



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Περιγραφή και Ανάλυση του συστήματος

DRGs στην Κυπριακή Δημοκρατία

Παναγιώτης Τσοβίλης

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Περιγραφή και Ανάλυση του συστήματος

DRGs στην Κυπριακή Δημοκρατία

Παναγιώτης Τσοβίλης

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	v
Summary	vi
Ευχαριστίες	vii
Σχήματα- Πίνακες- Διαγράμματα –Εικόνες	viii
Κεφάλαιο Πρώτο.....	1
1.1. Εισαγωγή	1
1.2. Καταγραφή προβλήματος.....	2
1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	3
1.4 Σκοποί και στόχοι	4
Κεφάλαιο Δεύτερο	5
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση - Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες – DRGs.....	5
2.1 Εισαγωγή	5
2.2. Θεωρητική ανάλυση των DRGs	6
2.1.1. Ορισμός.....	6
2.1.2. Ιστορική αναδρομή και εξελικτική πορεία συστημάτων αποζημίωσης DRGs.....	7
2.1.3. Βασικές Αρχές – Δομή των Συστημάτων Χρηματοδότησης DRGs	9
2.1.4. Συστήματα Ταξινόμησης-Κατηγοριοποίησης Ασθενών	11
2.1.5. Συστήματα Κοστολόγησης και Αποζημίωσης	15
2.1.6.Στάδια Ανάπτυξης Συστήματος Αποζημίωσης DRGs	17
2.1.7. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα των DRGs	19
2.1.8. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και DRGs	22
2.1.9. Πιθανά προβλήματα κατά την εισαγωγή των DRGs	26
Κεφάλαιο Τρίτο.....	29

Εφαρμογή των DRGs Στην Κύπρο.....	29
3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	29
3.2 Μεθοδολογία της έρευνας.....	29
3.2.1. Κριτήρια Επιλογής.....	30
3.2.2. Μέθοδος Αναζήτησης.....	30
3.3 Μονάδα Επιτήρησης Υγείας και εφαρμογή των DRGs.....	31
3.3.1. Κλινική Κωδικοποίηση	33
3.3.2. Πορεία Εκπαίδευσης Κωδικοποιητών στα συστήματα DRGs.....	35
3.4. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs.....	36
3.4.1. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs σε χώρες της Ευρώπης	39
3.4.2. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs από το διεθνή χώρο.....	58
3.5. Οφέλη για την Κυπριακή Δημοκρατία από την εφαρμογή του συστήματος DRGs.	61
3.5.1. Υφιστάμενη κατάσταση συστήματος υγείας και προτάσεις μεταρρυθμίσεων	61
3.5.2 Εισαγωγή μεθόδων αποζημίωσης παρόχων (DRGs).....	67
3.6 Πρακτικά ζητήματα και δυσκολίες από την εφαρμογή του συστήματος DRGs στην Κύπρο.....	69
3.7. Συζήτηση	71
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	74
Συμπεράσματα.....	74
Βιβλιογραφία	76

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι διαγνωστικές Ομοειδείς Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups, DRGs) αποτελούν ένα σύστημα το οποίο εξυπηρετεί την προοπτική αποζημίωσης των οργανισμών υγείας. Ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του εξήντα στο Πανεπιστήμιο του Yale και εφαρμόστηκε στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 80, όπου χρησιμοποιούνταν στην αποζημίωση των υπηρεσιών και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων των ΗΠΑ. Ακολούθησε ραγδαία εξάπλωση και εφαρμογή των DRGs στις περισσότερες χώρες, τόσο διεθνώς όσο και στην Ευρώπη. Στην Κύπρο η μόνη προσπάθεια εφαρμογής των DRGs στηρίζεται στην πιλοτική προσπάθεια υιοθέτησης του συστήματος σε τρία νοσοκομεία με ταυτόχρονη εκπαίδευση 30 κωδικοποιητών.

Σκοπός είναι η περιγραφή και η ανάλυση των συστημάτων DRGs

Μεθοδολογία Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από την οποία περιγράφεται ο τρόπος λειτουργίας των DRGs σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και χώρες ανά τον κόσμο και μέσα από την περιγραφή αναδείχθηκαν τα θετικά οφέλη που δύναται να επωμιστεί και η Κυπριακή Δημοκρατία μέσα από την υιοθέτηση ενός συστήματος DRGs σε εθνικό επίπεδο. Επιπλέον γίνεται λόγος και για μερικές δυσκολίες και πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν από την υιοθέτηση μιας τέτοιας μεθόδου αποζημίωσης παροχών υγείας.

Αποτελέσματα: Μέσα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύονται τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει η Κυπριακή Δημοκρατία από την εισαγωγή των DRGs τα οποία εστιάζουν κυρίως στη βελτίωση της διαφάνειας, στη διασφάλιση της ποιότητας στη χρήση του ως εργαλείο χρηματοδότησης και συγκριτικής αξιολόγησης. Όσον αφορά στις δυσκολίες και στα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν από την εφαρμογή του συστήματος οφείλονται κυρίως στην ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

Συμπεράσματα: Η χρήση των συστημάτων DRGs επιφέρει θετικά αποτελέσματα στα συστήματα υγείας, στους ερευνητές, στη διοίκηση των μονάδων υγείας, σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας, σε κλινικό και πρακτικό και διεθνές επίπεδο.

Λέξεις – Κλειδιά: Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGs), Κλινική Κωδικοποίηση, αξιολόγηση εφαρμογής DRGs, οφέλη και δυσκολίες.

Summary

Background Diagnosis Related Groups, (DRGs) are a hospital perspective compensation system. It started in the late sixties at Yale University and implemented in the mid-80s, where used in compensation of services and funding of US hospitals followed rapid expansion and implementation of DRGs in most countries, both internationally and in Europe. In Cyprus the only attempt to implement the DRGs based on a pilot effort to adopt the system in three hospitals while training 30 coders

Aim: The aim of preparation of this work is the description and analysis of DRGs systems

Methodology: a systematic literature review through the described mode of DRGs in many European countries and countries around the world and through the description highlighted the positive benefits that can be shouldered and the Republic of Cyprus through the adoption of DRGs systems national level. Moreover speak and some difficulties and potential problems that may arise from the adoption of such a method of compensation health providers.

Results Through systematic review highlights the benefits that can be gained by the Republic of Cyprus to the introduction of DRGs that focus primarily on improving transparency, quality assurance in its use as funding and benchmarking tool. With regard to the difficulties and problems that may arise from the application of the system are due to the lack of an integrated health system.

Conclusions The use of DRGs systems has positive effects on health systems, researchers, management of health units at the political leadership level, in clinical and practical and international level

Keywords: Diagnostic Related Groups (DRGs), Clinical Coding, evaluation implementation DRGs, benefits and difficulties

Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους αυτούς τους ανθρώπους που συνέβαλαν στο να φέρω σε πέρας την παρούσα μεταπτυχιακή Εργασία. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα της εργασίας αυτής, Δρ. Βασίλειο Ραφτόπουλο για την πολύτιμη βοήθειά του και τη διαρκή υποστήριξή του, για τις χρήσιμες συμβουλές τους και την καθοδήγησή του καθ' όλα τα στάδια της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου και ιδίως στη σύζυγο μου Γεωργία και τα 4 παιδιά μου για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και στήριξη σε όλα τα βήματα και προ πάντων κατανόηση και ανοχή καθ' όλο το χρονικό διάστημα των σπουδών μου.

Σχήματα- Πίνακες- Διαγράμματα –Εικόνες

Σχήμα 1.1. Διαδικασία Κατηγοριοποίησης- κοστολόγησης-τιμολόγησης των περιστατικών, στις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες,

Σχήμα 1.2. Παράγοντες και διαδικασία κοστολόγησης και αποζημίωσης ενός DRG.

Διάγραμμα 1.1. Διαδικασία ταξινόμησης στα DRGs

Πίνακας 1.1. Συστήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιούνται στα DRGs σε διάφορες χώρες.

Διάγραμμα 1.2. Στάδια ανάπτυξης συστήματος χρηματοδότησης με DRGs.

Σχήμα 2.1. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο για όλες τις αιτίες, το 2000 και το 2010.

Σχήμα 2.2. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο για κανονική παράδοση

Σχήμα 2.3. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Εικόνα 3.1. Χρονοδιάγραμμα εφαρμογής συστημάτων DRGs στις χώρες της Ευρώπης.

Σχήμα 3.1: Μέθοδος Αναζήτησης Άρθρων

Χάρτης 3.1 Ευρωπαϊκός Χάρτης DRG, 2011

Πίνακας 3.1. Λόγοι υιοθέτησης των συστημάτων DRGs των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πίνακας 3.2 Αξιολόγηση εφαρμογής των DRGs

Πίνακας 3.3. Εξιτήρια και έσοδα για το τρίμηνο Οκτωβρίου – Δεκεμβρίου 2011 ανά υγειονομική περιφέρεια Ελλάδα

Εικόνα 3.2. Παράμετροι επιτυχίας συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο.

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

1.1. Εισαγωγή

Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών ή αλλιώς Diagnosis Related Groups (DRGs) ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του εξήντα στο Πανεπιστήμιο του Yale. Το αρχικό κίνητρο για την ανάπτυξη των DRGs ήταν η δημιουργία ενός αποτελεσματικού εργαλείου για την παρακολούθηση της ποιότητας, της φροντίδας και της αξιοποίησης των υπηρεσιών σε νοσοκομειακό περιβάλλον (Averill et al., 2003), αναπτύσσοντας έτσι μια νέα προσέγγιση αλλά και μεθοδολογία αναφορικά με την ταξινόμηση του πλήθους των παρεχόμενων υπηρεσιών των σύγχρονων νοσοκομείων. Υπό αυτό το πρίσμα, οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς κατατάσσονται τελικά σε εκατοντάδες Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs), σύμφωνα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη διάγνωση, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, τις πιθανές επιπλοκές, την ηλικία και το φύλο (Μανιαδάκης κ.α., 2011).

Η εκτεταμένη χρήση των DRGs εγγυάται στο γεγονός ότι γίνεται αποτελεσματικότερη η μέτρηση του παραγόμενου προϊόντος των διάφορων νοσοκομείων με αποτέλεσμα να γίνεται και πιο αξιόπιστη η αξιολόγηση του έργου τους. Αυτό έχει επίσης ως συνέπεια τη βελτίωση της οργάνωσης, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητάς τους. Αργότερα στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 80, τα DRGs άρχισαν να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα στην αποζημίωση των υπηρεσιών και στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων των ΗΠΑ (Averill et al., 2003, Averill, 1997, Averill et al., 1996, Averill & Kalison, 1993).

Ειδικότερα, η κάθε μία από τις επιμέρους ομοειδείς ομάδες διάγνωσης, αφού κοστολογήθηκε και οι διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί άρχισαν σταδιακά να αποζημιώνουν τα συμβαλλόμενα νοσοκομεία καταβάλλοντας, για κάθε ασφαλιζόμενο πελάτη τους, ένα αντίστοιχο αντίτιμο το οποίο είχε προσυμφωνηθεί και αναλογούσε σε κάθε ομοιογενή κατηγορία στην οποία αυτός κατατάσσονταν κατά τη νοσηλεία του. Έτσι πολύ σύντομα το σύστημα αυτό οδήγησε στον έλεγχο του κόστους παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και στην επακόλουθη αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων (Μανιαδάκης κ.α., 2011).

Όπως ήταν αναμενόμενο ακολούθησε ραγδαία εξάπλωση και εφαρμογή των DRGs σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Σε αυτές περιλαμβάνονται χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Δανία η Πορτογαλία, αλλά και αρκετές γειτονικές χώρες της Κύπρου όπως η Τουρκία, η Ιταλία, η ΠΓΔΜ, η Ελλάδα, η Βουλγαρία, η Βοσνία, η Σερβία, η Σλοβενία και η Κροατία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένες χώρες είτε έχουν ήδη εφαρμόσει πλήρως το εν λόγω σύστημα χρηματοδότησης, είτε είναι στο αρχικό στάδιο ανάπτυξης και εφαρμογής του.

Το εκάστοτε σύστημα υγείας συνιστά διαφορετική περίπτωση και χαρακτηρίζεται από τις δικές του οργανωτικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες. Επομένως, τα DRGs που αναπτύσσονται και εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση διαφέρουν σε ότι αφορά τον συνολικό αριθμό τους, το περιεχόμενο, τους αλγορίθμους ταξινόμησης ασθενών, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται, την μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης και άλλα. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί και το γεγονός ότι υπάρχει πληθώρα ομοιοτήτων ανάμεσα σε αυτές τις χώρες όσο αφορά τα στάδια ανάπτυξης και εφαρμογής των συστημάτων αλλά και την μεθοδολογία που χρησιμοποιείται.

Παράλληλα είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η κάθε χώρα η οποία προωθεί για οποιοδήποτε λόγο την εισαγωγή και εφαρμογή του συστήματος ταξινόμησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τα DRGs, δεν ξεκινά συνήθως από μηδενική βάση, αλλά βασίζεται συνήθως σε εμπειρίες από την προσαρμογή συστημάτων άλλων χωρών, τα οποία επιλέγονται βάση συγκεκριμένων αναγκών (Μανιαδάκης κ.α., 2011).

1.2. Καταγραφή προβλήματος

Όσο αφορά το Κυπριακό Σύστημα Υγείας (ΣΥ) μπορεί να ειπωθεί ότι δεν έχει μακρά πορεία ανάπτυξης. Η δημιουργία του αρχίζει επί καιρώ Αγγλοκρατίας το 1957 όπου και εισήχθη το σύστημα Beveridge, το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, του οποίου η διαχρονική πορεία υγειονομική ανάπτυξης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την πορεία ανάπτυξης της Κυπριακής Δημοκρατίας. Επί αυτού διαφορές δυσμενείς πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες καθώς και η Τουρκική εισβολή το 1974, διαδραμάτισαν αρνητικό ρόλο στην σωστή ανάπτυξη και οργάνωση του ΣΥ.

Παράλληλα, διάφορα προβλήματα που αφορούσαν την δημόσια διοίκηση, διάφορα αντικρουόμενα συμφέροντα, καθώς και έλλειψη πολιτικής βούλησης διαδραμάτισαν επίσης σημαντικό ρόλο όσο αφορά στη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Σήμερα, δεν είναι καθόλου τυχαίο το γεγονός ότι η Κύπρος αποτελεί το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που στερείται ενός αποτελεσματικού ΕΣΥ, το οποίο να καλύπτει εξολοκλήρου τον πληθυσμό (μόνο το 80% του πληθυσμού καλύπτεται) (Χαραλάμπους & Σωκράτους, 2009).

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, το ΣΥ έρχεται αντιμέτωπο με τις θεμελιώδεις αρχές του, έχοντας να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα όπως είναι η αδυναμία σχεδιασμού ενιαίας πολιτικής, σωστής οργάνωσης αλλά και λειτουργίας του συστήματος. Επιπλέον αναφέρονται και προβλήματα όπως είναι οι ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας (Χαραλάμπους & Σωκράτους, 2009).

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια αναλυτικής περιγραφής των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών και ανάδειξης των οφελών μέσα από τη διεθνή και ευρωπαϊκή εφαρμογή τους. Επιπλέον γίνεται προσπάθεια ανάδειξης των οφελών και των πιθανόν προβλημάτων για το Κυπριακό σύστημα Υγείας από την ενσωμάτωση των DRGs σε αυτό.

1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Μέσα από την παρούσα εργασία εξάγονται χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την ωφελιμότητα της εφαρμογής του συστήματος DRGS στην Κύπρο. Επιπλέον διαφαίνεται ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος DRGs σε άλλες χώρες και πως αυτός βελτιώνει τα εκάστοτε συστήματα υγείας. Με αυτό τον τρόπο δύναται να υιοθετηθούν διάφορα μέρη της λειτουργίας του συστήματος υγείας άλλων χωρών και να εφαρμοστούν στο σύστημα υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας θα μπορούσαν να βοηθήσουν το Υπουργείο Υγείας και ακόμη τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες να εντοπίσουν προβλήματα και να έχουν μια σφαιρική άποψη αναφορικά με την συχνότητα των νοσημάτων στην Κύπρο. Με αυτό σίγουρα θα μπορούσαν να ληφθούν μέτρα αντιμετώπισης. Υπό αυτό το πρίσμα το σύστημα DRGs

θα μπορούσε να συνεισφέρει εκτός από το οικονομικό μέρος και στην πρόληψη διαφόρων ασθενειών.

1.4 Σκοποί και στόχοι

Ο σκοπός εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας είναι η περιγραφή και ανάλυση του συστήματος DRGs στην Κυπριακή Δημοκρατία. Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι ο εντοπισμός δεδομένων σχετικά με τη χρησιμότητα της εφαρμογής των DRGs στην Κύπρο. Ειδικότερα μέσα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση περιγράφεται ο τρόπος λειτουργίας των DRGs και πώς με το σύστημα αυτό δύναται να επωφεληθεί οικονομικά η Κυπριακή Δημοκρατία. Επιπλέον γίνεται αναφορά σε άλλες χώρες οι οποίες εφαρμόζουν το σύστημα DRGs και στα οφέλη που έχουν αποκομίσει οι συγκεκριμένες χώρες από το εν λόγω σύστημα.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση - Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες – DRGs

2.1 Εισαγωγή

Υπό το πρίσμα της συνεχόμενης αύξησης των δαπανών στις υπηρεσίες παροχής υγείας και της αύξησης των εισαγωγών ασθενών στα νοσοκομεία, γεννήθηκαν πολλές απορίες σχετικά με το πώς δύναται να υπάρξει ένας ορθά δομημένος προϋπολογισμός και πως μπορεί να εξασφαλιστεί η διαφάνεια και η ισότητα στην πρόσβαση και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς να αυξάνεται το κόστος.

Οι παραπάνω λόγοι οδήγησαν τις χώρες της Ευρώπης, μεταξύ άλλων και την Κύπρο στην εισαγωγή ενός συστήματος αποζημιώσεων στα νοσοκομεία, βασισμένο σε αξιόπιστα δεδομένα που θα φανερώσουν τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με το πραγματικό κόστος, δίνοντας κίνητρα για βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα αποζημιώσεων συνιστούν οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups- DRGs) οι οποίες χαρακτηρίζονται ως σύστημα προοπτικής αποζημίωσης.

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφεται η δομή των DRGs, γίνεται ιστορική αναδρομή της εξελικτικής πορείας των συστημάτων αποζημίωσης DRGs, περιγράφονται οι βασικές αρχές και η δομή των συστημάτων DRGs, περιγράφεται η ταξινόμηση- κατηγοριοποίηση των ασθενών και η κοστολόγηση και αποζημίωση, τα στάδια ανάπτυξης ενός συστήματος DRGs και αναφορά στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της υιοθέτησης ενός τέτοιου συστήματος από το σύστημα υγείας μιας χώρας.

2.2. Θεωρητική ανάλυση των DRGs

2.1.1. Ορισμός

Με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) έγιναν σταδιακά το βασικό μέσο της επιστροφής στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η βασική ιδέα των συστημάτων DRG είναι ότι οι ασθενείς ταξινομούνται σε έναν περιορισμένο αριθμό ομάδων DRGs, οι οποίες είναι κλινικά σημαντικές και σχετικά ομοιογενείς σε πρότυπα κατανάλωσης πόρων (Tan et al., 2014).

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες DRGs συνιστούν ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών το οποίο αποτελείται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: (1) συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με τους ασθενείς, τις θεραπείες και τις παροχές, (2) διαχειρίσιμος αριθμός ομάδων ασθενειών, και οι ομάδες αυτές είναι (3) κλινικά σημαντικές και (4) οικονομικά ομοιογενείς (Kobel et al., 2011). Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω χαρακτηριστικά τα DRGs παρέχουν μια περιεκτική εικόνα όσον αφορά στη νοσοκομειακή δραστηριότητα, προσδιορίζοντας έτσι το νοσοκομειακό προϊόν. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διευκόλυνση των συγκρίσεων των νοσοκομείων όσον αφορά στις δαπάνες, στην ποιότητα και στην αποδοτικότητα συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της διαφάνειας στα νοσοκομεία (Quentin et al, 2011).

Οι DRGs αποτελούν μία σύγχρονη μέθοδο αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, η οποία χρησιμοποιείται στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Η μέθοδος αυτή υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και αποσκοπούσε στην αποπληρωμή των νοσοκομείων τα οποία ήταν συμβαλλόμενα με το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare (Ξένος κ.α., 2014). Η μέθοδος υιοθετήθηκε από τον καθηγητή Fetter και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο του Yale των Η.Π.Α (Wiley, 2011). Η μέθοδος DRG συνιστά ένα μηχανισμό κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων στηριζόμενη στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι οποίες παράλληλα μειώνουν την πιθανότητα της περιττής και μη αναγκαίας ιατρικής περίθαλψης ενώ ενθαρρύνει, αντίστοιχα, την οικονομικά αποδοτική παροχή της κατάλληλης και αναγκαίας ιατρικής περίθαλψης (Ξένος κ.α., 2014).

2.1.2. Ιστορική αναδρομή και εξελικτική πορεία συστημάτων αποζημίωσης DRGs

Το «πρόβλημα του νοσοκομείου», όπως παρουσιάστηκε από τον Δρ Codman - έναν χειρουργό στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης - στις αρχές του 20ου αιώνα, εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση ακόμα και σήμερα, περίπου 100 χρόνια αργότερα (Fetter, 1991). Το έργο που ξεκίνησε από τον Codman επανεξετάστηκε και αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Robert Fetter και της ομάδας του στο Πανεπιστήμιο του Yale στα τέλη της δεκαετίας του 1960, όταν κλήθηκαν να βοηθήσουν στη ανάπτυξη ενός προγράμματος κριτικής της κατανάλωσης των πόρων (Utilization Review) και της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) για το τοπικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Στα πλαίσια του προγράμματος ο Fetter και η ομάδα, έθεσαν ερωτήματα τα οποία αφορούσαν στη διαδικασία της «μέτρησης της παραγωγής στο νοσοκομείο τους προκειμένου να αξιολογήσουν τη νοσοκομειακή δραστηριότητα» (Fetter, 1991). Η ίδρυση του προγράμματος Medicare Program το 1965 ήταν η αφορμή ώστε περίπου 20 χρόνια μετά, με την ίδρυση του προγράμματος Medicare το 1983 να εφαρμοστούν για πρώτη φορά οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) (Fetter et al, 1980; Fetter, 1993).

Εξαιτίας των απαιτήσεων για την επεξεργασία πολύ μεγάλων συνόλων δεδομένων του νοσοκομείου, οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας των πληροφοριών (ΤΠ) ήταν κρίσιμη για την πραγματοποίηση της επεξεργασίας των δεδομένων, καθ' όλη τη δεκαετία του 1970 σχετικά με την «εύρεση ενός τρόπου μέτρησης του κόστους των εξόδων των νοσοκομείων» (Fetter, 1993). Η πρώτη έκδοση των DRGs αναπτύχθηκε το 1973 και αποτελούνταν από 54 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs) και 333 τελικές ομάδες. Η δεύτερη έκδοση εισήχθη από την Ομοσπονδιακή Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Federal Social Security Administration), και περιελάμβανε 83 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs) και 383 ομάδες DRGs (Fetter et al., 1980). Η τρίτη έκδοση έθεσε τις βάσεις ενός νοσοκομειακού συστήματος πληρωμών με βάση τα DRGs. Αργότερα στο Πανεπιστήμιο του Yale, δημιουργήθηκε μια τελική έκδοση από μια ομάδα συστημάτων υγείας (Health Systems Management Group) που είχε ως σκοπό την ταξινόμηση των ασθενών στο νοσοκομείο.

Το ονομαζόμενο «σύστημα προοπτικής αποζημίωσης» βασίστηκε αποκλειστικά στην πρώτη έκδοση και συμπεριλαμβάνει 23 μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες (MDCs) και 470 ομάδες (Wiley, 2011).

Το 1984 διοργανώθηκε μια συνάντηση στην Ευρώπη, από το Υπουργείο Υγείας στη Γαλλία, όπου επικεφαλής ήταν ο καθηγητής Robert Fetter, που ανέπτυξε το σύστημα DRG, και συμμετείχαν πέντε Ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Γαλλία, Ιρλανδία, Ολλανδία και Πορτογαλία). Μια άλλη διεθνής συνάντηση πραγματοποιήθηκε μόλις δύο χρόνια αργότερα, στο Δουβλίνο, όπου συμμετείχαν ήδη 11 ευρωπαϊκές χώρες. Ακολούθως σε μια συνάντηση στη Λισαβόνα το 1987, οι συμμετέχοντες Ευρωπαϊκές χώρες ανήλθαν στις 15, όπου συμφωνήσαν να δημιουργηθεί ένα δίκτυο για όσους ενδιαφέρονται να εργαστούν σε θέματα που σχετίζονται με την κατάταξη των ασθενών, τα διεθνή συστήματα ταξινόμησης των ασθενών (PCSI).

Παράλληλα με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις, το 1984 πραγματοποιήθηκε ένα Εθνικό Σεμινάριο για τα DRGs στην Αυστραλία. Μετά το σεμινάριο αυτό, η χρηματοδότηση μιας σειράς ερευνητικών έργων αποτέλεσαν το θεμέλιο λίθο των μεταγενέστερων εξελίξεων στα συστήματα DRG και τις εφαρμογές τους στην Αυστραλία.

Η δυναμική στις διεθνείς εξελίξεις όσον αφορά τη δυνατότητα και την καταλληλότητα χρήση των DRGs σε συστήματα υγείας εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών δόθηκε μετά τις διεθνείς συναντήσεις που διοργανώθηκαν από την ομάδα του Yale στο Λονδίνο το 1986, στην Ουάσιγκτον το 1987, και το Σύδνεϋ το 1988. Εκτός από το προφίλ των δραστηριοτήτων σε ένα μεγάλο αριθμό χωρών, οι διασκέψεις επέτρεψαν στους ερευνητές και στους φορείς χάραξης πολιτικής να κάνουν προσωπικές επαφές που διευκόλυναν την ταχύτερη ανταλλαγή πληροφοριών και την ανταλλαγή εμπειριών, που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατό, στην εποχή πριν από το παγκόσμιο ιστό πληροφόρησης. Οι συναντήσεις αυτές, μαζί με εκείνες που οργανώνοντας από το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης Ασθενών (PCSI), συνέβαλαν στην ανάπτυξη ενός πνεύματος συνεργασίας ανάμεσα σε όσους είχαν ήδη υιοθετήσει τα συστήματα αυτά, έτσι ώστε κάθε νεοεισερχόμενος θα μπορούσε γρήγορα να επωφεληθεί από αυτούς που τα είχαν ήδη υιοθετήσει. Η ώθηση της διεθνούς συνεργασίας όσον αφορά στην εξέλιξη και την εφαρμογή των συστημάτων DRG, επωφελήθηκε επίσης από τις πρωτοβουλίες που υποστηρίχθηκαν από μια σειρά διεθνών οργανισμών.

Συμπεραίνοντας μπορεί να λεχθεί ότι μετά την έλευση τριάντα περίπου ετών, τα συστήματα DRGs αποτελούν το μοναδικό σημαντικό σύστημα ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification System-PCS) το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς από το 1983 από την κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

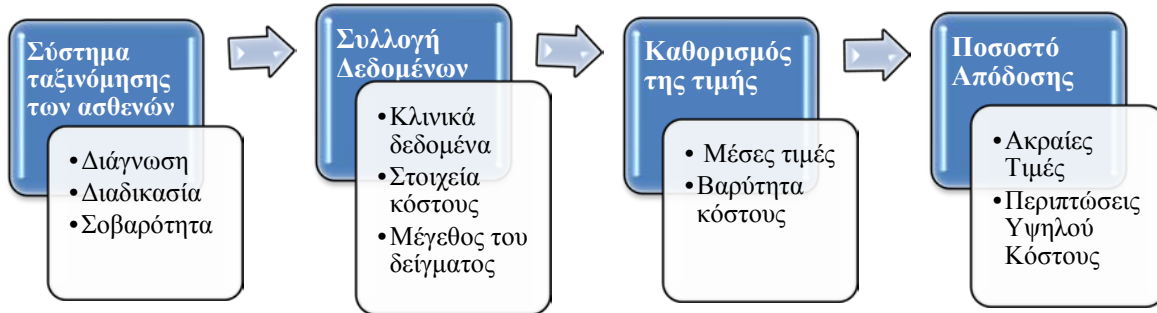
Από το 1984 σταδιακά εφαρμόστηκε και στις χώρες της Ευρώπης, οι οποίες από 5 που έφτασαν σήμερα τις 15 και συνεχίζει να χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Από τις χώρες της Ευρώπης η Πορτογαλία εφάρμοσε πρώτη τα συστήματα DRGs, το 1988 ακολούθησε η Νορβηγία την περίοδο 1991-1993 σε επιλεγμένα νοσοκομεία και η Ιρλανδία το 1993 (Wiley, 2011).

Η πρώτη πρωτοβουλία στην Αυστραλία χρονολογείται από το 1988, όταν η τότε Αυστραλιανή Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Υγείας προσπάθησε μέσω του πενταετούς προγράμματος 1988-1993 «Medicare Agreements» να ενσωματώσει τα DRGs στο σύστημα υγείας, χρηματοδοτώντας την ανάπτυξη μιας αυστραλιανής έκδοσης των DRGs (Australian National (AN-)DRGs), το οποίο εισήχθη το 1992. Η πολιτεία της Βικτώρια ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε τα DRGs (το 1993) για τον καθορισμό των προϋπολογισμών για τα δημόσια νοσοκομεία της (Wiley, 2011).

2.1.3. Βασικές Αρχές – Δομή των Συστημάτων Χρηματοδότησης DRGs

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) και οι διάφορες παραλλαγές τους στηρίζονται σε δύο κύριες βασικές αρχές: (α) Στην ταξινόμηση των προσφερόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών σε μεμονωμένα άτομα σε συγκρίσιμες ομοειδείς ομάδες, διαμορφώνοντας έτσι τις κατηγορίες των «προϊόντων» ενός νοσοκομείου. Η ταξινόμηση σε ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες δύναται να βασιστεί σε κλινικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις, σε μετρήσεις κατανάλωσης των πόρων όπως είναι το κόστος και ο χρόνος παραμονής καθώς και σε δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, φύλο). (β) Στη στάθμιση των τιμών για κάθε κατηγορία προϊόντων (Ξένος κ.α., 2014).

Επομένως η μέθοδος DRGs στηρίζεται σε μία συγκεκριμένη πληρωμή ανά ασθενή ανάλογα με την κύρια διάγνωσή του. Το κόστος του κάθε DRG προσδιορίζεται με διάφορους τρόπους ανάλογα με τις περιπτώσεις που χρησιμοποιούνται τα δεδομένα και την ομοιογένεια των διαφόρων κατηγοριών. Οι βασικοί παράμετροι που διαμορφώνουν το κόστος είναι: η αιτία εισαγωγής, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι πιθανές δευτερεύουσες διαγνώσεις, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές πρακτικές και η βαρύτητα του περιστατικού (Scheller-Kreinsen et al., 2009) (Σχήμα 1.1).



Σχήμα 1.1. Διαδικασία Κατηγοριοποίησης- κοστολόγησης-τιμολόγησης των περιστατικών, στις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, Πηγή: Scheller-Kreinsen et al., 2009

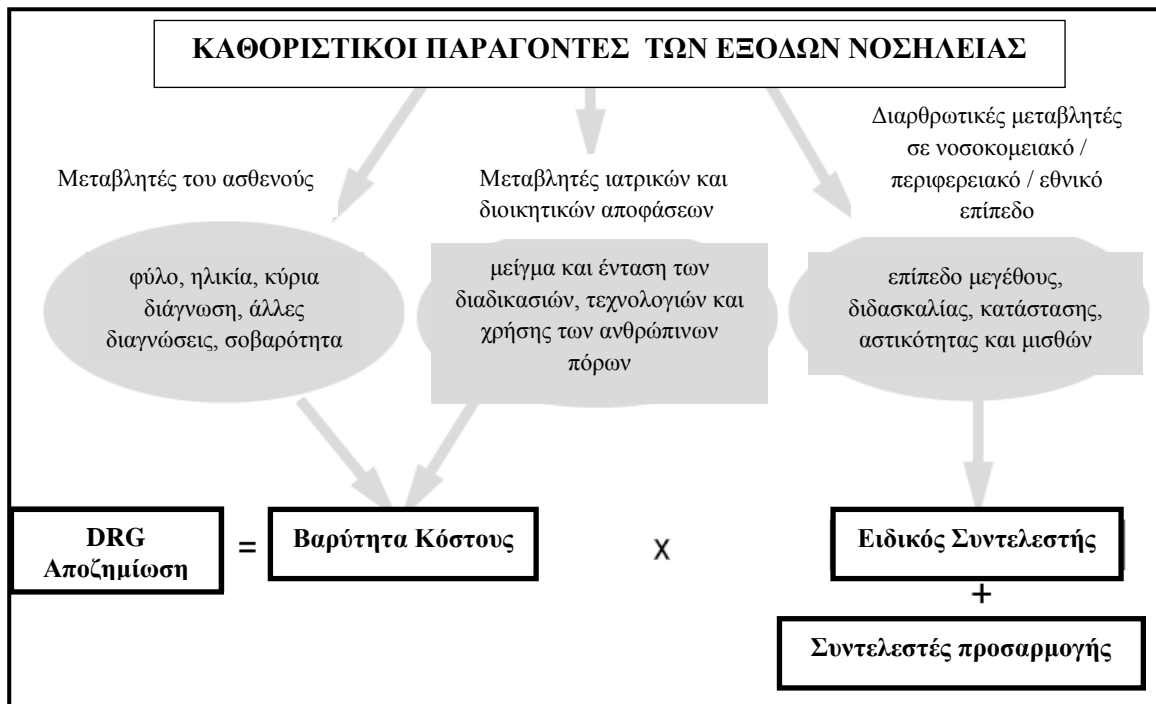
Από το επιλεγμένο και αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών, συλλέγονται τα αληθινά δεδομένα της νοσηλείας, προκειμένου να υπολογιστεί το κόστος ανά DGR, λαμβάνοντας υπόψη τα case mix των διαφόρων νοσοκομείων και ύστερα εκτιμάται η αποζημίωση ανά ομοειδή διαγνωστική κατηγορία, καθώς και αυτή των περιστατικών που είναι εκτός των καθορισμένων ορίων απόστασης από τον μέσο όρο (outliers). Με αυτό τον τρόπο τα νοσοκομεία αποζημιώνονται για κάθε DRG σύμφωνα με τον τύπο (Scheller-Kreinsen et al., 2009):

$R \text{ (Revenue)} = \text{CMI (case mix index)} \times \text{αριθμός ασθενών} \times \text{ειδικός συντελεστής (base rate)}$

Ο CMI (δείκτης σύνθεσης), είναι σημαντικός δείκτης για κάθε νοσοκομείο, γιατί καθορίζει την αποζημίωση του νοσοκομείου και υπολογίζεται ως εξής:

$$\text{CMI DGR} = \frac{\sum \text{C DRG}_i}{\text{Αριθμό ασθενών}}$$

Ο ειδικός συντελεστής (base rate) περιλαμβάνει διάφορες μεταβλητές, όπως η θέση του νοσοκομείου, η εξειδίκευση του προσωπικού κ.ο.κ., είναι ουσιαστικά η χρηματική τιμή κατά μέσο όρο, που το νοσοκομείο χρεώνει το ταμείο, όταν ένα περιστατικό ενταχθεί σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία. Τα σχετικά κόστη ανά DRG υπολογίζονται σε εθνικό επίπεδο και αντιπροσωπεύουν το μέσο όρο της νοσοκομειακής δαπάνης για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Η συχνή κοστολόγηση των DRGs, σε μεγάλα αντιπροσωπευτικά δείγματα, αποτυπώνει το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών υγείας (Σχήμα 1.2) (Scheller-Kreinsen et al., 2009).



Σχήμα 1.2. Παράγοντες και διαδικασία κοστολόγησης και αποζημίωσης ενός DRG, Πηγή: Scheller-Kreinsen et al., 2009

2.1.4. Συστήματα Ταξινόμησης-Κατηγοριοποίησης Ασθενών

Τα περισσότερα συστήματα DRGs προκειμένου να κατηγοριοποιήσουν τις περιπτώσεις νοσηλείας χρησιμοποιούν τις παρακάτω μεταβλητές (Averill et al., 2003):

- i. Η πρώτη μεταβλητή που χρησιμοποιείται είναι η κύρια διάγνωση που αφορά το επηρεαζόμενο σύστημα οργάνων, και η οποία βασίζεται στο σύστημα Bertillon – Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών (τελευταία έκδοση είναι η ICD-10). Η διαδικασία της δημιουργίας των DRGs άρχισε με τον επιμερισμό όλων των πιθανών πρωταρχικών διαγνώσεων στις 25 αμοιβαίως αποκλειόμενες Κύριες Διαγνωστικές Κατηγορίες (Major Diagnostic Categories). Η εκάστοτε κατηγορία MDC δημιουργήθηκε με στόχο να αντιπροσωπεύει ένα βασικό σύστημα οργάνων (πχ. Κυκλοφορικό σύστημα). Αυτή η προσέγγιση βρέθηκε να ικανοποιεί περισσότερο καθώς η κλινική φροντίδα παρέχεται γενικά σύμφωνα με το επηρεαζόμενο σύστημα οργάνων παρά με μια συγκεκριμένη αιτιολογία. Οι ασθένειες που εμπίπτουν σε ένα σύστημα οργάνων αλλά αφορούν και μια συγκεκριμένη αιτιολογία εντάσσονται στην MDC

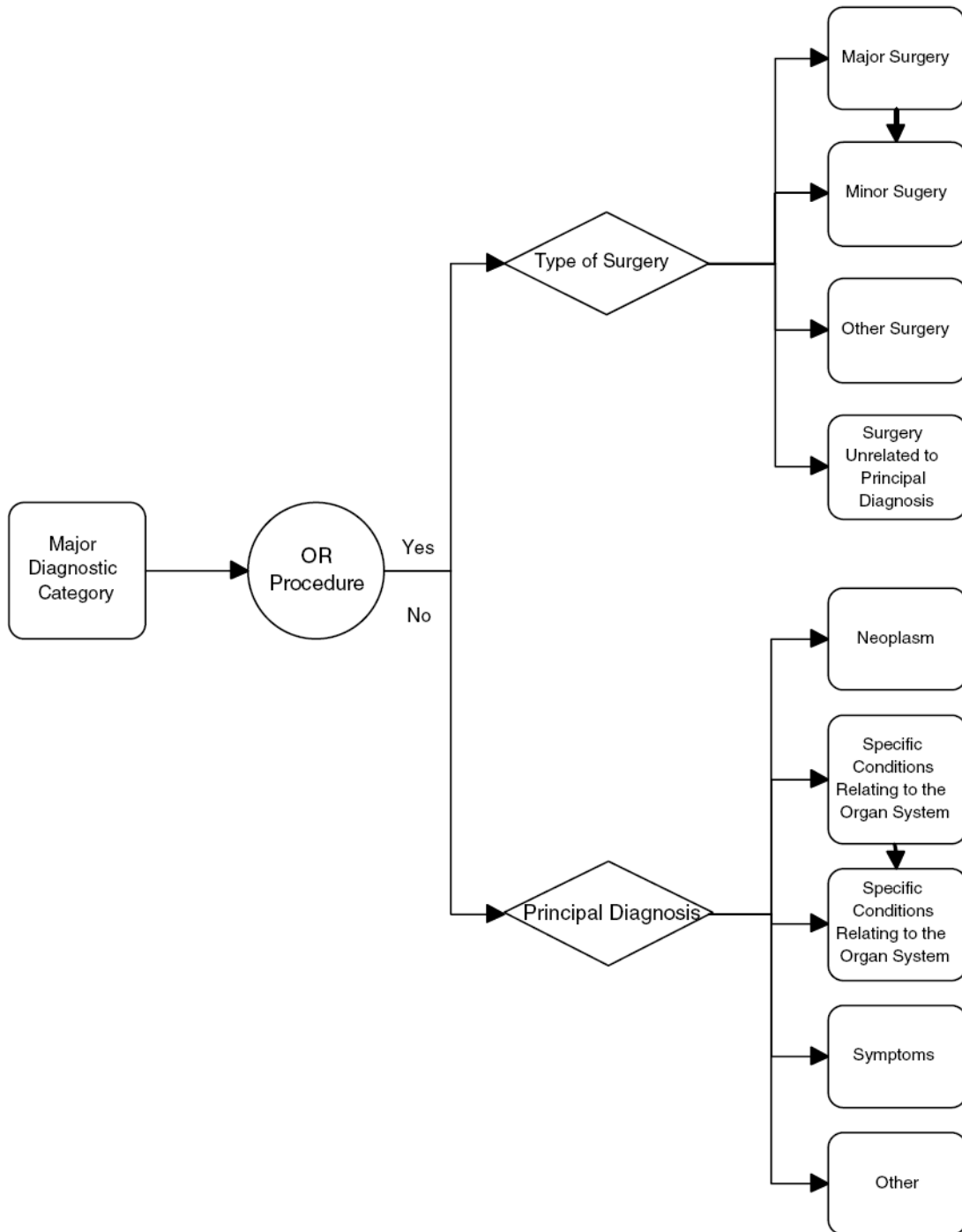
που αφορά το όργανο. Επιπλέον αναπτύχθηκαν και συμπληρωματικές MDCs για ασθένειες που δεν μπορούν να συσχετιστούν εξ' ολοκλήρου με ένα σύστημα οργάνων.

- ii. Η δεύτερη μεταβλητή αφορά στον καθορισμό των χειρουργικών ή μη διαδικασιών που θα εφαρμοστούν στους ασθενείς καθώς και των απαραίτητων ενεργειών και εξοπλισμού που πρέπει να χρησιμοποιηθεί (χρήση χειρουργικής αίθουσας, ανάνηψη κτλ), δεδομένου ότι αυτά διαφοροποιούν τη χρήση των πόρων και ως εκ τούτου το κόστος νοσηλείας. Οι διαδικασίες κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τα τη βαρύτητα, τον κίνδυνο, τη χορήγηση αναισθησίας, την πολυπλοκότητα και την εκπαίδευση και τις υποδομές που απαιτούν.
- iii. Η τρίτη μεταβλητή αφορά στη δευτερεύουσα διάγνωση η οποία έχει να κάνει με την αναφορά σημαντικών επιπλοκών ή συνυπαρχουσών νοσηροτήτων. Η σπουδαιότητά τους προσδιορίζεται από την πιθανότητα λόγω της ύπαρξής τους να αυξήσουν τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών της MDC.
- iv. Η τέταρτη μεταβλητή αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ηλικία και φύλλο του ασθενούς. Τα DRGs κατηγοριοποιούνται στις περισσότερες περιπτώσεις σύμφωνα με το ηλικιακό όριο των 17 ετών (Pediatrics DRGs) και το φύλλο του ασθενούς ή το βάρος του νεογνού.
- v. Η πέμπτη κατηγορία αφορά στην κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, η οποία αναφέρεται στον τρόπο εξόδου και τον προορισμό του ασθενούς, π.χ. μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο, εκτέλεση ιατρικών οδηγιών, θάνατος κλπ.

Σε γενικές γραμμές κατά την κατηγοριοποίηση σε ένα σύστημα DRG, την κύρια διάγνωση μπορεί να συμπληρώσουν άλλες οχτώ και οι διαδικασίες (χειρουργικές ή μη) δύναται να φτάσουν μέχρι τις έξι κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς (Averill et al., 2003).

Αντίθετα με το γεγονός ότι οι κατηγοριοποίηση των ασθενών σε ένα σύστημα DRG, αλλάζει εξαιτίας της τεχνολογικής εξέλιξης και της χρήσης νέων φαρμακευτικών, ή ακόμα και την εμφάνιση νέων ασθενειών, η λογική -προσέγγιση για τον καθορισμό των ομοιογενών

διαγνωστικών ομάδων (DRGs), έχει παραμείνει διαχρονικά η ίδια (CISS, 2005).



Διάγραμμα 1.1. Διαδικασία ταξινόμησης στα DRGs Πηγή: Averill et al., 2003.

Στο παραπάνω διάγραμμα αναπαριστάται η τυπική διαδικασία για τον προσδιορισμό ενός συστήματος DRG για μια Κύρια Διαγνωστική Κατηγορία. Είναι φανερό ότι πέραν από τον ειδικό αλγόριθμο, είναι αναγκαία και η ύπαρξη ενός καλού συστήματος ταξινόμησης των διαγνώσεων και των ιατρικών παρεμβάσεων.

Στον πίνακα 1.1. παρουσιάζονται τα συστήματα κωδικοποίησης που χρησιμοποιούνται σε διάφορες χώρες. Όπως είναι φανερό το μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών χρησιμοποιεί για την ταξινόμηση των διαγνώσεων το σύστημα ICD-10 ή την Αυστραλιανή έκδοση του ICD-10-AM.

Πίνακας 1.1. Συστήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιούνται στα DRGs σε διάφορες χώρες.

Πηγή: KAT

Χώρα	Σύστημα Ταξινόμησης Διαγνώσεων	Σύστημα Ταξινόμησης Διαδικασιών
Αυστραλία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Αυστρία	ICD-10	ACP
Βέλγιο	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Βουλγαρία	ICD-10	ICD-9-CM
Καναδάς	ICD-10	CCI
Τσεχία	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Δανία	ICD-10	NSCP
Εσθονία	ICD-10	NSCP
Φιλανδία	ICD-10	NSCP
Γαλλία	ICD-10	CDAM
Γερμανία	ICD-10-GM	OPS
Ιρλανδία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Ιταλία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Ιαπωνία	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Κορέα	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Λετονία	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Λιθουανία	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Λουξεμβούργο	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Μάλτα	ICD-10	ICD-9-CM
Σιγκαπούρη	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Ολλανδία	ICD-10	ΤΟΠΙΚΟ
Νέα Ζηλανδία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Νορβηγία	ICD-10	NSCP
Πολωνία	ICD-10	ICD-9-CM
Πορτογαλία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Ρουμανία	ICD-10-AM	ICD-10-AM

Σλοβενία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Ισπανία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Σουηδία	ICD-10	NSCP-S
Ελβετία	ICD-10	ICD-9-CM
Αγγλία	ICD-10	OPCS4
ΗΠΑ	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Βοσνία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Κροατία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Τσεχία δεύτερη φορά	ICD-10	ICPM
Τουρκία	ICD-10-AM	ICD-10-AM
ΠΓΔΜ	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Κολομβία	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Βραζιλία	ICD-10	ICD-10
Μεξικό	ICD-9-CM	ICD-9-CM

Αφότου καθοριστεί το σύστημα ταξινόμησης και το σύστημα συνεχούς ανάπτυξής του είναι απαραίτητη η δημιουργία, εγκατάσταση και λειτουργία ενός λογισμικού στο νοσοκομείο, όπου θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες ενέργειες συλλογής των απαραίτητων στοιχείων, ορθή κωδικοποίηση αυτών (υποδομές, προσωπικό, εκπαίδευση, μηχανισμοί αποφυγής τυχαίων ή εσκεμμένων λαθών) και ορθή χρήση του συστήματος. Η ανάπτυξη του λογισμικού έχει αποτελέσει αντικείμενο ενασχόλησης μεγάλων εξειδικευμένων πολυεθνικών εταιρειών λογισμικού (Kobel et al., 2011).

2.1.5. Συστήματα Κοστολόγησης και Αποζημίωσης

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν οδηγήσει σε αυξημένη εξάρτηση των νοσοκομειακών πρακτικών από τη λογιστική. Σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η ακριβής εκτίμηση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι υψίστης σημασίας για την επιδίωξη της αποτελεσματικότητας και της διαφάνειας. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω DRGs με βάση μελλοντικά συστήματα πληρωμών στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος (Busse et al., 2011). Στο πλαίσιο αυτό, τα νοσοκομεία πρέπει να εντοπίσουν και να εξαλείψουν τις ανεπάρκειες, δηλαδή, τις υπηρεσίες για τις οποίες το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικά υψηλότερο από τους διαθέσιμους πόρους (Shleifer, 1985). Ως εκ τούτου, τα νοσοκομεία χρειάζονται αξιόπιστες εκτιμήσεις του κόστους σε επίπεδο ασθενών, για να μετρηθεί με ακρίβεια η αξιοποίηση των πόρων (Finkler et al., 2007; Porter, 2010; Vogl, 2013). Ακριβείς και σχετικές πληροφορίες για το κόστος σχετικά με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου στο επίπεδο του

ασθενούς είναι, συνεπώς, θεμελιώδους σημασίας για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους πληρωτές και τα νοσοκομεία.

Ωστόσο, κοστολόγηση είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε νοσοκομειακό περιβάλλον εξαιτίας της ετερογένειας των περιπτώσεων, της έντασης της εργασίας και της πολυπλοκότητας των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας. Τα στοιχεία δείχνουν σημαντική διακύμανση του κόστους για μια συγκεκριμένη υπηρεσία, το οποίο μπορεί να προκύψει από τα χαρακτηριστικά παρόχου και του ασθενούς, το επίπεδο απόδοσης, την υποκειμένη κλινική δραστηριότητα και το σημαντικότερο τη μέθοδο κοστολόγησης (Drummond et al., 2005).

Η κατανομή των νοσοκομειακών δαπανών στους ασθενείς (ή ομάδες ασθενών) συνήθως περιλαμβάνει τρία βήματα (Tan et al., 2011): την κατανομή των εξόδων νοσηλείας γενικά για τις υπηρεσίες υγείας, την κατανομή του κόστους υπηρεσίας γενικά σε ασθενείς, καθώς και την κατανομή του τμήματος άμεσου κόστους για τους ασθενείς. Χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι κοστολόγησης για την κατανομή του τμήματος άμεσου κόστους για τους ασθενείς, αλλά υπάρχει έλλειψη τυποποίησης (Negrini et al., 2004; Lipscomb et al., 2009).

Μία διαδικασία ταξινόμησης δύο σταδίων από τις μεθόδους κοστολόγησης των νοσοκομείων, με βάση το επίπεδο της ακρίβειας περιλαμβάνει: Αρχικά οι συνιστώσες του κόστους εντοπίζονται είτε σε συνολικό επίπεδο (μέση κοστολόγηση) ή σε επίπεδο ασθενή (μικροκοστολόγηση). Στη συνέχεια, τα στοιχεία του κόστους αποτιμώνται είτε κατανέμοντας τα έξοδα που προέκυψαν από εμπειριστατωμένες πηγές (top-down προσέγγιση), είτε με την καταγραφή της κατανάλωσης πόρων σε επίπεδο ασθενή (bottom-up προσέγγιση). Σύμφωνα με αυτή την κατάταξη, η top-down μικροκοστολόγηση έχει ως αποτέλεσμα το μέσο μοναδιαίο κόστος ανά ασθενή, ενώ η bottom-up μικροκοστολόγηση οδηγεί σε μοναδιαίο κόστος για έναν συγκριμένο ασθενή. Πολλές χώρες εφαρμόζουν τη μέθοδο κοστολόγησης, κυρίως ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των στοιχείων κόστους σε επίπεδο ασθενούς. Για παράδειγμα, η Φινλανδία, η Γερμανία, η Ολλανδία και η Σουηδία εφαρμόζουν την προσέγγιση bottom-up ενώ η Αγγλία, η Εσθονία και η Γαλλία βασίζονται στην προσέγγιση top-down (Tan et al., 2011). Στο περιβάλλον του νοσοκομείου, η προσέγγιση της μικροκοστολόγησης bottom-up θεωρείται ότι είναι πιο ακριβής και σχετική απ'ότι η προσέγγιση top-down (Vogl, 2013; Tan et al., 2011; Tan et al., 2009).

Μετά από την κοστολόγηση γίνεται η εκτίμηση της αποζημίωσης του νοσοκομείου η οποία δύναται να έχει μια τιμή ανά DRG ή στις περισσότερες ένα συντελεστή βαρύτητας (DRG weight), με τιμές από 0 και άνω, ο οποίος υποδηλώνει πόσους πόρους απαιτεί η διαχείριση ενός συγκεκριμένου DRG σε σχέση με τον Εθνικό Μέσο Όρο. Ο συντελεστής αυτός πολλαπλασιαζόμενος με ένα σταθερό ποσό δίνει την αποζημίωση και έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να διαφέρει εύκολα ανάμεσα σε νοσοκομεία, γεωγραφικές περιοχές και να αναπροσαρμόζεται στο χρόνο με ευκολία (Tan et al., 2011).

2.1.6.Στάδια Ανάπτυξης Συστήματος Αποζημίωσης DRGs

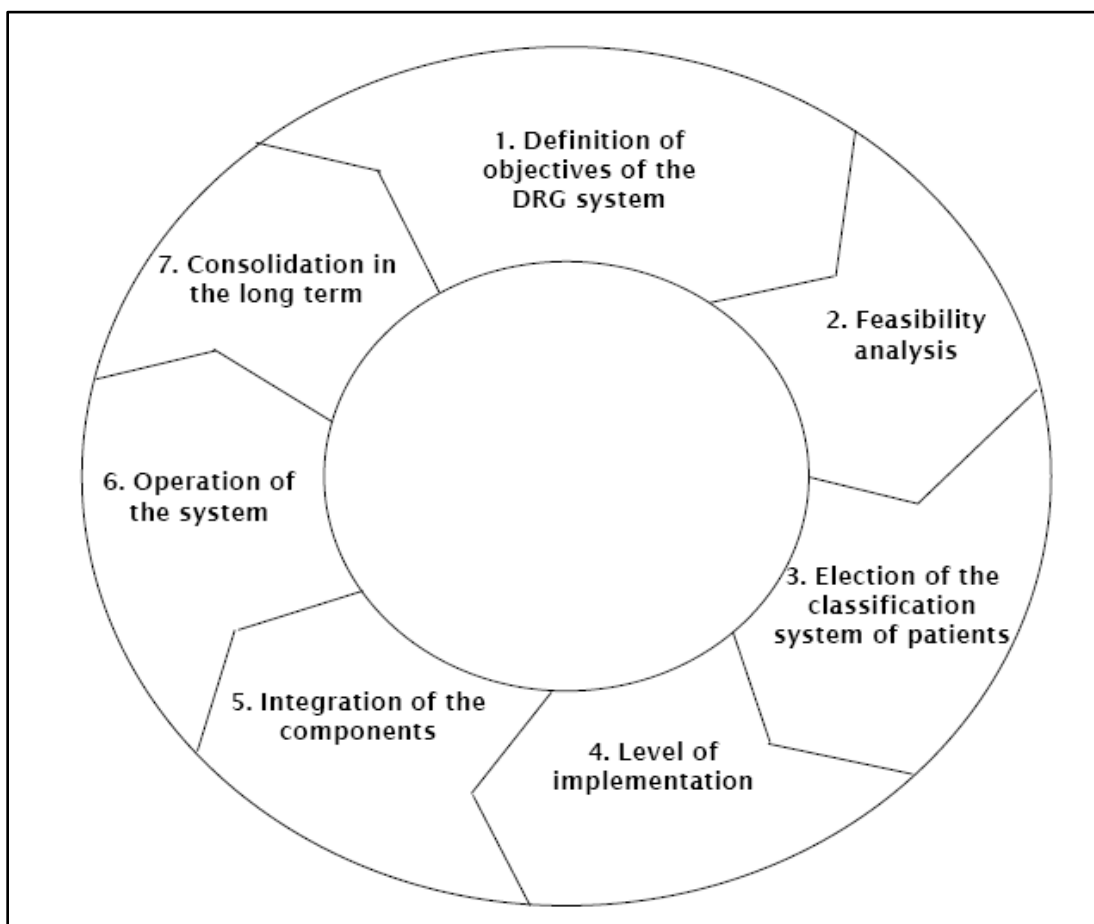
Η διαδικασία ανάπτυξης, εγκατάστασης και λειτουργίας ενός συστήματος αποζημίωσης DRGs περιλαμβάνει κυρίως 7 στάδια τα οποία περιγράφονται στο παρακάτω διάγραμμα 1.2 (CISS, 2005):

- 1.** Ορισμός των στόχων του συστήματος DRG: Το πεδίο εφαρμογής του συστήματος DRGs μέσα σε ένα σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από τους στόχους του. Αν και η κύρια χρήση των DRGs είναι η χρήση του ως μελλοντικός μηχανισμός πληρωμών στα νοσοκομεία, η χρήση τους καθορίζεται από την δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας. Τα DRGs μπορεί να εφαρμοστούν για πολλές και διαφορετικές χρήσεις όπως την προοπτική αποζημίωση υπηρεσιών, το καθορισμό προϋπολογισμών (budgeting), τη γενική ή κλινική διακυβέρνηση (general ή clinical management) και την αξιολόγηση των νοσοκομείων (hospital benchmarking). Επομένως κρίνεται αναγκαίος ο προσδιορισμός του στόχου των DRGs από την αρχή.
- 2.** Ανάλυση σκοπιμότητας των DRGs: Η εφαρμογή ενός συστήματος που κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε μια χώρα απαιτεί μελέτη ανάλυσης σκοπιμότητας και αξιολόγησης των πληροφοριακών συστημάτων στο βαθμό που αυτά μπορούν να συλλέξουν αλλά και να περιγράψουν ικανοποιητικά τη νοσοκομειακή δραστηριότητα για τη δημιουργία των βάσεων δεδομένων με τα ελάχιστα στοιχεία που απαιτούνται για την κατηγοριοποίηση των ασθενών.
- 3.** Επιλογή του κατάλληλου συστήματος κατηγοριοποίησης: Μόλις ληφθεί το ελάχιστο βασικό σύνολο δεδομένων, θα πρέπει να καθοριστούν η μορφή με την οποία οι πληροφορίες θα πρέπει να ομαδοποιούνται συστηματικά.. Οι δύο βασικοί πυλώνες για την ομαδοποίηση των ασθενών σε ένα σύστημα DRG είναι οι διαγνώσεις (που αντικατοπτρίζουν την κλινική

πολυπλοκότητα που απαιτείται από τον ασθενή) και οι διαδικασίες (που βοηθούν την εκτίμηση της κατανάλωσης των πόρων για τη φροντίδα του / της). Σε γενικές γραμμές, η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD) χρησιμοποιείται για την κωδικοποίηση των διαγνώσεων. Άλλες χώρες αναπτύσσουν δικά τους συστήματα κατηγοριοποίησης για τους ασθενείς ενώ προσαρμόζουν ήδη υπάρχοντα στο σύστημα υγείας τους.

- 4.** Επίπεδο Εφαρμογής: Αυτό το βήμα έχει σχέση με το πεδίο εφαρμογής του συστήματος ταξινόμησης DRGs εντός του συστήματος υγείας (δηλαδή από τις περιφέρειες, υπο-συστήματα υγείας, ή σε εθνικό επίπεδο). Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να μελετηθεί η λειτουργία του συστήματος υγείας και η οργάνωση των νοσοκομείων στα οποία εφαρμόζονται τα DRGs.
- 5.** Ενσωμάτωση των στοιχείων: Το σύστημα πληροφοριών που εφαρμόζεται θα πρέπει να επιτρέπει τη μέτρηση του νοσοκομειακού τελικού προϊόντος, συμπεριλαμβανομένων όλων των εργαλείων που διευκολύνουν τη μέτρηση της πολυπλοκότητας και της ποικιλίας των ενδονοσοκομειακών ασθενειών. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να υπάρξει μια ενοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων.
- 6.** Λειτουργία του Συστήματος: Σε αυτή τη φάση, μεταξύ των θεμάτων που πρέπει να εξεταστούν είναι η παρακολούθηση των νοσοκομείων και το πώς λειτουργεί το λογισμικό, ο προσδιορισμός των προβλημάτων, καθώς και η διευκρίνιση των αμφιβολιών που προκύπτουν κατά την ερμηνεία των πληροφοριών.
- 7.** Εδραίωση του συστήματος στο μακροχρόνιο διάστημα: Το φαινόμενο του up-coding (κωδικοποίηση ακριβότερων DRGs) αποτελεί αδυναμία του συστήματος και χρειάζονται μηχανισμοί ελέγχου. Επιπλέον Η ανανέωση των DRGs (ιδανικά κάθε 1-2 χρόνια) αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αποτελεσματικότητά του, καθώς εναρμονίζει τις πληρωμές με τις αλλαγές και τις εξελίξεις στην παροχή της περίθαλψης. Περιλαμβάνει δύο διαδοχικά και αλληλένδετα στάδια που αφορούν το περιεχόμενο και την τιμολόγηση των DRGs αντίστοιχα: Επανακατηγοριοποίηση (Reclassification): Η εν λόγω διαδικασία επανεξετάζει την συμβατότητα των DRGs με τις υπάρχουσες και νέες ιατρικές τεχνολογίες, τυχόν αλλαγές στην ιατρική άσκηση καθώς και θέματα που αφορούν τον ανασχεδιασμό τους, την εισαγωγή νέων ή τη διάσπαση ορισμένων DRGs σε περισσότερους και πιο εξειδικευμένους κωδικούς.

Επαναξιολόγηση (Recalibration): Οι πληθωριστικές πιέσεις, οι παράγοντες κόστους των συντελεστών βαρύτητας και ο ενδεχόμενος επαναπροσδιορισμός του περιεχομένου των DRGs (Reclassification) απαιτούν παρακολούθηση ώστε τα DRGs να συνεχίζουν να αντικατοπτρίζουν αποτελεσματικά τη μέση χρήση πόρων σε κάθε περίπτωση.



Διάγραμμα 1.2. Στάδια ανάπτυξης συστήματος χρηματοδότησης με DRGs. Πηγή: CISS, 2005

2.1.7. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα των DRGs

Τα DRGs, έχοντας πολλά πλεονεκτήματα, έχουν υιοθετηθεί από πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τους Νικολακόπουλου & Χυδίογλου (2014) η υιοθέτηση των DRGs διασφαλίζει τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων σύμφωνα με τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, και την τυποποίηση του συνόλου των ενεργειών για την αντιμετώπιση κάθε περιστατικού και του αντίστοιχου κόστους, εξοικονομώντας τους πόρους και εξασφαλίζοντας την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης με την πραγματοποίηση αξιολόγησης αποδοτικότητας των

διαδικασιών. Οι Νικολακόπουλου & Χυδίρογλου (2014) παρουσιάζουν μια σειρά από άλλα πλεονεκτήματα της υιοθέτησης των DRGs μερικά από το οποία είναι:

1. Η δυνατότητα καταγραφής της περιόδου νοσηλείας, δίνει κίνητρα για τον περιορισμό της διάρκειας νοσηλείας ενώ παράλληλα δίνεται η δυνατότητα μαζί με άλλες μεταβλητές, μέτρησης της ποσότητας των πόρων που χρησιμοποιούνται για την εκάστοτε περίπτωση νοσηλείας.
2. Με την υιοθέτηση των DRGs δίδεται σημαντική βοήθεια στις διοικήσεις των νοσοκομείων, γιατί αυτά συσχετίζουν την ιατρική διάγνωση και τη θεραπεία με συγκεκριμένα πρότυπα χρήσης των πόρων, με συνέπεια την βέλτιστη πρακτικής χρήσης των πόρων και τον αποτελεσματικό έλεγχο των διαγνωστικών διαδικασιών. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ο περιορισμός της άσκοπης ζήτησης και η προαγωγή της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης με τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας.
3. Επιπλέον τα DRGs παρέχουν πλεονεκτήματα στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο και στην κλινική αξιολόγηση ιατρικών πρακτικών. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γίνεται υπεύθυνο με συνέπεια να εφαρμόζει σε καθημερινή βάση τα τυποποιημένα προϊόντα στο πλαίσιο της ορθής ιατρικής πρακτικής.
4. Η υιοθέτηση των DRGs, παράγει τη δυνατότητα για τον έλεγχο και τη χρήση των αρχείων των ασθενών, παρέχοντας έτσι επιπλέον τη δυνατότητα ανάλυσης της δομής των ασθενών και της διάκρισης των απλών από τις σύνθετες και των φθηνών από τις δαπανηρές περιπτώσεις νοσηλείας.
5. Με την υιοθέτηση των DRGs γίνεται εύκολη η αξιολόγηση των αποκλίσεων μεταξύ ειδικοτήτων και νοσοκομείων με αποτέλεσμα να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα και να γίνεται η αναγκαία ανεύρεση πόρων, με στόχο το μελλοντικό σχεδιασμό επέκτασης ενός ιατρικού τμήματος ή ενός νοσοκομείου.
6. Επίσης η παροχή πληροφοριών για τη χρήση των πόρων, δύναται να μπορεί να συμβάλει στην εκτίμηση του κόστους, με συνέπεια την ταχεία λήψη των αποφάσεων και τη μείωση της γραφειοκρατίας.

7. Η χρήση των πόρων και συγκεκριμένα ο προσδιορισμός του κόστους της εκάστοτε διαγνωστικής κατηγορίας, δύναται να αποτελέσει την απαρχή του ελέγχου των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Με τον τρόπο αυτό, η επί της ουσίας αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος και της νοσοκομειακής δραστηριότητας, οδηγεί στην αναδιάρθρωση της οργανωτικής και διοικητικής δομής των νοσοκομείων με αύξηση της διαφάνειας.
8. Η υιοθέτηση των DRGs διευκολύνει επίσης τους ασφαλιστικούς οργανισμούς προκειμένου να πραγματοποιούν ελέγχους του κόστους περίθαλψης και γίνεται δυνατή η συλλογή στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων.
9. Τέλος με την υιοθέτηση των DRGs αποκαθίσταται ευνοϊκότερα η πρόσμιξη της πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια περίθαλψη, διατηρώντας παράλληλα τον έλεγχο του κόστους αλλά και την ποιότητα της φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο επιφέρεται σημαντική εξοικονόμηση πόρων αφού γίνεται χρήση εναλλακτικών μορφών νοσηλείας όπως είναι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Παρόλα τα πλεονεκτήματά των DRGs, ασκείται αυστηρή κριτική για την υιοθέτησή τους, λόγω του μεγάλου ανομοιογένειας όσο αφορά στην κατάταξη των ασθενών με βάση την ταξινόμηση και κωδικοποίησή τους. Ορισμένα επιπλέον μειονεκτήματα για την υιοθέτησή τους είναι:

1. Με την υιοθέτηση των συστημάτων DRGs παρατηρούνται πολλά φαινόμενα επίστευσης του εξιτηρίου για οικονομικούς κυρίως λόγους και όχι ιατρικούς, καθώς επίσης και φαινόμενα αύξησης των επανεισαγωγών και της μεταφοράς του ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο.
2. Τα DRGs απαιτούν αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης που απαιτούν πλήρεις και επακριβείς βάσεις δεδομένων, οι οποίες προϋποθέτουν καλή οργανωτική λειτουργία και σύγχρονα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα και επομένως, εκπαίδευση υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού και διάθεση οικονομικών πόρων (Γείτονα, 2009).
3. Cream skimming: Αναφέρεται στην εξυπηρέτηση της αφρόκρεμας των ασθενών. Συνήθως γίνεται αποδοχή μόνο ή κατά κανόνα των ασθενών που ταξινομούνται σε ακριβές διαγνωστικές κατηγορίες αφού είναι οικονομικά πιο συμφέρουσες με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (Μπαλασοπούλου, 2009).

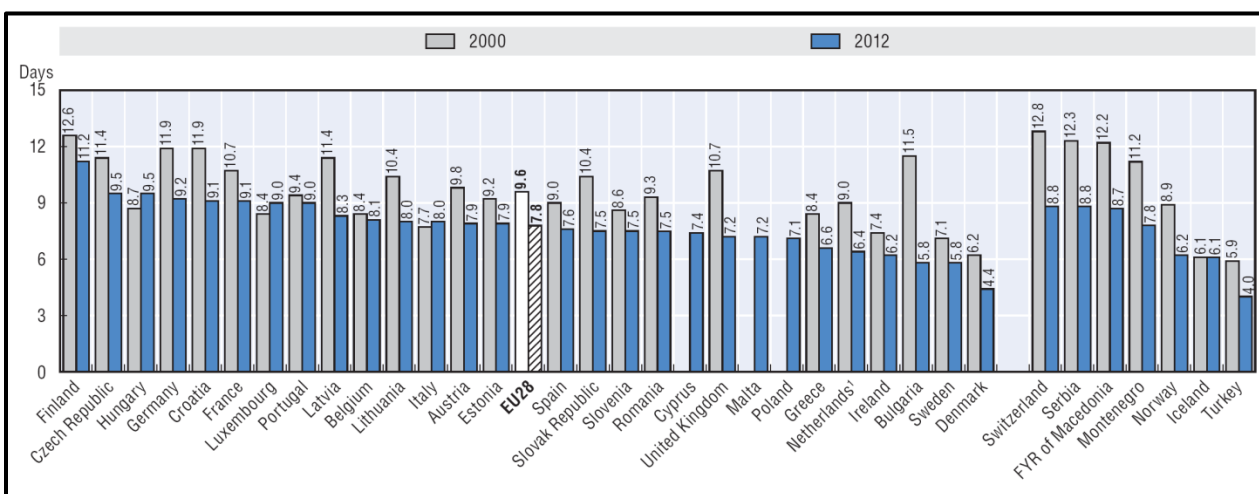
4. Εξαιτίας της μη επαρκούς πολλές φορές κάλυψης κόστους και ιδιαίτερα σε σοβαρές παθήσεις εξαιτίας της ετερογένειας των περιστατικών δύναται να απορριφθούν σοβαρά περιστατικά με απρόβλεπτες επιπλοκές για την υγεία των ασθενών.
5. Οι ασθενείς μπορεί να πάρουν εξιτήριο νωρίτερα και σε χειρότερη κατάσταση (quicker and sicker). Συνέπεια του φαινομένου αυτού είναι η αύξηση των επανεισαγωγών και μεταβολή του πραγματικού κόστους θεραπείας λόγω επιπλέον χρεώσεων νοσηλείας.
6. Ενδεχόμενος επηρεασμός από την προοπτική χρηματοδότηση κλινικών αποφάσεων, όπως η διάρκεια νοσηλείας και ο χρόνος εισαγωγής και εξαγωγής του ασθενούς για οικονομικούς κυρίως λόγους και λιγότερο για κλινικούς.
7. Δημιουργούνται τάσεις προς νοσηλεία εκτός νοσοκομείου με αποτέλεσμα να αυξάνεται το αντίστοιχο κόστος εκτός νοσοκομείου. Επομένως το σύστημα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε αυτή την πρόκληση.
8. DRG creep/upcoding: Δημιουργείται αύξηση της χρηματοδότησης του εν λόγω νοσοκομείου με την κατάταξη συγκεκριμένων περιστατικών σε διαγνωστική κατηγορία με υψηλότερη δείκτη και αποζημίωση.
9. Κίνδυνος υπό-εξυπηρέτησης του ασθενούς κυρίως λόγω εσφαλμένης κωδικοποίησης του συστήματος με συνέπεια την αρνητική επίδραση στην ενδονοσοκομειακή ποιοτική περίθαλψη.
10. Απαιτείται χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας αλλά και υποδομών (λογισμικά ομαδοποίησης – groupers), ενώ είναι δυνατό να δημιουργηθούν αυξημένες δαπάνες για την εκπαίδευση τόσο του ιατρικού προσωπικού (ηλεκτρονικά ιατρικά δεδομένα-electronic medical records), όσο και του προσωπικού το οποίο ασχολείται με την κωδικοποίηση (coders)

2.1.8. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και DRGs

Η μέση διάρκεια νοσηλείας (Average Length of Stay – ALOS) στο νοσοκομείο συνιστά το μέσο όρο της διάρκειας νοσηλείας ενός ασθενή σε μια νοσοκομειακή μονάδα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και θεωρείται συχνά ως ένας δείκτης μέτρησης της αποτελεσματικότητας και της αξιοποίησης των πόρων. Υπολογίζεται διαιρώντας το συνολικό αριθμό των ημερών παραμονής

όλων των νοσηλευομένων κατά τη διάρκεια ενός έτους, με τον αριθμό των εισαγωγών ή εξόδων από το νοσοκομείο. Οι ημερήσιες περιπτώσεις αποκλείονται από τον υπολογισμό.

Η μέση διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία έχει μειωθεί κατά την τελευταία δεκαετία σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, μειούμενη από 8,2 ημέρες το 2000 με 6,9 ημέρες το 2010 κατά μέσο όρο στα κράτη μέλη της ΕΕ (Σχήμα 2.1). Η μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής ήταν ιδιαίτερα έντονη στη Βουλγαρία, την Κροατία, την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και την Ελβετία. Μειώθηκε επίσης στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εξηγούν αυτή τη γενική μείωση, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των λιγότερο επεμβατικών χειρουργικών διαδικασιών, αλλαγές στις μεθόδους πληρωμής του νοσοκομείου, καθώς και την επέκταση των προγραμμάτων έγκαιρης εξόδου επιτρέποντας στους ασθενείς να επιστρέψουν στο σπίτι τους για να λάβουν μετεγχειρητική φροντίδα.



Σχήμα 2.1. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο για όλες τις αιτίες, το 2000 και το 2010.

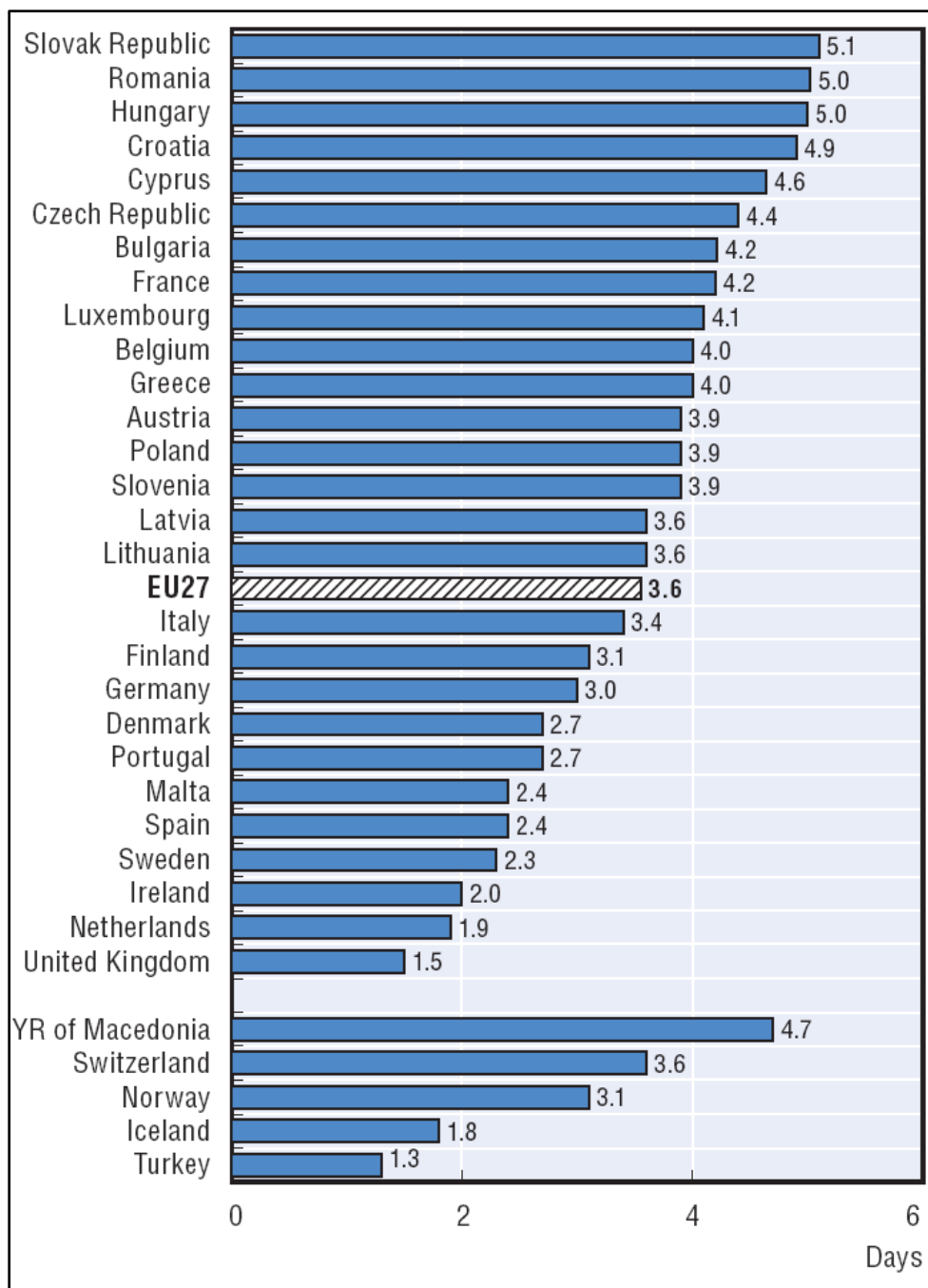
Πηγή: OECD (2014)

Ένας αυξανόμενος αριθμός χωρών (π.χ. Γαλλία, Γερμανία, Πολωνία) έχουν υιοθετήσει διάφορες μεθόδους πληρωμής βασισμένες στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs) για να οριστούν οι πληρωμές με βάση το εκτιμώμενο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης για διαφορετικές ομάδες ασθενών πριν από την παροχή υπηρεσιών. Αυτές οι μέθοδοι πληρωμής έχουν το πλεονέκτημα ότι ενθαρρύνουν τους παρόχους να μειώσουν το κόστος του κάθε επεισοδίου περίθαλψης. Στην Ελβετία, η μετάβαση από τις πληρωμές ανά ημέρα στις πληρωμές με βάση τις ομάδες (DRG) είχε ως συνέπεια τη μείωση της διάρκειας παραμονής (OECD & WHO, 2011). Επιπλέον η εισαγωγή ενός νέου συστήματος DRG στην Ολλανδία το 2006 είχε επίσης ως

συνέπεια τα μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο. (Western και Klazinga, 2011).

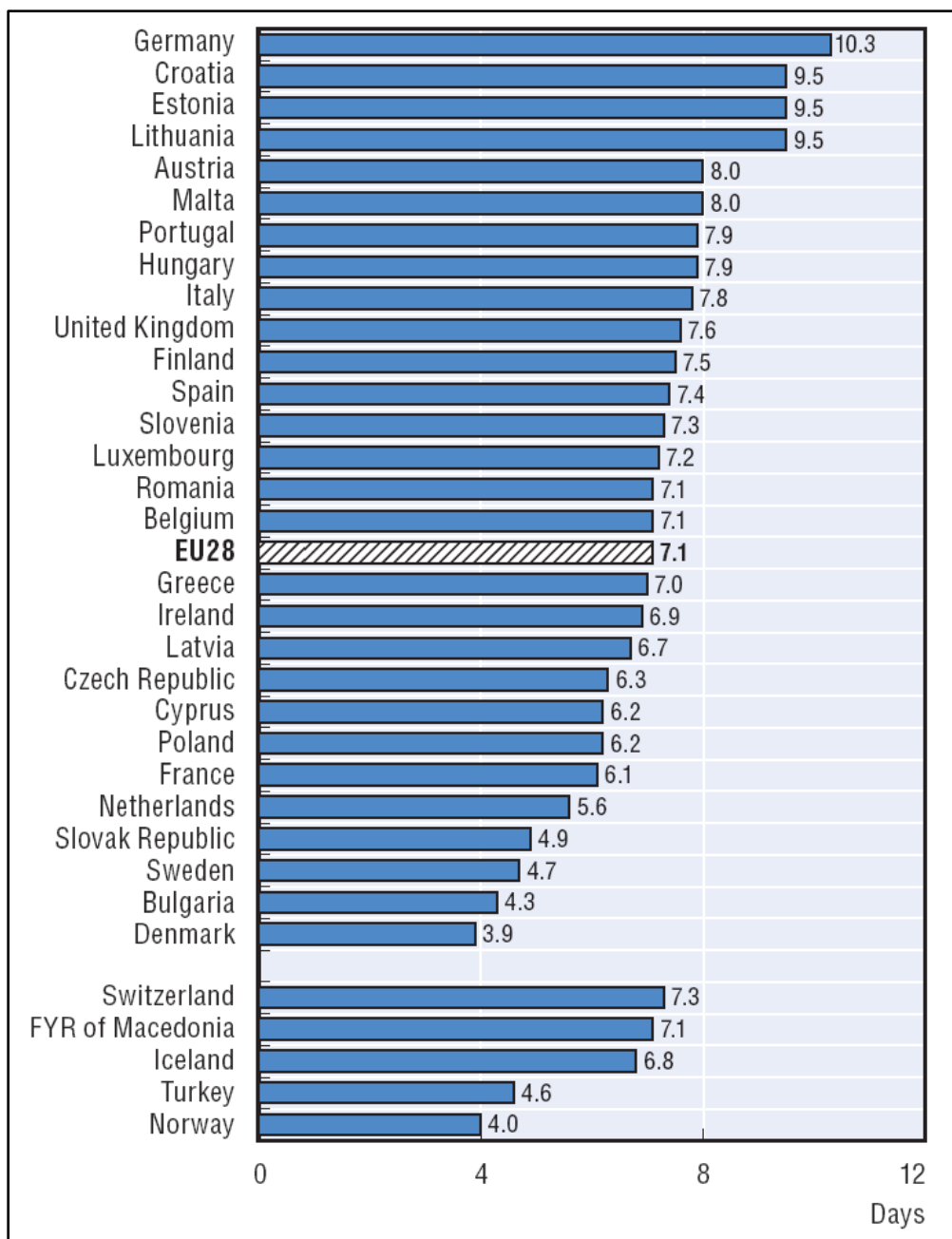
Το σχήμα 2.2 δείχνει ότι η μέση διάρκεια παραμονής για μια κανονική παράδοση κυμαίνεται από λιγότερο από δύο ημέρες στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις Κάτω Χώρες και σε πέντε ή περισσότερες ημέρες στη Σλοβακική Δημοκρατία, τη Ρουμανία και την Ουγγαρία. Η διάρκεια της παραμονής για μια κανονική παράδοση έχει γίνει μικρότερη σε όλες σχεδόν τις χώρες κατά την τελευταία δεκαετία, με πτώση από πέντε ημέρες το 2000 σε περίπου 3 1/2 ημέρες το 2012 κατά μέσο όρο στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Η μέση διάρκεια παραμονής μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI, ή καρδιακή προσβολή) μειώθηκε επίσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών. Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν περίπου επτά ημέρες κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ το 2012 (Σχήμα 2.3). Ήταν χαμηλότερα στη Δανία, τη Βουλγαρία και τη Σουηδία (σε λιγότερο από πέντε ημέρες), και το υψηλότερο στη Γερμανία (πάνω από δέκα ημέρες).



Σχήμα 2.2. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο για κανονική παράδοση

Πηγή: OECD (2014)



Σχήμα 2.3. Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Πηγή: OECD (2014)

2.1.9. Πιθανά προβλήματα κατά την εισαγωγή των DRGs

Η εμπειρία εφαρμογής των DRGs από τις ευρωπαϊκές χώρες υποδεικνύει πιθανά προβλήματα τα οποία δεν μπορούσαν να παρουσιαστούν κατά το στάδιο της εισαγωγής τους. Τα σημαντικότερα προβλήματα αφορούν κυρίως στην άρνηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να αποδεχτούν

και να εφαρμόσουν νέες πολιτικές, στην έλλειψη της απαραίτητης τεχνογνωσίας και υποδομών, στη θέσπιση μη ρεαλιστικών στόχων, στις ιδιαιτερότητες του λογισμικών προγραμμάτων.

Έχουν υλοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες όσον αφορά στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας κατά διάρκεια αναδιάρθρωσης της υγειονομικής περίθαλψης (Bell et al., 1997, Federman & Keyhani, 2011). Η συναίνεση και η αποδοχή μιας νέας πολιτικής από τους εμπλεκόμενους φορείς υλοποίησης της συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή της (Sabatier, 1986). Η αρνητική στάση των εμπλεκόμενων φορέων μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά στην εφαρμογή μιας νέας πολιτικής (Ewalt & Jennings, 2004). Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, η αποδοχή νέων πολιτικών έχει αντίκτυπο στην ποιότητα των σχέσεων τους με τους ασθενείς (Bekkers et al., 2007). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική στάση απέναντι σε νέες πολιτικές που εφαρμόζονται από το σύστημα υγείας, είτε γιατί πιστεύουν ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς είτε για προσωπικούς λόγους.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται τρεις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διερευνηθεί η στάση και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην εισαγωγή συστημάτων DRGs στα συστήματα υγείας.

	Μεθοδολογία	Σκοπός	Ευρήματα
Thibadoux et al. (2007)	Ανοικτές συνεντεύξεις σε 9 γιατρούς στις Η.Π.Α.	Διερεύνηση των αντιδράσεων και των προβληματισμών των γιατρών όσο αφορά την σχέση υγειονομικών πόρων και της χρήσης ιατρικών πρωτοκόλλων, ενός τυποποιημένου συστήματος κοστολόγησης με βέλτιστες πρακτικές στην προσπάθεια ελέγχου των αυξημένων δαπανών που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη.	Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν την άρνηση των ιατρών ώστε να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε προσπάθεια εφαρμογής αυτής της πολιτικής, εάν δεν επιλύονταν ζητήματα που είχαν να κάνουν τόσο με θέματα πρακτικής εφαρμογής όσο και με θέματα ηθικής και δεοντολογίας.
Tummers & Van de Walle (2012)	Εφαρμογή μεθοδολογίας του Metselaar (1997) ως προς την προθυμία/αντίσταση σε 1.317 Ολλανδούς ψυχοθεραπευτές,	Διερεύνηση της προθυμίας των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή μιας νέας πολιτικής.	Τα εμπειρικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η συγκεκριμένη πολιτική συνάντησε μεγάλη αντίσταση από τους Ολλανδούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η αρνητική τους στάση

	<p>ψυχολόγους και ψυχιάτρους που έπρεπε να εφαρμόσουν το σύστημα των DRGs.</p>		<p>αναδείχθηκε μέσα από διάφορους τρόπους όπως η σύσταση ενώσεων “ενάντια στην πολιτική των DRGs”, η κατασκευή ιστοσελίδων έκφρασης των ανησυχιών τους, η υπονόμευση της προστασίας της ιδιωτικής τους ζωής ή του ιατρικού απορρήτου.</p>
<p>Tzavara et al. (2006)</p>	<p>Χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις σχετικά με τη αντίληψη, την εμπειρία, τη γνώση, και την αποδοχή των DRGs από τους διάφορους επαγγελματίες υγείας καθώς και η αναζήτηση της ύπαρξης ή ανυπαρξίας των αναγκαίων υποδομών σε 50 νοσοκομεία του ΕΣΥ.</p>	<p>Διερεύνηση της καταλληλότητας των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας και της αποδοχής τους από τους επαγγελματίες υγείας.</p>	<p>Τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας έδειξαν ότι το 55% των ερωτηθέντων πίστευε ότι οι DRGs, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό περί το 35% δε γνώριζε τη μέθοδο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι επαγγελματίες υγείας με τριτοβάθμια εκπαίδευση και κατοχή μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού διπλώματος, με μεγαλύτερη γνώση σχετικά με τις DRGs τόσο μεγαλύτερες ήταν οι πιθανότητες αποδοχής της μεθόδου αποζημίωσης των συστημάτων υγείας. Επιπλέον η γνώση και η αποδοχή ήταν σχετικά χαμηλή στο διοικητικό και οικονομικό προσωπικό (45%).</p>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών προκύπτει το συμπέρασμα ότι κατά την εφαρμογή των DRGs παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία έγκεινται κυρίως στην έλλειψη πολιτικής βούλησης, στις διαφορετικές προτεραιότητες των νοσοκομείων και στη διαφορετικότητα των οργανισμών. Τα σημαντικότερα προβλήματα που ανεδείχθησαν από την έρευνα των Tzavara et al., 2006, αφορούσαν κυρίως στις υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες, στην αντίσταση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή νέων μεθόδων, η έλλειψη υποδομής, ηλεκτρονικού αρχείου

των ασθενών, συστήματος πληροφορικής, εκπαίδευσης σχετικά με τη μέθοδο, ο φόβος των τεχνολογικών καινοτομιών καθώς και διάφορα ηθικά ζητήματα.

Κεφάλαιο Τρίτο

Εφαρμογή των DRGs Στην Κύπρο

3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εφαρμογή του συστήματος DRGs, η περιγραφή και η ανάλυση του στην Κυπριακή Δημοκρατία. Μέσα από τα αποτελέσματα αναμένεται να εντοπιστούν δεδομένα σχετικά με την χρησιμότητα της εφαρμογής των DRGs στην Κύπρο. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν από την έρευνα:

1. Ποιά τα δυνητικά οφέλη της Κυπριακής Δημοκρατίας από την εφαρμογή του συστήματος DRGs.
2. Ποιες είναι οι δυσκολίες στην εφαρμογή του συστήματος DRGs στην Κύπρο;
3. Ποιά τα οφέλη από την εφαρμογή του συστήματος DRGs

3.2 Μεθοδολογία της έρευνας

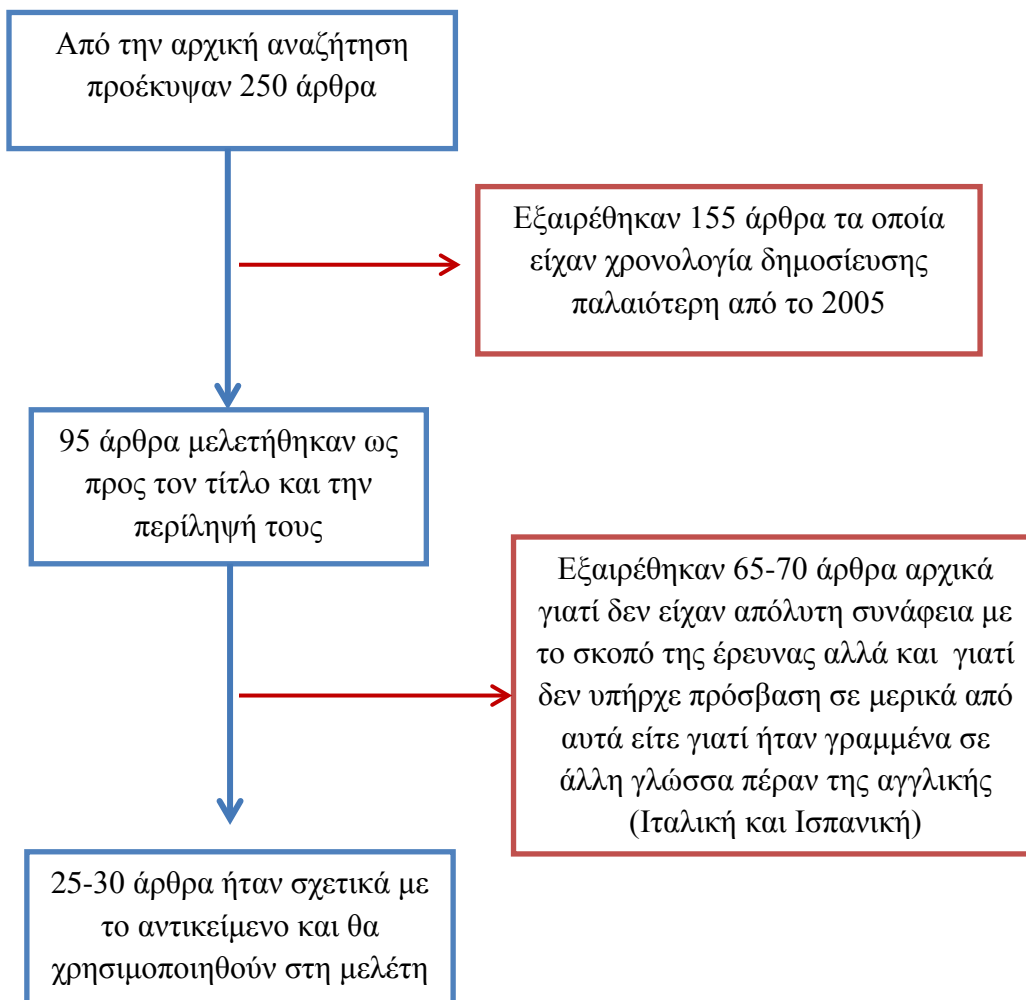
Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Implementation of DRG, impacts, benefits for society, patients and professionals σε συνδυασμό μεταξύ τους με τη χρήση των εντολών AND, OR και NOT. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδικτύου καθώς επίσης και μέσω βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων.

3.2.1. Κριτήρια Επιλογής

Τα άρθρα που επιλέχθηκαν έπρεπε να είναι γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και να εντοπίζονται ολόκληρα ή μόνο η περίληψη. Περιλήφθηκαν μελέτες οι οποίες έγιναν εντός της τελευταίας δεκαετίας, ήτοι μεταξύ του χρονικού διαστήματος 2005-2015.

3.2.2. Μέθοδος Αναζήτησης

Από την αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 250 άρθρα. Από αυτά τα άρθρα εξαιρέθηκαν αυτά που είχαν χρονολογία παλαιότερη από το 2005, προέκυψαν 95 άρθρα. Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης βρέθηκαν 25-30 άρθρα τα οποία ήταν σχετικά με το θέμα και τα οποία ανταποκρίνονταν στο σκοπό της μελέτης. Στο Σχήμα 3.1 περιγράφεται η μέθοδος αναζήτησης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.



Σχήμα 3.1: Μέθοδος Αναζήτησης Άρθρων

3.3 Μονάδα Επιτήρησης Υγείας και εφαρμογή των DRGs.

Η Μονάδα Επιτήρησης Υγείας συστάθηκε το Μάιο του 2004 με κύριο στόχο την προσφορά στην κοινωνία αναγκαίων και χρήσιμων πληροφοριών αλλά και γνώσεων ποιότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού αναπτύχθηκε ένα Σύστημα Παρακολούθησης Υγείας το οποίο διακατέχεται από την ικανότητα να στηρίζει το στρατηγικό σχεδιασμό, τη διαχείριση του συστήματος υγείας, τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, την επιστημονική έρευνα καθώς και την σωστή ενημέρωση του κοινού τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Με την υλοποίηση και χρήση του Συστήματος αυτού το Υπουργείο Υγείας στην Κύπρο αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στρατηγικού σχεδιαστή, παραγωγού πολιτικής αλλά παράλληλα και ρόλο ρυθμιστή του εθνικού συστήματος υγείας. Επιπρόσθετα, αυτό ενισχύει την συνεργασία του με φορείς του εξωτερικού όπως η Στατιστική Υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT), τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας του Καταναλωτή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG SANCO), του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO).

Κύριος στόχος του Συστήματος Παρακολούθησης Υγείας είναι η συλλογή, αποθήκευση, ανάλυση, διάδοση και χρήση πληροφοριών υγείας. Όλες οι παραγόμενες πληροφορίες δύνανται να είναι έγκυρες και αξιόπιστες ενώ παράλληλα να μπορούν να συγκριθούν με παραγόμενες πληροφορίες άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Για αυτό το σκοπό, οι πληροφορίες αυτές βασίζονται σε κοινά αποδεκτούς Κοινοτικούς Δείκτες Υγείας που συμφωνούνται από κοινού όσον αφορά τον ορισμό τους, τον τρόπο συλλογής στοιχείων και τη χρήση τους. Το σύστημα δύναται να παρέχει επίσης, ανάλυση και πληροφόρηση συμβάλλοντας παράλληλα στην ανταλλαγή ορθών πρακτικών στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Όσο αφορά τις κύριες δραστηριότητες της Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας αυτές είναι η πλήρης καταγραφή όλων των ιατρικών δεδομένων των γεννήσεων, πάντα με τη στενή συνεργασία των μαιευτηρίων των κρατικών νοσοκομείων. Επιπλέον κύρια δραστηριότητα είναι και η τήρηση του Αρχείου Καρκίνου καθώς και η συστηματική συλλογή πληροφοριών και η κωδικοποίηση των

αιτιών θανάτου. Παράλληλα στη Μονάδα Επιτήρησης Υγείας γίνεται και η συλλογή δεδομένων για τους τραυματισμούς και τα ατυχήματα και καταγραφή δεδομένων του διαβήτη.

Επιπλέον ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας είναι και η εισαγωγή της κλινικής κωδικοποίησης των διαγνώσεων και διαδικασιών στα κρατικά νοσηλευτήρια. Η κλινική κωδικοποίηση θεωρείται ως απαραίτητη προϋπόθεση ούτως ώστε να επέλθει ορθή τιμολόγηση και κοστολόγηση με βάση το σύστημα DRG.

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η Μονάδα Επιτήρησης Υγείας σε συνεργασία με το Τμήμα Υπηρεσιών Πληροφορικής και του Προγράμματος Πληθυσμιακού Μαστογραφικού Ελέγχου έχει προχωρήσει στη δημιουργία ενός νέου λογισμικού το οποίο βοηθά στην συλλογή και καταγραφή των δημογραφικών αλλά και λειτουργικών δεδομένων του Προγράμματος.

Μεταξύ άλλων παρακολουθούνται:

1. Τα αίτια θανάτου
2. Η συχνότητα σημαντικών ασθενειών όπως:
 - i. οι κακοήθειες,
 - ii. οι καρδιοπάθειες
 - iii. ο διαβήτης
 - iv. τα λοιμώδη νοσήματα και
 - v. οι συγγενείς ανωμαλίες
3. Άλλοι σημαντικοί δείκτες που αφορούν την υγεία των βρεφών και των μητέρων την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας
4. Τα επίπεδα αναπηρίας
5. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εμβολιασμού

6. Παρακολουθούνται επίσης η επάρκεια των πόρων που χρησιμοποιούνται για την παροχή ιατρικής φροντίδας,
7. Το επίπεδο χρήσης των διατιθέμενων πόρων
8. Η ποιότητα των υπηρεσιών
9. Οι δαπάνες που γίνονται για την υγεία
10. Η κατανάλωση φαρμάκων
11. Μετρήσεις άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία όπως το
 - i. κάπνισμα,
 - ii. οι διατροφικές συνήθειες
 - iii. η χρήση αλκοόλ
 - iv. η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
 - v. η ποιότητα του περιβάλλοντος
 - vi. οι συνθήκες εργασίας
 - vii. το βιοτικό επίπεδο
12. Και άλλοι δείκτες που αφορούν συναφή δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία του πληθυσμού.

3.3.1. Κλινική Κωδικοποίηση

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας στις 9 Οκτώβρη 2009, υπέγραψε τριετές συμβόλαιο με το γερμανικό Ινστιτούτο Αμοιβών Νοσοκομείων (InEK) για την εφαρμογή του συστήματος DRG ως μέθοδο αποζημίωσης για υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης στην Κύπρο. Το Ινστιτούτο InEK είναι ένας οργανισμός που είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία των DRGs στη Γερμανία (HIO, 2011).

Η υλοποίηση του έργου DRG στην Κύπρο ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2009 και προχωρεί σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα. Προκειμένου να διευκολυνθεί η εφαρμογή του, έχουν

πραγματοποιηθεί πλήθος παρουσιάσεων των συστημάτων DRGs σε μια σειρά από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Επιπλέον, 30 άτομα που απασχολούνται σε νοσοκομεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είχαν εκπαιδευτεί στην κωδικοποίηση και σε άλλα σχετικά θέματα με τα DRGs. Το έργο περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την προετοιμασία των DRG, καταγραφή της διάγνωσης και της διαδικασίας διάγνωσης, όλα προσαρμοσμένα στο περιβάλλον της Κύπρου (HIO, 2011).

Από 20 Σεπτεμβρίου, 2010, η εφαρμογή του συστήματος DRG ξεκίνησε σε πιλοτική βάση σε δύο δημόσια και τα τρία ιδιωτικά νοσοκομεία και προχωράει ομαλά. Ταυτόχρονα, ανατέθηκε και σε άλλα 12 νοσοκομεία που απασχολούν τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα κατάρτισης DRG στην κωδικοποίηση, να κωδικοποιήσουν και να εκχωρήσουν σε DRGs.. Μέχρι σήμερα, πάνω από 10.000 περιπτώσεις έχουν κωδικοποιηθεί και έχουν εκχωρηθεί σε DRGs (HIO, 2011).

Η εισαγωγή ενός συστήματος DRG είναι μια πρόκληση για τα νοσοκομεία της Κύπρου, πολύ περισσότερο επειδή οι δομές των νοσοκομείων είναι πολύ διαφορετικές. Στα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχει χαμηλή συνείδηση του κόστους μέχρι στιγμής. Η θεραπεία των ασθενών καταβάλλεται ως επί το πλείστον από τα χρήματα των φορολογουμένων, όπως είναι η επένδυση και το κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων (Baller & von Schroeders, 2010).

Ανεξάρτητα από την εφαρμογή CY-DRG, στα δημόσια νοσοκομεία όπως έχει αναφερθεί και προηγούμενους πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού στην κλινική κωδικοποίηση και, συνεπώς, υπάρχουν έμπειροι στην κωδικοποίηση των διαγνώσεων. Συνήθως, οι περιπτώσεις κωδικοποιήθηκαν με την αρχική διάγνωση και μερικές φορές με δευτεροβάθμιες διαγνώσεις ενώ και οι διαδικασίες άρχισαν να κωδικοποιούνται το τελευταίο χρόνο. Όσον αφορά στα ιδιωτικά νοσοκομεία, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποιου είδους συλλογή διαγνώσεων και διαδικασιών μέχρι τώρα, όπως για παράδειγμα η δημιουργία ενός αναλυτικού λογαριασμού με τα στοιχεία των χρησιμοποιημένων υλικών και υπηρεσιών (Baller & von Schroeders, 2010).

Η Κύπρος έχει περίπου 800.000 κατοίκους. Εκτιμάται ότι περίπου 130.000-150.000 άτομα ετησίως νοσηλεύονται και πρέπει να κωδικοποιηθούν και να χρεώνονται ανάλογα. Το δίκαιο του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας ορίζει ότι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας θα συνάπτει

συμβάσεις για την παροχή των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης τόσο με τα δημόσια όσο και με τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (Baller & von Schroeders, 2010).

3.3.2. Πορεία Εκπαίδευσης Κωδικοποιητών στα συστήματα DRGs

Λόγω του περιορισμένου χρόνου και δημοσιονομικού πλαισίου επιλέχθηκε μια προσέγγιση, που κατέστησε δυνατό να εκπαιδευθεί νοσηλευτές, λογιστές και γιατρούς σε όλα τα νοσοκομεία, 90 τον αριθμό, σε δύο στάδια. Στην Κύπρο μερικά (ιδιωτικά) νοσοκομεία δεν περιλαμβάνουν περισσότερες από 10 νοσοκομειακές κλίνες. Ως εκ τούτου, ο Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσοκομείων θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει τους κωδικοποιητές για τα μέλη τους. Έτσι, κρίθηκε επαρκής η εκπαίδευση των 30 κωδικοποιητών κατά το πρώτο στάδιο. Έχουν εκπαιδευτεί δύο ομάδες. Και οι δύο ομάδες (αυτοί με εμπειρία στην κωδικοποίηση και αυτοί που δεν έχουν εμπειρία στην κωδικοποίηση), θα έπρεπε να μάθουν σε ένα σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα να κωδικοποιούν, να ομαδοποιούν και να εξάγουν το κόστος ανά ασθενή, εξ ολοκλήρου με κριτήρια DRG, ως μέρος του σχεδίου εφαρμογής των DRGs στην Κύπρο (Baller & von Schroeders, 2010).

Επιλέχθηκαν πέντε πιλοτικά νοσοκομεία. Οι νοσηλευτές, λογιστές και οι γιατροί είχαν εκπαιδευτεί σε τρεις ενότητες μία εβδομάδα η κάθε μία. Μεταξύ των ενοτήτων της θεωρητικής κατάρτισης, οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να κάνουν την πρακτική εξάσκηση τους στα νοσοκομεία. Περιεχόμενο της εκπαίδευσης ήταν οι βασικές αρχές του συστήματος DRG, η αμοιβή του νοσοκομείου, η χρήση των συστημάτων ταξινόμησης ICD-10-CY και CMP-CY (διάγνωση και διαδικασία κωδικοποίησης στη συγκεκριμένη κυπριακή έκδοση), κατευθυντήριες γραμμές για την τιμολόγηση, η χρήση των εγχειριδίων ορισμού του DRG, επικοινωνιακές δεξιότητες και εκπαίδευση για το πώς να εργάζονται σε μια ομάδα και να είναι σε θέση να διαμορφώσουν ή / και να επηρεάσουν τις διαδικασίες στα νοσοκομεία τους. Οι συμμετέχοντες από τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία είχαν πολύ υψηλά κίνητρα, αν και ορισμένοι από τους συμμετέχοντες από τα ιδιωτικά νοσοκομεία είχαν στην αρχή επιφυλάξεις σχετικά με το σύστημα DRG. Τέλος, μετά από τρεις εβδομάδες εκπαίδευσης οι 30 συμμετέχοντες πέρασαν τις εξετάσεις τους και είναι τώρα "Πιστοποιημένοι Κωδικοποιητές». Τέσσερις μήνες μετά την ολοκλήρωση των εκπαιδεύσεων πραγματοποιήθηκε επανεκπαίδευση και για τις δύο ομάδες. Τα νοσοκομεία και οι κωδικοποιητές παρακολουθούνταν κατά την αρχική φάση από ομάδα εμπειρογνομόνων. Επιπλέον, ιδρύθηκε στο διαδίκτυο και τηλεφωνική γραμμή άμεσης εξυπηρέτησης, για την επίλυση τυχόν αποριών (Baller & von Schroeders, 2010).

3.4. Αξιολόγηση της εφαρμογής των DRGs

Όπως προαναφέρθηκε η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis-related groups – DRGs) συνιστούν ένα σύγχρονο μηχανισμό αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, τα οποία χρησιμοποιούνται πλέον στα σύγχρονα συστήματα υγείας με διάφορες επί μέρους παραλλαγές.

Η βασική ιδέα των Thompson et al., (1979) του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ, ήταν η ταξινόμηση του τεράστιου αριθμού ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε κατηγορίες με όμοια χαρακτηριστικά. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα είναι ότι επιτρέπει ορισμένες αναλύσεις που αλλιώς δε θα ήταν δυνατές, όπως για παράδειγμα η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας (Scheller–Kreinsen et al., 2009). Ως εκ τούτου, θεωρείται ότι αυξάνει τη διαφάνεια σχετικά με τις επιδόσεις απόδοσης των προμηθευτών και την κατανάλωση των πόρων σε ένα τομέα όπου η άσκηση πολιτικής χαρακτηρίζεται από προβλήματα μειωμένης πληροφόρησης καθώς οι διευθύνσεις και οι «τρίτου» γνώριζαν πολύ λίγα για τις εσωτερικές διαδικασίες των νοσοκομείων και δεν είχαν κανένα μέσο για τη διεξαγωγή ουσιαστικών συγκρίσεων.

Ένα από τα βασικότερα πλεονεκτήματα των DRGs είναι ότι παρέχουν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τον ακριβή προσδιορισμό του κόστους θεραπείας ενός συγκεκριμένου ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε ασθενούς (παρατηρήσιμα και μετρήσιμα). Ομοίως τα συστήματα DRGs δύναται να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αξιολογηθούν οι διαστάσεις των επιδόσεων των νοσοκομείων, όπως η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα. Επομένως για όλους τους παραπάνω λόγους, η κύρια πρόκληση είναι να λάβει χώρα η διασφάλιση της κατάλληλης προσαρμογής για τους παράγοντες πέραν του ελέγχου των νοσοκομείων (σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, καθώς και ορισμένες περιβαλλοντικές μεταβλητές, όπως οι μισθοί) (Scheller–Kreinsen et al., 2009).

Ένα άλλο πλεονέκτημα της μεθόδου DRG είναι ότι συνιστά ένα μηχανισμό κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων σύμφωνα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνεται η παροχή αναγκαίας και μόνο ιατρικής περίθαλψης και η οικονομικά αποδοτική παροχή επαρκούς ιατρικής περίθαλψης (Busse et al., 2006).

Η μέθοδος των DRGs με ορισμένες παραλλαγές, αποτέλεσε πολύ ελκυστική τεχνική για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα των οικονομικών της υγείας τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεδομένου ότι η υιοθέτησή της επιτυγχάνει συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων, με συνέπεια της αποφυγή πολιτικών διαμαχών όπως στις περιπτώσεις των σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgets). Στο πλαίσιο αυτό, δημιουργήθηκε ο όρος «αναμενόμενη» πληρωμή (έναντι του «εκ των υστέρων») χαρακτήρα της αμοιβής για την υπηρεσία). Στην Ευρώπη, όμως, ο σφαιρικός προϋπολογισμός και η ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, ήταν οι τυπικές μορφές που χρησιμοποιούνταν για την πληρωμή των νοσοκομείων πριν από την εισαγωγή των DRGs, δηλαδή το σημείο εκκίνησης είναι τελείως διαφορετικό (Scheller-Kreinsen et al., 2009). Στις χώρες όπου επικρατούν ακόμα ως κύριες μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, παρατηρείται ελλιπής πληροφόρηση των διοικήσεων για το είδος και το τελικό κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Πρώτα στις ΗΠΑ και αργότερα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα τύπου DRG προσαρμόζονται καλά με το παράδειγμα του σχεδιασμού της δημόσιας τάξης, σύμφωνα με τις γενικές οικονομικές αρχές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να ασκήσουν οικονομική πίεση για να δοθούν κίνητρα για την αποδοτική χρήση των πόρων και ως εκ τούτου μιμούμενη τις αγορές προϊόντων που παράγουν σε οριακό κόστος (Shleifer, 1985). Η εισαγωγή των συστημάτων DRGs, παράλληλα με την απαραίτητη μηχανογράφηση, επιδιώκει την υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, δίνοντάς τους τη ευκαιρία να παρακολουθήσουν και να ελέγξουν το έργο των ιατρών και νοσηλευτών.

Όλοι οι τύποι χρηματοδότησης DRGs των νοσοκομείων αποτελούνται από δύο θεμελιώδεις δομικές μονάδες: (1) ένα σύστημα ταξινόμησης των ασθενών (δηλαδή το σύστημα DRG), και (2) μηχανισμός στάθμισης των τιμών ανά κατηγορία προϊόντων (Schreyögg et al., 2006). Το σύστημα ταξινόμησης των ασθενών καθορίζει ομάδες ασθενών με όμοια διαγνωστικά χαρακτηριστικά (που ως επί το πλείστον βασίζεται σε διαγνώσεις, διαδικασίες, και δημογραφικά χαρακτηριστικά,) που έχουν (α) παρόμοια πρότυπα κατανάλωσης των πόρων και (β) είναι κλινικά σημαντικές. Συνδέοντας τα χαρακτηριστικά των ασθενών με την κατανάλωση πόρων, τα DRGs παρέχουν ένα συνοπτικό μέτρο της δραστηριότητας του νοσοκομείου ή, με άλλα λόγια, μπορούν να προσδιορίσουν τα προϊόντα του νοσοκομείου. Ο μηχανισμός στάθμισης των τιμών ανά κατηγορία

προϊόντων προσδιορίζει τους απαιτούμενους πόρους για τη θεραπεία ασθενών που ομαδοποιούνται σε συγκεκριμένες DRGs και καθορίζει τα ποσοστά πληρωμής (π.χ. βαρύτητα κόστους ή μέσες τιμές) αναλόγως. Ο στόχος είναι να δοθούν επαρκείς πόροι για τα νοσοκομεία δίνοντάς τους τη δυνατότητα να παρέχουν όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν τα ποσοστά πληρωμών είναι πολύ χαμηλά, τα νοσοκομεία μπορεί να μειώσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, εάν τα ποσοστά πληρωμών είναι πολύ υψηλά, τα νοσοκομεία δεν ενθαρρύνονται στο να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τους πόρους. Ως εκ τούτου, χρησιμοποιούνται συχνά πληροφορίες σχετικά με το μέσο κόστος της θεραπείας ασθενών σε ένα δείγμα νοσοκομείων για να προσδιοριστεί η βαρύτητα του κόστους ή των τιμών για μια συγκεκριμένη DRG (Cylus & Irwin, 2010).

Εκτός από τους δύο παραπάνω μηχανισμούς, τα συστήματα χρηματοδότησης των νοσοκομείων τύπου DRG απαιτούν τη θέσπιση διαδικασιών συλλογής δεδομένων για τα κλινικά δεδομένα και για τα στοιχεία του κόστους. Τα μεν κλινικά δεδομένα είναι αναγκαία για την ένταξη των ασθενών στις διάφορες κατηγορίες DRGs και τα στοιχεία του κόστους είναι αναγκαία προκειμένου να υπολογιστούν τα ποσοστά πληρωμής. Τόσο τα κλινικά δεδομένα όσο και τα στοιχεία κόστους χρησιμοποιούνται για την αναπροσαρμογή του συστήματος ταξινόμησης των ασθενών προκειμένου να διασφαλιστεί ότι θα επιτευχθεί ο στόχος του να εκχωρήσει ασθενείς με κλινικά σημαντικές ομάδες ασθενών με ομοιογενή κατανάλωση πόρων (Cylus & Irwin, 2010).

Τα DRGs έχουν εφαρμοστεί σε πολλές χώρες τόσο παγκόσμια όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο με θετικά όπως προαναφέρθηκε αποτελέσματα αλλά και με πολλά επιμέρους εμπόδια και δυσκολίες στην εφαρμογή τους. Ενώ η οικονομική θεωρία υποδεικνύει τη σημαντικότητα του συστήματος αποζημίωσης DRG των νοσοκομείων στην παροχή κινήτρων για αύξηση της αποδοτικότητας τους, οι Street et al., (2011) αναφέρουν ότι υπάρχουν σημαντικά εμπόδια και δυσκολίες στην πρακτική εφαρμογή αυτών των κινήτρων.

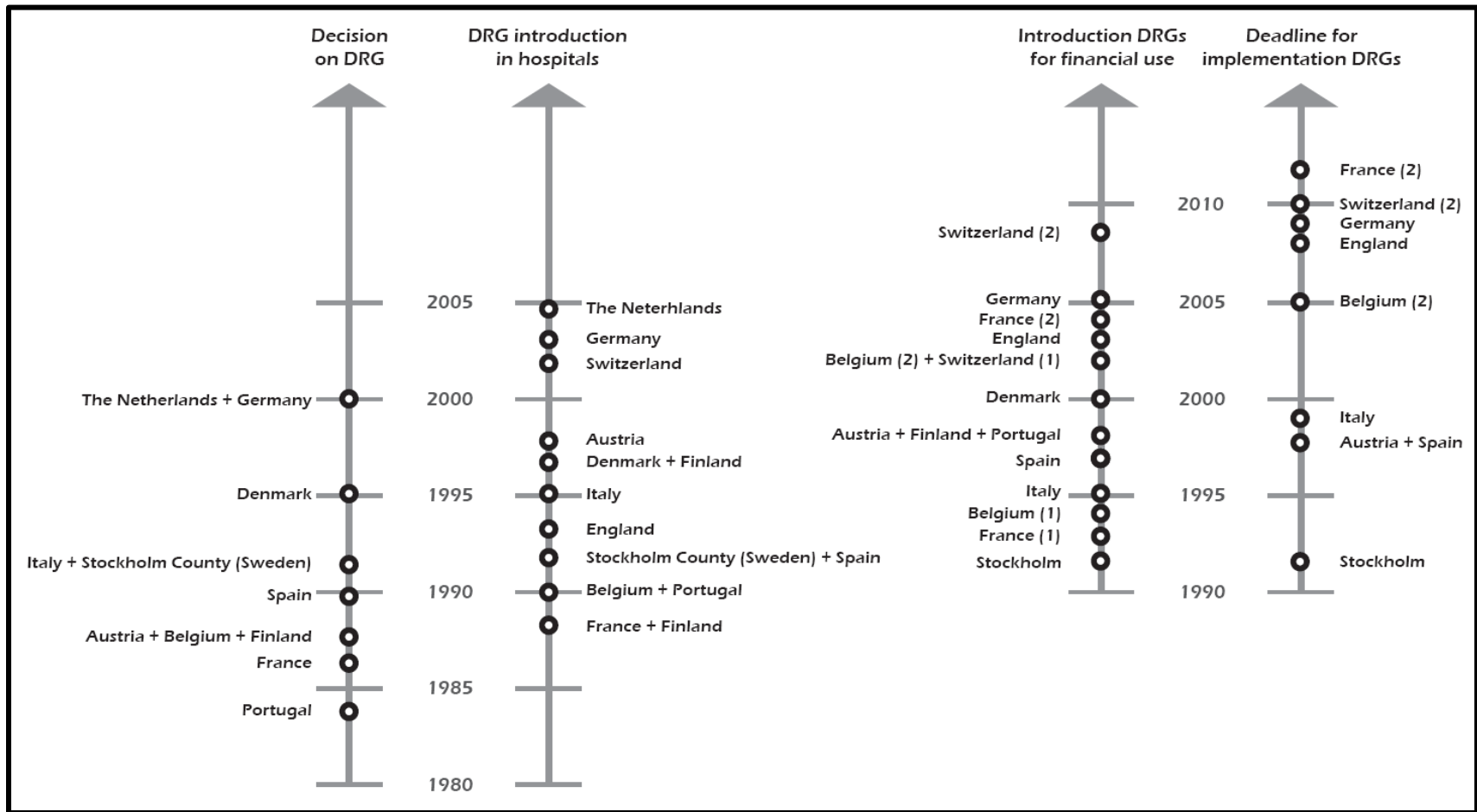
Οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί κατά καιρούς εστιάζουν κατά πόσο η αποδοτικότητα των νοσοκομείων επηρεάζεται από την εφαρμογή της μεθόδου αποζημίωσης DRG με τη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας (technical efficiency) και της παραγωγικότητας (productivity), στην οποία περιλαμβάνεται και η αποδοτικότητα της κλίμακας (scale efficiency).

Ενδεικτικά, χώρες όπως η Σουηδία η Πορτογαλία και η Αυστρία έχουν καταφέρει να αυξήσουν σημαντικά την αποδοτικότητα τους με αποτέλεσμα να μειώσουν και το νοσοκομειακό κόστος. Στην περίπτωση της Πορτογαλίας για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας της, υπολογίστηκαν δείκτες εκροών όπως είναι τα ποσοστά επιβίωσης των νοσηλευόμενων ασθενών.

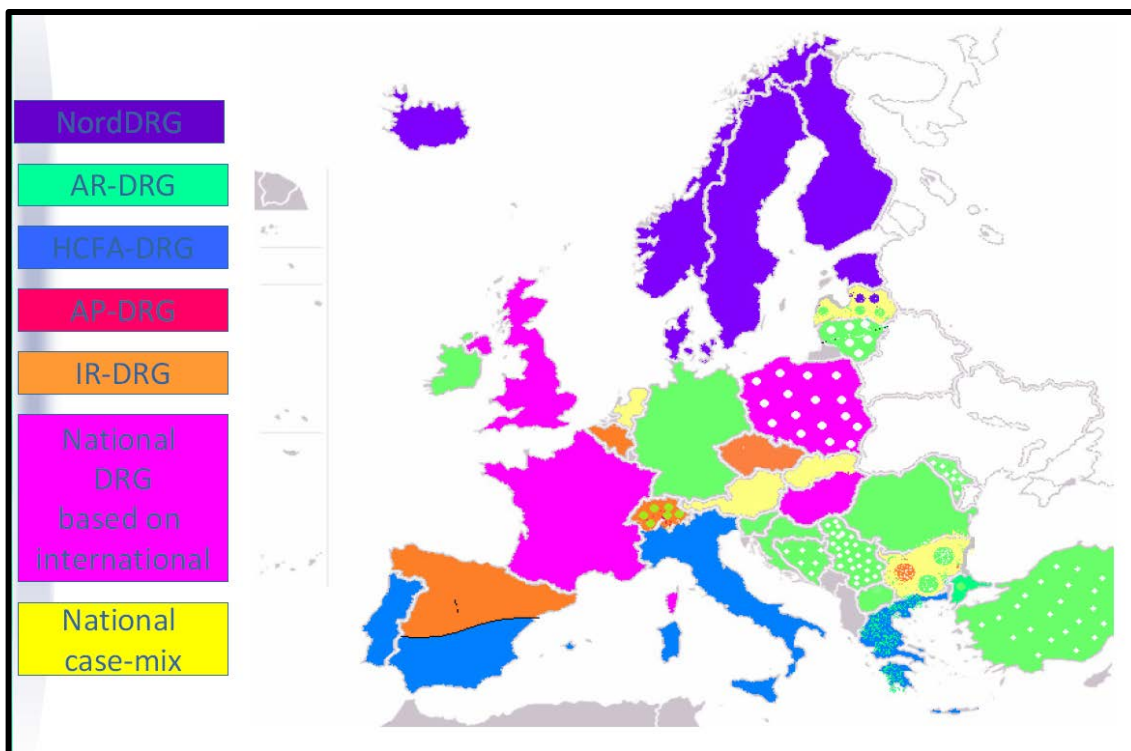
Πιο κάτω θα γίνει αναφορά στις χώρες που έχουν εφαρμοστεί και κατά πόσο αυτά έχουν θετικά αποτελέσματα στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης ή δεν έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές.

3.4.1. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs σε χώρες της Ευρώπης

Στην εικόνα 3.1 και στο χάρτη 3.1 φαίνεται το χρονοδιάγραμμα και οι Ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες έχουν υιοθετήσει τα συστήματα DRGs.



Εικόνα 3.1. Χρονοδιάγραμμα εφαρμογής συστημάτων DRGs στις χώρες της Ευρώπης. Πηγή: HOPE 2006



Χάρτης 3.1 Ευρωπαϊκός Χάρτης DRG, 2011 Πηγή: Kacevicius, 2011

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν λάβει χώρα διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις των εθνικών κλάδων της υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Ο πιο συνηθισμένος λόγος για αυτές τις μεταρρυθμίσεις είναι η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης, με στόχο τον περιορισμό ή τη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών. Δευτερευόντως, ο στόχος είναι να αυξηθεί η διαφάνεια των εξόδων νοσηλείας και να εισαγάγουν θεμελιώδεις μηχανισμούς κινήτρων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, όπως η συστηματική συγκριτική αξιολόγηση και η διαχείριση του ανταγωνισμού (Tan et al., 2010).

Η εκάστοτε χώρα είχε ορίσει μια σειρά από πραγματικούς λόγους για την υιοθέτηση του συστήματος DRG. Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους η κάθε χώρα εφάρμοσε το σύστημα DRG. Μέσα από τη συνολική προεπισκόπηση γίνεται φανερό ότι υπάρχουν τέσσερις σημαντικοί αρχικοί λόγοι υιοθέτησης των συστημάτων DRGs από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: η βελτίωση της διαφάνειας είναι η πρώτη, ακολουθούμενη από τη χρήση του DRGs ως εργαλείο χρηματοδότησης, η διασφάλιση της ποιότητας και η συγκριτική αξιολόγηση.

Πίνακας 3.1. Λόγοι υιοθέτησης των συστημάτων DRGs των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πηγή: HOPE, 2006.

	Αρχικοί λόγοι εισαγωγής συστημάτων DRGs	Άλλοι λόγοι	Αλλαγές στους επίσημους αρχικούς λόγους και στόχους
Αυστρία	<p>Η αυστριακή φιλοσοφία του DRG είναι συνδεδεμένη με θεσμικές συμφωνίες σχετικά με τη χρηματοδότηση του νοσοκομείου που έχουν ακόλουθους στόχους:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση ενιαίων προμηθειών για τα νοσοκομεία όλης της χώρας. • Διασφάλιση ομοιόμορφης ποιότητας όλων νοσοκομεία της Αυστρίας. <p>Με τη συμφωνία για τα έτη 2005-2008 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, τα κράτη και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που εμπλέκονται, υποβάλλουν τους ακόλουθους συμπληρωματικούς στόχους:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καλύτερη ενσωμάτωση των ξεχωριστά οργανωμένων και χρηματοδοτημένων τομέων της υγειονομικής περίθαλψης • Ελαχιστοποίηση των προβλημάτων διασύνδεσης • Η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας 	Κανένας άλλος λόγος.	Όχι

Βέλγιο	<ul style="list-style-type: none"> • Η σταθεροποίηση του αριθμού των νοσοκομείων και του νοσοκομειακού εξοπλισμού • Καθορισμός ποσοτικών και ποιοτικών προτύπων για τα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες τους • Χρηματοδότηση Νοσοκομείου • Επιδημιολογική ανάλυση • Καθορίζει τις πολιτικές για τη τέχνη της θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Είναι ένας τρόπος για να μετακινηθεί από μια ανοικτού τύπου χρηματοδότησης προς ένα κλειστό σύστημα χρηματοδότησης. • Μεγαλύτερη διαφάνεια όσον αφορά τις δραστηριότητες του νοσοκομείου έτσι ώστε η κυβέρνηση να γνωρίζει καλύτερα τι πληρώνει. • Η έμφαση έχει δοθεί κυρίως στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων με αποτέλεσμα, οι άλλοι στόχοι να έχουν παραμεληθεί. • Μόνο μια φορά, έχει καταρτιστεί κάποιου είδους «άτλαντας παθολογίας», ο οποίος έδωσε στοιχεία σχετικά με τις διάφορες παθολογικές καταστάσεις των Βέλγων, τα οποία είναι δημοσιευμένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας αλλά η μεθοδολογία και η μελέτη δεν έχουν επαναληφθεί έκτοτε. 	
Δανία	<ul style="list-style-type: none"> • Συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων του νοσοκομείου, προκειμένου να δοθεί μεγαλύτερη αξία στην υγεία από τα χρήματα. • Να πάρει περισσότερη αξία από τα ίδια χρήματα • Χρησιμοποιείται ως εργαλείο σε μια νέα μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας από το 2007. 	Όχι άλλο λόγοι	Όχι

Αγγλία	<p>Η πρώτη εισαγωγή του HRGs το 1994 ήταν για να προσφέρει μεγαλύτερη ταξινόμηση των διαδικασιών του νοσοκομείου για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διευθυντικές σκοπούς και • Να παρακολουθεί και να μετρά τη νοσοκομειακή δραστηριότητα 	<p>Σε ορισμένους κλάδους η εισαγωγή του συστήματος HRG είχε αντιμετωπιστεί αρχικά με σκεπτικισμό, κυρίως από το ιατρικό προσωπικό. Καθώς ο αριθμός των HRG επεκτεινόταν γίνονται όλο και περισσότερο κατανοητά με μεγαλύτερα ποσοστά αποδοχής. Η επέκταση της HRG στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων έχει προκαλέσει μεγάλη συζήτηση σχετικά με την καταλληλότητα της πέρα από τον καθαρά εκλεκτικό της ρόλο. Ωστόσο, η πρόθεση της κυβέρνησης είναι να δημιουργήσει πληθώρα παροχών και αποτελεσματικών τρόπων για τη λήψη της χρηματοδότησης που θα ακολουθήσει ο ασθενής. Το σύστημα HRG θεωρείται το μέσο για την επίτευξη του στόχου αυτού.</p>	<p>Τώρα: ένα όχημα για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων ώστε να:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποκτηθεί περισσότερη διαφάνεια των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου • Λαμβάνονται καλύτερες αμοιβές των παρόχων που σχετίζονται με πάγιες εθνικές τιμές • Προωθείται πληθώρα παροχών και επιλογών του ασθενούς και • Να δοθούν κίνητρα και χρηματοδότηση για την ανάπτυξη πρόσθετων ικανοτήτων.
--------	--	---	--

Φινλανδία	<p>1) Στη αγορά και πώληση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μεταξύ περιφερειακού νοσοκομείου (= παροχή υπηρεσιών) και δήμου (αγοραστής)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οικονομική: Ορισμός προϊόντος, κατάρτιση του προϋπολογισμού, παρακολούθηση, υποβολή εκθέσεων • Ιατρικό: ορισμό προϊόντων • Δήμος επιλέγει από πού θα αγοράζει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Συγκρίνοντας τιμές DRG) <p>2) Σύγκριση και συγκριτική αξιολόγηση των</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νοσοκομειακών περιοχών • Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών <p>3) Παρακολούθηση, ανάπτυξη και υποβολή εκθέσεων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στο εσωτερικό της διοίκησης και • Εντός της περιοχής του νοσοκομείου 	Όχι άλλοι λόγοι	Οι κύριες αλλαγές στους στόχους που τέθηκαν για την υιοθέτηση των DRGs στο Φινλανδικό σύστημα υγείας είναι ότι επικεντρώνονται στην έρευνα των υπηρεσιών υγείας, στις αποζημιώσεις (το ποσοστό διεύθυνσης του 80% το 2005) και στην συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων οξείας περίθαλψης.
Γαλλία	<ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποίηση ενός παρόμοιου συστήματος για τα κερδοσκοπικά και μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία προκειμένου να επικαιροποιούνται τα τιμολόγια μεταξύ των τομέων σε κάθε τομέα. • Προσαρμογή του προϋπολογισμού με την πραγματική δραστηριότητα του νοσοκομείου • Να δοθεί κίνητρο για τα νοσοκομεία να αναλύσουν το μείγμα των περιπτώσεών τους, τις ιατρικές τους επιδόσεις και τις δομές κόστους. • Προώθηση ορισμένων δραστηριοτήτων (περιπτώσεις χειρουργικών ημερών) και να σταματήσει η διαρκής ανάπτυξη άλλων δραστηριοτήτων. 	Οι δημοσιογράφοι χρησιμοποιούν την εθνική βάση δεδομένων για να δημοσιεύσουν την ταξινόμηση των νοσοκομείων ή κλινικών χρησιμοποιώντας μη ελεγχόμενες και μη επικαιροποιημένες μεθόδους.	

Γερμανία	<ul style="list-style-type: none"> - Η ελπίδα για μεγαλύτερη διαφάνεια και πιο δίκαιη αμοιβή για τη νοσοκομειακή χρηματοδότηση. - Η δημιουργία κινήτρων για την επίτευξη οικονομικών επιδόσεων. - Η αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων στα νοσοκομεία - Προώθηση της αποτελεσματικής νοσοκομειακής περίθαλψης - Η μείωση των ασύμφορων νοσοκομειακών μονάδων 	<p>Η γερμανική ομοσπονδία νοσοκομείων αναμένει την αναστολή του συστήματος της συνεχιζόμενης περιορισμένης κατάρτισης του προϋπολογισμού.</p>	
Ιταλία	<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση της ευθύνης των οικονομικών και κλινικών πτυχών της παροχής φροντίδας, προκειμένου να βελτιωθεί η απόδοση (κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα) • Παροχή περιφερειακής και τοπικής υγειονομικής φροντίδας με ένα απλό εργαλείο, το οποίο είναι επίσης κλινικά ουσιαστικό, προκειμένου να βελτιωθεί η διαχείριση και ο σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών 	<ul style="list-style-type: none"> • Η εισαγωγή του DRG αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου σχεδίου της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης που ξεκίνησε το 1992 με σκοπό να προωθήσει ένα νέο πρότυπο για την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης με την ανάθεση οικονομικής ευθύνης για τις περιφέρειες, για τη θέσπιση εσωτερικών αγορών και του ανταγωνισμού. • Παρουσιάζεται ένα νέο πρότυπο φροντίδας επικεντρωμένο στον ασθενή. 	

Πορτογαλία	<ul style="list-style-type: none"> • νοσοκομειακή χρηματοδότηση • Αύξηση της αποτελεσματικότητας της κατανομής του συνολικού προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Για να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα πληροφοριών για τη διαχείριση του νοσοκομείου: συλλογή μιας σειράς από αναγκαία και ομοιόμορφα δεδομένα για τη μέτρηση και τον έλεγχο της νοσοκομειακής δραστηριότητας, την υποστήριξη της λήψης αποφάσεων, το σχεδιασμό σχεδιάσουν και τον προϋπολογισμό. 	
------------	--	---	--

<p style="text-align: center;">Ισπανία</p>	<p>Η εισαγωγή και εφαρμογή των DRGs στην Ισπανία έλαβε χώρα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και με διαφορετικές στρατηγικές σε διάφορες περιοχές.</p> <p>Στην Καταλονία δημιούργησε χρησιμοποιήθηκαν τα DRGs το 1994 για την αξιολόγηση του προϋπολογισμού των νοσοκομείων. Χρησιμοποιήθηκε για την υποβολή εκθέσεων και την ανάλυση των διαφόρων εναλλακτικών λύσεων στον προϋπολογισμό για διάστημα 2-3 ετών μέχρι που τέθηκε σε ισχύ το νέο σύστημα DRG κατάρτισης του προϋπολογισμού το 1996. Η εισαγωγή του νέου συστήματος προκάλεσε μεγάλη ανησυχία στις διευθύνσεις των νοσοκομείων οι οποίες άρχισαν να λαμβάνουν μέτρα για την αύξηση της ποιότητας των δεδομένων και χρησιμοποιώντας τα DRGs εσωτερικά για τη βελτίωση των γνώσεων σχετικά με τις δραστηριότητες του νοσοκομείου.</p> <p>Η αυτόνομη κοινότητα της Βαλένθια άρχισε να χρησιμοποιεί τα DRGs κυρίως για την παρακολούθηση και τη διαχείριση και αργότερα για τον καθορισμό των τιμών DRG στα έξοδα των υπηρεσιών των εσωτερικών ασθενών.</p> <p>Η Insalud, η μεγαλύτερη διοίκηση για την υγεία πριν από το 2002, άρχισε να εισάγει τα DRGs ως εργαλείο για τον καθορισμό των στόχων στις ετήσιες συμβάσεις με τα νοσοκομεία τους και να αρχίσουν να αξιολογούν τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων βάσει των DRG.</p> <p>Το Υπουργείο Υγείας της Ισπανίας ενσωμάτωσε την DRG το 1996 για την παραγωγή νοσοκομειακών στατιστικών και μελετών. Στόχος ήταν η αύξηση της αποτελεσματικότητας σε ένα περιβάλλον ελέγχου του κόστους. Επιπλέον στόχος ήταν ο καθορισμός των προϋπολογισμών των νοσοκομείων και η σύναψη συμβάσεων καθώς και ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων στις ετήσιες συμβάσεις των νοσοκομείων.</p>	<p>Οι λόγοι της εισαγωγής των DRG δεν έχουν αλλάξει ουσιαστικά. Σε όλες σχεδόν τις περιφερειακές διοικήσεις το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών στατιστικών παράγονται με τη χρήση DRG και χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της απόδοσης, τον καθορισμό των στόχων και των συμβάσεων και την αξιολόγηση των επιτευγμάτων.</p> <p>- Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 μερικά νοσοκομεία άρχισαν να χρησιμοποιούν τα DRGs εσωτερικά για την παρακολούθηση και τη συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων με άλλα κάτι το οποίο συνέβαλε σημαντικό στην πολιτιστική διαχείριση των νοσοκομείων.</p>
--	---	--

Σουηδία	<p>Στις αρχές της δεκαετίας του '90 ο κύριος λόγος για την εφαρμογή του συστήματος ήταν να εισαγάγει ένα νέο χρηματοπιστωτικό σύστημα βάσει DRG σε ορισμένες χώρες με τα ακόλουθα κίνητρα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση της παραγωγικότητας • Αποθήκευση, και βέλτιστη χρήση των χρημάτων που χρησιμοποιούνται για την υγειονομική περίθαλψη. • Περισσότερη διαφάνεια • Να γίνει μέλος ενός συστήματος παρόχου-αγοραστή με πιο σαφείς αρμοδιότητες και κοινούς χρηματοοικονομικούς κινδύνους. 		<p>Οι λόγοι της σημερινής χρήσης του συστήματος DRG είναι πολύ πιο διαφοροποιημένοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συγκριτική αξιολόγηση • Στατιστική για την υγεία • Μέτρηση των επιδόσεων νοσοκομείο • Υπολογισμός της παραγωγικότητας σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας
Ελβετία	<p>Θέσπιση ενός μελλοντικού συστήματος πληρωμών όπου μια συγκεκριμένη τιμή είναι συνδεδεμένη με κάθε παραμονή στο νοσοκομείο και χρεώνεται στους ασθενείς.</p>		

<p>Ολλανδία</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η εισαγωγή των συστημάτων DRGs είχε ως στόχο να επικεντρωθούν στη ζήτηση αντί στην προσφορά, στην πληρωμή κατά την παράδοση και όχι εκ των προτέρων, στην αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων και στην μεταβίβαση του χρηματοοικονομικού κινδύνου σε εταιρείες ασφάλισης υγείας. Ο απώτερος στόχος είναι η εξατομικευμένη φροντίδα και η αποδοτική παραγωγή. • Τα ασφάλιστρα δεν είναι πλέον περιορισμός του προϋπολογισμού για τη χρηματοδότηση, ωστόσο, θα πρέπει να καθορίζεται από τα πραγματικά στοιχεία απόδοσης. • Συγκριτική αξιολόγηση και εισαγωγή του ανταγωνισμού με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων με συνέπεια την καλύτερη και ταχύτερη παροχή υγειονομικής φροντίδας. • Τα εισοδήματα των νοσοκομείων και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού θα βασίζονται άμεσα από την παραγωγή με αποτέλεσμα την προώθηση της εργασίας και την εξάλειψη των λιστών αναμονής. • Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος θα προσφέρει σίγουρα περισσότερο χώρο για την κοινωνικά υπεύθυνη επιχειρηματικότητα συμβάλλοντας στην ενίσχυση του ενθουσιασμού των ατόμων που εργάζονται στον τομέα αυτό. • Τέλος ένα λόγος της εισαγωγής των DRGs είναι η διαφάνεια και η χρήση μιας κοινής γλώσσας. 	<p>- Αναμένεται ότι οι συμφωνίες μεταξύ ασφαλιστών υγείας, νοσοκομείων και ειδικών ιατρών θα οδηγήσει με βάση DBCS σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • καλύτερη κατανομή των πόρων • καλύτερο συντονισμό της προσφοράς και της ζήτησης για την παρεχόμενη φροντίδα • μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στο κόστος • καλύτερη συνειδητοποίηση του κόστους • καλύτερο έλεγχο των εσωτερικών επιχειρηματικών διαδικασιών • Βελτίωση του εσωτερικού ελέγχου και της κατάρτισης του προϋπολογισμού. • Βελτίωση της ποιότητας και των επιδόσεων μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης • Βελτίωση του προγραμματισμού της χωρητικότητας • βελτίωση του σχεδιασμού του εργατικού δυναμικού • μεγαλύτερη επίδραση των διεθνών προτύπων για τις επιδόσεις και τα πρωτόκολλα 	
-----------------	--	--	--

Πολλοί επιστήμονες έχουν αξιολογήσει κατά καιρούς την εφαρμογή των συστημάτων σε χώρες της Ευρώπης. Ο πίνακας 3.2 παρουσιάζει μια σειρά από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία σχετικά με την επιτυχία ή όχι της υιοθέτησης των συστημάτων DRGs από χώρες της Ευρώπης (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.2 Αξιολόγηση εφαρμογής των DRGs

Αναφορά	Χώρα	Αξιολόγηση εφαρμογής DRGs
Or & Bellanger, 2011 Or, 2014	Γαλλία	Μέχρι σήμερα το σύστημα DRG στη Γαλλία - GHMs – το οποίο από το 2004/2005 δεν κατάφερε να επιτύχει τους στόχους του, σχετικά με βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, την αύξηση της διαφάνειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται αρχικά στο γεγονός ότι τα δεδομένα του κόστους δεν είναι γνωστά με συνέπεια να μην διευκολύνεται η κατανόηση και η παρακολούθηση των ιατρικών πράξεων. Επιπρόσθετα σχετικά με την παραγωγικότητα των νοσοκομείων, δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό αντιπροσωπεύει το βαθμό απόδοσης και αν αυτό οφείλεται σε σωστή ή λάθος κωδικοποίηση ή στην υπερπροσφορά των υπηρεσιών. Τέλος δεν είναι διαθέσιμοι οι δείκτες ποιότητας, όπως οι τιμές θνησιμότητας. Όλα αυτά είχαν ως συνέπεια σε μακρό - επίπεδο, ο μηχανισμός ελέγχου ως προς τον όγκο παραγωγής και το κόστος, να αποδειχθεί αντιπαραγωγικός και να δημιουργηθεί ένα απρόβλεπτο περιβάλλον στα νοσοκομεία, με συνέπεια να μην μπορεί να ελεγχθεί το κόστος ανά δραστηριότητα.
Geissler et al, 2011	Γερμανία	Η εφαρμογή του συστήματος G-DRG στη Γερμανία είχε πλήρη επιτυχία τόσο στη διαφάνεια των νοσοκομείων όσο και στη χαρτογράφηση του κόστους της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Επιπλέον η συνέπεια στη λειτουργία του συστήματος G-DRG αποτελεί σημαντικό κίνητρο για ορθή εφαρμογή της κωδικοποίησης και των διαδικασιών. Ένα από προβλήματα που παρουσίασε αφορούσε τους δείκτες της νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά παρόλα αυτά δεν επηρεάστηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
O' Reilly et al, 2011	Ιρλανδία	Η εφαρμογή των AR DRGs στο Ιρλανδικό σύστημα παρουσιάζει πολυάριθμα πλεονεκτήματα στα νοσοκομεία και ως εκ τούτου συστάθηκε η πιλοτική εφαρμογή για την ιδιωτική και ημι- ιδιωτική θεραπεία στα δημόσια νοσοκομεία.
Mason et al, 2011	Αγγλία	Η Αγγλία εφαρμόζει το σύστημα των DRGs - HRG

		από το 2004 με θετικά αποτελέσματα και σημαντική βελτίωση της δραστηριότητα και της επίδοσης των νοσοκομείων, δίχως την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα αυξήθηκε η δραστηριότητα στις περιπτώσεις της ημερήσιας νοσηλείας και μειώθηκε αρκετά ο χρόνος παραμονής των νοσηλευόμενων. Επιπλέον μειώθηκε το μοναδιαίο κόστος και βελτιώθηκε η αποτελεσματικότητα δίχως σημαντική μείωση της ποιότητας.
Linna & Virtanen, 2011; Kautiainen et al, 2011	Σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Δανία, Ισλανδία, Σουηδία και Νορβηγία)	Οι Σκανδιναβικές χώρες πειραματίζονται με τα συστήματα ταξινόμησης από το 1990 και ακολουθούν το Σκανδιναβικό Σύστημα ταξινόμησης NordDRGs. Ειδικότερα στη Φινλανδία δεν υπήρχαν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη μεθοδολογία χρήση των συστημάτων ταξινόμησης με συνέπεια το εκάστοτε νοσοκομείο να εφαρμόζει με το δικό του τρόπο το σύστημα NordDRGs. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει σύγκριση των τιμών.
Mateus, 2011	Πορτογαλία	Η εφαρμογή των DRGs στην Πορτογαλία μετρά 25 χρόνια εφαρμογής με πολύ θετικά αποτελέσματα. Μερικά από αυτά είναι: η αύξηση του αριθμού των ασθενών, η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και η βελτίωση του συστήματος ελέγχου του κόστους. Παρόλα αυτά εκκρεμούν τρεις μεγάλοι τομείς: η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, οι συγκρίσεις των νοσοκομείων και η δημιουργία εθνικών τιμολογίων για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις.
Kobel και Pfeiffer, 2011	Αυστρία	Η Αυστρία μετρά 13 χρόνια εφαρμογής των DRGs – LKF και βρίσκεται υπό συνεχή προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων της. Η εφαρμογή των DRGs – LKF έχει επιφέρει σημαντική βελτίωση στη διαφάνεια και στην δραστηριότητα των νοσοκομείων. Παρόλα αυτά σπάνια διενεργούνται έλεγχοι. Οι πληροφορίες για τα δεδομένα νοσοκομειακής δραστηριότητας και τα δεδομένα για την κατανάλωση των πόρων είναι περιορισμένα γι'αυτό γίνονται προσπάθειες για επέκταση των δεδομένων, με στόχο τη βελτίωση του τομέα της υγείας. Επιπλέον στην Αυστρία οι δευτερεύουσες διαγνώσεις παίζουν πολύ μικρό ρόλο σε επίπεδο σοβαρότητας, με συνέπεια να μην ανανεώνονται συνεχώς τα συστήματα ταξινόμησης ασθενών σχετικά με τις δευτερεύουσες διαγνώσεις.
Bogut et al., 2012 Strizrep & Voncina, 2009	Κροατία	Η Κροατία άρχισε να εφαρμόζει περιπτωσιολογικές μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων από το 2002, ξεκινώντας με τις γενικές κατηγορίες

Vončina et al., 2012		<p>σύμφωνα με τις θεραπευτικές διαδικασίες. Το 2009, εισήχθησαν επίσημα τα συστήματα DRGs, γνωστά στους Κροάτες ως dijagnostičko skupine terapijske. Η μελέτη των Bogut et al., 2012 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τις μεθόδους χρηματοδότησης των νοσοκομείων, μέσα από την ανάλυση δεδομένων πέντε οξύτερων προβλημάτων υγειονομικής περίθαλψης για 10 χρόνια, μεταξύ Ιανουαρίου 2000 και Δεκεμβρίου 2009. Οι πέντε διαδικασίες ήταν ο καταρράκτης, η πνευμονία, η στεφανιαία νόσος, η σκωληκοειδεκτομή και η αντικατάσταση ισχίου. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από το Κροατικό Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας, διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή των συστημάτων DRGs είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης κάτι το οποίο φαίνεται από τη μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής των ασθενών. Η εισαγωγή των DRGs δεν είχε ωστόσο αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα παρά ταύτα μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό οι λίστες αναμονής των ασθενών (Vončina et al., 2012).</p>
Jankauskienė & Medaiskis, 2010; Kacevicius, 2011	Λιθουανία	<p>Τα στάδια της εφαρμογής του συστήματος DRG στη Λιθουανία ήταν αρχικά το στάδιο της εισαγωγής των προϋποθέσεων το 2010, το στάδιο της πιλοτικής εφαρμογής το 2011 και τέλος η εφαρμογή του συστήματος το 2012 σε εθνικό επίπεδο προσαρμοσμένο στις τοπικές συνθήκες και ανάγκες. Τα κύρια κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη συγκριτική ανάλυση και επιλογή του συστήματος DRG είναι: κατανομή του συστήματος DRG σε όλη την Ευρώπη, διαφάνεια, η τεχνική πληρότητα, η ποιότητα της ταξινόμησης των νοσημάτων, η ποιότητα της διαδικασίας ταξινόμησης, υποστήριξη της ποιότητας κωδικοποίησης, ανάγκη και κόστος προσαρμογής του συστήματος στις τοπικές συνθήκες, οι δαπάνες για τη διατήρηση της του συστήματος και οι προϋποθέσεις απόκτησης άδειας.</p>
Gaal et al., 2006	Ουγγαρία	<p>Η μελέτη των Gaal et al., 2006 εξετάζει τις μεθόδους κοστολόγησης που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό των τιμών των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών στο ουγγρικό σύστημα υγείας εστιάζοντας στον τομέα της οξείας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία χρηματοδοτείται από την προσαρμογή των DRGs στα Ουγγρικά χαρακτηριστικά. Μέσα από την</p>

		<p>ανάλυση των παραπάνω συγγραφέων γίνεται φανερό ότι η Ουγγαρία από την έναρξη της χρήσης των συστημάτων DRGs (1993) διαθέτει ένα πολύ εξελιγμένο σύστημα DRG, το οποίο έχει θετική επίδραση στην αποδοτικότητα του τομέα της οξείας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά συμπεραίνεται ότι το σύστημα απαιτεί συνεχή συντήρηση, όπου η συνεργασία των νοσοκομείων, καθώς και η ελαχιστοποίηση της πολιτικής επιρροής αποτελούν κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας.</p>
<p>Kuszewski et al., 2005 Busse et al., 2008 Czach et al., 2011 Ilchev et al., 2012</p>	<p>Πολωνία</p>	<p>Οι κύριοι στόχοι της εισαγωγής των JRGs στην Πολωνία ήταν για την βελτίωση της κατανομής των πόρων στα και για να αυξηθεί η διαφάνεια της παροχής υπηρεσιών (Kuszewski et al., 2005). Το 2008 εφαρμόστηκαν πιλοτικά για πρώτη φορά τα συστήματα JRGs σε έξι νοσοκομεία και το 2009 εφαρμόστηκαν σε εθνικό επίπεδο ως μέθοδος πληρωμής (Czach et al., 2011). Οι επιπτώσεις από την εισαγωγή του JGPs στην ποιότητα και την αποδοτικότητα τους στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής και εξακολουθούν να παραμένουν άγνωστες. Το κύριο πλεονέκτημα του πολωνικού συστήματος JGP είναι ότι συμβάλλει στη διαφάνεια του νοσοκομειακού τομέα. Η ομαδοποίηση των αλγορίθμων είναι διαθέσιμες στο κοινό και το σύστημα πληρωμών βασίζεται σε διαφανείς διαδικασίες. Επιπλέον, το σύστημα JGP συμβάλλει στην αύξηση των διαθέσιμων δεδομένων που αφορούν στη δραστηριότητα του νοσοκομείου, με την επιβολή κωδικοποίησης των διαγνώσεων και των διαδικασιών και την ομαδοποίηση αυτών των πληροφοριών σε JGPs (Czach et al., 2011). Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις: η κοστολόγηση και η συλλογή των στοιχείων κόστους δεν είναι τυποποιημένα στην Πολωνία, και έτσι οι πληροφορίες για το κόστος δεν δύναται να χρησιμοποιηθούν συστηματικά για να καθορίσουν τα ποσοστά πληρωμών. Αυτό σημαίνει ότι τα ποσοστά των πληρωμών δεν ταυτίζονται υποχρεωτικά με το κόστος της παροχής υπηρεσιών με συνέπεια η χρηματοδότηση των νοσοκομείων για ορισμένες υπηρεσίες να είναι αρκετά υψηλές ενώ για άλλες να μην είναι επαρκείς. Ως εκ τούτου, οι χρηματοδοτήσεις των νοσοκομείων μπορεί να θεωρηθούν καταχρηστικές, μπορεί να παρέχουν λανθασμένα κίνητρα και να οδηγήσουν σε</p>

		<p>ανεπιθύμητες συμπεριφορές εκ μέρους των παρόχων. Επιπλέον, το σύστημα αυτό δεν λαμβάνει υπόψη τις διαρθρωτικές διαφορές μεταξύ των παρόχων, ακόμα κι αν αυτές οι διαφορές μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο κόστος της παροχής υπηρεσιών των παρόχων (Busse et al., 2008).</p> <p>Η μελέτη των Ptchev et al., (2012) παρουσιάζει τα οφέλη που μπορεί να έχει η χρήση του συστήματος DRG στη διοίκηση ενός νοσοκομείου και συγκεκριμένα του Barlicki του Ιατρικού Πανεπιστημίου του Lodz. Μέσα από την ανάλυση γίνεται φανερό ότι με τη χρήση του συστήματος DRG αποκτιέται εμπειρία και δοκιμάζονται διάφορες προσεγγίσεις για τη συλλογή δεδομένων, τη διαφάνεια και την ομαδοποίηση δεδομένων ενώ παρατηρούνται πραγματικά οφέλη αποταμίευσης σε συνδυασμό με τη διαχείριση του νοσοκομείου.</p>
Ξένος κ.α. (2014)	Πορτογαλία, Σουηδία, Αυστρία, Νορβηγία,	<p>Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των συγγραφέων Ξένος κ.α. (2014) με τίτλο «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα» γίνεται λόγος για πραγματοποιηθείσες μελέτες σχετικά με την επιρροή των συστημάτων DRGs στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Όσον αφορά στην Πορτογαλία παρατηρήθηκε θετική επιρροή στην παραγωγικότητα για ένα ποσοστό νοσοκομείων που δέχθηκε αποζημίωση μέσω DRGs. Αναφορικά με την Σουηδία οι υπηρεσίες υγείας διαπιστώθηκε να είναι περισσότερο αποδοτικές σε περιπτώσεις ανταγωνισμού και αποζημίωσης σύμφωνα με τις παραγόμενες υπηρεσίες, σε σχέση με αυτές που αποζημιώνονται με τη μέθοδο του προϋπολογισμού. Επιπλέον η υιοθέτηση της αποζημίωσης με βάση τις παραγόμενες εκροές φάνηκε να αυξάνει την τεχνική αποδοτικότητα κατά 9,7% κατά μέσον όρο. Επιπλέον, στην Αυστρία παρατηρήθηκε βελτίωση στην τεχνολογική αποδοτικότητα μεταξύ 1996 και 1998, αλλά αντίθετα δεν παρατηρήθηκε κάποια βελτίωση στην τεχνική αποδοτικότητα. Τέλος στη Νορβηγία η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης DRG βελτίωσε την τεχνική αποδοτικότητα, αλλά τα αποτελέσματα κυμαίνονταν σχετικά με τη σχέση κόστους- αποδοτικότητας.</p>

Μέχρι το 2009, το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας δεν είχε την απαραίτητη υποδομή για τη συγκέντρωση αξιόπιστων και συγκροτημένων δεδομένων όσον αφορά στην κοστολόγηση και τη δραστηριότητα των νοσοκομείων. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η μειωμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής δραστηριότητας των νοσοκομείων του συστήματος υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ), και η έλλειψη συγκρίσεων των επί μέρους επιδόσεων των νοσοκομείων. Προκειμένου να υπερβεί το εμπόδιο αυτό το υπουργείο υγείας ανέπτυξε και εφάρμοσε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την επωνομασία «ESY. net», προκειμένου να συλλέγονται αξιόπιστα και ενημερωμένα δεδομένα. Το εκάστοτε νοσοκομείο υποχρεούται να δείχνει σε αυτή την πλατφόρμα και σε μηνιαία βάση, τα στατιστικά δεδομένα που να αφορούν στην είσπραξη των εσόδων, τους μισθούς του προσωπικού και άλλα ιατρικά έξοδα, καθώς αναφορά στοιχείων σχετικά με το φόρτο εργασίας.

Το σύστημα υγείας ήταν μέχρι πρότινος ανοικτό όσον αφορά στη χρηματοδότησή του, με συνέπεια τόσο το κράτος όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν οποιαδήποτε ιατρική πράξη αναδρομικά. Ο ρόλος του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ), είναι πρωτίστως η συλλογή εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και επιχορηγήσεων και δευτερευόντως η σύναψη συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο σημαντικότερος σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι η ανάπτυξη ενός μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και της οικονομικής βιωσιμότητάς τους, εισάγοντας στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης στο εθνικό σύστημα υγείας και μονοψωνίου στην κοινωνική ασφάλιση και τα φάρμακα.

Από τις αρχές του 2012, η οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων και οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούνται σύμφωνα με το σύστημα DRG και συγκεκριμένα μέσω της καθιέρωσης πακέτων νοσηλείας ανά διαγνωστική κατηγορία καταργώντας παράλληλα τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και τις πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες (Polyzos et al., 2013). Η αρχιτεκτονική του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) αφορά στην προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού (version 6.0, 2008–2009) και του γερμανικού (version 2011) συστήματος ταξινόμησης DRG. Επιλέχθηκε το DRG με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο στηρίζει τη δημιουργία του στο αυστραλιανό, δεδομένου ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει

παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης (Schmid & Götze, 2009). Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία.

Μετά την πρώτη χρήση του συστήματος αποζημίωσης DRGs-KEN και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους που προέκυπτε από αυτό, πραγματοποιήθηκε προσαρμογή των τιμών στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Συνέπεια αυτού ήταν η μείωση κατά 10% των αρχικών τιμών ανά κατηγορία. Επιπρόσθετα ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, που είχε τιμολογηθεί σωστά, διαχωρίστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.

Στον πίνακα 3.3 παρουσιάζονται τα έσοδα που δημιουργήθηκαν τους πρώτους τρεις μήνες της εφαρμογής του συστήματος των DRGs-KEN, ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ), το 2011. Για το 33,1% των νοσηλείων, η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε τις ακραίες τιμές, υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω αποζημίωση. Τα συνολικά έσοδα για το σύνολο των νοσοκομείων (n=113), ήταν περίπου 175 εκατομμύρια €. Ένα επόμενο στάδιο της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας όσον αφορά στις μεθόδους αποζημίωσης θα ήταν ο καθορισμός του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως ελεγκτή του κόστους των νοσοκομείων μέσω σχετικών συμβάσεων. Επιπλέον σημαντικό θα ήταν η μισθοδοσία του νοσοκομειακού προσωπικού να ελέγχεται από τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ μιας και αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων των νοσοκομείων, εντάσσοντας έτσι τις έννοιες της αξιολόγησης και της αποτελεσματικότητας (Polyzos et al., 2013).

Πίνακας 3.3. Εξιτήρια και έσοδα για το τρίμηνο Οκτωβρίου – Δεκεμβρίου 2011 ανά υγειονομική περιφέρεια Ελλάδας (ΥΠΕ). Πηγή: Polyzos et al., 2013

	n	Ημέρες νοσηλείας	Εξιτήρια* n	Έσοδα		
				% ακραίες τιμές (out-liers)**	Συνολικά (€)	% ακραίες τιμές (out-liers)
Συνολικό δείγμα	113	480.944	166.013	33,1%	174.848.410	13,4%
<i>Υγειονομικές περιφέρειες</i>						
1η Αττικής	22	127.490	39.097	31,9%	48.346.704	21,1%
2η Πειραιώς και Αιγαίου	18	74.655	18.328	30,1%	31.379.066	17,3%
3η Μακεδονίας	15	71.039	23.610	38,4%	19.557.853	10,5%
4η Μακεδονίας και Θράκης	12	99.097	34.843	34,0%	29.755.868	9,4%
5η Θεσσαλίας και Κεντρικής Ελλάδος	13	32.025	25.023	30,0%	26.637.779	8,2%
6η Πελοποννήσου, Δ. Ελλάδος και Ηπείρου	25	67.796	22.662	34,4%	17.069.112	10,0%
7η Κρήτης	8	8.842	2.450	27,4%	2.102.028	10,1%

*Σύνολο από χειρουργικό και παθολογικό τομέα. **Περιπτώσεις νοσηλείας, των οποίων η διάρκεια υπερβαίνει την προτεινόμενη τιμή της

Μία από τις σημαντικότερες ελλείψεις του συστήματος υγείας της Ελλάδας είναι η έλλειψη ενός επίσημου συστήματος πληροφόρησης των ασθενών για τις επιδόσεις των μονάδων υγείας. Επομένως δεν δύναται να γίνει ούτε σύγκριση ούτε αξιολόγηση του κινδύνου. Αντιθέτως η ενημέρωση γίνεται από στόμα σε στόμα και δεν είναι τεκμηριωμένη με συνέπεια, ο χρήστης να δυσκολεύεται στις επιλογές του και οι προμηθευτές δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της απόδοσής τους.

3.4.2. Ευρήματα από την εφαρμογή των DRGs από το διεθνή χώρο

Η έρευνα των Mathauera & Wittenbecherb (2013) παρουσιάζει τα αποτελέσματα μια συστηματικής βιβλιογραφικής έρευνας που αφορά στην αξιολόγηση της εισαγωγής των συστημάτων DRGs στα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών με μεσαίο και χαμηλό εισόδημα. Η βιβλιογραφική αυτή επισκόπηση έδειξε ότι οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, σε όλα τα μέρη του κόσμου χρησιμοποιούν τα συστήματα DRGs για την αμοιβή των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά, ένα σύστημα DRG είναι διοικητικά και τεχνικά περίπλοκο και η αποτελεσματική λειτουργία του εξαρτάται από διάφορες θεσμικές και οργανωτικές συνθήκες. Παρ' όλα αυτά, η εισαγωγή ενός συστήματος πληρωμών DRG θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια δυναμική αναπτυξιακή διαδικασία κατά την οποία μπορούν να καλυφθούν σταδιακά οι προϋποθέσεις αυτές. Τα ευρήματά της έρευνας των Mathauera & Wittenbecherb (2013) έδειξαν ότι 1) το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι δημόσια και όχι ιδιωτική, (2) είναι σκόπιμο αρχικά να εφαρμόζονται πιλοτικά τα συστήματα και να καθιερώνονται τα ανώτατα όρια δαπανών, (3) οι χώρες που εισάγουν μια υπάρχουσα παραλλαγή του συστήματος DRG θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους την ανάγκη για προσαρμογή και (4) οι χώρες θα πρέπει να προωθούν τη συνεργασία των παρόχων για την κατάλληλη παραγωγή δεδομένων και απαιτήσεων διαχείρισης.

Στον πίνακα που ακολουθεί θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα αξιολόγησης της εφαρμογής των συστημάτων DRGs σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο.

Αναφορά	Χώρα	Αξιολόγηση εφαρμογής DRGs
Ξένος κ.α., 2014	ΗΠΑ	Η μελέτη του Borden, που πραγματοποιήθηκε σε 52 νοσοκομεία στο New μεταξύ του 1979–1984 έδειξε ότι η μεταρρύθμιση στον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων δεν είχε θετική επιρροή στην τεχνική αποδοτικότητα.

		Αντίθετα στη μελέτη των Chem & Wan, 2000 που έλαβε χώρα σε 80 νοσοκομεία στη Virginia την χρονική περίοδο μεταξύ 1984 – 1993 δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στην τεχνική αποδοτικότητα μεταξύ των ετών 1984 και 1993, αλλά το ποσοστό των αποδοτικών νοσοκομείων ήταν υψηλότερο το 1993.
Liang, 2014	Κίνα	Η μελέτη του Liang (2014) κάνει λόγο για τη συσχέτιση της εφαρμογής των συστημάτων DRGs στην Κίνα και της μεγιστοποίησης των κερδών των νοσοκομειακών μονάδων με επακόλουθο την μακροχρόνια αύξηση της αποδοτικότητας.
Kim, 2012	Κορέα	Με την υιοθέτηση της εθνικής ασφάλισης υγείας το 1977, η Κορέα έχει χρησιμοποιήσει το 2000, ένα σύστημα χρέωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών που βασίζεται σε συμβάσεις και διαδικασίες επιστροφής των δαπανών περίθαλψης. Το σύστημα αυτό έχει κατηγορηθεί για ενοποίηση των εθνικών δαπανών για την υγεία από την υπερβολική αύξηση του όγκου των υπηρεσιών. Ο Kim (2012) εξετάζει τη χρήση των δύο κύριων εναλλακτικών λύσεων, του συστήματος DRG και του σφαιρικού προϋπολογισμού ως μεθόδους εφαρμογής στο σύστημα επιστροφής της Κορεάτικης εθνικής ασφάλειας υγείας. Αποτέλεσμα της έρευνας ήταν το γεγονός ότι η χρήση του συστήματος DRG θεωρήθηκε η πλέον αποτελεσματική για τον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά λιγότερο αποτελεσματική στη διοικητική οργάνωση. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός μπορεί να είναι επαρκής αλλά σε μικρότερο βαθμό για τον έλεγχο του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της διοικητικής αποτελεσματικότητας.
Ibraimova et al., 2011 Langenbrunner et al., 2009 Kutzin et al., 2009	Κιργιστάν	Το 1997, εισήχθη υποχρεωτική ασφάλιση υγείας με στόχο την προσέλκυση συμπληρωματικών πηγών χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας και τη βελτίωση της κοινωνικής προστασίας του πληθυσμού. Το 2001 εφαρμόστηκαν τα συστήματα DRG σε εθνικό επίπεδο ως μέθοδος πληρωμής και το 2003 αναθεωρήθηκε μια τελειοποιήθηκε η εισαγωγή της κωδικοποίησης

		<p>ICD-10. Η εμπειρία της εφαρμογής του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας από το 1997 παρέχει ένα παράδειγμα του πώς μια χώρα με χαμηλό εισόδημα, εισάγει ένα σύστημα χρηματοδότησης της υγείας χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά αντίθετα με αύξηση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων. Η εμπειρία του Κιργιζιστάν δείχνει τη σημασία της σκέψης της πολιτικής για τη χρηματοδότηση της υγείας από λειτουργική άποψη και όχι από την άποψη των ιστορικών μοντέλων που εισάγονται από τη Δυτική Ευρώπη.</p>
<p>Lazarevik et al., 2010 Apostolska & Gulija, 2011 Lukanovska & Dimkovski, 2010</p>	<p>Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας</p>	<p>Εφαρμόστηκε το 2009 σύστημα AR-DRG σε εθνικό επίπεδο, βάση για τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και το 2010 επεκτάθηκε σε ψυχιατρικά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Παρά τις πολλές μεταρρυθμίσεις και πρωτοβουλίες, πολιτικές υποσχέσεις και δράσεις μεταρρυθμίσεων, ο τομέας της υγείας είναι μάλλον κατακερματισμένος και γενικά δεν παρουσιάζει θετικά στοιχεία επιτυχημένης πορείας. Τα βασικά προβλήματα είναι η κακή απόδοση και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις εγκαταστάσεις της δημόσιας υγείας, η παραμόρφωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας και η πολιτικοποίηση του κλάδου της υγείας. Προκειμένου λοιπόν να προστατευτεί το σύστημα και οι εγκαταστάσεις δημόσιας υγείας θα πρέπει να γίνει πιο αυτόνομο, αποτελεσματικό και πιο ανεξάρτητο από την άμεση επιρροή της πολιτικής. Για να διατηρήσει τις αξίες της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας θα πρέπει να υποστηριχθεί με πρόσθετα κονδύλια από τον πυρήνα του προϋπολογισμού για την κάλυψη των εξόδων για τους ανασφάλιστους.</p>
<p>Hamidi & Akinci, 2014</p>	<p>Άμπου Ντάμπι</p>	<p>Σκοπός της μελέτης Hamidi & Akinci, (2014) ήταν να παρουσιάσει τις υφιστάμενες μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περιθάλψης στο Άμπου Ντάμπι και να συζητηθούν οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στους καταναλωτές και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος υποχρεωτικής</p>

		ασφάλισης υγείας. Οι σχετικές μεταρρυθμίσεις και η εφαρμογή του συστήματος DRG έχουν θετικό αντίκτυπο δεδομένου ότι αυξάνουν την βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης στο Αμπού Ντάμπι. Ο πλήρης αντίκτυπος των μεταρρυθμίσεων για το σύστημα DRG, όπως η απόδοση του συστήματος, και η έκβαση των ασθενών δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί.
Pongpirul et al., 2011a, 2011b	Ταϊλάνδη	Η πιλοτική εισαγωγή της χρηματοδότησης από φορείς κοινωνικής ασφάλειας υγείας εισήχθησαν στο σύστημα το 2001, ενώ από το 2002 εφαρμόστηκε σε εθνικό επίπεδο ως μέθοδο πληρωμής με μετέπειτα βελτιώσεις τις χρονικές περιόδους 2003, 2007, 2010, 2011. Οι μελέτες Pongpirul et al., 2011a, 2011b κάνουν λόγο για τη διαδικασία της κλινικής κωδικοποίησης στα πλαίσια της εφαρμογής των DRGs και αναφέρονται στην αναγκαιότητα ύπαρξης μεγάλης ποικιλίας επιστημονικών ομάδων προκειμένου η κωδικοποίηση των ασθενών να γίνεται σε ορθή βάση.

3.5. Οφέλη για την Κυπριακή Δημοκρατία από την εφαρμογή του συστήματος DRGs.

3.5.1. Υφιστάμενη κατάσταση συστήματος υγείας και προτάσεις μεταρρυθμίσεων

Οι τέσσερις σημαντικότερες παράμετροι των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο που δεν ισχύουν στο σημερινό σύστημα υγείας της Κύπρου είναι (Εικόνα 3.2) (OAY, 2012):

1. Πρόσβαση και Συντονισμός

- i. Έλλειψη συντονισμού μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα που οδηγεί σε διασπάθιση πόρων και σε αγχρίαστες υποδομές – Ενδεικτικά, ενώ ο μέσος όρος μηχανημάτων MRIs και CTs στην ΕΕ είναι 9,5 και 19,2 αντίστοιχα για κάθε 1 εκατ. πληθυσμού, στην Κύπρο είναι 16,5 και 35,5 αντίστοιχα.
- ii. Έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

- iii. Παρά την πλήρη κάλυψη υπηρεσιών για τους δικαιούχους του δημόσιου τομέα, εντούτοις αρκετά μεγάλα ποσά συνεχίζουν να ξοδεύονται από τον οικογενειακό προϋπολογισμό στον ιδιωτικό τομέα

2. Ποιότητα και αποτελεσματικότητα

- i. Υπερφόρτωση του δημόσιου τομέα με συνέπειες στην ποιοτική εξυπηρέτηση του ασθενή
- ii. Υψηλό κόστος υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας συγκριτικά με άλλες χώρες στον ιδιωτικό τομέα

3. Οικονομική βιωσιμότητα

- i. Έλλειψη διαφάνειας όσο αφορά τον όγκο και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να δημιουργείται ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα
- ii. Οι πόροι του δημόσιου τομέα δεν διαχειρίζονται με ορθολογιστικό τρόπο

4. Αποτελεσματικός έλεγχος

- i. Το Υπουργείο Υγείας έχει τριπλό ρόλο (διαμορφωτής πολιτικής, ρυθμιστής και παροχέας) ο οποίος δυνατό να οδηγήσει σε σύγκρουση συμφερόντων για την προώθηση της αποτελεσματικότητας
- ii. Έλλειψη επαρκούς ελέγχου και επιβολής προτύπων ποιότητας



Εικόνα 3.2. Παράμετροι επιτυχίας συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο. Πηγή: ΟΑΥ. 2012

Επιπλέον καταγράφεται ένας ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία ο οποίος είναι μεγαλύτερος από το ρυθμό είσπραξης των εισοδημάτων. Το 85 % περίπου των Κυπρίων πολιτών δικαιούται δωρεάν ή με μειωμένα τέλη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου ενώ ταυτόχρονα έχει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης μόνο περίπου του 50% του πληθυσμού με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα όπως είναι η δημιουργία λιστών αναμονής. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι οι αυξημένες δημόσιες δαπάνες που αφορούν την υγεία δημιουργούν μεγάλες πιέσεις στον κρατικό προϋπολογισμό και παράλληλα ένα μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα παραμένει αναξιοποίητο με αποτέλεσμα να κρίνεται επιτακτική και άμεση η ανάγκη για μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. Τα προβλήματα επιλύονται αποτελεσματικά μόνο με την εισαγωγή του ΓεΣΥ (Γενικού Σχεδίου Υγείας).

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) αποτελεί προσπάθεια η οποία θα έχει ως σκοπό την καθολική πρόσβαση σε υψηλού και ποιοτικού επίπεδου φροντίδας σε όλους τους πολίτες μέσα από ένα σύστημα το οποίο εκτός από καθολικό αναμένεται να είναι αποδοτικό, λειτουργικό και οικονομικά βιώσιμο και θα έχει την δυνατότητα να παρέχει την βέλτιστη κοινωνική προστασία όπου είναι αναγκαίο.

Με την εισαγωγή του Γενικού Συστήματος Υγείας επιτυγχάνονται τα ακόλουθα:

1. Ίση Πρόσβαση και Συντονισμός

- i. Καθολική κάλυψη με ίση πρόσβαση τόσο στους ιδιωτικούς όσο και στους δημόσιους παροχείς υγείας
- ii. Δημιουργούνται οι προϋποθέσεις συντονισμένης συνεργασίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα
- iii. Εισαγωγή θεσμού προσωπικού ιατρού για τη σωστή «πλοήγηση» του δικαιούχου στο σύστημα
- iv. Πρόσβαση σε άλλους παροχείς υγείας μέσω παραπομπής

2. Υψηλή Ποιότητα και αποτελεσματικότητα

- i. Ανταγωνισμός μεταξύ των παροχέων υγείας
- ii. Ποιοτικά κίνητρα στους παροχείς μέσω της αποζημίωσης
- iii. Ελάχιστες απαιτήσεις για τη συμμετοχή των παροχέων στο σύστημα

3. Οικονομική βιωσιμότητα

- i. Σταθερή και ευρεία βάση εισφορών (εργαζόμενοι, εργοδότες, Κυβέρνηση)
- ii. Προ-συμφωνημένοι προϋπολογισμοί με τις κύριες ομάδες παροχέων
- iii. Σφαιρικός προϋπολογισμός
- iv. Επιμερισμός κόστους μέσω συμπληρωμών
- v. Μέθοδος αποζημίωσης παροχέων και φαρμάκων

4. Αποτελεσματικός Έλεγχος

- i. Σύστημα Πληροφορικής και επιχειρησιακών διαδικασιών (διαφάνεια, έλεγχος απάτης)
- ii. Μοναδικός οργανισμός διαχείρισης (ΟΑΥ)

- iii. Επικέντρωση ΥΥ σε θέματα πολιτικής και ρύθμισης τομέα υγείας με εξασφάλιση της ισότιμης διαχείρισης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα από τον ΟΑΥ

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, θα τεθεί σε εφαρμογή σε τρεις (3) φάσεις, με την πλήρη εφαρμογή του να τοποθετείται στα μέσα του 2016:

- i. Φάση Α (01/07/2015) – Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Επισκέψεις στον οικογενειακό ιατρό και σε παιδίατρο).
- ii. Φάση Β (01/01/2016) – Επιπρόσθετες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Επισκέψεις σε όλες τις ειδικότητες Ιατρών και εξωνοσοκομειακά φάρμακα).
- iii. Φάση Γ (01/07/2016) - Πλήρης εφαρμογή του ΓεΣΥ. Περιλαμβάνονται, επιπρόσθετα, όλες οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις, νοσηλεία εσωτερικών ασθενών κ.ά.

Ο σχεδιασμός της λειτουργίας του ΓεΣΥ θα στηριχθεί με την παροχή ασφάλισης μέσω κρατικού ασφαλιστικού φορέα. Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας θα μελετήσει την δυνητική υιοθέτηση ενός ανοικτού συστήματος, το οποίο θα παρέχει την δυνατότητα συμμετοχής αρκετών ασφαλιστικών οργανισμών ταυτόχρονα και όχι μόνο ενός. Το γεγονός αυτό θα παρέχει σημαντικά οφέλη τόσο στον πολίτη όσο και στον ασθενή δεδομένου ότι ένα τέτοιο σύστημα θα διασφαλίζει αποτελεσματικότητα, λειτουργικότητα, και οικονομική βιωσιμότητα. Για το σημαντικό αυτό θέμα ενδέχεται σύντομα να γίνει ειδική μελέτη, η οποία θα αξιολογεί την οικονομική βιωσιμότητα, τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα ενός ανοικτού ή κλειστού ΓεΣΥ στη χώρα μας.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με τον έλεγχο του προϋπολογισμού, τη στρατηγική πολιτική την εποπτεία, τον έλεγχο και τη ρύθμιση του Γενικού Συστήματος Υγείας, κρίνεται αναγκαίος ο καθορισμός και η αποσαφήνιση του ρόλου, του χειρισμού και των αρμοδιοτήτων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και του Υπουργείου Υγείας

Οι σημαντικότερες πτυχές των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας είναι:

Αυτονομία και Αναδιοργάνωση Δημόσιων Νοσηλευτηρίων / Ιατρικών Κέντρων

Η εισαγωγή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας αναμένεται να διαφοροποιήσει το τομέα της υγείας καθώς και την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Παράλληλα η παροχή των παρεχόμενων

αυτών υπηρεσιών θα αποζημιώνονται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα επί ίσους όρους.

Ωστόσο αναμένεται να δημιουργηθεί ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον το οποίο θα δημιουργήσει η εφαρμογή του ΓεΣΥ. Προκειμένου οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας να μπορέσουν να επιβιώσουν θα πρέπει να εφαρμόσουν στρατηγικές βελτίωσης σε ότι αφορά στην οργάνωση και τη διαχείρισή τους, όσο και στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και ιατρικών κέντρων έχει στόχο τη μετατροπή τους σε αυτόνομες και ανεξάρτητες οντότητες, με οικονομική, με νομική, διοικητική και επιστημονική υπόσταση. Στόχος είναι η διεκπεραίωση των απαιτούμενων ενεργειών, πριν από την πρώτη φάση λειτουργίας του ΓεΣΥ η οποία αρχίζει μέσα του 2015.

Οι αρχικές σκέψεις περιστρέφονται στη δημιουργία πέντε (5) αυτόνομων Οργανισμών, ένα σε κάθε επαρχία, στους οποίους αναμένεται να ενταχθούν τα δημόσια νοσηλευτήρια και ιατρικά κέντρα. Για αυτό σίγουρα τροχοδρομούνται αλλαγές που αφορούν τον τρόπο διοίκησης και οργάνωσης των νοσηλευτηρίων με την προσθήκη σημαντικών δομών που στο παρόν απουσιάζουν από τα κρατικά νοσηλευτήρια. Μια πρόταση αφορά το γεγονός όπως οι διοίκηση των αυτόνομων Οργανισμών να απαρτίζεται από Διοικητικό Συμβούλιο, Γενικό Εκτελεστικό και Ιατρικό Διευθυντή και Επιστημονικό Συμβούλιο.

Παράλληλα, τροχοδρομείται μια καθολική λειτουργική αναδιοργάνωση όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων σύμφωνα με διεθνή πρότυπα και πρακτικές που αποσκοπούν στην αύξηση της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι η αυτονόμηση θα αφορά και Κυβερνητικά Τμήματα όπως το Γενικό Χημείο του Κράτους, το οποίο θα λειτουργεί και θα διοικείται, πλέον, ως αυτόνομος Οργανισμός.

Αναδιοργάνωση Υπουργείου Υγείας

Έχοντας υπόψη την αναδιοργάνωση και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και ιατρικών κέντρων ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας σίγουρα θα στοχεύει στην χάραξη πολιτικών, στον στρατηγικό σχεδιασμό και ευρύτερα στον έλεγχο και την εποπτεία του ευρύτερου τομέα υγείας στην Κύπρο. Με αυτά τα δεδομένα τροχοδρομείται αναδιοργάνωση στις δομές και στη

λειτουργία του Υπουργείου ώστε να μπορεί ανταποκρίνεται με επάρκεια και με αποτελεσματικότητα στον νέο του στρατηγικό ρόλο.

Αναδιοργάνωση Συνδεδεμένων Οργανισμών

Οι Συνδεδεμένοι Οργανισμοί και Κέντρα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας όπως είναι το Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου, το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, κ.α. θα πρέπει να τύχουν επίσης αναδιοργάνωσης που θα τους παρέχει την δυνατότητα να βελτιώσουν τις διοικητικές και λειτουργικές τους δομές καθώς και την δυνατότητα του κάθε Οργανισμού να επιτύχει τους σκοπούς του.

Ομάδα Συμβουλευτικής και Υλοποίησης

Η Ομάδα Συμβουλευτικής και Υλοποίησης θα παρέχει υποστήριξη προς το Υπουργείο Υγείας για το μεταρρυθμιστικό πλάνο ολόκληρου του συστήματος υγείας της χώρας και θα παρέχει επιπλέον υποστήριξη στην εξασφάλιση εμπειρογνομosύνης από το διεθνές περιβάλλον βάσει των επιμέρους αναγκών.

Δημόσιος Διάλογος

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ και των προαναφερόμενων μεταρρυθμίσεων από το Υπουργείο Υγείας θα γίνει σε συνεργασία με άλλους αρμόδιους φορείς, την Επίτροπο Μεταρρύθμισης της Δημόσιας Υπηρεσίας, κ.α. Παράλληλα το Υπουργείο Υγείας θα βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία και διάλογο με τους κοινωνικούς εταίρους και άλλους εμπλεκόμενους φορείς, ούτως ώστε όποιες μεταρρυθμίσεις να καταστούν προϊόν συλλογικής προσπάθειας και διαβούλευσης.

3.5.2 Εισαγωγή μεθόδων αποζημίωσης παρόχων (DRGs)

Μία από τις μεταρρυθμίσεις του γενικού συστήματος υγείας είναι και η εισαγωγή των συστημάτων DRGs σε εθνικό επίπεδο. Όπως προαναφέρθηκε πραγματοποιήθηκε πιλοτική εφαρμογή το 2010 σε τρία νοσοκομεία και πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση 30 κωδικοποιητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με τα οφέλη που αποκόμισαν οι διάφορες χώρες όπου υιοθέτησαν συστήματα DRGs, στην αρχική τους έκδοσή ή με ορισμένες τροποποιήσεις προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες της κάθε χώρας, γίνεται φανερό ότι και η

Κύπρος δύναται να επωφεληθεί ουσιαστικά σε πολλές πτυχές του τομέα της υγείας με την εισαγωγή των συστημάτων DRGs.

Η υιοθέτηση των DRGs από την Κυπριακή Δημοκρατία δύναται να εξασφαλίσει τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων ανάλογα με τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την ταξινόμηση του κάθε περιστατικού και του ανάλογου κόστους, με συνέπεια την εξοικονόμηση πόρων και εξασφαλίζοντας ποιοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης και αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων. Ειδικότερα μέσα από τις πραγματοποιηθείσες μελέτες και την αξιολόγηση της εφαρμογής των συστημάτων DRGs σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο γίνεται φανερό ότι:

1. Μέσω των DRGs δίνεται η δυνατότητα καταγραφής της περιόδου νοσηλείας, γεγονός που παρέχει κίνητρα μείωσης της διάρκειας νοσηλείας ενώ ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα μέτρησης της ποσότητας των πόρων που χρησιμοποιούνται για την εκάστοτε περίπτωση νοσηλείας.
2. Με την υιοθέτηση των DRGs επηρεάζεται θετικά και η διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας εφόσον διάμεσου των DRGs συσχετίζονται οι ιατρικές διαγνώσεις και οι θεραπείες με ορισμένα πρότυπα χρήσης των πόρων, με συνέπεια τον έλεγχο των διαγνωστικών διαδικασιών, την καλή ή κακή πρακτική στη χρήση των πόρων και την παρακολούθηση της κατανάλωσης των φαρμακευτικών προϊόντων. Έτσι επιτυγχάνεται η ορθολογιστική διαχείριση των πόρων, περιορίζεται η αλόγιστη ζήτηση και προάγεται η ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.
3. Ένα άλλο σημαντικό όφελος των DRGs είναι ότι συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο και στην κλινική αξιολόγηση ιατρικών πρακτικών. Μέσω των παραπάνω ενεργειών το προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων γίνεται υπεύθυνο εφαρμόζοντας τα τυποποιημένα προϊόντα στο πλαίσιο της ορθής ιατρικής πρακτικής αυξάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα.
4. Μέσω της υιοθέτησης των DRGs, παρέχεται η δυνατότητα ελέγχου και χρήσης των αρχείων των ασθενών, με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται στατιστικές αναλύσεις σχετικά με τη δομή των ασθενών, την κατάταξη σε κατηγορίες ασθενών ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, το κόστος νοσηλείας τους κλπ.

5. Μέσω των DRGs μπορεί να πραγματοποιηθούν στατιστικές μελέτες προκειμένου να αξιολογηθεί η οικονομική κατάσταση των νοσοκομειακών μονάδων. Επίσης η γνώση της οικονομικής κατάστασης μπορεί να συμβάλει στην εκτίμηση του κόστους, με συνέπεια την ταχεία λήψη των αποφάσεων και τη μείωση της γραφειοκρατίας.
6. Μέσω του προσδιορισμού του κόστους της εκάστοτε διαγνωστικής κατηγορίας, δύναται να δημιουργήσει ένα σύστημα ελέγχου των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, όπου θα πραγματοποιείται επί της ουσίας αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος και της νοσοκομειακής δραστηριότητας, οδηγώντας στην αναδιάρθρωση της οργανωτικής και διοικητικής δομής των νοσοκομείων με αύξηση της διαφάνειας.
7. Η εισαγωγή των DRGs στο Κυπριακό σύστημα υγείας θα διευκολύνει επίσης τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στο να πραγματοποιούν ελέγχους του κόστους περίθαλψης και θα διευκολύνεται η συγκέντρωση στατιστικών και επιδημιολογικών δεδομένων και
8. Ολοκληρώνοντας η εισαγωγή των DRGs δύναται να συνδέσει την πρωτοβάθμια με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, διασφαλίζοντας την ποιότητα της φροντίδας και τον έλεγχο του κόστους. Αυτό σίγουρα θα επιφέρει παράλληλα και μια σημαντική εξοικονόμηση πόρων με την παραπομπή των ασθενών προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, υποδεικνύοντας εναλλακτικές μορφές νοσηλείας.

3.6 Πρακτικά ζητήματα και δυσκολίες από την εφαρμογή του συστήματος DRGs στην Κύπρο

Όπως έγινε αντιληπτό μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η υιοθέτηση των συστημάτων DRGs επιφέρει πέραν των θετικών επιπτώσεων και αρνητικές συνέπειες ή να βρίσκει δυσκολίες στην εφαρμογή λόγω άρνησης προσαρμογής των αρμόδιων φορέων. Ορισμένα πρακτικά ζητήματα και δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν και κατά την εφαρμογή του συστήματος DRGs στην Κύπρο μπορεί να είναι:

1. Να παρατηρηθούν φαινόμενα επίσπευσης των εξιτηρίων νωρίτερα και σε χειρότερη κατάσταση (quicker and sicker), για οικονομικούς κυρίως λόγους και όχι ιατρικούς, με αποτέλεσμα να αυξάνονται και οι περιπτώσεις επανεισαγωγών ή επίσκεψη του ασθενούς

σε άλλο νοσοκομείο, με συνέπεια μεταβολή του πραγματικού κόστους θεραπείας λόγω επιπλέον χρεώσεων νοσηλείας.

2. Για την εφαρμογή των συστημάτων DRGs απαιτούνται επικαιροποιημένα και σύγχρονα συστήματα πληροφορίας δεδομένου ότι απαιτούν πλήρεις και επακριβείς βάσεις δεδομένων, επομένως μια πρακτική δυσκολία στην εφαρμογή του συστήματος DRG στην Κύπρο είναι η υφιστάμενη ελλιπής οργανωτική λειτουργία και η έλλειψη Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων και ως εκ τούτου έλλειψη εκπαίδευσης του υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού.
3. Εμφάνιση του φαινομένου cream skimming όπου εξυπηρετείται η αφρόκρεμα των ασθενών δηλαδή αυτών που ανήκουν σε ακριβές διαγνωστικές κατηγορίες και συνεπώς οικονομικά πιο συμφέρουσες με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Επιπλέον λόγω μη επαρκούς πολλές φορές κάλυψης κόστους και ιδιαίτερα σε σοβαρές παθήσεις εξαιτίας της ετερογένειας των περιστατικών δύναται να απορριφθούν σοβαρά περιστατικά με απρόβλεπτες επιπλοκές για την υγεία των ασθενών.
4. Η εισαγωγή των DRGs απαιτεί επίσης χρήση εξειδικευμένης τεχνολογίας και υποδομών (λογισμικά ομαδοποίησης – groupers) ενώ συνεπάγονται και αυξημένα έξοδα για την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού (ηλεκτρονικά ιατρικά δεδομένα-electronic medical records) και του προσωπικού που αναλαμβάνει την κωδικοποίηση (coders).
5. Τα σημαντικότερα προβλήματα όμως πιθανόν να δημιουργηθούν από την άρνηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να αποδεχθούν και να εφαρμόσουν νέες πολιτικές, στην έλλειψη της απαραίτητης τεχνογνωσίας και υποδομών, στη θέσπιση μη ρεαλιστικών στόχων, στις ιδιαιτερότητες του λογισμικών προγραμμάτων. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται φανερό ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αποτελούν πρακτικά αρνητικό ζήτημα κατά διάρκεια αναδιάρθρωσης της υγειονομικής περίθαλψης και την εισαγωγή των DRGs στο σύστημα υγεία λειτουργώντας έτσι ανασταλτικά στην εφαρμογή μιας νέας πολιτικής.

Σε συνδυασμό λοιπόν με την εισαγωγή του συστήματος DRGs στην Κύπρο θα πρέπει να επιλυθούν σε πρώτη φάση ζητήματα πρόσβασης και συντονισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αύξησης της οργανωτικής δομής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αύξηση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων, αύξηση της διαφάνειας σχετικά με τον όγκο και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ολοκληρωμένη διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων με στόχο την οικονομική βιωσιμότητα και τέλος τη θέσπιση κανόνων αποτελεσματικού ελέγχου για την προώθηση της αποτελεσματικότητας. Όλα τα παραπάνω είναι αλληλένδετα και η έλλειψη καλής εφαρμογής μιας παραμέτρου μπορεί να γίνει αιτία αποτυχίας μίας άλλης.

3.7. Συζήτηση

Η εφαρμογή ενός συστήματος DRG στο σύστημα υγείας της Κύπρου θα είναι χρήσιμο τόσο για στατιστικούς λόγους όσο και για την τιμολόγηση και αποζημίωση των επεισοδίων ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Σχετικά με τους στατιστικούς λόγους η εφαρμογή ενός συστήματος DRG θα επιτρέψει τη δημιουργία δεικτών υγείας όπως: αίτιες θανάτου, συχνότητα σημαντικών ασθενειών (ο καρκίνος, καρδιοπάθειες, διαβήτης, λοιμώδη νοσήματα, συγγενείς ανωμαλίες κτλ), σημαντικοί δείκτες που αφορούν την υγεία των βρεφών και των μητέρων, ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, επίπεδα αναπηρίας, δείκτες τραυματισμών και ατυχημάτων, αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εμβολιασμού, παρακολούθηση της επάρκειας των πόρων, επίπεδο χρήσης των διατιθέμενων πόρων, ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, δαπάνες υγείας, κατανάλωση φαρμάκων, μετρήσεις άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία (κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, χρήση αλκοόλ, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ποιότητα του περιβάλλοντος, συνθήκες εργασίας, βιοτικό επίπεδο κτλ) και άλλοι δείκτες που αφορούν συναφή δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία του πληθυσμού. Όσον αφορά στη τιμολόγηση και αποζημίωση των επεισοδίων ενδονοσοκομειακής φροντίδας θα εξαχθούν DRGs που θα επιτρέπουν την εκχώρηση σε λογισμικό Groupes για εξαγωγή DRGs τα οποία καθορίζουν την τιμολόγηση και την αποζημίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας (Γεωργαλλίδου, 2015).

Όπως προαναφέρθηκε, ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εφαρμογή του συστήματος DRGs, η περιγραφή και η ανάλυση του στην Κυπριακή Δημοκρατία. Γενικά εντοπίστηκαν 30 άρθρα εκ των οποίων 25 αφορούσαν Ευρωπαϊκές χώρες και τα υπόλοιπα 5 αφορούσαν διεθνείς χώρες.

Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης εντοπίστηκαν δεδομένα σχετικά με την χρησιμότητα της εφαρμογής των DRGs στην Κύπρο. Η εκάστοτε χώρα που εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα DRGs προσπαθεί με κάθε τρόπο να εκπληρώσει τους στόχους που έθεσε σχετικά με την αύξηση της διαφάνειας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των νοσοκομειακών μονάδων, περιορίζοντας τις δαπάνες. Όπως γίνεται φανερό η εφαρμογή των συστημάτων DRGs σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο έχει επιφέρει σημαντικά οφέλη.

Όσον αφορά στην ευρωπαϊκή εμπειρία από την εφαρμογή των DRGs τα οφέλη είναι πολλαπλά. Ειδικότερα στην Αυστρία η εφαρμογή των DRGs έχει επιφέρει σημαντική βελτίωση στη διαφάνεια και στην δραστηριότητα των νοσοκομείων (Kobel και Pfeiffer, 2011). Στην Αγγλία η εφαρμογή των DRGs είχε πολλαπλά οφέλη μερικά από τα οποία είναι η σημαντική βελτίωση της δραστηριότητας και της επίδοσης των νοσοκομείων, αύξηση της δραστηριότητας στις περιπτώσεις της ημερήσιας νοσηλείας, μείωση του χρόνου παραμονής των νοσηλευόμενων, μείωση του μοναδιαίου κόστους, βελτίωση της αποτελεσματικότητας δίχως σημαντική μείωση της ποιότητας (Mason et al, 2011). Στην Πορτογαλία επετεύχθη αύξηση του αριθμού των ασθενών, μείωση της διάρκειας νοσηλείας, βελτίωση του συστήματος ελέγχου του κόστους (Mateus, 2011) και θετική επιρροή στην παραγωγικότητα (Ξένος κ.α., 2014). Στο γερμανικό σύστημα υγείας οι DRGs σημείωσαν πλήρη επιτυχία τόσο στη διαφάνεια των νοσοκομείων όσο και στη χαρτογράφηση του κόστους της νοσοκομειακής δραστηριότητας (Geissler et al, 2011). Στην Κροατία η εφαρμογή των συστημάτων DRGs είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης κάτι το οποίο φαίνεται από τη μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής των ασθενών (Bogut et al., 2012; Strizrep & Voncina, 2009; Vončina et al., 2012). Στην Ουγγαρία σημειώνεται θετική επίδραση στην αποδοτικότητα του τομέα της οξείας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ενώ τα κύρια οφέλη του πολωνικού συστήματος DRG είναι ότι συμβάλλει στη διαφάνεια του νοσοκομειακού τομέα και στην αύξηση των διαθέσιμων δεδομένων που αφορούν στη δραστηριότητα του νοσοκομείου, με την επιβολή κωδικοποίησης των διαγνώσεων και των διαδικασιών και την ομαδοποίηση αυτών των πληροφοριών σε DRGs (Kuszewski et al., 2005; Busse et al., 2008; Czach et al., 2011; Itchev et al., 2012).

Η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή των DRGs παρουσιάζει επίσης πολυάριθμα και σημαντικά οφέλη. Ειδικότερα η εφαρμογή των DRGs στις ΗΠΑ επιφέρει αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων (Ξένος κ.α., 2014) ενώ στην Κίνα παρατηρείται

μεγιστοποίηση των κερδών των νοσοκομειακών μονάδων με επακόλουθο την μακροχρόνια αύξηση της αποδοτικότητας (Liang, 2014). Στην Κορέα η εφαρμογή η χρήση του συστήματος DRG θεωρήθηκε η πλέον αποτελεσματική μέθοδος για τον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Kim, 2012). Στο Κιργιστάν παρότι αποτελεί μια χώρα με χαμηλό μέσο εισόδημα η εφαρμογή του DRG είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων (Ibraimova et al., 2011; Langenbrunner et al., 2009; Kutzin et al., 2009). Τέλος στο Άμπου Ντάμπι η εφαρμογή του DRG είχε θετικό αντίκτυπο δεδομένου ότι η χρήση του συστήματα αυξάνει τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Hamidi & Akinci, 2014).

Η εμπειρία λοιπόν που αποκομίστηκε τόσο από την ευρωπαϊκή όσο και από τη διεθνή εμπειρία, σχετικά με την εφαρμογή των συστημάτων DRGs, κάνει φανερό ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος στην Κύπρο θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης με επακόλουθο τον περιορισμό ή και τη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών, αύξηση της διαφάνειας των εξόδων νοσηλείας και εισαγωγή θεμελιωδών μηχανισμών κινήτρων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, όπως η συστηματική συγκριτική αξιολόγηση και η διαχείριση του ανταγωνισμού.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Συμπεράσματα

Η κλινική κωδικοποίηση είναι μια σχετικά σύγχρονη δραστηριότητα στον τομέα της υγείας στην Κύπρο με ποικίλους ρόλους να αναλαμβάνονται από διάφορες ομάδες τόσο επαγγελματιών υγείας όσο και ατόμων άλλων ειδικοτήτων (Γεωργαλλίδου, 2015). Η διαδικασία της κωδικοποίησης αφορά τη μετατροπή ασθενειών, προβλημάτων υγείας και ιατρικών πράξεων και διαδικασιών από έγγραφο κείμενο σε ένα αλφαριθμητικό κωδικό ο οποίος δύναται να αποθηκευτεί, να ανακτηθεί και να επεξεργαστεί εύκολα.

Η κωδικοποίηση απαιτείται τόσο για τα ίδια τα συστήματα υγείας σε κλινικό και πρακτικό επίπεδο αλλά και από άποψη πολιτικής ηγεσίας, διοίκησης των μονάδων υγείας αλλά και για την ύπαρξη ενός διεθνούς κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των ερευνητών και επιστημόνων του τομέα της υγείας. Ειδικότερα:

Στα συστήματα υγείας δίνεται η δυνατότητα συστηματικής, τυποποιημένης και αξιοποιήσιμης καταγραφής πληροφοριών και δεδομένων που επιτρέπουν την ορθολογιστική ανάπτυξη και τήρηση ιατρικού ιστορικού, την υποστήριξη της διάγνωσης και την γενικότερη αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης

Στον ερευνητή ή στο στατιστικολόγο δίνει τη δυνατότητα να αναλύσει και να συγκρίνει δεδομένα που αφορούν τη Δημόσια Υγεία ενός Κράτους.

Στη διοίκηση των μονάδων υγείας δίνεται η δυνατότητα να βελτιώσουν το κόστος ανά ιατρική πράξη, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται σωστός προγραμματισμός των προμηθειών και εξασφαλίζονται οι αναγκαίοι πόροι για την επίτευξη των απαιτούμενων στρατηγικών στόχων.

Σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας επιτρέπεται η ορθή τεκμηρίωση και λήψη αποφάσεων, που δύναται να επηρεάσουν την Εθνική Πολιτική Υγείας δημιουργώντας τις απαραίτητες συνθήκες για την εναρμόνιση της χώρας με τα ευρωπαϊκά πρότυπα και οδηγίες

Σε κλινικό επίπεδο με τη χρήση δομημένων κωδικοποιήσεων επιτυγχάνεται η ενίσχυση της ποιότητας διαγνώσεων, η μείωση του χρόνου αναμονής του πολίτη κατά η παροχή υπηρεσιών

υγειονομικής περίθαλψης, η εργασιακή ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού εξαιτίας της συστηματοποιημένης εργασίας, η ενίσχυση της ιατρικής και νοσηλευτικής έρευνας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο και η δραστική μείωση ιατρικών σφαλμάτων.

Στην πράξη διευκολύνεται η αναζήτηση πληροφοριών και η διάδοση της ιατρικής γνώσης, ενώ είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη ενός επιτυχημένου πλαισίου διαλειτουργικότητας μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων.

Σε διεθνές επίπεδο αποτελεί ένα κοινό κώδικα επικοινωνίας που επιτρέπει την διακίνηση και ροή πληροφοριών με αποτέλεσμα την σύγκριση τους μεταξύ των χωρών που χρησιμοποιούν συστήματα κωδικοποίησης.

Βιβλιογραφία

Apostoloska Z., Gulija M., Annual national report 2012: pensions, health care and long-term care Former Yugoslav Republic of Macedonia Skopje: European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion, 2012

Averill R., Goldfield N., Hughes J., Bonazelli J., McCullough E., Steinbeck B., Mullin R., Tang A., et al., 2003 All Patient Refined Diagnosis Related Groups (ARG-DRGs). Version 20.0 Methodology Overview. 3M Health Information Systems <https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/ARG-DRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>

Averill RF& Kalison M 1993, Competition and prospective payment a new way to control health costs. *J Am Health Policy*. Mar-Apr: 3(2):22-8

Averill RF 1997. Put competition into PPS. How Medicare can save money by allowing hospitals to offer DRGs discounts. *Mod Health*. Dec 1:27(48):54

Averill RF, Kalison MJ, Ventrees JC, Goldfield NI 1996 Achieving short-term Medicare savings through the expansion of the prospective payment system. *Health Care Manage Rev. Fall*: 21(4):18-25

Baller S. & Von Schroeders N. 2010. DRG Implementation in Cyprus – Transfer of Know-how for Coding Grouping and Remuneration.

Bekkers V.J.J.M., Edwards A., Fenger M. & Dijkstra G. (2007). “Governance and the Democratic Deficit: Assessing the Legitimacy of Governance Practices”. Aldershot: Ashgate.

Bell, R. A., Kravitz R.L., Siefkin A.D. & Foulke G.E. (1997). “Physicians attitudes toward managed care: assessment and potential effects on practice behaviors”. *American Journal Managed Care*, 3(9), 1297-1304.

Bogut M., Voncina L., Yeh E. 2012. Impact of hospital provider payment reforms in Croatia. Washington: The World Bank. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2012/03/12/000158349_20120312125655/Rendered/PDF/WPS5992.pdf

Busse R., Schreyogg J., Smith P.C. (2006). Editorial: Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Manage Sci* (2006) 9:211-213.

Busse R., Schreyogg J., Smith P.C. (2008). Variability in health care treatment costs among nine EU countries – results from the HealthBASKET project. *Health Economics*, 17(Suppl. 1):1-8.

CISS, 2005. The Diagnosis Related Groups (DRGs) to Adjust Payment-Mechanisms. Inter-American Conference on Social Security. CISS /WP/05122 <http://www.ciss.org.mx/pdf/en/studies/CISS-WP-05122.pdf>

Cylus J. and Irwin R. 2010. The challenges of hospital payment systems. Euro Observer. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. Volume 12, Number 3.

Czach K., Klonowska K., Swiderek K., Wiktorza K. 2011. Poland: The Jednorodne Grupy Pacjentow – Polish experiences with DGRs. In: Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., editors. Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press: pp. 359-380.

Drummond M., Sculpher M., Torrance G., O'Brien B., Stoddart G. (2005). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press.

Ewalt J.A.G. & Jennings E.T. (2004). “Administration, Governance and Policy tools in Welfare Policy Implementation”. *Public Administration. Review* 64(4), 449-62

Federman A.D. & Keyhani S. (2011). “Physicians’ participation in the Physicians’ Quality Reporting Initiative and their perceptions of its impact on quality of care”. *Health Policy*. 102(2-3). 229-234.

Fetter R.B., (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe, Administration Press.

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

Finkler S., Ward D., Baker J. (2007). Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations. New York: Aspen publishers.

Gaal P., Stefka N., Nagy J. 2006. Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary. *Health Care Manage Sci* 2006:9:243-50.

Geisler A. (2011). “DRGs and cost accounting across Europe - Which is diving which?”. Presentation, available at <https://www.mig.tu-berlin.de/>, ημερομηνία πρόσβασης 1/12/14

Hamidi S., Akinci F. 2014. Examining the health care payment reforms in Abu Dhabi. *Int J Health Plann Manage*. 2014 Nov 27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25430944>.

HIO. 2011. Developments regarding the Implementation of the DRG system in Cyprus. Health Insurance Organization of Cyprus.

HOPE, 2006. European Hospital and Healthcare Federation HOPE report on DRGs as a financing tool.

Ibraimova A., Manzhieva E., Rechel B. 2011. Health Systems in transition – Kyrgyzstan: Health system review 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Iltchev P., Sieroka A., Marczak M. 2012. The use of DRG in hospital management. *Stud Logic Gramm Rhet*, 42:129-42.

Jankauskiene D., Medaiskis T. Annual national report 2010: pensions, health care and long-term care Lithuania Vilnius: European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion, 2012.

Kacevicius G. 2011. DRGs in Lithuania: why DRG and how to choose from available options. Sofia: National Hospital Insurance Fund, 2011

Kautiainen K., Hakkinen U. & Lauharanta J. (2011). ‘‘Finland: DGRs ina decentralized health care system’’, Busse et al (eds), Diagnosis Related Groups in Europe ‘‘Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals’’. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (18), 335-6.

Kim Y.K. 2012. Forecasting the future reimbursement system of Korean National Health Insurance: a contemplation focusing on global budget and Neo-KDRG-based payment systems. *J Korean Med Sci*. 2012 May 27 Suppl:S25-32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22661867>

Kobel C., Thuilliez J., Bellanger M. & Pfeiffer K-P. 2011. DRG systems and similar patient classification systems in Europe, In Busse et al (eds), Diagnosis Related Groups in Europe ‘‘Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals’’. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (4), 37-58.

Kuszewski K., Gericke C., Busse R. 2005. Health care systems in transition – Poland. Copenhagen: WHO Regional Office in Europe.

Kutzin J., Ibraimova A., Jakab M., O’Dougherty S. 2009. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* 2009, 87:549-54.

Langerbrunner J.C., Cashin C., O’Dougherty S. 2009. Designing and implementing provider payment systems: how to manuals. Washington: the World Bank, 2010.

Lazarevik V., Kasapinov B. Gudeva-Nikovska D. 2010. Health system reforms in the Republic of Macedonia (1991-2010). In: NISPAcee [Internet]. 18th NISPAcee Annual Conference, Warsaw, Poland, 12-14 May 2010. Bratislava: NISPAcee: 2010.

Liang Li-Lin 2014. Do diagnosis-related group-based payments incentivize hospitals to adjust output mix? *Health economics. Health Econ.* Published online in Wiley Online Library.

Linna M. & Virtanen . (2011). “NordDRG: the benefits of coordination”, in Busse et al (eds), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (16), 293.

Lipscomb J., Yarbrough K.R., Brown M.L., Lawrence W., Bamett P.G. (2009). Health care costing: data, methods, current applications. *Med Care* 47:S1-6.

Lukanovska T., Dimkovski V. 2011. Annual report for 2010. Skopje: Health Insurance Fund Macedonia, 2011.

Mason A., Ward P. & Street A. (2011). “England: The Health care Resource Group system”, in Busse et al (eds), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (12), 215-17.

Mateus C. (2011). “Portugal: Results of 25 years of experience with DRGs”, in Busse et al (eds), *Diagnosis Related Groups in Europe “Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (21), 398-9.

Mathauer I. & Wittenbecher F. 2013. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*, 91:746-756A.

Negrini D., Kettle A., Sheppard L., Mills G.H., Edbrooke D.L. (2004). The cost of a hospital ward in Europe: Is there a methodology available to accurately measure the costs? *Journal of Health Organization and Management* 18:195.

O'Reilly J., McCarty B. & Wiley M. (2011). “Ireland: A review of casemix applications within the acute public 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 (15), 288-9.

OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.

OECD and WHO (2011). *OECD reviews of Health Systems Switzerland 2011*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>.

Or Z. 2014. Implementation of DRG Payment in France: issues and recent developments. *Health Policy*. 2014 Aug;117(2):146-50.

Or Z., Bellanger M (2011). ‘France: Implementing homogenous patient groups in mixed market’, in Busse et al (eds), *Diagnosis Related Groups in Europe ‘Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals’*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, chapter (13), 240.

Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodi M, Poulos N. 2013. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy*, 109:14–22

Pongpirul K., Walker D.G., Rahman H., Robinson C. 2011b. DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Serv Res*:11:290.

Pongpirul K., Walker D.G., Winch P.J., Robinson C. 2011a. A qualitative study of DRG coding practice in hospitals under the Thai universal coverage scheme. *BMC Health Serv Res*:11:71.

Potter M.E. (2010). What is value in health care? *N Engl J Med* 363:2477-2481.

Sabatier P. (1986). ‘What can we learn from implementation research?’. In *Guidance, Control and Evaluation in the Public Sector*, F.X. Kaufmann G. , Majone and V. Ostrom, Eds Berlin: De Gruyter, 313:325.

Scheller-Kreinsen D., Geissler R. & Busse R. (2009). The ABC of DRGs: Euro Observer. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Volume 11, Number 4.

Schmid A. & Gotze R. (2009). Cross-national learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev* 2009, 62:21-40.

Shleifer A. (1985). A Theory of Yardstick Competition. *RAND Journal of Economics*, 16:319.

Shleifer A. (1985). A Theory of Yardstick Competition. *RAND Journal of Economics*, 16(3):319-27. http://scholar.harvard.edu/files/shleifer/files/theory_yardstick_comp.pdf

Strizrep T. & Voncina L. (2009). The introduction of DRGs in Croatia. *Hospital*, 3:36.

Tan S., Serde'n L., Geissler A., van Ineveld M., Redekop K., et al. (2011). DRGs and cost accounting: which is driving which? In: Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., editors. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. New York: Open University Press. 59-74.

Tan S., van Ineveld M., Redekop K., van Roijen L.H. 2010. Structural reforms and hospital payment in the Netherlands.

Tan ., Rutten F.F., van Ineveld M., Redekop W.K., Hakkaart-van Roijen L. (2009). Comparing Methodologies for the cost estimation of hospital services. *Eur J Health Econ* 10:39-45.

Tan S., Geissler A., Serden L., Heurgen M., van Ineveld M., Redekop W.K., Hakkaart-van Roijen L., (2014). EuroDRG group. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. *Eur J Public Health*. 2014 Dec, 24(6):1023-8.

Thibadoux G.M., Scheidt M. & Luckey E. (2007). “Accounting and Medicine: An Exploratory Investigation into Physician’ Attitudes Toward the use of Standard Cost – Accounting Methods in Medicine”. *Journal of Business Ethics*, 75(2), 137-149.

Tummers L.G. & Van de Walle S. (2012). Explaining Health care professionals’ resistance to implement Diagnosis Related Groups: (no) benefits for society, patients and professionals. *Health Policy*, 108, 158-166
[http://www.researchgate.net/profile/Lars_Tummers/publication/230894291_Explaining_health_care_professionals'_resistance_to_implement_Diagnosis_Related_Groups_\(No\)_benefits_for_society_patients_and_professionals/links/0c9605156a431ba67c000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Lars_Tummers/publication/230894291_Explaining_health_care_professionals'_resistance_to_implement_Diagnosis_Related_Groups_(No)_benefits_for_society_patients_and_professionals/links/0c9605156a431ba67c000000.pdf)

Tzavaras A., Spyropoulos B. Gruen R. (2006). “Diagnosis Related groups: Approval and suitability for the Greek National Health System”. Proceeding of ITAB, 26-28 October, Ioannina, Greece

Vogl M. (2013). Improving patient-level costing in the English and the German ‘DRG’ system. *Health Policy*, 109: 290-300.

Voncina L., Strizrep T., Bagat M., Pezelj-Duliba D., Pavic N., Polasek O. 2012. Croatian 2008-2010 health insurance reform: hard choices toward financial sustainability and efficiency. *Croat Med J*, 53:66-76.

Westert G. and Klazinga N. (2011). The Dutch Health Care System, 2011, Report prepared for the Commonwealth Fund, New York.

Wiley M. 2011. From the origins 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), 3-7.

Γείτονα Μ. (2009). Οικονομικά της Υγείας και Πολιτικές Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα 2009.

Γεωργαλλίδου Α. (2015). Η κλινική Κωδικοποίηση και η εφαρμογή των DRGs ως μέθοδος τιμολόγησης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, Νοσηλευτική Ημερίδα Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, Μάρτιος 2015, Λάρνακα, Κύπρος.

Μανιαδάκης Ν., Μπαρτσώκας Δ., Γούναρης Δ., Καρράς Κ., Βοθδούρη Μ., Κουφάκης Α., Λανάρας Α., Καρανίκας Χ., Πετρίκος Γ., Φούσσας Σ. & Δερβένης Χ. (2011). Πόρισμα-πρόταση επιτροπής ΥΥΚΑ για την διευρένηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Νικολακοπούλου Κ & Χυδίρογλου Α. (2014). Μορφές χρηματοδότησης και αποζημίωσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ελληνική πραγματικότητα. Ανάκτηση Ιανουάριο 2015, http://kallinikosnikolakopoulos.blogspot.com/2014/12/blog-post_10.html

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν. & Υφαντόπουλος Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2):172-185.

ΟΑΥ (2012). Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας Πρόταση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Λευκωσία Ιούνιος.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-eisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias>

Χαραλάμπους Α. & Σωκράτους Σ. (2009). Περιγραφή και Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(2):136-142