση των λανθασμένων κωδικών KEN (ίδιοι κωδικοί σε διαφορετικά KEN, λάθος κωδικοί κ.α.). Τελικά διαμορφώθηκε αναθεωρημένος κατάλογος ονοματολογίας και Κωδικοποιήσεων KEN (υπόδειγμα του οποίου παρατίθεται παρακάτω) όπου σε σχέση με τον προηγούμενο (Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011) έγιναν:

- Διόρθωση ορθογραφικών και γραμματικών λαθών
- Αλλαγή της ορολογίας και υιοθέτηση αυτή της ICD10
- Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις
- Διόρθωση στην κωδικοποίηση (κίτρινο πλαίσιο / κόκκινα γράμματα)

Στον Πίνακα 3.8.1. παρουσιάζεται δείγμα των διορθώσεων που πραγματοποιήθηκαν όπου προκύπτουν διαφορετικά ΚΕΝ με ίδιους κωδικούς, ΚΕΝ με εννοιολογική ασάφεια παρά τις διορθώσεις και αυτό σχετίζεται με τη διαφορετικότητα του κάθε συστήματος ταξινόμησης που έχει τη δική του λογική και φιλοσοφία. Το AR-DRGs σύστημα καλύπτεται από copyright οπότε δε γίνονται γνωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η φιλοσοφία που λειτουργούν εάν δεν ζητηθούν η επίσημη άδεια χρήσης τους από την Αυστραλία εκ μέρους του ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Πίνακας 3.8.1. Αναθεώρηση ονοματολογίας και κωδικοποίηση

Κόκκινα γράμματα: τροποποιήσεις / διορθώσεις

Κίτρινο πλαίσιο: ίδιοι κωδικοί σε διαφορετικά ΚΕΝ

ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΝΑ AR-DRGs			ΚΕΝ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ		ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝ	
	Pre-MDC		Ε-ΤΚΑ	Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας (Ε)	Ε-ΤΚΑ	Εκτός ταξινόμησης σε κατηγορία ασθένειας
A01Z	S	Liver Transplant	E01A	Μεταμόσχευση ήπατος	E01A	Μεταμόσχευση ήπατος
A03Z	S	Lung or Heart/Lung Transplant	E03A	Μεταμόσχευση καρδιάς- πνευμόνων	E03A	Μεταμόσχευση πνευμόνων ή καρδιάς-πνευμόνων
A05Z	S	Heart Transplant	E04A	Μεταμοσχεύσεις Πνευμόνων	E04A	Μεταμόσχευση πνευμόνων
A06A	S	Tracheostomy W Ventilation >95 hours W Catastrophic CC	E05A	Μεταμόσχευση Καρδιάς	E05A	Μεταμόσχευση καρδιάς
			E06M	Τραχειοστομία με μηχανική υποστήριξη αναπνοής > 95 ώρες με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	E06M	Τραχειοστομία με μηχανική υποστήριξη αναπνοής > 95 ώρες με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
B72A	M	Nervous System Infection Except Viral Meningitis W Cat or Sev CC	N32M	Λοίμωξη νευρικού συστήματος εκτός από ιογενή μηνιγγίτιδα με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	N32M	Λοίμωξη νευρικού συστήματος εκτός από ιογενή μηνιγγίτιδα με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
B72B	M	Nervous System Infection Except Viral Meningitis W/O Cat or Sev CC	N32X	Λοίμωξη νευρικού συστήματος εκτός από ιογενή μηνιγγίτιδα χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	N32X	Λοίμωξη νευρικού συστήματος εκτός από ιογενή μηνιγγίτιδα χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
B73Z	M	Viral Meningitis	N33A	Ιογενής μηνιγγίτιδα	N33A	Ιογενής μηνιγγίτιδα
B74A	M	Nontraumatic Stupor and Coma W CC	N34X	Μη τραυματικής αιτιολογίας βυθιόπηληθαρρος και κόμα με συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	N34M	Μη τραυματικής αιτιολογίας εμβροντησία (λήθαργος) και κόμα, με συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές
F62A	M	Heart Failure and Shock W Catastrophic CC	K42M	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία (SHOCK) με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις	K42M	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
F62B	M	Heart Failure and Shock W/O Catastrophic CC	K42X	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία (SHOCK) χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις	K42X	Καρδιακή ανεπάρκεια και καταπληξία χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
F63A	M	Venous Thrombosis W Catastrophic or Severe CC	K43M	Φλεβοθρόμβωση με σοβαρού βαθμού ή καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K33M	Φλεβική θρόμβωση με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές
F73A	M	Syncope and Collapse W Catastrophic or Severe CC	K43M	Συγκοπή και λιποθυμία με σοβαρού βαθμού ή καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	K43M	Συγκοπή και collapse με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2011

Πίνακας 3.8.2.: Αναθεώρηση Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας

Κόκκινα γράμματα: τροποποιήσεις / διορθώσεις

: ίδιοι κωδικοί σε διαφορετικά ΚΕΝ

ΚΕΝ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ		ΜΔΝ της Υπ. Απόφασης	ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝ		Αναθεώρηση της ΜΔΝ
ΤΚΑ 03	Παθήσεις και δυσλειτουργίες του ΩΡΛ και Στόματος (Ω)		ΤΚΑ 03	Παθήσεις και διαταραχές ωτός, ρινός, στόματος και λάρυγγος	
Ω01Α	Κοχλιακά εμφυτεύματα	1	Ω01Α	Κοχλιακό εμφύτευμα	2
Ω02Μα	Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις	11	Ω02Μα	Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7
Ω02Μβ	Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με κακοήθεια ή μετριοπαθείς συνυπάρχουσες παθήσεις	4	Ω02Μβ	Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με κακοήθεια ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	7
Ω02Χ	Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου χωρίς κακοήθεια χωρίς μετριοπαθείς συνυπάρχουσες παθήσεις	2	Ω02Χ	Επεμβάσεις κεφαλής τραχήλου χωρίς κακοήθεια χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	
Ω03Α	Χειρουργική διόρθωση ή επισκευή παθήσεων του λαγώχειλου ή λυκοστόματος	2	Ω03Α	Χειρουργική αποκατάσταση χειλοσχιστίας ή υπερωίσχιστίας (λαγώχειλου ή λυκοστόματος)	4
Θ20Μ	Ενδοσκοπικές ή διερευνητικές επεμβάσεις για μεταβολικές δυσλειτουργίες με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	18	Θ10Μ	Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές με καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	
Θ20Χ	Ενδοσκοπικές ή διερευνητικές επεμβάσεις για μεταβολικές δυσλειτουργίες χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	7	Θ10Χ	Ενδοσκοπική ή διερευνητική επέμβαση για μεταβολικές διαταραχές χωρίς καταστροφικές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	
Θ20Μ	Διαβήτης με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	Θ20Μ	Διαβήτης με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	
Θ20Χ	Διαβήτης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	3	Θ20Χ	Διαβήτης χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	
Θ21Α	Σοβαρές διατροφικές διαταραχές	12	Θ21Α	Σοβαρή διατροφική διαταραχή	
Ξ02Μ	Λοιπές χειρουργικές επεμβάσεις αίματος και αιμοποιητικών οργάνων με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	13	Ξ02Μ	Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	30 (10ημέρες ΜΕΘ + 20 ημέρες σε θάλαμο)
Ξ02Χ	Λοιπές χειρουργικές επεμβάσεις αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	Ξ02Χ	Άλλη χειρουργική επέμβαση αίματος και αιμοποιητικών οργάνων χωρίς καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	15
Ξ20Μ	Δυσλειτουργίες δικτυοενδοθηλιακού και ανοσοποιητικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	7	Ξ20Μ	Διαταραχές του δικτυοενδοθηλιακού και ανοσοποιητικού με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	30 (10ημέρες ΜΕΘ + 20 ημέρες σε θάλαμο)

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2011

Τα υγειονομικά συστήματα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο των DRGs έχουν αναπτύξει έναν μόνιμο μηχανισμό παρακολούθησης σε όλα τα περιστατικά για την αναθεώρηση του κόστους αλλά και της ΜΔΝ όπου απαιτείται.

Στην Ελλάδα έγινε αναθεώρηση της ΜΔΝ των ΚΕΝ συγκριτικά με αυτήν της Υ4α/οικ.85649/ 27-7-2 Α 1 και προέβλεπε από την Επιτροπή ως απαραίτητη η ανάπτυξη μόνιμου μηχανισμού διαχρονικής παρακολούθησης της εφαρμογής των ΚΕΝ σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Για παράδειγμα (Πίνακας 3.8.2.) για την πάθηση με τίτλο «Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου με καταστροφικές ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις» η ονοματολογία παρέμεινε η ίδια αλλά η ΜΔΝ αναθεωρήθηκε στις 7 ημέρες από τις 11 που είχαν οριστεί αρχικά.

Για την τιμολόγηση των DRGs γίνεται μικροκοστολόγηση στο επίπεδο του ασθενούς, όπου βασίζεται στη διάγνωση αλλά και στους πόρους χρήσης για τη θεραπεία του. Επιλέγονται για το σκοπό αυτό ένα δείγμα νοσοκομείων για να εφαρμόσουν αναλυτικό σύστημα καταγραφής και σε ένα χρονικό περιθώριο γύρω στα 2 με 3 έτη γίνεται η καταγραφή, η στατιστική επεξεργασία έπειτα και τελικά η παραγωγή των τιμολογήσεων.

Η Ελλάδα δεν διαθέτει ανάλογα συστήματα αναλυτικών δεδομένων νοσολογικών περιστατικών στα νοσοκομεία για την ηλεκτρονική καταγραφή σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις (ICD10, ICPC-2, EDMA, GMDN), καθώς και για τη συγκέντρωση πληροφοριών, κωδικοποιήσεων και ταξινόμησης ώστε να προσδιοριστεί ο όγκος των πόρων που δεσμεύονται για την εκτέλεση των διαφόρων κλινικών διαδικασιών. Επιπλέον δεν διαθέτει σύστημα αναλυτικής κοστολόγησης για την ανάπτυξη μηχανισμού κοστολόγησης και τιμολόγησης. Στην παρακάτω εξίσωση βασίζεται η σύνθεση του κόστους μιας περίπτωσης εκτίμησης DRG στην Ελλάδα ενώ στον Πίνακα 3.8.3 αναλύονται τα στοιχεία της εξίσωσης και η διαθεσιμότητά τους.

Πίνακας 3.8.3.: Προσαρμογή και Αναθεώρηση των τιμών

$$CDRG = C_{OHD} \times LOS + \sum(MP \times C_{MP}) + \sum(D \times C_D) + \sum(E \times C_E)$$

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

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2011

Παρατηρείται διαθεσιμότητα στα στοιχεία όπως το κόστος των παγίων και διοικητικών υπηρεσιών, τη μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ΚΕΝ και το κόστος για κάθε φάρμακο. Μη εφικτό το άθροισμα των γινομένων των πράξεων επί το μοναδιαίο κόστος κάθε πράξης, το άθροισμα των γινομένων των χορηγούμενων φαρμάκων επί την εκάστοτε τιμή και το άθροισμα των γινομένων των χρησιμοποιούμενων αναλωσίμων επί την εκάστοτε τιμή. Δεν είναι διαθέσιμα στην Ελλάδα το κόστος της εκάστοτε ιατρικής πράξης, τα αναλώσιμα, κωδικοποιημένα με σύστημα ταξινόμησης και κοστολόγησης και το κόστος για κάθε υλικό. Τέλος αμφισβητούμενο θεωρείται το στοιχείο που αντιπροσωπεύει τα φάρμακα που χορηγούνται στον ασθενή.

Βασική πηγή υπολογισμού του κόστους / ΚΕΝ στην Ελλάδα αποτέλεσε ο κατάλογος των Αυστραλιανών DRGs (Version 6.0) όπου η διαδικασία στηρίχθηκε στην εκτίμηση για κάθε ΚΕΝ του συνολικού κόστους, πολλαπλασιάζοντας το σχετικό βάρος, όπως προκύπτει από τον κατάλογο των AR – DRGs, επί τη σταθερά βάσης που προκύπτει από την εκτίμηση των διαφορετικών ετών και των διαφορετικών επιπέδων παροχής νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, αφαιρώντας τη μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας που προέρχεται από διαφορετική πηγή χρηματοδότησης από αυτή των προϋπολογισμών των νοσοκομείων.

Για την οικονομική αποτίμηση και τον υπολογισμό των Δεικτών Βαρύτητας η Επιτροπή βασίστηκε σε στοιχεία που συνέλεξε από τα νοσοκομεία ΚΑΤ, για ορθοπαιδικά και λαπαροσκοπικά περιστατικά, το Ιπποκράτειο Αθηνών και τον Ευαγγελισμό για καρδιαγγειακά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά, κατάλυση και το ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης. Η κοστολόγηση των πράξεων βασίστηκε στη λεπτομερή καταγραφή λειτουργικών εξόδων και αναλώσιμων αφαιρώντας το κόστος του προσωπικού (αφορά περίπου το 50% του συνολικού μέσου κόστους νοσηλείας / περιστατικό).

Στον Πίνακα 3.8.4 παρατηρούνται αρκετές ομοιότητες στη χρήση των πόρων στις δυο χώρες σε κάποια περιστατικά και κάποιες μικρές ή μεγάλες διαφορές σε άλλες περιπτώσεις περιστατικών (Μανιαδάκης και συν., 2011)

Πίνακας 3.8.4.:Ομοιότητες/ διαφορές στους δείκτες Ελλάδας / Αυστραλίας, κοστολόγηση Επιτροπής

	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (€)	ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟ Σ	ΔΕΙΚΤΗΣ AR-DRG	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΔΕΙΚΤΗΣ AR- DRGs*
ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	6.774	5,65	5,32	-0,32	7,37
ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ & ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	12.718	10,60	10,37	-0,23	14,78
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΆΘΕ ,ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	12.134	10,11	9,30	-0,81	14,30
ΑΟΡΤΙΚΑ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	15.504	12,92	10,97	-1,95	10,98
ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΛΗ	3.315	2,76	1,31	-1,45	1,75
ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΣΤΕΝΤ	4.671	3,89	1,60	-2,29	2,42
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1.943	1,62	1,42	-0,20	2,77
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.435	3,70	4,26	0,56	5,98
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.345	4,45	4,26	-0,19	5,98
ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.874	3,23	3,44	0,21	5,78
ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.726	3,94	3,44	-0,50	5,78
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.971	4,14	4,07	-0,07	4,76
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.992	4,99	4,07	-0,92	4,76
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	12.305	10,25	7,41	-2,84	7,41
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	17.482	14,57	11,88	-2,69	11,88
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	18.587	15,49	11,88	-3,61	11,88
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	26.047	21,71	30,76	9,05	30,76
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	39.783	33,15	21,32	-11,83	21,32
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	25.982	21,65	28,82	7,17	28,82
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ	27.842	23,20	28,82	5,62	28,82
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ	4.000	3,33	1,54	-1,79	2,93
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ		8,96	8,62	-0,03	9,66

*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές

Πηγή: Μανιαδάκης και συν., 2011

Για την αποφυγή λανθασμένων εκτιμήσεων και στρεβλώσεων έγινε διαχωρισμός σε κάθε ΚΕΝ, του τμήματος κόστους που αφορά στη χρήση του Συντελεστή Τεχνολογίας και στη χρήση του Συντελεστή Εργασίας και χρησιμοποιήθηκαν για τον

υπολογισμό των κέντρων κόστους (cost components) σύμφωνα με τον Αυστραλιανό κατάλογο (Πίνακας 3.8.5).

Πίνακας 3.8.5.: Κέντρα κόστους

Cost Components	Απόδοση στα Ελληνικά
Ward Medical	Μισθοί ιατρών
Ward Nursing	Μισθοί νοσηλευτών
Non clinical salaries	Μισθοί υπαλλήλων του νοσοκομείου, οι οποίοι δεν ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό
Pathology	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο σύνολο των εξετάσεων βιοπαθολογίας
Imaging	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο σύνολο των απεικονιστικών εξετάσεων
Allied	Μισθοί υγειονομικών υπαλλήλων, οι οποίοι όμως δεν είναι ιατροί ή νοσηλευτές
Pharmacy	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στη συνολική λειτουργία της χορήγησης φαρμάκων στο νοσοκομείο
Critical Care	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στην εντατική φροντίδα
Operating Rooms	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στα χειρουργεία
Emergency Depts	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών
Supplies	Αναλώσιμα
Special Procedure Suites	Κέντρο κόστους που αντιστοιχεί σε υποδομές για τη διεξαγωγή ειδικών παρεμβάσεων
Pros-theses	Συσκευές υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας
On-Costs	Πρόσθετες αμοιβές προσωπικού
Hotel	Ξενοδοχειακή υποδομή
Depreciations	Αποσβέσεις

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2011

Η αντιστοίχιση διαγνωστικών κατηγοριών έχοντας κωδικούς νόσων και κωδικούς ιατρικών πράξεων για τη δυνατότητα δημιουργίας του αλγόριθμου επιλογής του DRG αποτελεί τον σκελετό του συστήματος. Απαραίτητη κρίνεται η ύπαρξη κωδικοποιήσεων νόσων, διαγνώσεων και ιατρικών διαδικασιών. Με την επιστημονική ευθύνη της ΕΣΔΥ στην Ελλάδα, διατίθεται επισήμως η ελληνική μετάφραση ICD-10, του 2008 περιλαμβάνοντας περίπου 11.500 κωδικούς νόσων και 11.100 κωδικούς Ιατρικών Πράξεων και αντιστοιχίζοντας τους σε 746 ΚΕΝ. Πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση (Πίνακας 3.8.6) από 25 ομάδες αποτελούμενες από πανεπιστημιακούς ειδικούς ιατρούς και γενικών νοσοκομείων ιατρούς του ΕΣΥ από

όλη τη χώρα. Συνολικά το 81% των ΚΕΝ διαθέτουν αντιστοίχιση με ICD-10 ενώ κάτι λιγότερο από το 63% διαθέτει αντιστοίχιση με κωδικούς Ιατρικών Πράξεων.

Πίνακας 3.8.6: Δείγμα αντιστοίχισης κωδικών ICD-10, Ιατρικών Πράξεων με ΚΕΝ

ΤΚΑ 02	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών
	ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
001Α	Επεμβάσεις για διαιτηραίνον τραύμα οφθαλμού
ΚΩΔΙΚΟΣ ICD-10	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ICD-10
H21.5	Άλλες συμφύσεις και ρήξεις της ίριδας και του ακτινωτού σώματος
H26.1	Τραυματικός καταράκτης
H31.3	Χοριοειδική αιμορραγία και ρήξη
H31.4	Αποκόλληση του χοριοειδούς
H33.0	Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς με ρωγμή του αμφιβληστροειδούς
H33.5	Άλλες περιπτώσεις αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς
H35.6	Αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς
H43.0	Πρόπτωση του υαλοειδούς σώματος
	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΑΞΗΣ
	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ
I203443	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ· ΜΕΣΑΙΑ, ΝΕΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ
I203447	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ· ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ, ΝΕΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ, 1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ
I203475	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ, ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ, ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΒΟΛΒΟΥ ΓΙΑ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΥΡΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ Ή ΑΛΛΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ· ΠΛΗΡΗΣ
I203477	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ, ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ, ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΒΟΛΒΟΥ ΓΙΑ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΥΡΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ Ή ΑΛΛΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ· ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ
I203579	ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΦΑΚΩΝ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ, ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΦΑΚΟΥ
I203889	ΟΦΘΑΛΜΟΣΚΟΠΗΣΗ, ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ (ΠΧ, ΓΙΑ ΑΠΟΚΟΛΜΗΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ, ΜΕΛΑΝΩΜΑ), ΜΕ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗ· ΑΡΧΙΚΗ
I203891	ΟΦΘΑΛΜΟΣΚΟΠΗΣΗ, ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ (ΠΧ, ΓΙΑ ΑΠΟΚΟΛΜΗΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ, ΜΕΛΑΝΩΜΑ), ΜΕ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗ· ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ
I204437	ΜΗ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ
I204437.4	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΟΥ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ. ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΚΟ (ΦΑΚΕΚΤΟΜΗ)
I204437.6	ΑΦΑΙΡΕΣΗ Ή ΠΡΟΣΘΗΚΗ Ή ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ ΡΑΜΜΑΤΟΣ
I204437.21	ΥΑΛΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ, ΜΗΧΑΝΙΚΗ, ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΠΕΔΗ ΜΟΙΡΑ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΩΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΝΔΙΑΣΜΟ ΜΕ ΕΜΕΜΒΑΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΗΜΙΜΟΡΙΟΥ
I204437.27	ΥΑΛΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ - ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΠΕΔΗ ΜΟΙΡΑ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΩΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΑΚΟΥ(ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ FRAGMENTATION) Ή ΕΝΔΟΦΑΚΟΥ , ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΦΑΚΟΥ
I204437.39	ΤΟΝΟΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΣΕΩΣ ΚΑΤΑ GOLDMANN
I204437.40	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΟΝΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑ PASCAL
I204437.41	ΤΟΝΟΜΕΤΡΙΑ ΜΗ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟΝΟΜΕΤΡΟ ΑΕΡΟΣ

Πηγή: ΕΣΔΥ. (2011)

3.8.2. Αξιολόγηση εφαρμογής των DRGs-KEN

Ο χρόνος εφαρμογής των ΚΕΝ στην Ελλάδα είναι μικρός, παρόλα αυτά μπορούν να εντοπισθούν ορισμένα ζητήματα που προέκυψαν από την εφαρμογή τους. Εντοπίστηκε φαινόμενο αύξησης του αριθμού των ΚΕΝ εξαιτίας της δυνατότητας των ιατρών να χρεώνουν και δευτερεύουσα διάγνωση σε έναν ασθενή, πρακτική που αθροίζει τις ημέρες νοσηλείας του αρχικού και του δευτερεύοντος ΚΕΝ καθώς επίσης και τα κόστη που αντιπροσωπεύουν. Ο συνυπολογισμός ακριβών διαδικασιών σε μικρό αριθμό ΚΕΝ προκαλεί και πάλι διόγκωση του κόστους για τα ασφαλιστικά ταμεία διότι δεν είναι απαραίτητες όλες οι ακριβές ιατρικές πράξεις για όλους τους ασθενείς. Αντίθετα ορισμένες διαδικασίες που αφορούν μια νόσο δεν περιλαμβάνονται στον υπολογισμό ορισμένων ΚΕΝ με αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος νοσηλείας της ασθένειας για το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η διαφορετικότητα στην άσκηση της ιατρικής παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στο κόστος νοσηλείας μιας νόσου. Παρατηρείται να χρεώνονται διαφορετικά ΚΕΝ για την ίδια ασθένεια στο ίδιο νοσοκομείο εξαιτίας της μη χρήσης ιατρικών πρωτοκόλλων. Διαφορές βέβαια παρουσιάζονται και μεταξύ των νοσοκομείων. Άλλες είναι οι ανάγκες ενός Πανεπιστημιακού από ένα γενικό νοσοκομείο ή από ένα νοσοκομείο που είναι επανδρωμένο με μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας σε σχέση με ένα μη επανδρωμένο. Διαφορετικότητα στη χρέωση παρουσιάζεται και μεταξύ των μεγάλων και μεσαίων ή μικρών και εξειδικευμένων νοσοκομείων.

Το σύνολο των νοσοκομείων δεν διαθέτουν πληροφορικά συστήματα καθιστώντας δύσκολο το έργο των χρηστών. Μικρός ήταν ο χρόνος πιλοτικής εφαρμογής και προσαρμογής του συστήματος από το παλαιό στο νέο. Οι ιατροί δεν εκπαιδεύτηκαν επαρκώς με αποτέλεσμα να γίνονται χρεώσεις με λανθασμένα ΚΕΝ. Η δυσαρέσκεια εξαιτίας της μη εκπαίδευσης και γνώσης του συστήματος επέφερε αρνητισμό για τη μέθοδο και ανάδειξη του επιπλέον διοικητικού φόρτου εργασίας τους.

Η Ελλάδα είναι μία από τις τελευταίες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που θέσπισαν τα DRGs ως σύστημα αποζημίωσης και αυτό συνέβη κάτω από εξωτερικές πιέσεις (ΔΝΤ). Στόχος για το ελληνικό σύστημα υγείας ήταν η μείωση των δαπανών και η

βελτίωση της διαφάνειας και ποιότητας της περίθαλψης. Είναι βέβαια πολύ νωρίς να αξιολογηθεί η εφαρμογή του συστήματος στην Ελλάδα τόσο για την ποιότητα και αξιοπιστία των δεδομένων όσο και για επίτευξη του στόχου της αύξησης της απόδοσης.

Κεφάλαιο Τέταρτο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1. Συμπεράσματα – Συζήτηση

Στο πρώτο μέρος (κεφάλαιο 2) αυτής της εργασίας παρέχονται στοιχεία σχετικά με τις DRGs, την ιστορική τους εξέλιξη, τη μεθοδολογία και τη δομή τους, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από την εφαρμογή τους. Στο δεύτερο μέρος (κεφάλαιο 3) παρέχονται πληροφορίες για διάφορες ευρωπαϊκές χώρες που χρησιμοποιούν τις DRGs ως σύστημα αποζημίωσης, αναφέροντας την πορεία προς την επίτευξη των στόχων της διαφάνειας, της απόδοσης και της ποιότητας στα νοσοκομεία. Εντοπίζονται τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες και διαπιστώνεται ότι οι περισσότερες χώρες αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα στην προσπάθεια επίτευξης των κοινών στόχων.

Σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν εισαχθεί οι DRGs, οι πιο σημαντικοί στόχοι σχετίζονται με την αύξηση της διαφάνειας, της απόδοσης και της διασφάλισης της ποιότητας στη νοσοκομειακή φροντίδα. Σήμερα μετά από περισσότερο από μια δεκαετία εμπειρίας στη χρήση των DRGs στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, κάποιες από τις οποίες εξετάσαμε, είναι δόκιμο να εξετασθεί εάν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι τους.

Εξετάζοντας την αύξηση της διαφάνειας και τη μείωση του κόστους στις νοσοκομειακές υπηρεσίες συνολικά στις υπό εξέταση χώρες διαπιστώνεται: 1) οι DRGs παρέχουν την υποβολή μιας συνοπτικής έκθεσης δραστηριότητας του νοσοκομείου. 2) διευκολύνουν τη σύγκριση των επιδόσεων του κόστους, της απόδοσης και εν μέρει της ποιότητας. 3) τα νοσοκομεία ενθαρρύνονται για σωστή κωδικοποίηση στις διαγνώσεις και διαδικασίες και 4) γίνονται προσπάθειες βελτίωσης της κοστολόγησης του συστήματος. Στη Γαλλία όπως και σε άλλες χώρες έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν τις DRGs για σύγκριση των επιδόσεων,

συγκρίνοντας τη χρήση των πόρων των νοσοκομείων, τις ημέρες νοσηλείας για την ίδια ασθένεια και το κόστος νοσηλείας. Ομοίως σχετικά με την ποιότητα συγκρίνεται αν οι ασθενείς που έχουν ταξινομηθεί σε ένα συγκεκριμένο DRG έχουν υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών σε ένα νοσοκομείο απ' ότι σε άλλο. Αξιολογείται η αποτελεσματικότητα χρησιμοποιώντας ως μέτρο το κόστος από τις DRGs. Σε πολλές χώρες οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την κωδικοποίηση των διαδικασιών είναι ειδικά εκπαιδευμένοι ώστε να βελτιώνεται η κωδικοποίηση, σε αντίθεση με την Ελλάδα που δεν δόθηκε χρόνος για εκπαίδευση των ιατρών στην κωδικοποίηση παρά μόνο μέσα από την καθημερινότητα υπήρξε προσωπική προσπάθεια. Η εισαγωγή του συστήματος DRGs έχει βελτιώσει τα συστήματα αναλυτικής λογιστικής στα νοσοκομεία. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων έχουν εντολή βελτίωσης των συστημάτων κοστολόγησης επιτυγχάνοντας άρτια διαχείριση. Κατά συνέπεια η ποιότητα των πληροφοριών κόστους έχει βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι παράγοντες πέρα από τον έλεγχο των νοσοκομείων, για παράδειγμα η περίθαλψη μεγαλύτερου μέρους ασθενών κοινωνικά ασθενέστερων, ή θεραπειών με υψηλότερο κόστος. Ενώ οι DRGs συνέβαλαν στην αύξηση της διαφάνειας των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο εσωτερικό των χωρών, παραμένει περιορισμένη η δυνατότητα σύγκρισης όταν γίνεται μεταξύ των χωρών γιατί χρησιμοποιούνται διαφορετικά συστήματα DRGs εκτός απ' τις χώρες που έχουν υιοθετήσει το ίδιο σύστημα.

Σχετικά με την αποτελεσματικότητα όπως αναφέρθηκε, η βελτίωση της νοσοκομειακής αποτελεσματικότητας είναι ένα από τα βασικά κίνητρα εισαγωγής της μεθόδου. Οι περισσότεροι δείκτες αποτελεσματικότητας όπως η αποδοτικότητα, η διάρκεια νοσηλείας, είναι εύκολο να μετρηθούν αλλά παρέχουν μόνο ένα μέρος από την εικόνα της αποτελεσματικότητας. Η εισαγωγή των DRGs συνδέεται με βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην Πορτογαλία αλλά δεν είχε τον ίδιο θετικό αντίκτυπο στην Αυστρία. Τα στοιχεία μπορεί να σχετίζονται με τις σημαντικές διαφορές στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των DRGs σε διαφορετικές χώρες και στις ετερογενείς αποζημιώσεις που υπήρχαν πριν την εισαγωγή των DRGs στα νοσοκομεία. Σε ορισμένες χώρες όπως στην Αγγλία, στη Γαλλία, στη Γερμανία οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν μετά την εφαρμογή των DRGs. Στην Αυστρία και Αγγλία υποστηρίζεται ότι η εισαγωγή τους συνέβαλε στην αύξηση της αποτελεσματικότητας. Ενώ στην Πορτογαλία και Γερμανία δεν παρατηρείται επίδραση στην

αποτελεσματικότητα και στη Γαλλία μετά από την αξιολόγηση φαίνεται να επηρεάζεται θετικά η απόδοση. Ενώ τα στοιχεία παραμένουν περιορισμένα εξαιτίας της προαναφερθείσας δυσκολίας στη μέτρηση θεωρείται πως η εισαγωγή του συστήματος DRGs στο νοσοκομείο είχε θετική επίδραση στην αποτελεσματικότητα. Ωστόσο θα πρέπει να γίνει σαφές ότι το σύστημα DRGs μπορεί να έχει και ανεπιθύμητες συνέπειες, όπως τα «cream – skimming», «up – coding» και φαινόμενα προκλητής ζήτησης.

Η επίδραση των DRGs στην ποιότητα της περίθαλψης ήταν πάντα ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο θέμα. Υπήρξαν σημαντικές ανησυχίες από την πλευρά των επαγγελματιών της υγείας, σε πολλές χώρες που χρησιμοποίησαν τα DRGs ως μέθοδο αποζημίωσης των νοσοκομείων πως θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας επειδή τα νοσοκομεία έχουν κίνητρο να μειώσουν το κόστος. Ωστόσο οι υποστηρικτές των DRGs έχουν υποστηρίξει ότι στην πραγματικότητα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης επειδή υπάρχει για τα νοσοκομεία το κίνητρο να επενδύσουν στην ποιότητα, έχοντας ως αποτέλεσμα την μείωση του κόστους (για παράδειγμα λαμβάνοντας μέτρα στα χειρουργεία αποφεύγονται οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις)

Στην Ευρώπη οι διαθέσιμες έρευνες αξιολόγησης των επιπτώσεων των DRGs στην ποιότητα της περίθαλψης και την έκβαση της υγείας των ασθενών είναι πολύ περιορισμένες για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, ιδίως επειδή τα στοιχεία είναι διαθέσιμα μόνο από έναν περιορισμένο αριθμό χωρών. Στην Αγγλία, οι μετρήσιμες αλλαγές στην ποιότητα από την εφαρμογή του συστήματος των DRGs, βρέθηκαν μικρές μετρώντας τη θνησιμότητα στο νοσοκομείο, την μετεγχειρητική θνησιμότητα (έως 30 ημέρες μετά το χειρουργείο) και των έκτακτων περιστατικών (Farrar et al., 2009). Στη Γερμανία, ο δείκτης θνητότητας βελτιώθηκε έως 30 ημέρες μετά το εξιτήριο καθώς και ένας μεγάλος αριθμός δεικτών ποιότητας (Furstenberg et al., 2011). Πολύ λίγες χώρες προσαρμόζουν ρητά το σύστημά τους ώστε να εφαρμόζεται η ποιότητα στα νοσοκομεία. Αξιοσημείωτη εξαίρεση είναι η Αγγλία που η ανάθεση για το πλαίσιο Ποιότητας και Καινοτομίας συνδέεται με ένα ποσοστό περίπου 1,5% (για το 2010-2011) με τη χρηματοδότηση του νοσοκομείου για την επίτευξη των στόχων της ποιότητας. Για χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία το έξιεται ό τ τα τελευταία χρόνια έχουν εισαχθεί προγράμματα για την εθνική μέτρηση της ποιότητας

οπότε και δεν υπάρχουν στοιχεία. Έχει όμως βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα των δεδομένων από άποψη διαγνώσεων και διαδικασιών, από τότε που εισήχθησαν οι DRGs.

Πολλές χώρες της Ευρώπης ανέπτυξαν DRGs συστήματα αφού τα εισήγαγαν από άλλες χώρες γιατί δεν είχαν διαθέσιμες τις απαραίτητες πληροφορίες για την ανάπτυξη των δικών τους συστημάτων όπως η Πορτογαλία. Αυτό σημαίνει ότι δεν είχαν διαθέσιμο σύστημα κοστολόγησης και με την πάροδο του χρόνου συνειδητοποίησαν ότι απαιτούνται καλύτερα δεδομένα για την έκθεση των δραστηριοτήτων τους, ώστε να μπορεί να επαληθεύσει το σύστημα τους αντίστοιχους υπολογισμούς του κόστους. Επίσης οι απαιτήσεις μεταξύ των χωρών είναι διαφορετικές. Ορισμένες χώρες όπως η Αγγλία δίνει περισσότερο ενδιαφέρον στο κόστος των υπηρεσιών και λιγότερο στην ποιότητα και στο επίπεδο λεπτομερούς πληροφόρησης.

Σε πολλές χώρες στην κοστολόγηση δεν συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες κεφαλαίου όπως στη Γερμανία. Όταν λαμβάνονται υπόψη τα κεφάλαια δημιουργούνται ισχυρά κίνητρα για την αναδιοργάνωση της περίθαλψης. Όλες οι χώρες που εφαρμόζουν τις DRGs σκοπό έχουν τη μείωση του κόστους θεραπείας, την αύξηση των εσόδων ανά ασθενή με ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των ασθενών. Σημαντικό είναι επίσης ότι στοχεύουν στην ενθάρρυνση και τη χρήση τεχνολογικών καινοτομιών των οποίων η εφαρμογή περιορίζεται στο να προσφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Ολοκληρώνοντας καταλήγουμε ότι κάθε χώρα που χρησιμοποιεί ένα εθνικό σύστημα DRGs προσπαθεί για την βελτίωση της ομοιογένειας των πόρων, αναπτύσσει κατευθυντήριες γραμμές και ενημερώνει τα κέντρα κοστολόγησης, δημιουργεί κέντρα μηχανισμού και ελέγχου του κόστους και κέντρα διαβούλευσης με ιατρικό προσωπικό, αξιολογεί τις τεχνολογικές καινοτομίες και ενημερώνει τα συστήματα κωδικοποίησης διαγνώσεων και διαδικασιών. Όλα αυτά όμως θα είχαν καλύτερο αποτέλεσμα αν υπήρχε ένα κοινό ευρωπαϊκό DRGs σύστημα αποζημίωσης.

4.2. Προτάσεις βελτίωσης των DRGs

Για την βελτίωση της ποιότητας με την συνεχιζόμενη χρήση των DRGs, θα πρέπει να εξελιχθεί η τεχνική υποστήριξη του συστήματος εφαρμογής και να εγκατασταθούν σύγχρονα συστήματα πληροφόρησης για καλύτερη και αξιόπιστη μέτρηση της χρήσης των πόρων στον νοσοκομειακό τομέα.

Για την βελτίωση της αποδοτικότητας θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί η κωδικοποίηση του συστήματος των DRGs με βάση την ανάλυση και την ανατροφοδότηση. Αυτό συνεπάγεται ότι πρέπει να γίνονται σωστές ταξινομήσεις από τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης.

Ανάπτυξη των μεθόδων ανάλυσης και συγκριτικής αξιολόγησης η οποία σχετίζεται με τη βελτίωση των τεχνικών μέσων υποστήριξης του συστήματος.

Κατάλληλη ανάπτυξη και επέκταση του συστήματος των DRGs, ώστε να συμπεριλαμβάνονται στις τιμές κοστολόγησης, το κεφαλαιουχικό κόστος, τα ακριβά φάρμακα, η ψυχική υγεία, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, εντατικής φροντίδας και επειγόντων περιστατικών. Επίσης να πραγματοποιηθεί επέκταση στη κατ' οίκον νοσηλεία και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και βελτίωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών με επίκεντρο το ασθενή, μειώνοντας τον χρόνο αναμονής και νοσηλείας χωρίς επιπρόσθετες πληρωμές.

ΕΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Assembleia da República (1990). Lei 48/90: Lei de Bases da Saúde [Law 48/90: Basic Law on Health]. *Diário República*, 195:3452–9.
- Barros, P., de Almeida Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5):1–140.
- Bellanger, M. & Tardif, L. (2006). Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France. *Health Care Management Sciences*, (9) : 295–305.
- Bentes, M., Dias, C.M., Sakellarides, C., Bankauskaite, V. (2004). *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BMGFJ (2008). *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Änderungen und Neuerungen im Modell 2009*. Vienna: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- Botz, K. C., Sutherland, J., Lawrenson, J. (2006). Cost Weight Compression: impact of cost data precision and completeness. ([http:// www.mja.com.au/public/issues/octia/casemix/phelan/phelan.html](http://www.mja.com.au/public/issues/octia/casemix/phelan/phelan.html))
- Braun T, Rau F, Tuschen KH. (2008). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H, eds. *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart, New York: Schattauer, 3–22.
- Busse R. & Riesberg A. (2004). *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, *European Observatory on Health Care Systems*.
- Busse, R. (2010). “ABC of DRGs-the European Experience” *Presentation*, available at <https://www.eurodrp.eu/>
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (2011). *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals“*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press , 43-44.
- Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9(3):211–13.

- CNAM (2006). Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes. *Paris: Caisse National d' Assurance Maladie.*
- Darzi, A., Department of Health (2008). *High-Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report.* London: Department of Health.
- Department of Health (2007). *Options for the Future of Payment by Results: 2008/2009 to 2010/2011.* Leeds: Department of Health.
- Ellis, R. P. (1998). “Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins”. *Journal of Health Economics*, (17), 537-55.
- Farrar, S., Sussex, J., Yi, D. et al. (2007) *National Evaluation of Payment by Results.* Aberdeen: University of Aberdeen Health Economics Research Unit.
- Farrar, S., Yi, D., Sutton, M. et al. (2009). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *British Medical Journal*, 339:b3047.
- Fenina, A., Geffroy, Y., Duée, M. (2008). Les comptes nationaux de la santé en 2007.
- 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, X., Freeman, J.L., Averill, R.F. & Thompson, J.D. (1980). “Casemix definition by diagnosis- related groups”. *Medical Care*, 18(2), 1-53.
- Frick, U., Barta, W., Zwisler, R., Filipp, G. (2001). Auswirkungen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) auf die Verweildauern und Hospitalisierungen im Land Salzburg seit 1997. *Gesundh ökon Qual manag*, 6(04):95–104.
- Fürstenberg, T., Laschat, M., Zich, K. et al. (2011). *G-DRG Begleitforschung gemäß §17b Abs. 8 KHG: Endbericht des zweiten Forschungszyklus.* Siegburg: Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus (InEK).
- Geissler, A. (2011). “DRGs and cost accounting across Europe-Which is driving which?” *Presentation*, available at <https://www.mig.tu-berlin.de/>
- Geissler, A., Quentin, W, Scheller-Kreinsen, D. & Busse, R. (2011). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”.* *European Observatory on Health Systems and Policies Series.* Open University Press, chapter (14), 9-21.
- Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W. & Busse, R. (2011). “Germany: Understanding G-DRGs”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in*

- Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (14), 267-8.
- Hawe, E. (2009). *OHE Compendium of Health Statistics: 2009*. Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Hofmarcher, M.M., Rack, H-M. (2006). Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(3):1–247.
- <http://www.securite-sociale.fr/institutions/fraudes/fraude.htm>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, (2007). (eds). Kalkulation von Fallkosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3, second edition. *Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Verl.-Ges.*, 265.
- Kobel, C. & Pfeiffer, K.P. (2011). “Austria: Inpatient care and the LKF framework”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (11): 183.
- Magnussen, J., Solstad, K. (1994). Case-based hospital financing: the case of Norway. *Health Policy*, 28:23–36.
- 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*, 22:79–88.
- 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.
- Miraldo, M., Goddard, M., Smith, P.C. (2006). *The Incentive Effects of Payment by Results*. London: Dr Foster Intelligence.
- NHS Information Centre for Health and Social Care (2007a). *The Casemix Service. HRG4 Design Concepts*. Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care.
- OECD (2008). *OECD Health Data 2008*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2010). *OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators*. Paris: *Organisation for Economic Co-operation and Development*.
- Or, Z. & Bellanger, M. (2011). “France: Implementing homogeneous patient groups in mixed market”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in*

- Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (13), 221-240.
- 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).
- Patris, A., Blum, D., Girardier, M. (2001), A change in the French patient classification system. *CASEMIX Quarterly*, 34:128–38.
- Pfeiffer, K.P. (2002a). *Documentation, data quality and continuous observation of the hospital sector*. 18th PCS/E Conference. Innsbruck, Austria. 2–5 October 2002:398–406.
- Pfeiffer, K.P. (2002b). Fünf Jahre Erfahrung mit der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Österreich, in M. Arnold, J. Klauber, H. Schellschmidt. *Krankenhaus-Report 2001*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Pierdzioch, S. (2008). Price and Volume Measures of Hospital Services in National Accounts Federal Statistical Office. *Germany*. Available at [https:// www.destatis.de/](https://www.destatis.de/)
- Quentin, W., Geissler, A., Scheller-Kreinsen D., Busse R. (2010). DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system. *Euro Observer, European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(3), 4-6.
- Richards, M. (2008). *Improving Access to Medicines for NHS Patients. A Report for the Secretary of State for Health by Professor Mike Richards CBE*. London: Department of Health.
- Sanderson, H.F. (1995). The use of healthcare resource groups in managing clinical resources. *British Journal of Hospital Medicine*, 54:531–4.
- Scheller – Kreinsen, D., Geissler, A. & Busse, R. (2009). “The ABC of DRGs”. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 11(4), 2-6.
- Schreyögg J, Tiemann O, Busse R. (2006). Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG- system. *Health Care Management Science*, (9):269–80.
- 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):215–23.

- Statistics Austria (2010). *Health expenditure in Austria*. Vienna: Statistik Austria http://www.statistik.gv.at/web_en/static/health_expenditure_in_austria_according_to_the_system_of_health_accounts_1_027971.xlsx, διαθέσιμο 20/4/2013.
- Theurl, E., Winner, H. (2007). The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health Policy*, 82(3):375–89.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tzavaras, A., Spyropoulos, B., & Gruen, R. (2006). “Diagnosis related groups: Approval and suitability for the Greek National Health System”. *Proceedings of ITAB*, 26-28 October, Ioannina, Greece.
- Wiley, M. (2011). “From the origing of DRGs to their implementation in Europe”, in Busse et al (eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, chapter (1), 3-6.
- World Health Organization, (2004). “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”, *Tenth Revision, Second Edition*, pp.: 2-3.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γείτονα, Μ. (2009). *Οικονομικά της υγείας και Πολιτικής υγείας, Διδακτικές σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2011), *Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα*, ανακτήθηκε 7/12/12 από www.nsph.gr
- Μανιαδάκης Ν., Μπαρτσώκας Δ., Γούναρης Δ., Καρράς Κ., Βουδούρη Μ., Κουφάκης Α., Λαναράς Α., Καρανίκας Χ., Πετρίκκος Γ., Φούσας Σ., Δερβένης Χ. (2011), *Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ*, Αθήνα
- Μπαλασοπούλου, Α. (2010). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου, Διδακτικές Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.