



ΕΘΝΙΚΟ  
ΚΕΝΤΡΟ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ &  
ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
**ΚΑ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θέμα:**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΟΜΟΙΟΓΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ  
ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ (KEN-DRGs), ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥΣ**

**Επιβλέπουσα:**

**Μπαλασοπούλου Αναστασία**

**Σπουδάστρια:**

**Φουστέρη Άννα**

**ΑΘΗΝΑ 2011**

## Περίληψη

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) αναπτύχθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ως μέθοδος χρηματοδότησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Για πρώτη φορά εισάγονται στην Ευρώπη το 1986 όταν η Γαλλία υιοθέτησε τη μέθοδο, ως συμπληρωματικό εργαλείο του σφαιρικού προϋπολογισμού. Τα DRGs αποτελούν ένα σύστημα βάσει του οποίου οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο ομαδοποιούνται και κατατάσσονται σε ομοιογενείς κατηγορίες αρχικά με κριτήριο τη διάγνωση και στη συνέχεια με κάποια επιπλέον κριτήρια που αναλύονται στην παρούσα εργασία. Τη τελευταία δεκαετία η μέθοδος αυτή έχει κυριαρχήσει ως η πιο διαδεδομένη μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων διεθνώς.

Πρόσφατα τα DRGs εισήχθησαν νομοθετικά και στην Ελλάδα. Σκοπός της μελέτης είναι να εξεταστούν οι προϋποθέσεις, τα στάδια υλοποίησής τους, η απαραίτητη περίοδος προσαρμογής καθώς και οι όροι εφαρμογής τους. Η μεθοδολογία της μελέτης βασίζεται στην βιβλιογραφική έρευνα διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, στην ανάλυση διαδικτυακών πηγών καθώς και στην αναλυτική ανασκόπηση αυτών. Επίσης για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη διαδικασία που ακολουθήθηκε στην Ελλάδα για την εισαγωγή των DRGs και δεδομένου της έλλειψης βιβλιογραφίας, ακολουθήθηκε η μέθοδος των συνεντεύξεων με δημοσιοϋπαλληλικά στελέχη που συμμετείχαν σε αυτήν, με παράλληλη μελέτη των νομοθετικών ρυμίσεων που οδήγησαν στην εισαγωγή.

Όσον αφορά στη δομή της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία αναφορά στο πως λειτουργεί σήμερα το σύστημα χρηματοδότησης για τα ελληνικά νοσοκομεία, με μία αδρή αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που την περιβάλλει αλλά και σε κάποιες σοβαρές παθογένειες του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, επικεντρώνοντας στο νοσοκομειακό τομέα και στη συνέχεια αναλύεται το πλαίσιο λειτουργίας της, από την πλευρά του φάσματος των ενεργειών και των κατευθυντηρίων γραμμών που διαμορφώνουν οι βασικοί δρώντες – μέτοχοι (stakeholders) ενός συστήματος υγείας, με αναφορά στις πρόσφατες εξελίξεις αυτού του πεδίου. Επίσης στο τελευταίο μέρος αυτού του κεφαλαίου γίνεται

μία αναλυτική καταγραφή του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, των λόγων τους οποίους εξυπηρετεί η λειτουργία τους, των πλεονεκτημάτων και τα μειονεκτημάτων τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζεται η εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στις χώρες Γερμανία, Ιταλία, Γαλλία. Οι χώρες αυτές επιλέχθηκαν εξαιτίας της καλής λειτουργίας των συστημάτων υγείας τους συγκριτικά με άλλες χώρες, και επιπλέον επειδή διαθέτουν πλούσια πλέον εμπειρία από την εφαρμογή των DRGs στο νοσοκομειακό τους τομέα. Επιχειρείται επομένως μέσα από τη μελέτη των παραδειγμάτων αυτών των χωρών να βγουν ασφαλή συμπεράσματα για το ενδεδειγμένο πλαίσιο λειτουργίας των DRGs στην Ελλάδα. Επιπλέον υπήρξε η σκέψη ότι έπρεπε να αναλυθούν χώρες που αποτελούν αντιπροσωπευτικά δείγματα και των δύο κυρίαρχων συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας στην Ευρώπη, του συστήματος Bismarck (Γερμανία, Γαλλία) και του συστήματος Beveridge (Ιταλία). Η Ελλάδα παρότι έχει επιλέξει το σύστημα Beveridge για την χρηματοδότηση του νοσοκομειακού της τομέα (Εθνικό Σύστημα Υγείας), έχει αναπτύξει και διατηρεί πολλά χαρακτηριστικά από το σύστημα Bismarck (ύπαρξη ασφαλιστικών ταμείων και συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων).

Για τις υπό μελέτη χώρες, αναλύεται το πλαίσιο εφαρμογής των DRGs, οι λόγοι και η διαδικασία εισαγωγής τους. Επίσης γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο περιβάλλον λειτουργίας τους. Αυτό αφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που περιβάλλει τη χρηματοδοτική λειτουργία των νοσοκομείων γενικά αλλά και ειδικότερα στη χρήση των DRGs, στη διαδικασία δημιουργίας, προαγωγής και ελέγχου τους καθώς και στα εργαλεία που λειτουργούν παράλληλα με αυτά και ενισχύουν τη λειτουργία τους. Τέλος γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή τους και παρουσίασης των πρόσφατων εξελίξεων και εξάγονται συμπερασματικές διαπιστώσεις.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά στα στάδια εισαγωγής των Ελληνικών Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (KEN-DRGs) και το ρυθμιστικό πλαίσιο υιοθετήσής τους. Παρουσιάζεται στη συνέχεια το παράδειγμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ», το οποίο αποτελεί ένα από τα πιλοτικά νοσοκομεία εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (KEN). Στο κεφάλαιο πέντε γίνεται η συγκριτική ανάλυση μεταξύ του παραδείγματος των τριών ευρωπαϊκών

χωρών που παρουσιάστηκαν και της Ελλάδας, και στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν ολιστικά από τη παρούσα μελέτη.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι η έρευνα αυτή πραγματοποιείται σε μία πολύ πρώιμη φάση όσον αφορά στην εισαγωγή των DRGs στην Ελλάδα και ενώ βρίσκεται σε εξέλιξη η πιλοτική εφαρμογή τους. Γίνεται παραταύτα προσπάθεια για όσον το δυνατόν, πληρέστερη παρακολούθηση, τόσο των νομοθετικών ρυθμίσεων όσο και της εξέλιξης των διαδικασιών πρακτικής εφαρμογής τους .

### **Λέξεις – κλειδιά:**

Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες – DRGs

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN)

Σύνθεση Ασθενών (Case mix)

Δείκτης Σύνθεσης Ασθενών (Case Mix Index)

Συντελεστής κόστους DRG (Cost weight)

Κοστολόγηση

Τιμολόγηση

Κλινικές Διαδρομές

## **Abstract**

The Diagnosis Related Groups (DRGs) developed in the United States of America in the early '80s as a method of funding hospital activity. France was the first European country that adopted DRGs, as a complementary tool of the global budget. DRGs is a system whereby patients that are admitted in a hospital are grouped and classified into homogenous groups according to their initial diagnosis and to some more criteria analyzed in this paper. The last decade this method has dominated as the most widespread method of compensation for hospitals worldwide.

The system of DRGs introduced in Greece recently by law. The purpose of this study is to examine the conditions, stages of implementation, the necessary period of adjustment and their application conditions. The methodology of the study is based on literature review of international and Greek literature, analysis of web sources and the detailed review of these. Also to draw conclusions about the procedure followed in Greece for the introduction of DRGs and given the lack of literature, the methodology of interviews with civil service executives who participated in it and the study of legislation which led to the introduction, is used.

Regarding the structure of work, the first chapter refers to the funding of the Greek hospitals and how it works, to its legislative framework and to some serious problems of it.

The second chapter deals with the theoretical framework of the financing of health systems, focusing on the hospital sector and then analyzing the operating framework, by the spectrum of actions and guidelines set up by the main actors – stakeholders of a health care system with reference to recent developments in this field. Also in the last section of this chapter there is a detailed record of how the system of the Diagnosis Related Groups works, the reasons which serve its function, its advantages and disadvantages.

The third chapter examines the application of Diagnosis Related Groups in Europe and specifically in Germany, Italy, France. These countries were selected because of the good functioning of their health systems compared with other countries, and because of their big experience in the implementation of DRGs in the hospital sector. Therefore this study attempts through the examples of these countries to come out

safe conclusions on the appropriate operating framework for the DRGs in Greece. Moreover, the thought was that had to be countries that are representative samples of the two dominant systems of the health financing in Europe, the Bismarck system (Germany, France) and the Beveridge system (Italy). Greece, despite having chosen the Beveridge system for the funding of the hospital sector (NHS), it has also developed and retains many features from the Bismarck system (existence of security funds and participation in the hospital financing).

For the countries under study, there is an analysis of the context of the implementation of DRGs, the reasons and the process of introduction. It also specifically refers to the operational environment. This concerns the legal framework of the financial operation of hospitals in general and specifically the use of DRGs, the process of creating, promoting and monitoring DRGs, as well as tools that work alongside them and enhance their function. Finally an attempt is made to assess the results from their application and to export conclusions. There is also a presentation of the recent developments in the field of DRGs.

The fourth chapter deals with the stages of importing Greek Diagnosis Related Groups (KEN-DRGs) and the regulatory framework for their adoption. Moreover there is a presentation of the example of University General Hospital "ATTICON", which is one of the pilot hospitals implementing the Closed Unified hospital Fees (KEN). In chapter five there is a comparative analysis between the example of the three European countries presented and Greece, and the sixth chapter presents the conclusions holistic arising from this study.

It should be noted that this study was carried out at a very early stage regarding the introduction of DRGs in Greece and in the middle of the pilot implementation. Nevertheless there is an effort for an as much as possible comprehensive monitoring for both regulatory and application processes.

**Key Words:**

Diagnosis Related Groups – DRGs

Greek Diagnosis Related Groups (KEN)

Case mix

Case Mix Index

DRG Cost weight

Cost accounting

Pricing

Clinical Pathways

## **Ευχαριστίες**

*Ευχαριστώ θερμά τον κ. Κουφάκη Α. Μέλος της Επιτροπή για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs, Προϊστάμενο Ε.Υ Εφαρμογής τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης και τον κ. Σκαρπέλο Ν. Υποδιευθυντή της Υποδιεύθυνσης Διοικητικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ», οι οποίοι με προθυμία απάντησαν στις ερωτήσεις που τους έθεσα και μου έδωσαν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την έρευνα της παρούσας εργασίας.*

*Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μπαλασοπούλου Α. για το χρόνο που μου διέθεσε, την βοήθεια στην επιλογή του θέματος της εργασίας αλλά και την πολυτιμή καθοδήγηση που μου έδωσε για την εκπόνησή της.*



# Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....σελ.	11
Κεφάλαιο 2. Ανάπτυξη αναλυτικού και θεωρητικού πλαισίου.....σελ.	13
2.1 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.....σελ.	13
2.1.1 Εξωτερική χρηματοδότηση.....σελ.	13
2.1.2 Εσωτερική χρηματοδότηση.....σελ.	15
2.1.2.1 Μέθοδοι αποζημιώσεων.....σελ.	15
2.1.2.2 Παραγόμενο έργο.....σελ.	17
2.2 Διεύθυνση και συντονισμός του συστήματος υγείας.....σελ.	21
2.3 Θεωρητική ανάλυση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs)...σελ.	23
2.3.1 Μεθοδολογία Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.....σελ.	23
2.3.2 Κλινικά μονοπάτια.....σελ.	25
2.3.3 Κοστολόγηση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών – Διαδικασία εισαγωγής στις νοσοκομειακές μονάδες.....σελ.	27
Κεφάλαιο 3. Εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών στην Ευρώπη.....σελ.	35
3.1 Εισαγωγή των DRGs στην Γερμανία – Περιβάλλον εφαρμογής τους.....σελ.	36
3.1.1 Το σύστημα υγείας της Γερμανίας .....σελ	36
3.1.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (G-DRG SYSTEM).....σελ.	38
3.1.3 Φάσεις εισαγωγής.....σελ.	40
3.1.4 Πρόσφατες εξελίξεις και συμπεράσματα.....σελ.	44
3.2 Εισαγωγή των DRGs στην Ιταλία – Περιβάλλον εφαρμογής τους.....σελ.	46
3.2.1 Το σύστημα υγείας της Ιταλίας.....σελ.	46

3.2.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.....σελ.	50
3.2.3 Αντίκτυπος της εφαρμογής των DRGs – Συμπεράσματα.....σελ.	53
3.3 Εισαγωγή των DRGs στην Γαλλία – Περιβάλλον εφαρμογής τους.....σελ.	54
3.3.1 Το σύστημα υγείας της Γαλλίας.....σελ.	54
3.3.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.....σελ.	56
3.3.3 Πρόσφατες εξελίξεις – Συμπεράσματα.....σελ.	58
Κεφάλαιο 4. Εισαγωγή των DRGs στην Ελλάδα.....σελ.	60
4.1 Στάδια εισαγωγής – Ρυθμιστικό πλαίσιο.....σελ.	60
4.2 Διαδικασία Εφαρμογής – Το παράδειγμα του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».....σελ.	62
Κεφάλαιο 5. Συγκριτική Παρουσίαση – Αξιολόγηση ευρημάτων.....σελ.	65
Κεφάλαιο 6. Συμπερασματικές Διαπιστώσεις.....σελ.	68
Επίλογος.....σελ.	70
Κατόλογος Πινάκων και Σχημάτων.....σελ.	71
Βιβλιογραφία.....σελ.	72
Παράρτημα (Κοινή Υπουργική Απόφαση: «Εφαρμογή Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ)», Απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας: «Σύσταση Επιτροπής για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs», Απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας «Συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ».....σελ.	75

## Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Η λειτουργία της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα βασίζεται στον νόμο 1397/1983 του ΕΣΥ( Εθνικό Σύστημα Υγείας). Με τον νόμο 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» και την ίδρυση των ΠΕΣΥΠ αποφασίζεται το αποκεντρωμένο διοικητικά σύστημα υγείας. Αργότερα τα ΠΕΣΥΠ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) μετονομάζονται σε ΔΥΠΕ. Με τον νόμο 3329/2005, τα νοσοκομεία ως ΝΠΔΔ λειτουργούν υπό την εποπτεία του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Σήμερα η σύνταξη του προϋπολογισμού των νοσοκομείων πραγματοποιείται από τα ίδια και εγκρίνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ, ως τμήμα του ενιαίου προϋπολογισμού της.

Για να καλύψουν το σύνολο των απαραίτητων παρεχόμενων υπηρεσιών, τα νοσοκομεία έχουν την δυνατότητα να συμπράττουν με ιδιωτικές εταιρίες για υπηρεσίες όπως καθαρισμός, τροφοδοσία, ασφάλεια, λογιστικές εφαρμογές, πληροφοριακά συστήματα κ.α. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (έξοδα επενδύσεων, μισθοδοσία) και από τα Ασφαλιστικά Ταμεία (αποζημίωση υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους τους). Η μέθοδος χρηματοδότησης που ακολουθείται είναι η αναδρομική (εκ των υστέρων αποζημίωση).

Τα νοσοκομεία μέσω των Γραφείων Κίνησης, από τα οποία λαμβάνει το εξιτήριο του ο ασθενής, κοστολογούν τις υπηρεσίες που παρείχαν για τις νοσηλεύμενες περιπτώσεις και ζητούν αποζημίωση για τις υπηρεσίες αυτές, είτε από τους ασφαλιστικούς φορείς είτε απευθείας από τον ασθενή, εάν αυτός δεν είναι ασφαλισμένος. Η τιμή αποζημίωσης καθορίζεται με βάση το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο ( **Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 (ΦΕΚ 99 Β')** – **«Ορισμός νοσηλίου Νοσοκομείων**), το οποίο, κατα γενική ομολογία, είναι χαμηλότερο από το πραγματικό κόστος. Επίσης στην τιμή συνυπολογίζονται κάποιες εξετάσεις (όταν παρέχονται στον ασθενή) που δεν περιλαμβάνονται στο ημερήσιο νοσήλιο και οι τιμές τους ορίζονται με Προεδρικά Διατάγματα. Το ημερήσιο νοσήλιο καθορίζεται με κυβερνητική απόφαση, είναι διαφορετικό για τα παθολογικά, τα χειρουργικά και τα ψυχιατρικά περιστατικά, ισχύει το ίδιο σε όλα τα νοσοκομεία και η μόνη διαφοροποίηση που υπάρχει στο νοσήλιο είναι ανάλογα με τη θέση νοσηλείας.

Ο ανορθολογικός υπολογισμός του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, η υποκοστολόγηση τους με τις τιμές να διατηρούνται επί χρόνια στο ίδιο επίπεδο, χωρίς

να αναθεωρούνται λαμβανομένων υπόψη των εξελίξεων, σε συνδιασμό με την κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων και την υπερβάλλουσα αύξηση των τιμών των υγειονομικών υλικών οδήγησε στη διόγκωση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων και στην αναγκαστική κατά περιόδους κάλυψη μεγάλου μέρους αυτών από κρατική επιχορήγηση (ρυθμίσεις χρεών).

Στην προσπάθεια εκλογίκευσης των δαπανών του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος υγείας και αντιμετώπισης των υπέρογκων ελλειμμάτων, υπεγράφη η Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργείων Υγείας, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Οικονομικών για εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), των ελληνικών Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs). Η σκοπιμότητα που εξυπηρετείται με τη νέα θεσμική ρύθμιση είναι η εδραίωση ενός συστήματος κοστολόγησης και χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών βάσει πραγματικών στοιχείων. Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται να διερευνηθούν οι όροι και οι προϋποθέσεις εισαγωγής των ελληνικών DRGs, μέσα από την ανάλυση της λειτουργίας τους εν γένει και σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες που ήδη τα εφαρμόζουν.

Η διερεύνηση θα γίνει μέσα από την ανάπτυξη του θεωρητικού πλαισίου των διαστάσεων και των παραγόντων που συνιστούν το περιβάλλον χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, επικεντρώνοντας στο νοσοκομειακό τομέα. Θα παρουσιαστούν τα συστήματα υγείας τριών ευρωπαϊκών χωρών, της Γερμανίας, της Ιταλίας και της Γαλλίας. Θα καταγραφεί η διαδικασία εισαγωγής και εφαρμογής της μεθόδου των DRGs στις χώρες αυτές και θα αναλυθεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύχθηκαν. Στη συνέχεια θα αναπτυχθούν τα βήματα εισαγωγής των DRGs στη χώρα μας και θα γίνει συγκριτική ανάλυση με τα παραδείγματα των υπό εξέταση χωρών.

## **Κεφάλαιο 2. Ανάπτυξη αναλυτικού και θεωρητικού πλαισίου**

### **2.1 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας**

Το σύστημα υγείας μίας χώρας αποτελεί ένα σύνολο λειτουργικά διαφοροποιημένων στοιχείων (υπηρεσίες, ασθενείς-πολίτες, φορείς ασφάλισης, πάροχοι υγείας...) τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις δυναμικής αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Ένα σύστημα υγείας επομένως χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και άρα θα πρέπει να δρά σύμφωνα με κάποιους κανόνες, που να καθορίζονται σαφώς και αναλυτικά από το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας. Το περιβάλλον, λοιπόν, μέσα στο οποίο διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ των διαφοροποιημένων στοιχείων καθώς και η σκοπιμότητα δράσης τους (σκοπός, στόχος) είναι σημαίνουσας σημασίας για την καλή λειτουργία ενός συστήματος υγείας με απώτερους στόχους την ισότητα πρόσβασης, την αποδοτικότητα (σχέσεις εισροών και εκροών) και την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Στον πυρήνα του οργανωτικο-διοικητικού πλαισίου ενός συστήματος υγείας βρίσκονται αφενός το σύστημα διεύθυνσης και συντονισμού και αφετέρου το σύστημα χρηματοδότησης του. Η χρηματοδοτική διαδικασία διακρίνεται σε δύο επιμέρους διαστάσεις. Στην εξωτερική χρηματοδότηση που αφορά στις πηγές χρηματοδότησης και στη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος των φορέων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και στην εσωτερική χρηματοδότηση, η οποία αναφέρεται στο σύνολο των κριτηρίων και στο φάσμα των τεχνικών και των μεθόδων αμοιβών και αποζημίωσης των μονάδων υγείας (Μπουρσανίδης 2010).

#### **2.1.1 Εξωτερική χρηματοδότηση**

Οι πηγές χρηματοδότησης μπορούν να λάβουν διάφορες μορφές. Μία μορφή είναι η καταβολή φόρων στο δημόσιο και επομένως φορέας χρηματοδότησης του συστήματος στην περίπτωση αυτή είναι άμεσα το κράτος. Μία άλλη μορφή είναι οι εισφορές, υπολογιζόμενες ως ποσοστό επί του εισοδήματος των εργαζομένων. Οι εισφορές μπορούν να προέρχονται είτε μόνο από τους εργαζόμενους, είτε από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες (διμερής χρηματοδότηση), είτε από εργαζόμενους, εργοδότες και το κράτος (τριμερής χρηματοδότηση). Στην περίπτωση των εισφορών

φορέας χρηματοδότησης είναι τα κοινωνικά ταμεία ασφάλισης. Οι δύο παραπάνω μορφές αφορούν στο πως είναι διαμορφωμένο το κοινωνικό κράτος πρόνοιας και στους κοινωνικούς θεσμούς μέσα από τους οποίους κάθε χώρα εξασφαλίζει στους πολίτες της ίση πρόσβαση στο σύστημα υγείας (αρχή της ισότητας και της ανταποδοτικότητας).

Παράλληλα υπάρχουν και οι ιδιωτικές μορφές χρηματοδότησης όπως είναι η καταβολή ασφαλιστρού σε ιδιωτικούς μηχανισμούς συλλογικής κάλυψης της υγείας (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες), που λειτουργούν με βάση την αρχή της ανταποδοτικότητας, καθώς επίσης και η μορφή της ίδιας πληρωμής του κόστους απευθείας στους παρόχους υγείας. Και οι τέσσερις παραπάνω μορφές προέρχονται από τον ίδιο πρωτογενή φορέα χρηματοδότησης, από ένα σύνολο ιδιωτικών νοικοκυριών, των πολιτών της χώρας.

Ανάλογα με τη μορφή κοινωνικής προστασίας, Δημόσιο (κράτος), Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (ταμεία), Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (ιδιωτικές εταιρίες), γίνεται και η διάκριση των συστημάτων χρηματοδότησης της παροχής υγείας στις διάφορες χώρες.

<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ</b>		
<b>ΜΟΝΤΕΛΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΧΩΡΕΣ</b>
<b>Μοντέλο Beveridge</b>	<b>Δημόσιο</b>	<b>Αγγλία, Δανία, Σουηδία, Φιλανδία, Νορβηγία, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα</b>
<b>Μοντέλο Bismarck</b>	<b>Κοινωνική Ασφάλιση</b>	<b>Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο</b>
<b>Μοντέλο Αγοράς</b>	<b>Ιδιωτική Ασφάλιση</b>	<b>Ηπα, Χιλή, Σιγκαπούρη</b>

**Πίνακας 1.** Συστήματα Χρηματοδότησης, Πηγή: Μπουρσανίδης 2010

## **2.1.2 Εσωτερική χρηματοδότηση**

Ένα σύστημα αμοιβών και αποζημιώσεων σχηματοποιείται βάσει τριών διαφορετικών διαστάσεων καθοριστικού χαρακτήρα. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στους στόχους στους οποίους προσβλέπει ένα σύστημα αμοιβών. Η δεύτερη αφορά στις μορφές και στις μεθόδους του συστήματος και η τρίτη στους μηχανισμούς και τις διαδικασίες ορισμού των αμοιβών και των αποζημιώσεων.

Οι στόχοι ενός συστήματος αμοιβών και αποζημιώσεων προσανατολίζονται στη επίτευξη ορισμένων σημαντικών παραμέτρων για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους πολίτες – ασθενείς, που αποτελούν βασικές συνιστώσες τριών βασικών λειτουργιών. Η **παραγωγή και διανομή** υπηρεσιών και αγαθών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες, είναι ένας από τους βασικούς προσανατολισμούς του συστήματος βάσει της **λειτουργίας συντονισμού και κινήτρων** για τον επηρεασμό των μονάδων προσφοράς των υπηρεσιών. Ένας άλλος βασικός προσανατολισμός είναι η βελτίωση της **αποτελεσματικότητας** και της **ποιότητας** των παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει της **καινοτομικής λειτουργίας** που αναφέρεται στην εφαρμογή νέων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας. Ο τρίτος βασικός προσανατολισμός ενός συστήματος αμοιβών αφορά στην διασφάλιση μιας **δίκαιης**, σύμφωνης με τις παρεχόμενες υπηρεσίες **κατανομής του εισοδήματος** χωρίς υψηλή επιβάρυνση των φορολογούμενων – ασφαλισμένων, βάσει της **λειτουργίας κατανομής των πόρων**.

### **2.1.2.1 Μέθοδοι αποζημιώσεων**

Οι μορφές και οι μέθοδοι των αποζημιώσεων συνδέονται άρρηκτα με την ανάγκη για χρηματοδοτική κάλυψη του κόστους που προκύπτει από την παραγωγή και διανομή των νοσοκομειακών υπηρεσιών και με τον τρόπο που γίνεται η κάλυψη.

Τα βασικά ερωτήματα που θέτονται για την χρηματοδοτική κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών είναι ποιος, πότε και πως προσδιορίζει το ύψος της αποζημίωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Σχετικά με το ύψος της αποζημίωσης υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες μεθόδων υπολογισμού. Η **αναδρομική επιστροφή κόστους** και η **μέθοδος των προοπτικών προϋπολογιστικών τιμών**.

**Στην μέθοδο της αναδρομικής επιστροφής** το ύψος της αμοιβής καθορίζεται βάσει του πραγματικού κόστους του φορέα. Το κόστος αυτό είναι δυνατόν να διαπιστωθεί στο τέλος κάθε περιόδου επομένως και η αμοιβή διαμορφώνεται τότε, άρα αναδρομικά. Στη μέθοδο αυτή επιβάλλεται κάθε νοσοκομείο να εκθέτει τα οικονομικά και κοστολογικά πεπραγμένα του έτσι ώστε να αποδεικνύεται το κόστος και πως προέκυψε αυτό.

**Στην προοπτική μέθοδο** το ύψος του κόστους κάθε νοσοκομείου διαμορφώνεται στην αρχή κάθε περιόδου υπολογισμού, στη βάση κάποιων δεδομένων και κριτηρίων και δεν συνδέεται στενά με τη πραγματική εξέλιξη του κόστους. Με τη μέθοδο αυτή το νοσοκομείο μπορεί να παρουσιάσει πλεόνασμα, υπάρχει όμως παράλληλα και ο κίνδυνος να εμφανίσει έλλειμμα. Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των οικονομικών πόρων έχει το μανατζμεντ του νοσοκομείου προκειμένου να μην εμφανιστούν αρνητικά οικονομικά αποτελέσματα για το φορέα. Παρόλο το αρνητικό ενδεχόμενο του ελλείμματος η μέθοδος αυτή έχει κατά γενική ομολογία και μέσα από τα παραδείγματα πολλων ευρωπαϊκών χωρών που την εφαρμόζουν, θετική επίδραση ως κίνητρο για την οικονομική συμπεριφορά ενός νοσοκομείου και για την ανάπτυξη διοικητικών ικανοτήτων και συμπεριφορών, κάτι που αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον προγραμματισμό και την επίτευξη των οικονομικών στόχων.

## **ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΕΙΣ**

Βασική παράμετρο της προοπτικής μεθόδου αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο καθορίζονται αυτές οι προοπτικές τιμές. Τα συστήματα που εφαρμόζουν το σύστημα της προοπτικής χρηματοδότησης ακολουθούν κυρίως το σύστημα των διαπραγματεύσεων. Στο σύστημα αυτό η διαμόρφωση του ύψους των τιμών αποτελεί αντικείμενο θεσμοθετημένων διαδικασιών διαπραγμάτευσης και συμφωνίας μεταξύ των ενδιαφερομένων και των εκπροσώπων τους. Οι ενδιαφερόμενοι, δηλαδή οι νοσοκομειακές μονάδες, συμμετέχουν στις διαδικασίες αυτές με μέλη της διοίκησης τους, η δε άλλη πλευρά των ενδιαφερομένων, οι ασθενείς – χρήστες, με τους εκπροσώπους των συμφερόντων τους, δηλαδή τα μέλη της διοίκησης των Ασφαλιστικών Οργανισμών τους. Το ύψος των τιμών, ως αποτέλεσμα των διαπραγματευτικών διαδικασιών είναι συνάρτηση παραγόντων όπως οικονομικών και άλλων στατιστικών δεδομένων, ως τεχνοκρατική διάσταση αλλά και συνάρτηση της θεσμικής διαμόρφωσης αυτών των διαδικασιών, της διαπραγματευτικής ικανότητας



των εκπροσώπων και της κατάστασης της νοσοκομειακής αγοράς (Μπουρσανίδης 2010).

### **2.1.2.2 Παραγόμενο έργο**

Μέλημα κάθε χρηματοδοτικού συστήματος είναι ο προσανατολισμός στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας εξετάζεται κυρίως στη βάση δύο εκφάνσεων της, του παραγόμενου έργου και της ποιότητας. Το χρηματοδοτικό σύστημα προκειμένου να διασφαλίσει τη λειτουργία της μίας εκ των δύο εκφάνσεων, δηλαδή της λειτουργίας του παραγόμενου έργου, θα πρέπει να έχει ως στόχο την ενίσχυση του νοσοκομειακού έργου, το οποίο συμβάλλει θετικά στην επίτευξη του στόχου για βελτίωση.

Το παραγόμενο έργο μπορεί να εκτιμηθεί στη βάση τριών διαστάσεων: στην **ποσοτική διάσταση**, στην **διαρθρωτική διάσταση** και στη **διάσταση τιμών**. Η ποσοτική διάσταση αφορά σε απόλυτους αριθμούς που αποδίδουν την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με την μονάδα (Q) που έχει επιλεγεί. Η διαρθρωτική διάσταση επιχειρεί να εξετάσει την ποσότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας στη βάση κάποιων κριτηρίων ομογενοποίησης των μεμονωμένων ιατρικών πράξεων ή στη βάση της ανάλυσης της συνθεσής αυτής της συνολικής ποσότητας, δηλαδή του case mix (Str). Η διάσταση τιμών αφορά στη διαμόρφωση της τιμής για κάθε μονάδα (P).

Συναρτήσει, λοιπόν, των παραπάνω τριών διαστάσεων, το συνολικό ποσό αποζημίωσης διαμορφώνεται ως εξής:

$$\Sigma \text{ αμοιβών} = f(Q \times \text{Str} \times P)$$

### **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΟΥ ΕΡΓΟΥ**

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αποζημίωσης του παραγόμενου έργου οι οποίες πολλές φορές ακολουθούνται συνδιαστικά στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας.

#### **Πληρωμή κατα πράξη**

Οι ασθενείς πληρώνουν το νοσοκομείο με ένα σύστημα λογιστικής καταγραφής όπου κοστολογείται ξεχωριστά κάθε προσφερόμενη ιατρικό-νοσηλευτική υπηρεσία (Μπουρσανίδης 2010). Αν και πολλές φορές οι τιμές ανά υπηρεσία είναι καθορισμένες, παρέχεται η ευχέρεια στο γιατρό να αυξήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες

παραγγέλνοντας περισσότερες ακτινοδιαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις με σκοπό να αυξήσει τα έσοδα του νοσοκομείου. Ο ασφαλιστικός φορέας βρίσκεται σε μειονεκτική θέση αφού είναι δύσκολο εκ των υστέρων να ελέγξει την αναγκαιότητα των υπηρεσιών που καταναλώθηκαν. Συνεπώς ο τρόπος αυτός θεωρείται από τον ασφαλιστικό φορέα πληθωριστικός και δαπανηρός (Θεοδώρου και συν 1995).

### **Ημερήσιο νοσήλιο**

Το ημερήσιο νοσήλιο είναι η ημερήσια αποζημίωση που καταβάλλεται στο νοσοκομείο για κάθε ημέρα νοσηλείας. Στην τιμή περιλαμβάνονται όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στον ασθενή καθώς και οι διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Τα έσοδα επομένως του νοσοκομείου προκύπτουν από την παρακάτω σχέση:

$$\text{Έσοδα} = \text{Ημερήσιο νοσήλιο} \times \text{Ασθενείς} \times \text{Ημέρες νοσηλείας}$$

Υπάρχουν τρεις μορφές νοσηλείων που εφαρμόζονται στην πρακτική των νοσοκομείων:

- **Κλειστό νοσήλιο:** πρόκειται για την αμοιβή βάσει ενός παγίου ποσού που καταβάλλεται ανά ημέρα νοσηλείας για κάθε ασθενή, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που έχει λάβει. Συνήθως το ποσό της αποζημίωσης είναι προϊόν διαπραγματεύσεων μεταξύ του Κράτους ή των ασφαλιστικών οργανισμών με τα νοσοκομεία. Η μορφή αυτή παρόλο που διαχειριστικά διευκολύνει το σύστημα, εντούτοις αποκλείει από το νοσοκομείο το κίνητρο του περιορισμού της διάρκειας νοσηλείας, καθώς όσο περισσότερο παραταθεί η διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς τόσο περισσότερο ωφελείται οικονομικά το νοσοκομείο. Η παράταση αυτή της διάρκειας νοσηλείας προκαλεί πληθωριστικές πιέσεις.
- **Ευλύγιστο-ευέλικτο ή σπαστό-σύνθετο νοσήλιο:** Ένα μέρος του νοσηλίου αυτού είναι σταθερό, η αμοιβή του είναι δεδομένη, ως κλειστό νοσήλιο. Το υπόλοιπο κομμάτι της αμοιβής υπολογίζεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων, την ιατρική ειδικότητα και την διαγνωστική ομάδα.
- **Ανοικτό νοσήλιο:** η αμοιβή βάσει του ανοικτού νοσηλίου διαμορφώνεται καθημερινά ως μία πάγια ημερήσια αμοιβή που προσδιορίζεται ανάλογα με την

κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Βασικές προϋποθέσεις για την αποδοτική λειτουργία αυτής της μεθόδου είναι η λειτουργία ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος κοστολόγησης όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών και η άρτια λογιστική παρακολούθησή τους.

### **Σφαιρικός – Κλειστός και κατά τμήμα Προϋπολογισμός:**

Είναι ο προϋπολογισμός που καλύπτει σφαιρικά και χωρίς καμία μεταβολή κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους, το σύνολο των προβλεπόμενων δραστηριοτήτων του οργανισμού, εκφρασμένων σε οικονομικά μεγέθη. Σε αυτή τη μέθοδο η ανάλυση σε κατά τμήμα προϋπολογισμούς είναι αναγκαίο εργαλείο που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη εσωτερικής δυναμικής για την αποδοτικότερη οικονομική διοίκηση του οργανισμού (Μπαλασοπούλου 2010).

Κατά την έναρξη του οικονομικού έτους κάθε τμήμα που για τη διαδικασία κοστολόγησης ονομάζεται κέντρο κόστους έχει ορισμένο προϋπολογισμό. Ο κατά τμήμα προϋπολογισμός αναλύεται σε λογαριασμούς σε πλήρη αντιστοιχία με τον κεντρικό προϋπολογισμό. Το άθροισμα αυτών των τμηματικών προϋπολογισμών συνθέτει τον κεντρικό-συνολικό προϋπολογισμό. Οι τμηματικοί προϋπολογισμοί είναι σφαιρικοί και κλειστοί όπως ακριβώς και ο συνολικός προϋπολογισμός του φορέα.

Ως προς την χρηματοδοτική του πλευρά χαρακτηρίζεται από την ετήσια και εκ των προτέρων πληρωμή του φορέα και ως προς την διαχείριση από την κατάτμηση της οργανωτικής δομής και τη συμμετοχή επαρκούς αριθμού υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του προϋπολογισμού.

### ***Αναμενόμενα οφέλη***

- Καλύτερη διαχείριση και παρακολούθηση της λειτουργίας των τμημάτων (είτε συνολικά, είτε κατά πράξη ή παρέμβαση), μέσω της αναλυτικής κοστολόγησης των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται
- Ανάπτυξη της εσωτερικής συγκριτικής διαδικασίας (Benchmarking) μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη διοικητικών διεργασιών για καθορισμό και επίτευξη τμηματικών στόχων αλλά και την υποκίνηση των Διευθυντών των τμημάτων για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διοίκηση.

- Προώθηση μαθησιακής οργάνωσης με την συμμετοχή και δέσμευση όλων των τομέων και επιπέδων της ιεραρχίας
- Εξαιτίας όλων των παραπάνω, καλύτερη ανάπτυξη της παραγωγικής διαδικασίας με αύξηση του παραγόμενου προϊόντος και βελτίωση της ποιότητάς του, προς όφελος του ασθενή.

Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου θέτει ως προαπαιτούμενο μία σαφή ηγεσία του τμήματος σε ρόλο ευθύνης, με αναπτυγμένες δεξιότητες και ικανότητα προτροπής των υπαλλήλων για ενεργή συμμετοχή στην προσπάθεια εκτέλεσης των αποφάσεων και επίτευξης των στόχων. Παράλληλα απαιτείται λειτουργία του φορέα βάσει της συμπληρωματικότητας των τμημάτων, καθώς ο ρόλος των υπηρεσιών, ιατρικών, νοσηλευτικών αλλά και διοικητικών διευρύνεται και αποτελεί πρόκληση.

### **Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs)**

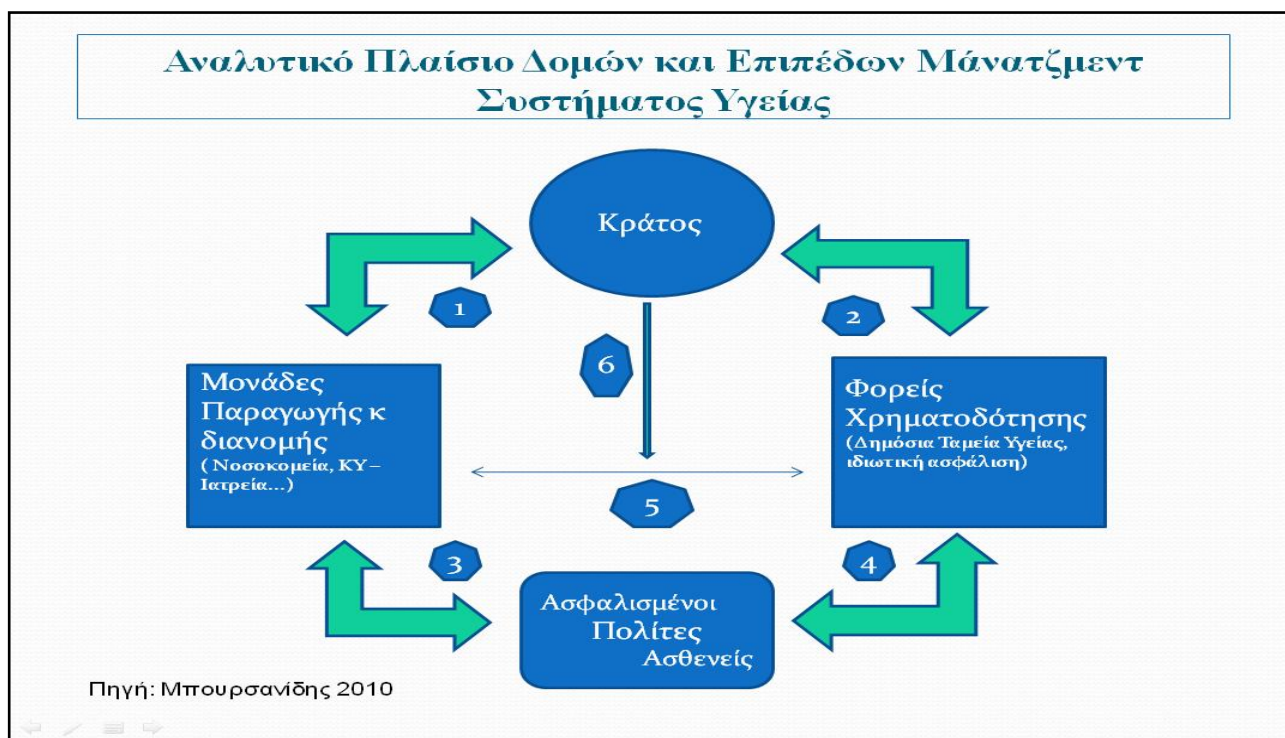
Αυτή η μέθοδος χρηματοδότησης έχει ως κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος την ομαδοποίηση των ασθενειών σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, με στόχο την αντιστοίχιση των κλινικών περιπτώσεων με οικονομικές αξίες. Στο διεθνή χώρο παρατηρείται μία ολοένα και μεγαλύτερη διεύρυνση της μεθόδου αυτής καθώς θεωρείται μία από τις πιο ολοκληρωμένες πρακτικές κοστολόγησης και αποζημίωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες που εφαρμόζονται στις διάφορες χώρες είτε αυτούσια είτε συνδιαστικά με άλλα συστήματα χρηματοδότησης και που πολύ πρόσφατα εισήχθηκαν και στη χώρα μας, θα αναλυθούν διεξοδικά παρακάτω.

## 2.2 Διεύθυνση και συντονισμός του συστήματος υγείας

Η έννοια της διεύθυνσης-συντονισμού συνίσταται στον προγραμματισμό ενός πλαισίου δράσης στη βάση κατευθυντηρίων γραμμών, στην υποκίνηση και τον έλεγχο των δράσεων των υποκειμένων-μετόχων για μια συμβατή με το σύστημα υγείας συμπεριφορά και στη δημιουργία όρων που καθιστούν δυνατές τις διαδικασίες μάθησης (feed-back) και κατά συνέπεια αυτορρύθμισης του συστήματος υγείας.

Στο επίκεντρο οργάνωσης και λειτουργίας ενός συστήματος συντονισμού βρίσκονται επιμέρους διαστάσεις, καθοριστικές για την διαρθρωσή του. Ποιοι και στη βάση ποιων μηχανισμών λαμβάνουν τις αποφάσεις, σε ποιο επίπεδο λαμβάνονται οι αποφάσεις αυτές, ποια είναι τα αντικείμενα και οι βασικές παράμετροι λήψης των αποφάσεων, ποια είναι τα εργαλεία εφαρμογής και μανατζμεντ πολιτικών υγείας.

Το παρακάτω σχήμα απεικονίζει τις σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των τεσσάρων βασικών δρώντων - μετόχων ενός συστήματος υγείας, βάσει των έξι πεδίων πολιτικής που συνιστούν το Πλαίσιο Διεύθυνσης και Συντονισμού έτσι όπως έχουν σχηματιστεί μέσα από αλληλοδιαδεχόμενα βήματα εξέλιξης των πολιτικών υγείας που ακολούθησαν οι χώρες διεθνώς.



Σχήμα 1. Αναλυτικό Πλαίσιο Δομών κ' Επιπέδων Μανατζμεντ Συστήματος Υγείας

Το πρώτο πεδίο πολιτικής απεικονίζει τη σχέση μεταξύ κράτους και μονάδων παροχής υπηρεσιών και το δεύτερο πεδίο απεικονίζει τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ κράτους και φορέων χρηματοδότησης οι οποίοι διαφέρουν μεταξύ των συστημάτων υγείας. Στο σύστημα Beveridge το κράτος συνεργάζεται με αυτόνομες περιφερειακές αρχές ενώ στο σύστημα Bismarck με θεσμοθετημένους αυτόνομους οργανισμούς, τα κοινωνικά ασφαλιστικά ταμεία. Τα δύο αυτά πεδία αποτελούν κλασικά πεδία κρατικής ιεραρχίας της πολιτικής παρέμβασης του κράτους στα συστήματα υγείας.

Τα πεδία τρία και τέσσερα δείχνουν αφενός τη σχέση μεταξύ των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και πολιτών, τοποθετώντας τους ασθενείς σε έναν ενισχυμένο ρόλο στη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας (π.χ δικαίωμα επιλογών), αφετέρου τη σχέση μεταξύ πολιτών και φορέων χρηματοδότησης (π.χ ελευθερία επιλογής Ταμείου Υγείας).

Το πεδίο πέντε απεικονίζει τη σχέση μεταξύ των μονάδων παραγωγής και των φορέων χρηματοδότησης. Πρόκειται για μία σχέση που προέκυψε μέσα από την αποδυνάμωση των σχέσεων της κλασικής κρατικής ιεραρχίας (1 και 2) και που σταδιακά τις αντικαθιστά. Η σχέση αυτή βασίζεται στη λειτουργική διάκριση της προσφοράς και της ζήτησης, στη διαμόρφωση οιονεί αγορών στα συστήματα υγείας και στην εισαγωγή του μηχανισμού των διαπραγματεύσεων και του εργαλείου των συμβάσεων (contracting) ως αποτέλεσμα αυτών των διαπραγματεύσεων. Η νέα αυτή κουλτούρα λήψης αποφάσεων κερδίζει διαρκώς περισσότερο έδαφος τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο και αναδεικνύεται ως ένα πολύ σημαντικό πεδίο άσκησης πολιτικής υγείας.

Προκειμένου της επίτευξης καλύτερων όρων διαπραγματεύσεων και προσαρμογής στις νέες συνθήκες της οιονεί αγοράς, έχουν εισαχθεί νέες δομές και σύγχρονα εργαλεία μάνατζμεντ. Αναδύεται ο κίνδυνος λοιπόν απομάκρυνσης της οργάνωσης των συστημάτων υγείας από τις κοινωνικές αρχές εξασφάλισης ενός καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ταυτόχρονα επομένως με την ανάπτυξη εκσυγχρονισμένων σχέσεων διεύθυνσης και συντονισμού των συστημάτων υγείας επανεμφανίζεται η κρατική εξουσία έχοντας όμως έναν ρόλο ρυθμιστικό των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ φορέων υγείας και όχι έναν ρόλο ιεραρχίας με την κλασική της έννοια.

## **2.3 Θεωρητική ανάλυση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs)**

### **2.3.1 Μεθοδολογία Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών**

Η μεθοδολογία των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών – DRGs (Diagnostic Related Groups) αποτελεί έναν τρόπο κοστολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών μονάδων και προκύπτει από την ομαδοποίηση των ασθενειών σε κατηγορίες και την υποδιαίρεση αυτών σε διαγνωστικές κατηγορίες. Βασίζεται ουσιαστικά στην κατηγοριοποίηση των περιπτώσεων εσωτερικών ασθενών των νοσοκομείων, με βάση τη διάγνωση και σκοπός της είναι η χρηματοδότηση των μονάδων με γνώμονα το πραγματικό κόστος των περιστατικών που εξυπηρετούν. Κάθε ασθενής εντάσσεται σε μία ομάδα με βάση την διάγνωση εισαγωγής, η οποία μπορεί να τροποποιηθεί τεκμηριωμένα στην πορεία, οπότε και λαμβάνεται υπόψη η διάγνωση εξόδου (Μπαλασοπούλου Α. 2010).

Το σύστημα των DRGs εισήχθηκε πρώτη φορά στις ΗΠΑ το 1983 με την προοπτική να αποτελέσει ένα μέσο για τη συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Εφαρμόστηκε αρχικά σε έναν μικρό όμιλο νοσοκομείων και αφού τα αποτελέσματα ήταν σύμφωνα με τα αναμενόμενα, πολύ γρήγορα εφαρμόστηκε στο σύνολο των νοσοκομείων των ΗΠΑ. Η πρώτη χώρα που εισήγαγε στην Ευρώπη τα DRGs ήταν η Γαλλία, το 1986 ως συμπληρωματικό εργαλείο του σφαιρικού προϋπολογισμού.

Οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), επιχειρούν να τυποποιήσουν όλες τις περιπτώσεις των νοσηλευόμενων ασθενών και να δημιουργήσουν μια ομάδα νοσοκομειακών προϊόντων, τα οποία θα αποζημιώνονται στη βάση των πόρων που είναι αναγκαίοι για να παραχθούν. Στηρίζονται στη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (σύστημα Bertillon – ICD) και χρησιμοποιούν, εκτός από την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές ή τις δευτερεύουσες ασθένειες που υπάρχουν στη συγκεκριμένη περίπτωση του ασθενούς, το φύλο, την ηλικία, τη βαρύτητα της ασθένειας και τη μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία χρησιμοποιείται ως ένδειξη για τη χρησιμοποίηση των πόρων (Αλετράς και συν. 2002).

Από την άλλη οι ομάδες περιπτώσεων νοσηλείας στις οποίες εντάσσονται οι ασθενείς μπορούν να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τη σύνθεση των ασθενών (case mix), την κάλυψη των κλινών ανα κατηγορία, καθώς και τους δεσμευμένους και αναλωθέντες πόρους ανά κατηγορία (Μπαλασοπούλου 2010). Έτσι αποκτούν χρησιμότητα συγκρίτικης ανάλυσης και μέτρησης της αποδοτικότητας (Σκοπελίτης 2010)

Κύριοι λόγοι της μεγάλης απήχησης των DRGs είναι η περιγραφή της διάρθρωσης των περιστατικών νοσηλείας ενός νοσοκομείου, η σύγκριση των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων διαχρονικά και ανά γεωγραφική περιοχή, η διαμόρφωση πολιτικής υγείας βασισμένης στα αποτελέσματα, με παράλληλη εξέταση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και επομένως της ποιότητας των διαθέσιμων πόρων, ώστε να αποφασίζεται και η κατάλληλη χρηματοδότηση και κατανομή των πόρων. Η προτυποποίηση της διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας βοηθά τους ασφαλιστικούς φορείς και το κράτος ώστε να γνωρίζουν εκ των προτέρων το κόστος του προϊόντος που καλούνται να αγοράσουν προς εξυπηρέτηση της υγείας των ασθενών-πελατών (Πολύζος 2008).

Η χρησιμοποίηση των DRGs, έχει βοηθήσει στη βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων, στην καλύτερη κλινική διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος και στην ορθολογική χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Η χρήση τους άλλαξε τη λογική των νοσοκομείων τα οποία λαμβάνουν υπόψη τη διάρθρωση της παραγωγής και του νοσοκομειακού προϊόντος, την κοστολόγηση, την τιμολόγηση, την οικονομική διοίκηση ανά τμήμα, την ασθένεια, την ορθολογική υποκατάσταση των εισροών και γενικότερα τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας τους (Πολύζος 2008)

Το σημαντικότερο από όλα, είναι η συσχέτιση της ιατρικής διοίκησης με τον οικονομικό σχεδιασμό. Ενώ η πρώτη βασίζεται στη σωστή διαχείριση του νοσηλευομένου μέσω των πληροφοριών που αναγράφονται στον ιατρικό του φάκελο και το DRG του, η χρηματοοικονομική διοίκηση επιβεβαιώνει την αποδοτική χρήση των πόρων και αξιολογεί συμπληρωματικά την εικόνα του νοσοκομείου προς τα έξω. Ο καθορισμός της ποσότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών που θα προσφερθούν στους ασθενείς, υποβοηθά την ιατρο-κλινική απόφαση και τελικά την αξιολόγηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών (Πολύζος 2008).



### **2.3.2 Κλινικά μονοπάτια**

Το κλινικό μονοπάτι είναι ένα σχέδιο παροχής υγειονομικής φροντίδας στο οποίο συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας και περιγράφει τις κύριες κλινικές παρεμβάσεις που γίνονται σε ένα νοσοκομείο από την ομάδα των επαγγελματιών που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα ενός ασθενή. Τα κλινικά μονοπάτια βασίζονται επομένως στην εμπειρία των πρακτικών που εφαρμόζονται πάνω σε ομοιογενείς ομάδες ασθενών και αποτελούν έναν οδηγό για το σχεδιασμό, το συντονισμό, την παροχή, την παρακολούθηση, την καταγραφή συγκεκριμένων κλινικών παρεμβάσεων. Κομβικό σημείο στη διαμόρφωση των κλινικών διαδρομών αποτελεί η ανασκόπηση και αξιολόγηση τους καθώς με τον τρόπο αυτό βελτιστοποιούνται αλλά και τυποποιούνται με σκοπό την αντιστοίχιση συγκεκριμένων διαδικασιών με συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Το κλινικό μονοπάτι αποτελεί ένα από τα βασικότερα εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Έχει αποδειχθεί εμπειρικά, ότι η εφαρμογή τους μειώνει την ποικιλομορφία της κλινικής πρακτικής και βελτιώνει τα αποτελέσματα. Τα κλινικά μονοπάτια προάγουν την οργανωμένη και αποδοτική υγειονομική φροντίδα βασισμένη σε σχετικά προβλεπόμενη πορεία νοσηλείας και περίθαλψης. Είναι, αναμφισβήτητα ένα διοικητικό και κλινικό εργαλείο που οδηγεί στην βελτιστοποίηση της φροντίδας του ασθενούς. Στόχος του είναι να επικεντρωθεί σε όλο το ταξίδι του ασθενή μέσα στο νοσοκομειακό κύκλωμα και όχι στη συνεισφορά κάθε ιατρικής ειδικότητας ξεχωριστά. Προάγεται έτσι στο χώρο του νοσοκομείου η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και διαμορφώνεται η κουλτούρα μιας πολλαπλά λειτουργικής ομάδας.

Οι τυποποιημένες διαδικασίες που διαμορφώνονται με τις κλινικές διαδρομές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ένταξη ενός νοσηλευόμενου σε ένα DRG αλλά και στην διαμόρφωση του κόστους του συγκεκριμένου DRG. Κρίσιμη είναι επίσης η συμβολή τους στη διαμόρφωση της διάρκειας νοσηλείας ενός DRG καθώς μέσω αυτών αποτυπώνονται οι απαραίτητες διαδρομές των ασθενών κάθε κατηγορίας μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Θα μπορούσε επομένως να πει κανείς ότι, οι κλινικές διαδρομές, που συνήθως, αναπτύσσονται και αναθεωρούνται από ομάδες επαγγελματιών υγείας των νοσοκομείων, προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και

χρησιμοποιούνται σ' αυτό, αποτελούν ένα ουσιαστικό βήμα για τη διαμόρφωσή του συστήματος των DRGs.

Τα κλινικά μονοπάτια ενσωματώνουν κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες (clinical protocols). Οι οδηγίες αυτές βασίζονται στη βέλτιστη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση και πρακτική εμπειρία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες στην ιατρική διατυπώνονται από επιτροπές ειδικών και αποτελούν συστάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα προβλήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Το Ινστιτούτο της Ιατρικής των ΗΠΑ ορίζει τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ως «συστηματικώς ανεπτυγμένες δηλώσεις που βοηθούν στη λήψη αποφάσεων των ιατρών και των ασθενών για την κατάλληλη φροντίδα υγείας σε ειδικές κλινικές περιπτώσεις» (Τασιόπουλος Σ. Αποστολάκης Ι.)

Τα βήματα για την ανάπτυξη μιας κατευθυντήριας οδηγίας είναι τα ακόλουθα:

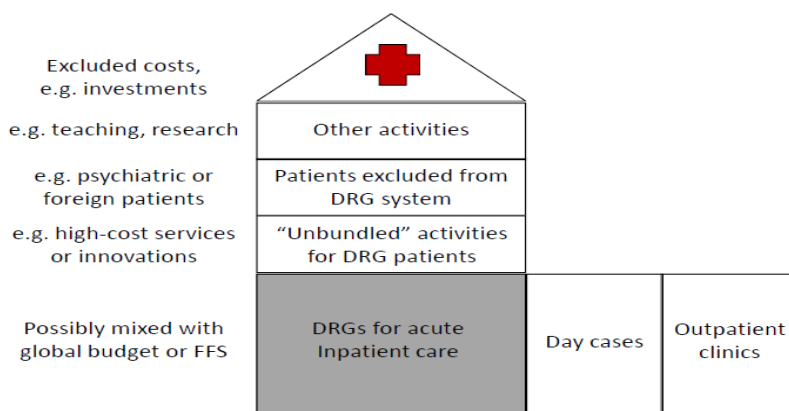
1. Επιλογή του θέματος - προβλήματος προς επίλυση.
2. Δημιουργία ομάδας ειδικών (expert panel) στην οποία αντιπροσωπεύονται σχετικές εταιρείες, αλλά και άλλοι ενδιαφερόμενοι οργανισμοί.
3. Εύρεση και συλλογή των ερευνητικών δεδομένων (ενδείξεων), τα οποία αφορούν στο συγκεκριμένο κλινικό ερώτημα.
4. Κριτική αξιολόγηση και βαθμολόγηση των ενδείξεων, με έμφαση στην ισχύ των τεκμηρίων στα οποία βασίζεται η κλινική απόφαση.
5. Εκτίμηση της βαθμολογίας των ενδείξεων και καθορισμός αυτών που θα χρησιμοποιηθούν.
6. Συγγραφή των οδηγιών: συστάσεις για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση ασθενών με το συγκεκριμένο πρόβλημα, σταθμίζοντας όλες τις άλλες πιθανώς εμπλεκόμενες παραμέτρους.
7. Διάθεση της οδηγίας για εξωτερική ανασκόπηση και τυχόν τροποποίηση.
8. Δημοσίευση της οδηγίας.
9. Συνεχής ανασκόπηση και ανανέωση.

### ***2.3.3 Κοστολόγηση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών – Διαδικασία εισαγωγής στις νοσοκομειακές μονάδες***

Η λογική των DRGs συνίσταται στο ότι οι περιπτώσεις που εμφανίζουν ιατρικές - κλινικές αναλογίες και προκαλούν παρόμοια αναλογικά δαπάνη, εντάσσονται σε ομάδες και χρηματοδοτούνται με τυποποιημένη μορφή. Μία πολύ βασική παράμετρος στη διαμόρφωση διαχρονικά του κόστους των ομοιογενών ομάδων είναι ότι κάθε διαγνωστική κατηγορία δεν έχει συγκεκριμένο και δεδομένο κόστος αλλά χρειάζεται μία διαρκής αναθεώρηση στην αντιστοίχιση της νοσοκομειακής δραστηριότητας και του πραγματικού της κόστους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αναθεώρηση αυτή επιτυγχάνεται με τη βοήθεια μελετών είτε σε αξιόπιστα δείγματα είτε στο σύνολο των νοσοκομείων που εφαρμόζεται το σύστημα των DRGs (Μπαλασοπούλου 2010).

Στις ομάδες αυτές περιλαμβάνεται το πλήρες κόστος νοσηλείας (ιατρικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό) αλλά και το υποστηρικτικό και το διοικητικό κόστος (Μπαλασοπούλου 2010). Το κόστος ανά DRG δεν διαμορφώνεται πάντα με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των εθνικών συστημάτων ενώ υπάρχουν παραδείγματα χωρών που χρησιμοποιούν διαφορετικές τιμές για τα DRGs στις υγειονομικές τους περιφέρειες. Η διαμόρφωση της τιμής εξαρτάται από τις τεχνικές κοστολόγησης, το δείγμα των νοσοκομείων που χρησιμοποιείται, τα διαθέσιμα δεδομένα, τις υπηρεσίες επί των οποίων εφαρμόζεται η μέθοδος, την σκοπιμότητα που εξυπηρετείται και από την ομοιογένεια των κατηγοριών που απαιτείται (Σκοπελίτης 2010). Κυρίως όμως εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά, η μακροχρόνια φροντίδα, η ιατρική αποκατάσταση και η ψυχική υγεία. Επίσης συνήθως δεν υπολογίζονται το κεφαλαιουχικό κόστος η εκπαίδευση και η έρευνα καθώς και οι εξωτερικοί ασθενείς (Μπαλασοπούλου 2010).

Στα παρακάτω σχήματα απεικονίζονται αφενός το «σπίτι των DRGs» και οι διαδικασίες που συνήθως εξαιρούνται, σύμφωνα με το EuroDRG project το οποίο αποτελεί μία κοινοπραξία για την παρακολούθηση της εξέλιξης των συστημάτων των DRGs στην Ευρώπη και στο οποίο συμμετέχουν 10 χώρες, Αγγλία, Σουηδία, Γαλλία, Ισπανία, Ολλανδία, Αυστρία, Πολωνία, Εσθονία, Φινλανδία και Γερμανία, αφετέρου τα κόστη και οι θεραπείες που εξαιρούνται για κάθε χώρα ξεχωριστά.



11 July 2011

The EuroDRG project

5

Σχήμα 2. Το «Σπίτι των DRGs», Πηγή: Busse 2011

## Excluded items across Europe

	Excluded costs	Excluded treatments
<b>Austria</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Intensive care, Rehabilitation
<b>England</b>	Teaching, Research	Psychiatric services, Primary care services, Community services, Ambulance services
<b>Estonia</b>	Teaching, Research	----
<b>Finland</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Intensive and emergency care
<b>France</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Psychiatric services, Rehabilitation, Intensive and emergency care, Neonatology, Dialysis, Radiotherapy
<b>Germany</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Expensive drugs, Psychiatric services
<b>Ireland</b>	Teaching, Research, Capital costs, Interests	Psychiatric services, Rehabilitation, Geriatrics
<b>Poland</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Intensive and emergency care
<b>Portugal</b>	Teaching, Research	----
<b>Netherlands</b>	Teaching, Research	Expensive drugs
<b>Spain</b>	Teaching, Research	----
<b>Sweden</b>	Teaching, Research	Expensive drugs, Rehabilitation, Burns

22. März 2011

DGGÖ Jahrestagung | Bayreuth

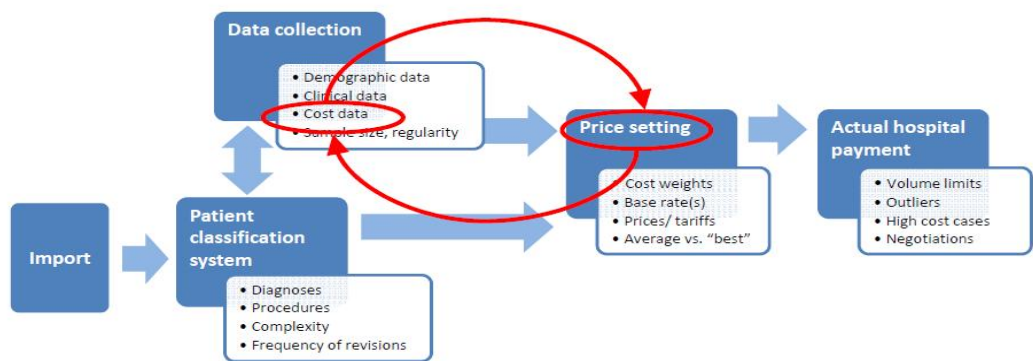
8

Πίνακός 2. Διαδικασίες που εξερούνται από την κοστολόγηση των DRGs, Πηγή: Geissler 2011

Η κωδικοποίηση τους, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στηρίζεται σε κάποια έκδοση του ICD (Διεθνές σύστημα κωδικοποίησης ασθενειών) και στη διάρθρωσή του σε κύριες και ειδικότερες ομάδες και ασθένειες. Στη συνέχεια και βάσει αυτής της κωδικοποίησης, τα Λογισμικά Ομαδοποίησης (groupes) χρησιμοποιούν δεδομένα όπως κύρια και δευτερεύουσα διάγνωση, χειρουργικές και λοιπές επεμβάσεις, στοιχεία του ασθενούς, το τμήμα και τη διάρκεια νοσηλείας, τον τρόπο εισαγωγής και την κατάσταση εξόδου (Μπαλασοπούλου 2010).

Η διαδικασία ομαδοποίησης, κοστολόγησης και τιμολόγησης των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών σύμφωνα με στοιχεία του EuroDRG project είναι συνήθως η ίδια. Αρχικά γίνεται η επιλογή του συστήματος ταξινόμησης και υπολογίζονται τα δεδομένα για τις διαγνώσεις, τις διαδικασίες και οι περιπτώσεις επιπλοκών. Έπειτα από το δείγμα των νοσοκομείων που εξετάζεται συγκεντρώνονται τα πραγματικά στοιχεία όπως είναι τα κλινικά δεδομένα, τα δεδομένα κοστολόγησης, δημογραφικά στοιχεία κ.τ.λ. Τα δεδομένα αυτά αξιοποιούνται για να υπολογιστούν τα σχετικά κόστη ανά DRG (costweights) με βάση το μείγμα των ασθενών (casemix) των νοσοκομείων του δείγματος και τέλος υπολογίζονται οι τιμές αποζημιώσεως ανά κατηγορία. Παράλληλα συγκεντρώνονται στοιχεία για τα outliers, τις κλινικές περιπτώσεις δηλαδή, που δεν μπορούν να συμπεριληφθούν σε κάποιο DRG και οι οποίες αφορούν σε υψηλά κόστη (Geissler 2011)

Η διαδικασία αυτή απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα



Source: Scheller-Kreinsen et al. 2009

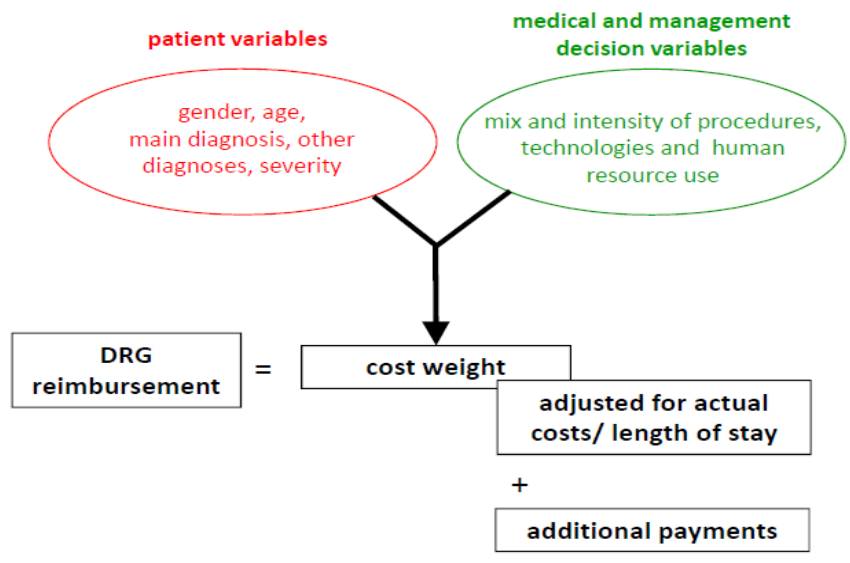
22. März 2011

DGGÖ Jahrestagung | Bayreuth

2

**Σχήμα 3.** Διαδικασία ομαδοποίησης, κοστολόγησης και τιμολόγησης των DRGs, Πηγή: Geissler 2011

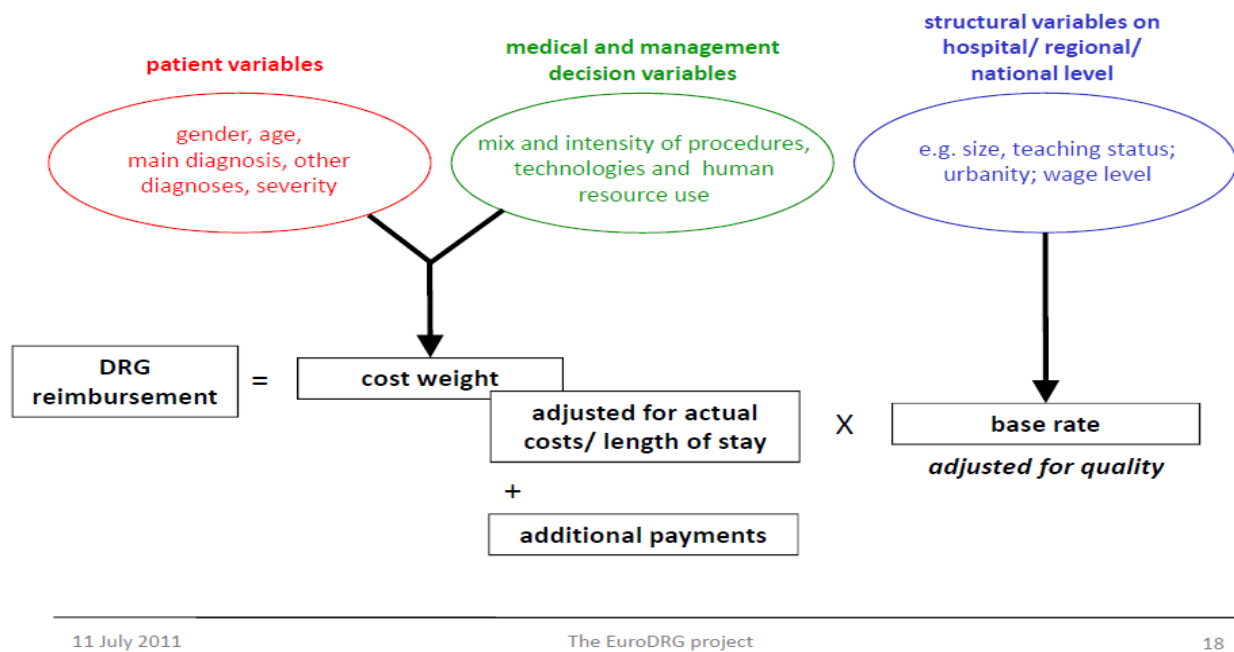
Πιο συγκεκριμένα τα βήματα της διαδικασίας κοστολόγησης ενός DRG και της τιμολόγησης - αποζημιωσής του απεικονίζονται διαγραμματικά παρακάτω



11 July 2011

The EuroDRG project

17



**Σχήμα 4.** Διαδικασία κοστολόγησης, τιμολόγησης-αποζημίωσης ενός DRG, Πηγή: Busse 2011

Ο ειδικός συντελεστής Base rate, όπως φαίνεται και στο παραπάνω σχήμα διαφοροποιείται ανάλογα με το νοσοκομείο και αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες αποζημίωσης του φορέα για κάθε DRG. Αποτελεί χρηματική αξία που αντιπροσωπεύει την τιμή με την οποία ένα νοσοκομείο χρεώνει κατά μέσο όρο ένα οποιοδήποτε περιστατικό που εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο DRG και περιλαμβάνει μεταβλητές όπως η τοποθεσία του νοσοκομείου, η περιφερειακή του θέση, αναφορές πραγματικού κόστους και εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης (Σκοπελίτης 2010). Ο συντελεστής αυτός πολλές φορές, είναι διαφορετικός στο αρχικό στάδιο προσαρμογής ενός συστήματος υγείας στη χρηματοδότηση με DRGs, με στόχο τη σταδιακή σύγκλιση των τιμών (ενιαίο base rate). Στη Γερμανία, για παράδειγμα, μέχρι τη λήξη της φάσης σύγκλισης η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνονταν βάσει διαφοροποιημένου Base rate και μετά τη λήξη της φάσης αυτής το Base rate έγινε ενιαίο για όλους τους χρηματοδοτούμενους φορείς.

Τα κόστη ανά DRG (cost weights) υπολογίζονται σε κεντρικό επίπεδο ως σταθμισμένος μέσος όρος από το σύνολο των νοσοκομείων ή από το δείγμα των νοσοκομείων που έχει επιλεγεί. Το DRG cost weight είναι το μέσο πραγματικό κόστος

από όλους τους ασθενείς μέσα σε αυτό το DRG. Η μέθοδος αυτή η οποία αποτελεί μία “bottom up” μέθοδο προϋποθέτει ένα μηχανογραφημένο σύστημα στο οποίο αποθηκεύονται όλα τα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια φροντίδας ενός περιστατικού καθώς και άλλα στοιχεία του ασθενούς όπως η ηλικία του, το φύλο, η βασική διάγνωση, άλλες διαγνώσεις, η βαρύτητα του περιστατικού. Μέ τα στοιχεία αυτά διαμορφώνεται ο Δείκτης Σύνθεσης Ασθενών - CMI (case mix index) ο οποίος αποτελεί έναν αλγόριθμο βάσει του οποίου υπολογίζεται το cost weight ενός DRG (Botz et al. 2006)

$$\text{CIM (Case Mix Index) DRG} = \frac{\Sigma \text{C}_{\text{DRGi}}}{\text{Αριθμός Ασθενών}}$$

Στη συνέχεια η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται βάσει του συνολικού αριθμού των ασθενών που αντιστοιχούν σε κάθε DRG αφού πολλαπλασιαστεί αυτός με κόστος του DRG (cost weight) και το συντελεστή Base rate όπως φαίνεται στο ακριβώς παραπάνω σχήμα.

#### **2.3.4. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των DRGs**

##### **Πλεονεκτήματα**

- Με την είσοδο των DRGs δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης του συνολικού και ανά κατηγορία νοσοκομειακού κόστους και γίνεται ανάλυση του μείγματος των ασθενών καθώς και των καταναλωθέντων πόρων.
- Εξαιτίας της ολοκληρωμένης γνώσης του κόστους, της δυνατότητας σύγκρισής και ελέγχου του, καθώς και της παρακολούθησης των χρησιμοποιούμενων πόρων, παρατηρείται βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης, συγκράτηση των δαπανών και εξορθολογισμός της χρηματοδοτικής λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Η δικαιολόγηση κάθε πράξης σύμφωνα με τα αντίστοιχα πρωτόκολλα και τις κλινικές διαδρομές προάγει την διαφάνεια και τη λογοδοσία για το διοικητικό και κυρίως για το ιατρικό προσωπικό.



- Με την διαφάνεια που εισάγει το σύστημα των DRGs τόσο στο κλινικό όσο και στο οικονομικό επίπεδο, οδηγεί σε σύγκριση του κόστους και σε κλινική αξιολόγηση, εσωτερικά και εξωτερικά του οργανισμού και σε δυνατότητα ελέγχου εκ μέρους αυτού που πληρώνει.
- Θεωρείται μέθοδος δίκαιη και για τα νοσοκομεία και για τους φορείς που πληρώνουν (κράτος, ταμεία, ασφαλιστικές εταιρίες), ενώ δίνεται η δυνατότητα ελέγχου και δικαιολόγησης του χρηματοοικονομικού ρίσκου για την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση (third payers).
- Εξασφαλίζεται η συγκρισιμότητα ανάμεσα σε νοσοκομεία σε περιφερειακό, εθνικό, και διεθνές επίπεδο (EuroDRGs, I-DRGs). Παράλληλα μπορεί να συμβάλλει στην άμιλλα μεταξύ των παραγωγών υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας, εστιασμένη στη βελτίωση της ποιότητας
- Παρατηρείται επίσης μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας
- Βελτιώνουν την οργανωτικοδιοικητική λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργώντας δομές και θέσεις υπευθυνότητας (Μπαλασοπούλου 2010)

### **Μειονεκτήματα**

- Υπάρχουν αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και απαιτούνται λεπτομερείς βάσεις δεδομένων που προϋποθέτουν, καλή οργανωτική λειτουργία και σύγχρονα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, επομένως και καλή προετοιμασία του διοικητικού και υγειονομικού προσωπικού αλλά και διάθεση οικονομικών πόρων.
- Πολλές φορές προκύπτει το πρόβλημα μη επαρκούς κάλυψης του κόστους ιδιαίτερα για τις σοβαρότερες παθήσεις, εξαιτίας του μεγάλου βαθμού ετερογένειας των περιστατικών. Το γεγονός αυτό οδηγεί αρκετές φορές τα ιδιωτικά νοσοκομεία στο να κάνουν επιλογή των ασθενών τους, απορρίπτοντας τα σοβαρότερα περιστατικά με

απρόβλεπτες επιπλοκές και προτιμούν περιστατικά με καθιερωμένη κλινική διαδρομή.

- Στις περιπτώσεις που το σύστημα υγείας εφαρμόζει τη προοπτική χρηματοδότηση ενδέχεται να επηρεαστούν οι κλινικές αποφάσεις όπως η διάρκεια νοσηλείας, ο χρόνος εισαγωγής και εξαγωγής του ασθενούς.
- Παράλληλα υπάρχει το ενδεχόμενο πρώιμης εξόδου και αύξηση των επανεισαγωγών των ασθενών. Ακόμη σε περιπτώσεις που ο ασθενής πάσχει από περισσότερες της μίας ασθένειες, ο γιατρός τον κατατάσσει σε εκείνη τη διαγνωστική κατηγορία που κοστίζει περισσότερο, με προφανή σκοπό να αυξήσει την αμοιβή του νοσοκομείου. Από την άποψη αυτή το σύστημα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην επαγγελματική ευσυνειδησία των γιατρών (Θεοδώρου και συν 1995). Το φαινόμενο της κατάταξης των περιστατικών σε υψηλότερη διαγνωστική κατηγορία και αύξησης της αποζημίωσης μέσω της αλλαγής του δείκτη CMI ονομάζεται DRG creep / upcoding.
- Η χρηματοδότηση με το σύστημα των DRGs δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να προτιμούν περιπτώσεις που ανήκουν σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες με στόχο την αύξηση της αποζημίωσής τους.

Τα αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα και η ευελιξία που έχουν αποκτήσει τόσο στη διαφοροποίηση της διάγνωσης, όσο και στην δυνατότητα εξέτασης των πράξεων μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο αυτών των αρνητικών εκφάνσεων (Μπαλασοπούλου 2010).

## **Κεφάλαιο 3. Εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών στην Ευρώπη**

Η εφαρμογή των DRGs είναι πλέον εκτεταμένη τόσο διεθνώς όσο και στην Ευρώπη. Παρέχεται επομένως αρκετό υλικό μέσα από την εμπειρία των χωρών και τα διάφορα συστήματα DRGs που οι χώρες αυτές αναπτύσσουν, προσαρμοσμένα στις δικές τους ανάγκες. Οι λόγοι που το εργαλείο αυτό υιοθετείται είναι η δυνατότητα που παρέχει να καταγράφεται και να αξιολογείται λεπτομερειακά το παραγόμενο προϊόν του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να είναι συγκρίσιμο και αποτελεσματικά διαχειρίσιμο. Το διακύβευμα των χωρών που το υιοθετούν είναι η συγκράτηση του κόστους και η αύξηση της αποδοτικότητας. Η επιτυχής εφαρμογή τους όμως, έτσι όπως προκύπτει και από τα παραδείγματα των χωρών που υλοποιούνται, προϋποθέτει σταδιακά βήματα εισαγωγής και εφαρμογής τους, παράλληλα με την ύπαρξη υποδομών και αποδοτικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας και χρήσης σύγχρονων εργαλείων μάνατζμεντ.

Στην Ευρώπη, η Γαλλία και έπειτα η Ουγγαρία, η Αγγλία, η Ιταλία η Ισπανία όπως και οι Σκανδιναβικές χώρες ανέπτυξαν συστήματα βασισμένα κυρίως στα αμερικάνικα DRGs, το HCFA DRG και στην εξέλιξή του το AP – DRG.

Η Γαλλία και η Ολλανδία ανέπτυξαν συστήματα DRGs τα οποία ονομάζονται Diagnosis – treatment groups και όχι Diagnosis – related καθώς συνυπολογίζουν τα συστήματα αυτά, όλες τις διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του, ενώ λαμβάνεται υπόψη και η βαρύτητα της κατάστασης της υγείας ενός ασθενούς ( το γαλλικό σύστημα διαθέτει μέχρι τέσσερα επίπεδα).

Τη δεκαετία του '90 η Αυστραλία ανέπτυξε το σύστημα AR-DRG, το οποίο θεωρήθηκε ένα από τα αρτιότερα συστήματα και αποτελεί τη βάση για το γερμανικό σύστημα GDRG καθώς και για πολλά άλλα συστήματα στην Ευρώπη και διεθνώς. Το πρόσφατα θεσμοθετημένο ελληνικό σύστημα KEN- DRGs ακολουθεί επίσης το αυστραλιανό σύστημα. Παρακάτω αναλύονται πιο διεξοδικά τα συστήματα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών τριών χωρών της Ευρώπης, της Γερμανίας της Γαλλίας και της Ιταλίας.

### 3.1 Εισαγωγή των DRGs στην Γερμανία – Περιβάλλον εφαρμογής τους



#### 3.1.1 Το σύστημα υγείας της Γερμανίας

Η οργανωτική δομή και οι λειτουργικές διαδικασίες του γερμανικού συστήματος διέπονται από τις αρχές του κορπορατιστικού μοντέλου οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Μάλιστα, αποτελεί το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα χώρας που το ακολουθεί, καθώς οι βάσεις διαμόρφωσης του μοντέλου αυτού προέρχονται από

τις μεταρρυθμίσεις που εισήγαγε ο γερμανός καγκελάριος Otto Von Bismarck ήδη από το 1883, σε μία προσπάθεια διαμόρφωσης ευνοϊκότερων όρων διαβίωσης των πολιτών. Το Νοέμβρη του 1881 τόνισε ότι «το κράτος πρέπει να προωθεί θετικά και με κατάλληλα μέτρα την ευημερία όλων των μελών του» (Tauran Th. 2000 σελ.19, αναφέρεται στην Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη 2009). Το 1883 έως το 1889 δημιουργήθηκαν τρεις ασφαλιστικοί κλάδοι. Οι κλάδοι ασθένειας, εργατικού ατυχήματος, και γήρατος-αναπηρίας.

Το βασικό χαρακτηριστικό του κορπορατιστικού μοντέλου, που ακολουθείται και από άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία και η Ολλανδία, είναι οι διαπραγματεύσεις συλλογικού χαρακτήρα ως κυρίαρχος μηχανισμός λήψης αποφάσεων και διαμόρφωσης των βασικών παραμέτρων λειτουργίας του συστήματος υγείας, όπως ποσότητες, ποιότητα και τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών και αγαθών υγείας (Μπουρσανίδης 2010). Επίσης μερίδιο στη λήψη αποφάσεων στο σύστημα αυτό, πέρα από τη διαδικασία των διαπραγματεύσεων, που αποτελεί το βασικότερο παράγοντα προσδιορισμού των διαδικασιών μέσα στο σύστημα υγείας, έχουν η κεντρική διοίκηση αλλά και ο μηχανισμός της αγοράς.

Στη Γερμανία η διαδικασία των διαπραγματεύσεων πραγματοποιείται μεταξύ φορέων αντιτιθέμενων συμφερόντων και οδηγούν σε συμβόλαια που ρυθμίζουν τις μεταξύ τους σχέσεις και που βέβαια δεσμεύουν νομικά τα μέλη τους. Οι φορείς αυτοί είναι οργανωμένοι σε σωματεία ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και από τη πλευρά της ζήτησης και από την πλευρά της προσφοράς αγαθών – υπηρεσιών υγείας και διαμορφώνουν έτσι το θεσμό της κοινωνικής αυτοδιοίκησης.

Η χρήση του εργαλείου των διαπραγματεύσεων, με το κράτος να διατηρεί έναν εποπτικό ρόλο, οδηγεί σε έναν επαναπροσδιορισμό της σχέσης κοινωνίας - κράτους. Το κράτος εκχωρεί στου ενδιάμεσους φορείς εκπροσώπησης κοινωνικών συμφερόντων αποφασιστικές αρμοδιότητες για την επίλυση ζητημάτων τους και με τον τρόπο αυτό η κεντρική διοίκηση απαλλάσσεται από το μεγάλο φόρτο διοικητικών πράξεων αλλά και επιτυγχάνεται αμεσότερη και συμφερότερη επίλυση τομεακών προβλημάτων.

Σύμφωνα λοιπόν με το παραπάνω μοντέλο, στο γερμανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας, υπάρχουν οι όροι του πληρωτή (payer) και του παρόχου (provider). Τα κοινωνικά ταμεία ασφάλισης της υγείας (payers) έχουν την υποχρέωση να συλλέγουν τις εισφορές από τους εργαζόμενους – μέλη τους και να ορίζουν πιο

ποσοστό εισφοράς κρίνεται απαραίτητο ώστε να καλυφθούν οι δαπάνες τους. Επίσης αναλαμβάνουν τις διαπραγματεύσεις για τις τιμές, τις ποσότητες καθώς και την εξασφάλιση, εκ μέρους των μελών τους, μέτρων ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Busse, Riesberg 2004).

Οι ενώσεις των παρόχων (providers) των οποίων τα πιο εξέχοντα παραδείγματα αποτελούν οι οργανώσεις των γιατρών και των οδοντιάτρων έχουν ως αποστολή να παρέχουν όλες τις υπηρεσίες για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των αντισυμβαλλόμενων μέσω των ταμείων τους, πολιτών, σύμφωνα με τους όρους των συμβάσεων, να εγγυούνται την πρόληψη της υγείας του πληθυσμού με το να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες σε όλο το μήκος της επικράτειας, καθώς και να μοιράζουν την αμοιβή που εισπράτουν από τα ασφαλιστικά ταμεία σε όλους τους γιατρούς – μέλη τους. Στον νοσοκομειακό τομέα εξαιτίας της έλλειψης ενώσεων παρόχων στα πρότυπα του κορπορατιστικού μοντέλου οργάνωσης, τα νοσοκομεία κυρίως πραγματοποιούν εξατομικευμένες συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία στις οποίες καθορίζονται το εύρος και ο αριθμός των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και τα ποσοστά απόζημίωσης των υπηρεσιών αυτών (Busse, Riesberg 2004).

Δεδομένου επομένως του καθοριστικού ρόλου που διαδραματίζουν οι επαγγελματικές ενώσεις στην Γερμανία, η ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στο σύστημα υγείας μοιράζεται μεταξύ της **Ομοσπονδιακής κυβέρνησης**, των 16 **ομόσπονδων κρατιδίων** που έχουν ξεχωριστό σύνταγμα, διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και των **αυτορρυθμιζόμενων φορέων**, δηλαδή, των οργανισμών προμηθευτών υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων (περίπου 292 ταμεία).

### ***3.1.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (G-DRG SYSTEM)***

Στην Γερμανία υπάρχουν περίπου 2100 νοσοκομεία που παρέχουν φροντίδα σε περίπου 17 εκατομμύρια νοσηλευόμενες περιπτώσεις κάθε χρόνο. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από ένα σύστημα που ονομάζεται «δυαδική χρηματοδότηση», που σημαίνει ότι λαμβάνουν κεφάλαια από δύο διαφορετικές πηγές. Οι κεφαλαιουχικές επενδύσεις καλύπτονται απευθείας από τους φορολογικά χρηματοδοτούμενους προϋπολογισμούς των κρατιδίων, ενώ τα λειτουργικά κόστη καλύπτονται κυρίως από

τα ασφαλιστικά ταμεία και από ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης της υγείας (Quentin et al 2011).

Η εισαγωγή του συστήματος των DRGs ως εργαλείο χρηματοδότησης έχει ως σημείο αναφοράς την θεσμοθετημένη Πράξη Μεταρρύθμισης της ασφάλισης της υγείας (SHI Reform Act) του 2000, στην οποία αναθεωρήθηκε ο τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομείων για τα λειτουργικά κόστη. Ο βασικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν να αντικατασταθεί το μέχρι τότε καθιερωμένο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, απόρροια μεταρρυθμίσεων από το 1993 (Quentin et al 2011). Σύμφωνα με αυτό η αποζημίωση γίνονταν βάσει προϋπολογισμών των οποίων τα δεδομένα υπολογίζονταν βάσει ενός σπαστού ημερήσιου νοσηλίου που κάλυπτε το μη ιατρικό κόστος σε επίπεδο συγκεκριμένου νοσοκομείου και το ιατρικό σε επίπεδο τμήματος (φάρμακα, επεμβάσεις, νοσηλευτική φροντίδα) και ένα μέρος που κάλυπτε ανά περίπτωση τη νοσηλεία του ασθενούς (Σκοπελίτης 2010).

Το νέο σύστημα, των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, αναδείχθηκε με την προοπτική να αποτελέσει ένα σύστημα το οποίο θα αποζημίωνε βάσει μιας συγκεκριμένης και οριοθετημένης δραστηριότητας, ενώ παράλληλα θα προήγαγε την αποδοτικότητα, την ποιότητα και τη διαφάνεια στον νοσοκομειακό τομέα. Το νομοθετικό πλαίσιο της μεταρρύθμισης υπογράμμιζε τα θεσμικά χαρακτηριστικά του νέου τρόπου αποζημίωσης και ανέθετε την ευθύνη για ανάπτυξη και διαχείριση του μελλοντικού G-DRG συστήματος, στην **κοινή επιτροπή των αυτοδιαχειριζόμενων κορπορατιστικών σωμάτων** (στις ομοσπονδιακές ενώσεις των Ταμείων ασφάλισης της υγείας, στην ένωση των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης και στην γερμανική Ομοσπονδία των νοσοκομείων). Το θεσμικό πλαίσιο συγκεκριμενοποιούσε επίσης ότι το σύστημα θα έπρεπε να εφαρμοστεί σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα από το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς. Οι ψυχιατρικές ιατρικές υπηρεσίες εξαιρούνταν καθώς το σύστημα κρίθηκε ανεπαρκές για να συμπεριλάβει τέτοιου είδους υπηρεσίες.

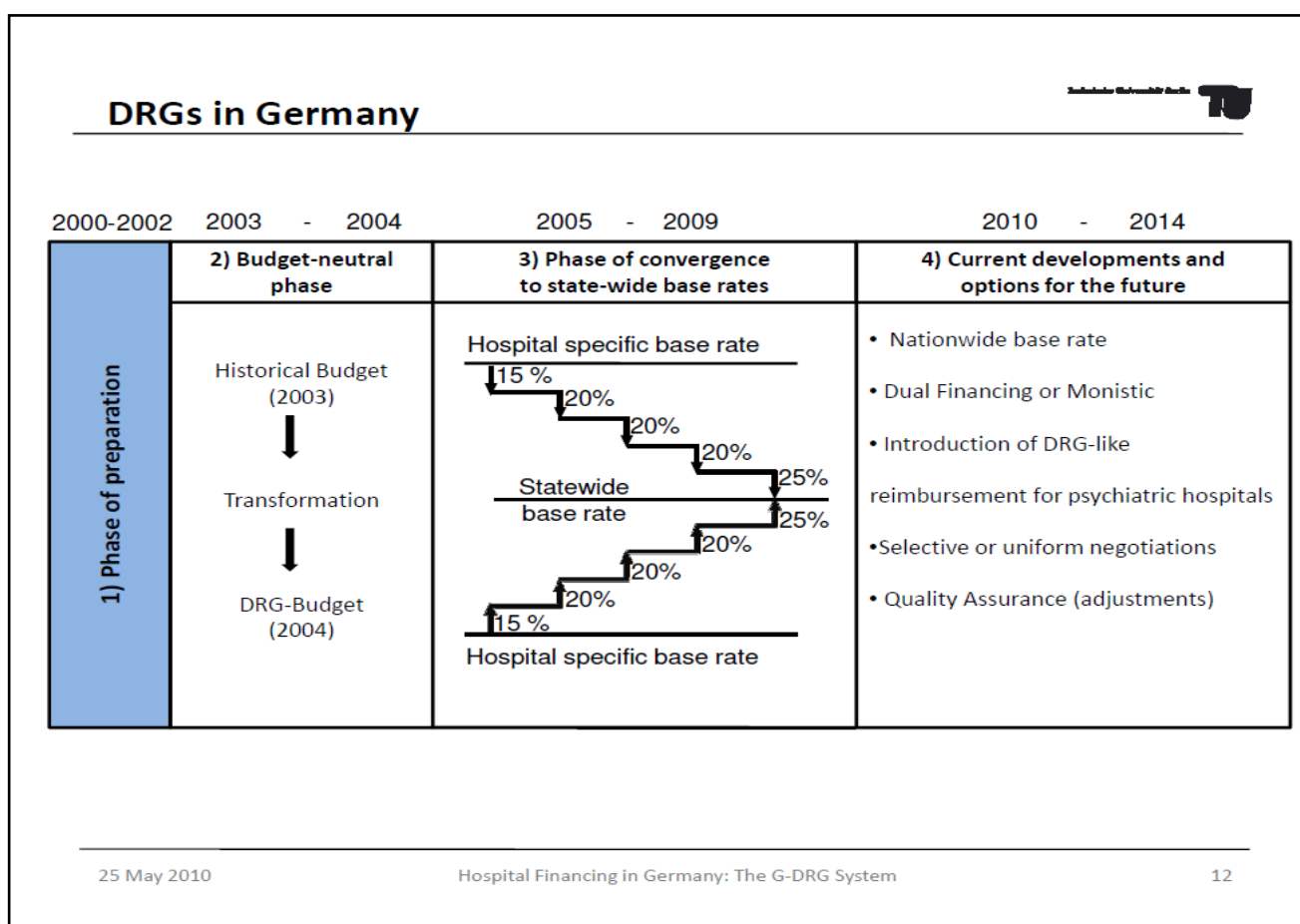
Όσον αφορά στην τεχνική διαχείριση του συστήματος η κοινή επιτροπή των αυτοδιαχειριζόμενων φορέων που αναφέρθηκαν παραπάνω ίδρυσε **το Ινστιτούτο για το σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων (InEK)** το οποίο παρέχει την οργανωτική δομή για τη συλλογή των δεδομένων από τα νοσοκομεία και την τεχνική υποστήριξη. Αυτή τη στιγμή περίπου 1700 νοσοκομεία, το 80% των νοσοκομείων,

λαμβάνουν αποζημιώσεις μέσω του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.

### 3.1.3 Φάσεις εισαγωγής

Η εισαγωγή των DRGs στην Γερμανία χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις οι οποίες απεικονίζονται παρακάτω

Τον Ιούνιο του 2000 η Κοινή Επιτροπή των φορέων αποφάσισε να χρησιμοποιήσει το αυστραλιανό υπόδειγμα των DRGs ως βάση για να αναπτυχθεί το **γερμανικό G-DRG σύστημα**. Έτσι σταδιακά προσαρμόσαν το αυστραλιανό μοντέλο στα γερμανικά δεδομένα και ανέπτυξαν γερμανικούς κώδικες κατάταξης – κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων ( German classification codes - OPS) καθώς και τους κώδικες διάγνωσης (German Modification codes for diagnosis / ICD-10-GM) που



**Σχήμα 5:** Φάσεις εισαγωγής των DRGs στην Γερμανία, πηγή: Quentin 2010

αποτελούν γερμανική τροποποίηση. Ο κατάλογος OPS χρησιμοποιεί περίπου 22.000 κωδικούς και περιλαμβάνει διαγνωστικές διαδικασίες επεμβατικές ή μη, επεμβατικές



πράξεις, θεραπευτικές ιατρικές διαδικασίες, ακόμα και την χορήγηση ακριβών φαρμάκων που χορηγούνται βάσει ειδικού καταλόγου. Μετά από πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος σε νοσοκομεία το 2001, προετοιμάστηκε μία πρώτη εκδοχή των DRGs με 664 ομάδες κατηγοριών μέχρι το τέλος του 2002. Οι ασθενείς σε αυτήν την αρχική φάση κατατάσσονταν βάσει ενός αλγόριθμου σε μία από τις υπάρχουσες ομάδες περιπτώσεων των DRGs ενώ για τις περιπτώσεις υψηλού κόστους όπως μεταμοσχεύσεις ή νοσηλεία στις μονάδες εντατικής θεραπείας το DRG οριζόνταν απευθείας από την διαδικασία. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο αλγόριθμος καθοριζόνταν βάσει της πρωταρχικής διάγνωσης, των διαδικασιών, της δευτερεύουσας διάγνωσης και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς (π.χ ηλικία, φύλο). Οι περιπτώσεις εξωνοσοκομειακές περίθαλψης δεν περιλαμβάνονται στο σύστημα (Quentin et al 2011).

Από την πρώτη κατάταξη του 2003 ο κατάλογος των DRGs έχει ενημερωθεί σε ετήσια βάση, βάσει αναλύσεων κλινικών και κοστολογικών δεδομένων, ενώ λαμβάνονται υπόψη στην διαδικασία αυτή προτάσεις από τα νοσοκομεία και από ιατρικές επαγγελματικές ενώσεις. Το 2010 οι κατηγορίες έφτασαν τις 1200.

Από το 2003 που ξεκινάει η δεύτερη φάση εισαγωγής και μετά από 2 χρόνια πιλοτικής εφαρμογής τους, τα νοσοκομεία μπορούσαν εθελοντικά να κατατάσσουν τους ασθενείς τους σε DRGs με το κίνητρο ότι μπορούσαν να διαπραγματευτούν υψηλότερους προϋπολογισμούς. Τον επόμενο χρόνο όλα τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να το κάνουν αυτό και έτσι το 2004 ορίζεται ως το έτος συνολικής εφαρμογής του συστήματος. Στην διάρκεια αυτής της φάσης οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων διαφοροποιούνταν ανάλογα με το case mix του κάθε νοσοκομείου. Αυτό εφαρμόστηκε έτσι ώστε το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με το δικό του μείγμα ασθενών να υπολογίσει το δικό του base rate. Η αποζημίωση γίνονταν βάσει διαφοροποιημένου base rate για κάθε νοσοκομείο. Με το να χρησιμοποιείται ένα συγκεκριμένο base rate για κάθε νοσοκομείο εξασφάλιζε ότι το σύνολο όλων των DRG-πληρωμών θα έφτανε περίπου στο ύψος των προϋπολογισμών προηγούμενων ετών. Έτσι αρχικά τα νοσοκομειακά base rates ποίκιλλαν ειδικά μεταξύ των μικρών αγροτικών νοσοκομείων και των μεγάλων αστικών νοσοκομείων, κάτι που αντανάκλούσε ιστορικές διαφορές στις διαπραγματεύσεις που γίνονται για το ύψος των προϋπολογισμών και πιθανά ότι η βάση δεδομένων για τον υπολογισμό των cost weights δεν ήταν επαρκώς αντιπροσωπευτική στην πρώτη εκδοχή των G-DRG.

Κατά τη διάρκεια της τρίτης φάσης, της φάσης σύγκλισης των τιμών, από το 2005 έως το 2010 τα εξατομικευμένα base rates σταδιακά συνέκλιναν προς ένα ενιαίο base rate σε επίπεδο κρατιδίου. Ένα base rate δηλαδή για κάθε κρατίδιο. Τα διαπολιτειακά base rates έγιναν αντικείμενο διαπραγμάτευσης αρχικά το 2005 και χρησιμοποιήθηκαν ως στοιχείο σύγκρισης για τα νοσοκομειακά base rates σε κάθε κρατίδιο. Το 2005, έτος που ξεκίνησε η χρηματοδοτική λειτουργία, η σύγκλιση του νοσοκομειακού προς το πολιτειακό base rate ορίστηκε στο 15%. Το 2006 στο 35% (15% συν 20%). Μέχρι το 2009 τέθηκε στόχος να συγκλίνουν όλα τα νοσοκομειακά base rates με αυτό του κρατιδίου (15%, 20%, 20%, 20%, 25% πρόσθετη σύγκλιση ανά έτος). Το 2010 όλα τα νοσοκομεία αποζημιώθηκαν βάσει του πολιτειακού base rate.

<b>Development of the G-DRG-System</b>								
Year	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Change to 2008 (absolute)
<b>DRGs (total)</b>	664	824	878	954	1082	1137	<b>1192</b>	<b>+ 55</b>
<b>Inpatient DRGs</b>	664	824	878	952	1077	1132	<b>1187</b>	<b>+ 55</b>
- calculated relative weight	642	806	845	912	1035	1089	<b>1146</b>	<b>+ 57</b>
- non-calculated relative weight	22	18	33	40	42	43	<b>41</b>	<b>- 2</b>
<b>„Outpatient“ DRGs</b>	0	0	0	2	5	5	<b>5</b>	<b>± 0</b>
- calculated relative weight	0	0	0	1	1	1	<b>1</b>	<b>± 0</b>
- non-calculated relative weight	0	0	0	1	4	4	<b>4</b>	<b>± 0</b>
<b>DRGs – affiliated physicians</b>	642	739	762	748	771	933	<b>882</b>	<b>- 51</b>

**Σχήμα 6.** Εξέλιξη των DRGs στην Γερμανία, Πηγή: Malzahn 2009

Παραταύτα, οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί εξακολουθούν να είναι διαπραγματεύσιμοι, σύμφωνα με τις διαφοροποιήσεις του case mix. Εάν ένα νοσοκομείο εξυπηρετήσει περισσότερες από τις περιπτώσεις που διαπραγματεύτηκε, τότε το ποσοστό DRG-αποζημίωσης μειώνεται κατά ένα συγκεκριμένο ποσοστό και αντίστροφα αυξάνεται εάν ο αριθμός εξυπηρετούμενων περιπτώσεων μειωθεί.

Τα κλινικά δεδομένα που οδηγούν στην ομαδοποίηση των DRGs συλλέγονται από όλα τα γερμανικά νοσοκομεία και μεταφέρονται στα Ασφαλιστικά Ταμεία και στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες για να αποζημιωθούν τα νοσοκομεία. Πριν πραγματοποιηθούν οι πληρωμές, τα Ιατρικά Συμβούλια Επιθεώρησης των Ταμείων

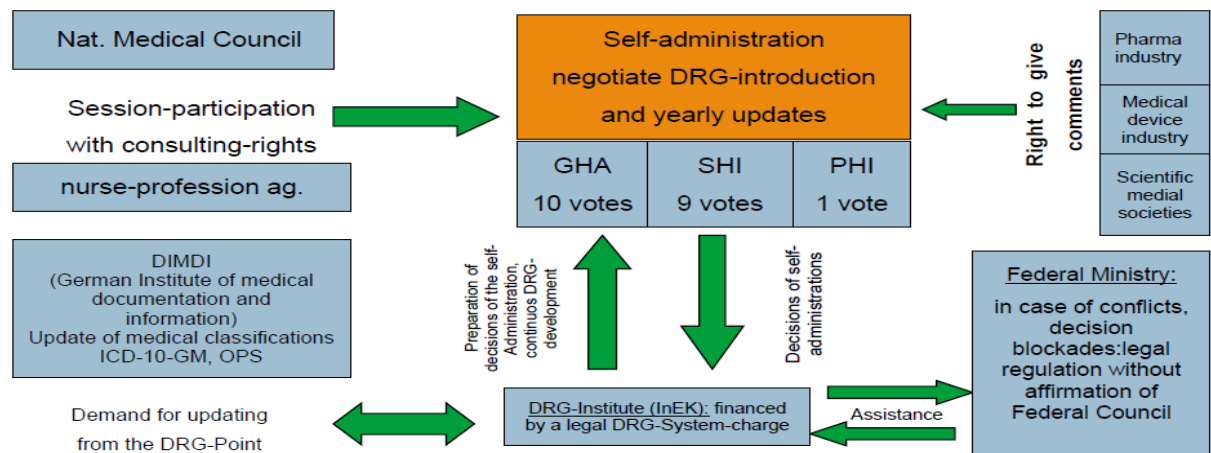
ελέγχουν τα παραληφθέντα στοιχεία, μήπως εντοπίσουν τυχόν λάθος ή απάτη των νοσοκομείων, όπως χρεώσεις ακατάλληλων υλικών στους ασθενείς ή κατάταξη ασθενούς σε ανώτερη – ακριβότερη κατηγορία DRG από αυτή που θα έπρεπε να είναι. Επιπλέον τα κλινικά δεδομένα από όλα τα νοσοκομεία συμπεριλαμβανομένων και των δομικών στοιχείων των νοσοκομείων όπως ο αριθμός κρεβατιών, ο αριθμός προσωπικού, τα συνολικά κόστη, δίνονται σε ένα **Κέντρο Δεδομένων** στο οποίο γίνονται έλεγχοι των δεδομένων αυτών πριν προωθηθούν στο **InEK** για την ανάπτυξη του νέου G-DRG καταλόγου.

Τα δεδομένα κόστους συλλέγονται από ένα δείγμα 250 νοσοκομείων, τα οποία είναι προσαρμοσμένα σε ένα πρότυπο σύστημα κοστολόγησης που έχει αναπτυχθεί από το InEK. Τα νοσοκομεία αυτά υπολογίζουν τα κόστη σε επίπεδο ασθενούς καθώς συλλέγουν πληροφορίες για τις ατομικές υπηρεσίες που παρέχονται σε κάθε ασθενή. Όπως τα κλινικά και τα δομικά δεδομένα, έτσι και τα κοστολογημένα στοιχεία αποστέλλονται στο InEK για να υπολογιστούν τα κόστη ανά DRG (cost weights). Τα cost weights για κάθε DRG υπολογίζονται από το InEK ετησίως. Για να υπολογιστούν τα cost weights ανά DRG, πρώτα εντοπίζονται τα inliers (περιπτώσεις ανά κατηγορία που εντάσσονται στη μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS – Length Of Stay)). Αυτά ορίζονται με το να αποκλείονται τα outliers, οι περιπτώσεις με παραπάνω χρόνο νοσηλείας ( η παρέκλιση που λαμβάνεται υπόψη είναι συνήθως περισσότερο από το διπλάσιο της μέσης διάρκειας νοσηλείας) ή με πολύ μικρό χρόνο νοσηλείας (λιγότερο από το 1/3 της μέσης διάρκειας νοσηλείας). Αφού υπολογιστεί το κόστος ανά DRG βάσει των inliers τότε υπολογίζονται και τα κόστη που αφορούν τις συμπληρωματικές χρεώσεις που προκύπτουν από τις παραπάνω ή λιγότερες ημέρες νοσηλείας.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν και οι πληροφορίες για τεχνολογικές καινοτομίες έτσι ώστε να ενημερώνονται διαρκώς οι βάσεις δεδομένων και τα συστήματα κωδικοποίησης. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται από το **Γερμανικό Ινστιτούτο Ιατρικής Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (German Institute for Medical Documentation and Information - DIMDI)**.

# German experiences with the implementation of a DRG-System

## Institutional Framework



Σχήμα 7. Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των DRGs στην Γερμανία, Πηγή: Malzahn 2009

Το Υπουργείο υγείας δεν παρεμβαίνει στις διαπραγματεύσεις μεταξύ των φορέων-αντιπροσωπευτικών σωματείων ασφαλισμένων και επαγγελματιών υγείας, έχει καθαρά διαιτητικό ρόλο προάγοντας τις συμφωνίες σε περιπτώσεις αδυναμίας συναγής τους. Επίσης έχει την ευθύνη για την ομαλή εξέλιξη του συστήματος των DRGs και την εφαρμογή συνολικά του νομοθετικού τους πλαισίου.

### 3.1.4 Πρόσφατες εξελίξεις και συμπεράσματα

Το 2009 η Πράξη “ Hospital Financing Reform Act” – KHRG, εισάγει περισσότερες τροποποιήσεις στο σύστημα χρηματοδότησης της Γερμανίας. Τα πολιτειακά base rates έχουν προγραμματιστεί να συγκλίνουν σε ένα ενιαίο base rate σε εθνικό επίπεδο, μέχρι το 2015. Επίσης τα κυβερνητικά σώματα των κρατιδίων υποχρεούνται να αναπτύξουν και να εισάγουν, μέχρι το 2013, την αποζημίωση βάσει των DRGs και για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Στην διαδικασία αυτή θα συμπεριληφθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και οι θεραπευτικές προσπάθειες. Επίσης το 2012 οι κυβερνήσεις των κρατιδίων αποκτούν το δικαίωμα να εγκαταλείψουν το υπάρχον σύστημα της δυαδικής χρηματοδότησης και να ακολουθήσουν το **μονιστικό σύστημα** (single payer), με το να προσαρμόσουν το σύστημα πληρωμών χρησιμοποιώντας επενδυτικά cost weights. Και οι τρεις αυτές

εξελίξεις δείχνουν ότι η μέθοδος των DRGs αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο για τη Γερμανία και ότι αναμένουν όλο και περισσότερα οφέλη από αυτό.

Σε μία σχεδόν δεκάχρονη διαδικασία μιας προσεκτικής εισαγωγής των γερμανικών G-DRGs το σύστημα έχει γίνει ευρέως αποδεκτό και γενικά θεωρείται ως μία επιτυχία (Quentin et al 2011). Οι στόχοι που αναφέρονταν στο σχεδιασμό του νέου πλαισίου, αφορούσαν στην διαφάνεια, την αποδοτικότητα και την ποιότητα. Επίσης το σύστημα στόχευε στην ελεγχόμενη και οριοθετημένη αποζημίωση των νοσοκομείων με την εξασφάλιση της καλύτερης κατανομής των χρηματοοικονομικών πόρων, σε ίσες τιμές αποζημίωσης της φροντίδας για παρόμοιους ασθενείς, σε βελτιωμένη συγκρισιμότητα των υπηρεσιών νοσηλείας μεταξύ νοσοκομείων και μεταξύ κρατιδίων, καθώς και στην μείωση της σπατάλης εξαιτίας των ανεπαρκών δομών (Mazahn 2009).

Οι παραπάνω στόχοι επιτεύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Ο θετικός αντίκτυπος που έχει το σύστημα είναι γιατί εξασφάλισε την αύξηση της διαφάνειας στον νοσοκομειακό τομέα, ενώ επίσης γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι έχει συνεισφέρει στην μεγαλύτερη αποδοτικότητά του. Επιπλέον έχει βελτιώσει και διατηρήσει σε υψηλά επίπεδα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα οι ετήσιες ενημερώσεις των γερμανικών DRGs μετά από διεξοδική ανάλυση των δεδομένων από το InEK, το οποίο συνεργάζεται στη διαδικασία αυτή με τους σημαντικότερους μετόχους του συστήματος υγείας, είναι κάτι που ενδυναμώνει το σύστημα των DRGs αλλά και γενικότερα το σύστημα υγείας (Quentin et al 2011). *Ωστόσο τα DRGs συνιστούν απλά ένα εργαλείο και δεν αποτελούν πανάκεια. Το πως θα αξιοποιηθούν θετικά τα DRGs εξαρτάται από το πολιτικό πλαίσιο καθώς και από τις πολιτικές αποφάσεις (Malzahn 2009).*

## 3.2 Εισαγωγή των DRGs στην Ιταλία – Περιβάλλον εφαρμογής τους



### 3.2.1 Το σύστημα υγείας της Ιταλίας

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας είναι ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale (SSN)) με αποκεντρωμένη δομή, το οποίο ιδρύθηκε με την μεταρρύθμιση του 1978. Εντάσσεται στα συστήματα τύπου Beveridge που σημαίνει ότι παρέχει καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού με μηδενική χρηματατική επιβάρυνση σε οποιοδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών απευθυνθεί ο πολίτης και εφόσον ο φορέας αυτός ανήκει στο SSN.

Το σύστημα διαρθρώνεται σε τρία διοικητικά επίπεδα, το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό (Donatini et al 2001).

**Το εθνικό επίπεδο** επιφορτίζεται με την εξασφάλιση της επίτευξης των γενικών στόχων και των θεμελιωδών αρχών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Lo Scalzo et al 2009). Επίσης είναι υπεύθυνο για την προαγωγή της συμβατότητας και της συνοχής του συνόλου του αποκεντρωμένου, αποτελούμενου από περιφέρειες, συστήματος υγείας

(HOPE 2006). Επι κεφαλής σε αυτό το επίπεδο βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας το οποίο μέσα από τα τμήματα και τις υπηρεσίες του φροντίζει για

- Τον προγραμματισμό της πολιτικής υγειονομικής φροντίδας
- Την χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας
- Το πλαίσιο κανόνων
- Την παρακολούθηση του συστήματος
- Την γενική διακυβέρνηση των Εθνικών Ινστιτούτων για την Επιστημονική Έρευνα (IRCCS – Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) (Donatini et al 2001).

**Οι περιφερειακές κυβερνήσεις**, μέσω των περιφερειακών τους υγειονομικών τμημάτων είναι αρμόδιες για την παροχή και διανομή ενός πακέτου υπηρεσιών μέσω ενός δικτύου, Τοπικών αρχών – Οργανισμών Υγειονομικής Διαχείρισης (*azienda sanitaria locale*, ‘local health enterprises’ (ASLs)), και δημοσίων και ιδιωτικών διαπιστευμένων νοσομείων. Το δίκτυο αυτό συγκροτείται βάσει του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας Υγείας (Lo Scalzo et al 2009). Οι περιφερειακές διοικήσεις έχουν υπό την ευθύνη τους, τον υγειονομικό προγραμματισμό της περιφέρειάς τους, την οργάνωση και τον έλεγχο του (HOPE 2006). Πιο συγκεκριμένα σχεδιάζουν την κατανομή των πόρων, τα κριτήρια χρηματοδότησης, φροντίζουν για την τεχνική υποστήριξη των νοσοκομείων, ενώ ελέγχουν και αξιολογούν το έργο συνολικά και εξατομικευμένα των Τοπικών Αρχών και των νοσοκομείων. Υπάρχει όμως μία αξιοσημείωτη παρέκλιση μεταξύ του νότου και του βορρά όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι παρουσιάζεται μία σημαντική διαπεριφερειακή ροή ασθενών, ιδιαίτερα προκειμένου να λάβουν υψηλού επιπέδου φροντίδα κυρίως στα τριτοβάθμια νοσοκομεία.

Ο κατάλογος των υπηρεσιών (*livelli essenziali di assistenza (LEAs)*), που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (SSN) καθορίζεται σε όρους μίας θετικής και αρνητικής λίστας. Η θετική λίστα περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που το SSN πρέπει να παρέχει ομοιόμορφα σε όλες τις περιφέρειες. Οι Περιφέρειες έχουν το δικαίωμα να προσφέρουν παραπάνω από τις υπηρεσίες της λίστας στον πληθυσμό τους, θά πρέπει όμως να εξασφαλίσουν οι ίδιες τους πόρους καθώς δεν χρηματοδοτούνται από την

κεντρική διοίκηση. Η αρνητική λίστα αποκλείει καθορισμένες υπηρεσίες βάσει ορισμένων κριτηρίων, όπως αποδεδειγμένη κλινική αναποτελεσματικότητα.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι, τις τελευταίες δεκαετίες, στα Εθνικά Συστήματα Υγείας με περιφερειακή δομή, επικρατεί η τάση να παραχωρούνται σημαντικές αποφασιστικές αρμοδιότητες σε οργανωμένους φορείς και στις περιφέρειες, τόσο διαπραγματευτικού (συμβάσεις) όσο και οργανωτικού και ελεγκτικού χαρακτήρα. Στην Ιταλία ο κύριος άξονας των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στη δεκαετία του 1990 αφορούσε σε διαδικασίες αποκέντρωσης, με την ταυτόχρονη εκχώρηση πολιτικών και οικονομικών εξουσιών στις περιφέρειες εξασφαλίζοντάς τους διοικητική αυτοτέλεια και την παραχώρηση σημαντικής διαχειριστικής αυτονομίας στις ομάδες συμφερόντων προμηθευτών και αγοραστών φροντίδων υγείας (Κυριόπουλος και συν 2008). Επίσης η μερική ρύθμιση του 1992 εισήγαγε στοιχεία σύγχρονου management και οιοονεί ανταγωνισμού στην οργάνωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και έθεσε τις βάσεις για τη βελτίωση της απόδοσης των νοσοκομείων, καθιερώνοντας την αρχή «τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή» (Σκοπελίτης 2010). οι περιφέρειες και η κεντρική διοίκηση καθορίζουν από κοινού υγειονομικούς στόχους οι οποίοι θα πρέπει να γίνουν σαφώς αντιληπτοί από τις περιφέρειες προκειμένου να επιτευχθούν.

**Το τοπικό επίπεδο** επιφορτίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες της περιοχής ευθύνης του. Έχοντας ως στόχο αυτό, έχει υπό την ευθύνη του ένα δίκτυο δημοσίων και ιδιωτικών προμηθευτών υγείας οι οποίοι λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο και χωρίζονται σε **τέσσερις κατηγορίες**: τοπικές υγειονομικές μονάδες, δημόσια νοσοκομειακά τραστ, ινστιτούτα έρευνας και ιδιωτικοί διαπιστευμένοι προμηθευτές (Donatini et al 2001).

Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος, ως σύστημα Beveridge κυρίως προέρχεται από την φορολογία. Η φορολογία πραγματοποιείται σε περιφερειακό επίπεδο και υπολογίζεται επί των εισοδημάτων των εργαζομένων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, και επί του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας. Πιο συγκεκριμένα η κατανομή των πόρων που χρηματοδοτούν συνολικά το σύστημα υγείας της χώρας, δημόσιο και ιδιωτικό έχει ως εξής:

- Τοπικοί φόροι (36.7%)
- ΦΠΑ (35,67%)
- Ιδιωτικές ασφαλιστικές εισφορές (1,05%)



- Out of pocket πληρωμές (27,21%)

Η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑεγχΠ αυξήθηκαν από το 7,95% το 1990 στο 8,7% το 2007. Η δημόσια δαπάνη στην υγεία υπολογίστηκε το 2007 στο 77,0% της συνολικής δαπάνης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Ιταλία έχει ένα από τα μικρότερα ποσοστά δαπανών για την υγεία στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όσον αφορά τις δαπάνες σε περιφερειακό επίπεδο παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των περιφερειών που οφείλονται σε δημοσιονομικούς παράγοντες (Lo Scalzo et al 2009).

Από το 1997 η χρηματοδότηση των περιφερειών πραγματοποιείται από την κεντρική διοίκηση. Για την πρωτοβάθμια φροντίδα ισχύει το σύστημα του gatekeeping όπου η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται με την κατά κεφαλήν μέθοδο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη συγκεντρώνει το 45% της κεντρικής χρηματοδότησης. Τα κριτήρια με βάση τα οποία γίνεται η συνολική χρηματοδότηση ανά περιφέρεια είναι η ζήτηση των υπηρεσιών, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η σύνθεσή του. Ο νοσοκομειακός τομέας αποτελείται από 669 δημόσια, 540 ιδιωτικά κερδοσκοπικά και 84 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία. Επίσης το 66,5% των κρεβατιών είναι δημόσια, 27,59% ιδιωτικά κερδοσκοπικά και το 5,86% ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά.

Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν βάσει του συστήματος του σφαιρικού – κλειστού προϋπολογισμού. Το 1995 πραγματοποιήθηκαν μία σειρά μεταρρυθμίσεων που κυρίως αφορούσαν τις αλλαγές στην χρηματοδότηση, αλλάζοντας την προσέγγιση των σφαιρικών προϋπολογισμών βασισμένη στα ανά περιστατικό DRGs με στόχο τον έλεγχο του αυξανόμενου κόστους των νοσοκομείων και αναγκάζοντάς τα να είναι υπόλογα της παραγωγικότητάς τους (Μπαλασοπούλου 2010). Ήδη με τη μεταρρύθμιση του 1992, είχε εισαχθεί η προοπτική χρηματοδότηση και το σύστημα των DRGs η οποία παράλληλα παρείχε την πληρη διοικητική ευθύνη στα νοσοκομεία καθώς και την ευθύνη της χρηματοοικονομικής διαχείρισης.

Γενικότερα τη δεκαετία του '90 με τις μεταρρυθμίσεις, τα νοσοκομεία και οι τοπικές μονάδες υποστηρίχθηκαν στο να αναπτύξουν εργαλεία μανάτζμεντ σχετικά με τον προϋπολογισμό και τον υπολογισμό του κόστους, τέτοια ώστε να οδηγηθούν σε επαρκή χρηματοοικονομικό εφοδιασμό. Συμπληρωματικά με τα εργαλεία αυτά υπάρχουν μηχανισμοί που ελέγχουν τις υπερβολικές δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων: την κατά διαστήματα καταγραφή του προσωπικού, τη σύναψη συμβουλευτικών συμβολαίων, καθώς και την απαραίτητη έγκριση που δίνεται στα νοσοκομεία

προκειμένου να συναλλαγούν με την αγορά. Υπάρχουν επίσης και μηχανισμοί που αναπτύσσονται απευθείας από τις περιφέρειες.

### ***3.2.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών***

Η εισαγωγή των DRGs αποτελεί μέρος της μεταρρύθμισης του ιταλικού συστήματος υγείας που πραγματοποιήθηκε το 1992, με στόχο να αναδειχθεί ένα καινούργιο πρότυπο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα και παρεχόμενης φροντίδας επικεντρωμένης στον ασθενή.

Οι λόγοι εισαγωγής τους αφορούσαν στην ενίσχυση της ευθύνης για θέματα τόσο οικονομικά όσο και κλινικά στην παροχή φροντίδας, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της επίδοσης του υγειονομικών φορέων καθώς και τη κλινική και οικονομική αποδοτικότητα τους. Άλλη μία επιδίωξη ήταν το να παραχωρηθεί στις περιφέρειες και στις τοπικές υγειονομικές μονάδες ένα απλό εργαλείο με στόχο την βελτίωση της διαχείρισης και του σχεδιασμού των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πολιτική απόφαση εισαγωγής των DRGs λήφθηκε από την ιταλική κυβέρνηση. Η τεχνική υποστήριξη του ιταλικού DRG-συστήματος υποστηρίχθηκε από το **Υπουργείο Υγείας**, το **Εθνικό Ινστιτούτο Υγειονομικής Έρευνας** και ένα επιλεγμένο **Σώμα νοσοκομείων και δημόσιων ιδρυμάτων** (HOPE 2006).

Η περίοδος μετάβασης από το παλιό στο νέο σύστημα των DRGs έγινε την περίοδο 1995 έως 1997. Πρίν από αυτό υπήρξε μία διετής δοκιμαστική περίοδος από το 1993 έως το 1994 σε έναν μικρό αριθμό νοσοκομείων η οποία καθοδηγήθηκε από το Υπουργείο Υγείας (HOPE 2006).

Αρχικά η εισαγωγή των DRGs δημιούργησε ενδιαφέρον και ενθουσιασμό μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, καθώς ανέμεναν την βελτίωση της διακυβέρνησης του υγειονομικού τομέα με το να γίνεται ακριβής καταγραφή των νοσοκομειακών προϊόντων. Ο ενθουσιασμός αυτός σύντομα μειώθηκε και αντικαταστάθηκε από φόβο και αγωνία καθώς το νέο σύστημα χρησιμοποιήθηκε επίσης για την αξιολόγηση της απόδοσης των επαγγελματιών. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι γιατροί να στραφούν εναντίον των DRGs γιατί θεωρούν ότι δεν συνάδουν με την καθημερινή εργασία και κουλτούρα τους (HOPE 2006).

Το νομοθετικό πλαίσιο το οποίο καθόριζε τα χαρακτηριστικά του συστήματος ήταν το νομοθετικό διάταγμα του 1994. Σύμφωνα με αυτό το ιταλικό σύστημα των DRGs υιοθετούσε την δέκατη έκδοση των αμερικανικών HCFA DRGs (σημερινά CMS – DRGs). Το σύστημα ταξινόμησης των ασθενειών ήταν το ICD – 9 CM, ενώ αρχικά αναπτύχθηκαν 25 κύριες και 489 Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Σήμερα το εθνικό σύστημα περιλαμβάνει 523 DRGs τα οποία εξακολουθούν να προκύπτουν από 25 κύριες Διαγνωστικές κατηγορίες (MDC) ενώ από το 1992 τα εθνικά DRGs έχουν αναθεωρηθεί δύο φορές, το 1997 και το 2006.

Στην φάση της μετάβασης μέχρι και την εφαρμογή του νέου συστήματος η χρηματοδότηση γίνονταν βάσει ενός μείγματος του παλιού και του νέου τρόπου χρηματοδότησης. Τα νοσοκομεία ήταν εξασφαλισμένα κατά 80% όσον αφορούσε στον παλιό τους προϋπολογισμό και το 20% αποζημιώνονταν βάσει των προσαρμοσμένων τιμών των DRGs. Επιπρόσθετα τα νοσοκομεία μπορούσαν να λάβουν πληρωμές (lump sum) είτε για ειδικές λειτουργίες, είτε προκειμένου να ακολουθήσουν νέα προγράμματα φροντίδας.

Το 1995 δόθηκε από την κυβέρνηση στις περιφέρειες το δικαίωμα να επιλέξουν μεταξύ δύο τρόπων υιοθέτησης του συστήματος. Μπορούσαν είτε να εφαρμόσουν τις τιμές των εθνικών DRGs ως ανώτατο όριο, με δυνατότητα μείωσης ως και 20% ανά κατηγορία είτε να εφαρμόσουν η κάθε μία ένα αυτόνομο σύστημα. Αυτό θα γίνονταν είτε με τον καθορισμό του κόστους ανά DRG από όλα τα νοσοκομεία της περιφέρειας, είτε με το καθορισμό του κόστους ενός συγκεκριμένου αριθμού κατηγοριών DRG και οι υπόλοιπες κατηγορίες θα είχαν τις τιμές του εθνικού συστήματος. 16 από τις 21 περιφέρειες υιοθέτησαν τα εθνικά DRGs. Η αρμόδια υπηρεσία για την επικαιροποίηση των εθνικών DRGs είναι η **Ειδική Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας**, για τα περιφερειακά είναι οι **Ειδικές Διευθύνσεις των περιφερειών** και παράλληλα μία **Εθνική Επιτροπή** όπου συμμετέχουν και οι περιφέρειες και η κεντρική κυβέρνηση.

Τη δεκαετία του '90 οι περιφέρειες ήταν κυρίως αρμόδιες για την εφαρμογή των DRGs με κατευθυντήριες οδηγίες από την κυβέρνηση. Την τρέχουσα περίοδο, όμως είναι αρμόδιες για τη διαμόρφωση πολιτικών και για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα DRGs. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι περιφέρειες να μπορούν να επαναπροσδιορίζουν τα εργαλεία για τον προσδιορισμό των case mix ή τις τιμές των DRGs, να διαπραγματεύονται ελάττωση τιμών ή να θέτουν συνεισφορές (HOPE 2006). Τη βάση για αποζημίωση των νοσοκομείων αποτελεί ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης

προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες συνθήκες. Σταδιακά και μέχρι το 1997 όλες οι περιφέρειες ενσωμάτωσαν αυτή τη μέθοδο.

Οι αποζημιώσεις βάσει των DRGs αφορούν αποκλειστικά το λειτουργικό κόστος και δεν περιλαμβάνουν τις κεφαλαιουχικές επενδύσεις. Αρχικά αποφασίστηκε, η συλλογή δεδομένων για προσδιορισμό του κόστους να γίνει από ένα μικρό αριθμό νοσοκομείων. Έτσι το 1994 και έχοντας ως γνώμονα τη διαθεσιμότητα στοιχείων κόστους, την αντιπροσωπευτικότητα ως προς τον εθνικό πληθυσμό σε σχέση με την κατανομή τους σε γεωγραφικό επίπεδο, καθώς και την ύπαρξη ολοκληρωμένων δεδομένων δραστηριότητας επιλεχθησαν 8 νοσοκομεία από όπου θα γίνονταν η συλλογή. Σημαντικό επίσης στοιχείο για την επιλογή ήταν και το επίπεδο της ετήσιας δραστηριότητας των νοσοκομείων για το 2003.

Ο υπολογισμός του κόστους γίνεται βάσει της μεθόδου του πλήρους κόστους και περιλαμβάνονται οι αμοιβές του προσωπικού, η ανάλωση υλικών και φαρμάκων, οι αποσβέσεις ιατρικών μηχανημάτων, έμμεσα κόστη κατά τμήμα και σε επίπεδο νοσοκομείου (διοικητικά και λοιπά έξοδα) (Σκοπελίτης 2010).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα νοσοκομεία είναι τεσσάρων κατηγοριών.

- Κανονική πολυήμερη νοσηλεία με συγκεκριμένες τιμές ανά ημέρα και DRG
- Ημερήσια νοσηλεία με συγκεκριμένες τιμές ανά DRG
- Περίθαλψη επιπλέον ημερών με ημερήσιο νοσήλιο
- Μακροχρόνια νοσηλεία με ενιαίο εκτός DRG νοσήλιο

Στο ιταλικό σύστημα υγείας, μετά την εισαγωγή των DRGs ενθαρρύνεται η χρήση της ημερήσιας νοσηλείας και αποθαρρύνεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, καθώς επικρατεί η πεποίθηση ότι η χρήση της νοσοκομειακής φροντίδας μπορεί να μειωθεί χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα της. Αποτέλεσμα της πεποίθησης αυτής ήταν ότι οι τάσεις μεταξύ των ετών 1993 και 1996 έδειξαν σημαντική μείωση των νοσοκομειακών εισαγωγών, της μέσης διάρκειας νοσηλείας και των ημερών νοσηλείας.

### **3.2.3 Αντίκτυπος της εφαρμογής των DRGs – Συμπεράσματα**

Όσον αφορά στα νοσοκομεία, η εισαγωγή των DRGs είχε άμεση επίδραση σε ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς. Πιο συγκεκριμένα:

- Μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, όπως ήδη αναφέρθηκε
- Επαναπροσδιορισμός του τύπου και του αριθμού των εξετάσεων ρουτίνας
- Μείωση του αριθμού των κρεβατιών
- Η χρήση των case mix έδωσε τη δυνατότητα για μιά καλύτερη αποτύπωση της εικόνας του υγειονομικού τομέα κάτι που εφοδίασε τη διοίκηση με την ικανότητα του σχεδιασμού και του ελέγχου των δαπανών.
- Για τους ασθενείς η αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού τομέα προσέφερε καλύτερη διαχείριση της λίστας αναμονής, αύξησε την προσβασιμότητα. Μαζί με τα DRGs όμως εισήχθησαν μέτρα που άλλαξαν τις μέχρι τότε συνήθειες των ασθενών, όπως οι out of pocket εισφορές όπως τα εισιτήρια εισόδου και η ιδιωτική δραστηριότητα γιατρών μέσα στα νοσοκομεία.

Η εισαγωγή των DRGs άνοιξε νέους δρόμους στον σχεδιασμό της ασφάλισης της υγείας. Υπάρχει η δυνατότητα ενός σαφέστερου προσδιορισμού των υπηρεσιών που παρέχονται. Γενικότερα το σύστημα των DRGs ενίσχυσε τον καλύτερο έλεγχο στον υγειονομικό προϋπολογισμό της χώρας και ως επακόλουθο την σταθεροποίηση της κατανάλωσης των πόρων, κάτι που έχει θετικό αντίκτυπο στους φορολογούμενους μέσω της προοπτικής μείωσης των φόρων.

### 3.3 Εισαγωγή των DRGs στην Γαλλία – Περιβάλλον εφαρμογής τους



#### 3.3.1 Το σύστημα υγείας της Γαλλίας

Το γαλλικό σύστημα υγείας εντάσσεται στα συστήματα που ακολουθούν το μοντέλο Bismarck (ύπαρξη ασφαλιστικών ταμείων από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα), παράλληλα όμως έχει κάποια στοιχεία και από το μοντέλο Beveridge τα οποία αντικατροπτίζονται στο μοντέλο του ενός δημόσιου πληρωτή, στην τρέχουσα αυξανόμενη σημασία της αύξησης φορολογίας εισοδήματος για χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην ισχυρή κρατική παρέμβαση. Το βασικότερο στοιχείο του συστήματος είναι η ύπαρξη Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Υγείας (SHI), η οποία μέσω ποικιλόμορφων σχημάτων εξασφαλίζει την υγειονομική ασφάλιση σχεδόν του 100% του πληθυσμού.

Η παροχή φροντίδας μοιράζεται μεταξύ ιδιωτικών γιατρών που πληρώνονται κατά πράξη, ιδιωτικών κερδοσκοπικών νοσοκομείων, ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και δημοσίων νοσοκομείων. Η δικαιοδοσία όσον αφορά την διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία και τη διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος,

διαμοιράζεται μεταξύ της κεντρικής διοίκησης (κοινοβούλιο, κυβέρνηση, υπουργείο υγείας), Υποχρεωτικής Ασφάλισης της Υγείας – Κοινωνική Ασφάλιση και σε ένα μικρότερο βαθμό στις τοπικές κοινότητες ιδιαίτερα σε περιφερειακό επίπεδο. Στις περιφέρειες οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Νοσοκομείων (APH's) είναι αρμόδιες για τον προγραμματισμό και την κατανομή πόρων στο νοσοκομειακό τομέα. Παρόλαυτα τις τελευταίες δύο δεκαετίες με τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει επιχειρείται να μεταβιβαστούν περισσότερες αρμοδιότητες στις περιφέρειες όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη διαμόρφωση πολιτικής και διαχείρισης του συστήματος, ιδιαίτερα στο πεδίο του σχεδιασμού (Chevreul et al 2010).

Ο σχεδιασμός και οι διάφορες ρυθμίσεις προκύπτουν μετά απο διαπραγματεύσεις μεταξύ των εκπροσώπων των Παρόχων (νοσοκομεία, επαγγελματίες υγείας), του κράτους, που αντιπροσωπεύεται από το Υπουργείο Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης. Το αποτέλεσμα αυτών των διαπραγματεύσεων ενσαρκώνεται σε διάφορες διοικητικές αποφάσεις και σε νόμους που ψηφίζονται από το κοινοβούλιο (Chevreul et al 2010). Οι πάροχοι αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση ή από τον ασθενή ο οποίος με τη σειρά του αποζημιώνεται από το Ασφαλιστικό του Ταμείο. Οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών καθορίζονται μέσα από τις διαπραγματεύσεις των παρόχων και των ταμείων και εγκρίνονται από το Υπουργείο Υγείας.

Η χρηματοδοτική ευθύνη κυρίως βαρύνει την Κοινωνική Ασφάλιση η οποία χρηματοδοτεί τα τρία τέταρτα της συνολικής δαπάνης για την υγεία, παραχωρώντας σημαντικό κομμάτι σε συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης όπως η εθελοντική ασφάλιση. Το 2007 η συνολική δαπάνη στην υγεία υπολογίστηκε περί τα 208 δις ευρώ ή γύρω στο 11% του ΑεγχΠ. Από το 1996 η ετήσια δαπάνη της Κοινωνικής Ασφάλισης περιορίζεται μέχρι ένα ανώτατο όριο (ONDAM). Η κοινωνική ασφάλιση χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας - εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%.

Τα δημόσια νοσοκομεία χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: 562 γενικά νοσοκομεία, 29 περιφερειακά νοσοκομεία, 349 τοπικά και 93 ψυχιατρικά. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία είναι 1750 και τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά 1400. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Το 1983 εισάγεται στα νοσοκομεία το σύστημα του Σφαιρικού – Κλινικού Προϋπολογισμού (clinical budget). Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων χρηματοδοτούνται σε 12 μηνιαίες δόσεις από τα ταμεία, μέσω των Περιφερειών και βάσει του ποσοστού χρηματοδότησής τους από την Κοινωνική Ασφάλιση. Κάθε Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές (Τούντας 2009).

### ***3.3.2 Εισαγωγή και εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών***

Η απόφαση για την εισαγωγή των DRGs, λήφθηκε το 1986, από τον υπουργό υγείας. Με την εισαγωγή τους προσδοκούσαν να χρησιμοποιηθεί ένα όμοιο σύστημα για όλα τα νοσοκομεία (κερδοσκοπικά και μή) με το οποίο να συγκλίνουν οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με αυτό το σύστημα δίνονταν επίσης η ευκαιρία στα νοσοκομεία να αναλύσουν το δικό τους case mix, τις θεραπευτικές λειτουργίες τους καθώς και τη διάρθρωση του κόστους τους. Τα DRGs εισήχθησαν ως συμπληρωματική μέθοδος για την καλύτερη απόδοση των σφαιρικών προϋπολογισμών με στόχο ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων να αντανακλά την πραγματική νοσοκομειακή δραστηριότητα. Επιχειρούνταν επίσης η πρόθεση συγκεκριμένων υπηρεσιών (π.χ χειρουργεία ημέρας) και η ενίσχυση της διαφάνειας (HOPE 2006).

Το έτος εισαγωγής τους ήταν το 1989. Η χρηματοδοτική λειτουργία αποφασίστηκε με την μεταρρύθμιση “Hospital 2007” το 2003, οπότε και εισήχθει η προοπτική χρηματοδότηση των νοσοκομείων (ΤΖΑ) βάσει του συστήματος των DRGs (Garrigues 2009). Το επόμενο έτος το 2004, άρχισε η χρηματοδότηση βάσει του νέου συστήματος.

Η πρώτη έκδοση των DRGs βασίστηκε στο αμερικανικό σύστημα. Το σύστημα ταξινόμησης ασθενειών ήταν το ICD-9. Ύστερα από 10 χρόνια συλλογής δεδομένων η Γαλλία για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων της διαμόρφωσε και εφάρμοσε τη γαλλική εκδοχή των DRGs (GHM-Groupes Homogeneous de Maladies). Ο στόχος είναι μέχρι το 2012 να χρηματοδοτείται το 100% της δραστηριότητας των νοσοκομείων μέσω των GHM, ενώ μέχρι τότε χρηματοδοτούνται σε ένα κλιμακούμενο ποσοστό των



εσόδων τους (10% το 2004, 25% το 2005, 50% το 2008, 100% το 2012). η γαλλική εκδοχή των **ιατρικών πράξεων** πάνω στην οποία στηρίζεται η γαλλική ταξινόμηση των GHM, είναι το **σύστημα NGAP** και η μετεξελιξή του το **CCAM**. Η CCAM ανταποκρίνεται σε μία ταξινομική λογική με βάση τα ανατομικά συστήματα και τις οργανικές λειτουργίες. Περιλαμβάνει 7.620 κωδικούς καταχωρημένους σε 19 κεφάλαια. Στις ταξινομήσεις αυτές αποτυπώνονται το κλινικό έργο, οι αμοιβές των γιατρών, η κοστολόγηση των επεμβατικών διαδικασιών και η κοστολόγηση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Κυριόπουλος 2010).

Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω των GHM από το 2005 για το 100% των εσόδων τους. Οι τιμές όμως διαφέρουν μεταξύ των νοσοκομείων εξαιτίας των διαφοροποιήσεων στην αποζημίωση που προέρχεται από το προηγούμενο σύστημα αποζημίωσης τους (ημερήσιο νοσήλιο), όπως και εξαιτίας του διαφορετικού βαθμού τεχνικής εξειδίκευσης και υψηλής τεχνολογίας. Ο σχεδιασμός για την εφαρμογή των DRGs προωθεί τον ανταγωνισμό μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, ενώ στο πλάνο χρηματοδότησης 2004-2012 υπάρχει ο στόχος για κοινά καθορισμένες εθνικές τιμές τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Την ευθύνη για την εφαρμογή του συστήματος κεντρικά την έχει το Υπουργείο Υγείας, ενώ σε περιφερειακό επίπεδο την έχουν οι Περιφερειακές Αρχές (ARH). Πρέπει να σημειωθεί ότι πρόσφατα ο στόχος για σύγκλιση των τιμών μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων επανακαθορίστηκε για το 2018.

Οι τιμές (tariffs) των GHM καθορίζονται ετησίως σε εθνικό επίπεδο. Οι τιμές διαφέρουν μεταξύ των ιδιωτικών και των δημοσίων νοσοκομείων. Οι τιμές που ισχύουν για τα δημόσια ισχύουν και για τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά. Οι τιμές για τα δημόσια περιλαμβάνουν όλα τα κόστη που πραγματοποιούνται σε μία μέρα (συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών του ιατρικού προσωπικού, όλες τις εξετάσεις και τις διαδικασίες που παρέχονται), ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν περιλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών (πληρώνονται με την κατά πράξη μέθοδο), οι βιολογικές εξετάσεις και οι εξετάσεις απεικόνισης (Zeynep Or 2009).

Η σημερινή έκδοση των GHM είναι η ενδέκατη, αναθεωρήθηκε το 2008 και περιλαμβάνει 27 κύριες και 2291 διαγνωστικές κατηγορίες και το σύστημα ταξινόμησης είναι το ICD-10-CM.

Η Τεχνική Υπηρεσία Νοσοκομειακής Περίθαλψης – ΑΤΠΗ είναι υπεύθυνη για την τεχνική υποστήριξη του συστήματος, την εναρμόνιση των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων. Έχει επίσης αναλάβει την κοστολόγηση και την

τιμολόγηση των τεχνικών διαδικασιών, ενώ είναι αρμόδια για την επικαιροποίηση των ταξινομήσεων και των κωδικοποιήσεων. Συλλέγει τα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα στο πλαίσιο της Εθνικής Μελέτης Κόστους, αναθεωρεί τις τεχνικές διαδικασίες και παρέχει πληροφορίες για τα GHM στα νοσοκομεία.

Η διαδικασία ένταξης των περιπτώσεων νοσηλείας στα DRGs στα νοσοκομεία έχει ως εξής: αρχικά εκδίδεται το Τυποποιημένο Αρχείο Εξόδου (RSS), κατά την εξαγωγή του ασθενούς πάνω στο οποίο αποτυπώνονται οι υπηρεσίες που του παρασχέθηκαν σε κάθε ένα τμήμα από τα οποία πέρασε. Στη συνέχεια με τη βοήθεια των *groupers* των τμημάτων τα RSS ταξινομούνται βάσει της κύριας διάγνωσης. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι υπάρχουν κύριες κατηγορίες για περιπτώσεις, όπως είναι οι μεταμοσχεύσεις που δεν ταξινομούνται βάσει της κύριας διάγνωσης. Μετά από αυτό και αφού γίνει αναφορά σε όλες τις διαδικασίες που ακολουθήθηκαν εντάσσονται στα GHM. Τα κριτήρια ένταξης είναι κριτήρια όπως η ηλικία, τυχόν δευτερεύουσα διάγνωση, επιπλοκές και σπανιότερα κατάσταση εξόδου.

### **3.3.3 Πρόσφατες εξελίξεις – Συμπεράσματα**

Τα τελευταία χρόνια οι κυβερνήσεις της Γαλλίας, παράλληλα με την εφαρμογή των DRGs έχουν προχωρήσει σε διάφορες μεταρρυθμίσεις. Σε μία από τις τελευταίες, στη μεταρρύθμιση της **Εθνικής Ασφάλισης της Υγείας**, τέθηκαν Εθνικοί Στόχοι για τις Νοσοκομειακές Δαπάνες, δημιουργήθηκε ο Ρυθμιστικός Μηχανισμός όγκου/τιμών των υπηρεσιών, βάσει του οποίου γίνεται η τιμολόγηση κάθε κατηγορίας GHM ετησίως και συστάθηκε μία Επιτροπή ( Επιτροπή για την Αξιολόγηση της Εφαρμογής της μεταρρύθμισης για την Δραστηριότητα των Τιμών), η οποία αξιολογεί (HOPE 2006):

- Τον αντίκτυπο των μεταρρυθμίσεων όσον αφορά την νοσοκομειακή δραστηριότητα και τις νοσοκομειακές προμήθειες
- Την αποδοτικότητα των μεταρρυθμίσεων
- Την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Γαλλία.

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των DRGs, πολλοί από τους αρχικούς στόχους έχουν επιτευχθεί (π.χ προώθηση υπηρεσιών - χειρουργεία ημερας). Παρουσιάζονται όμως αρκετά μειονεκτήματα. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία εξακολουθεί να υπάρχει επιλογή των ασθενών, ενώ στα δημόσια που δεν μπορούν να αρνηθούν την εισαγωγή ασθενούς

υπαρχει η τάση αύξησης της κερδοσκοπικής δραστηριότητας. Εξαιτίας την προοπτικής χρηματοδότησης υπαρχει η τάση για αύξηση των ημερών διαμονής στα νοσοκομεία βάσει της οποίας υπολογίζεται η αποζημιωσή τους. Επίσης αναλύσεις δείχνουν ότι το 20% με 25% των τιμών των GHM είναι κάτω του κόστους με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων να είναι σε δεινή οικονομική κατάσταση (Garrigues 2009).

## Κεφάλαιο 4. Εισαγωγή των DRGs στην Ελλάδα

### 4.1 Στάδια εισαγωγής – Ρυθμιστικό πλαίσιο

Η αναγκαιότητα εφαρμογής των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών στο ελληνικό σύστημα υγείας κυρίως επισπεύθηκε από την υποχρέωση που ανέλαβε η χώρα στο Μνημόνιο (MoU) για καθιέρωση ενός νέου τρόπου κοστολόγησης εσωτερικών ασθενών του ΕΣΥ μέχρι 31/3/2011. Στις **19/10/2010** με την **Αρ. Πρωτ. 129424 Απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας** συγκροτήθηκε μία **Επιτροπή** η οποία ανέλαβε τη **διερεύνηση εφαρμογής των DRGs** στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα το έργο της επιτροπής σύμφωνα με την απόφαση ήταν

- Η δημιουργία ελληνικής λίστας DRGs, μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που ταιριάζει στο ΕΣΥ
- Η κοστολόγησή της συνολικά και χωρίς τη μισθοδοσία (με αντιστοιχίσεις υλικών – φαρμάκων) ώστε να ανταποκρίνεται στα δεδομένα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και Ασφάλισης
- Η αντιστοίχιση των GR-DRGs και των κοστολογήσεων τους α) με την πρόσφατη μετάφραση του ICD-10 και β) τις κατηγορίες της Υπουργικής Απόφασης του 1998, που αποτελεί την υπάρχουσα βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων.

Το έργο της επιτροπής ορίζονταν να ολοκληρωθεί έως 31/12/2010.

Η προσπάθεια προετοιμασίας των νοσοκομείων να προσαρμοστούν στον επικείμενο νέο τρόπο χρηματοδότησης, έγινε νωρίτερα, όταν το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε ότι σταδιακά θα έπρεπε να γίνεται μια κατάταξη των νοσηλεύομενων περιστατικών στα Νοσοκομεία αλλά και στα Κέντρα Υγείας βάσει της Κωδικοποίησης Νόσων – Διαγνώσεων (ICD-10). Για το λόγο αυτό ενημέρωσε με έγγραφο του τις ΔΥΠΕ της χώρας διαβιβάζοντας παράλληλα την κωδικοποίηση ICD-10, ότι θα έπρεπε να ενημερώσουν τους εποπτευόμενους φορείς τους για την πιλοτική εφαρμογή του Προγράμματος Κατάταξης των Περιστατικών, βάσει ICD-10 από 1-7-2010 και ότι από 1-10-2010 θα ξεκινούσε η πλήρης εφαρμογή του.

Η επιτροπή δημιουργίας των ελληνικών DRGs επέλεξε ως βάση για την διαμόρφωση του τελικού πίνακα τη μετάφραση του αυστραλιανού προτύπου AR-DRG. Στην Αυστραλία, η ανάπτυξη των AR-DRG ολοκληρώθηκε το Δεκέμβριο του 1998 και από τότε αναθεωρούνται κάθε δύο χρόνια. Η τελευταία έκδοσή τους AR-DRGs

(version 6.0), η οποία μεταφράστηκε για τα ελληνικά DRGs, χρησιμοποιείται από το Νοέμβριο του 2008 και ενσωματώνει το ICD-10 (απ' όπου προέκυψε το Australian Modification ICD-10-AM), την αυστραλιανή κατηγοριοποίηση των ιατρικών παρεμβάσεων (ACHI) και τις αυστραλιανές οδηγίες κωδικοποίησης (ACS). Στη διαδικασία αναθεώρησης του συμμετέχουν το υπουργείο υγείας, η αρμόδια επιτροπή για το case mix, πανεπιστήμια, υγειονομικές περιφέρειες, ομάδες κωδικοποίησης. Αυτό που θεωρείται ως κομβικό σημείο για την αρτιότητα του αυστραλιανού υποδείγματος είναι η ενεργός συμμετοχή των γιατρών μέσω της επιτροπής του case mix, καθώς διασφαλίζεται με τον τρόπο αυτό η ακρίβεια των διαδικασιών.

Η επιτροπή αφού ολοκλήρωσε την προτασή της, μέσω του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου παρέδωσε μία λίστα 700 Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (KEN-DRGs), προς γνωμοδότηση στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), μεταφρασμένα και κοστολογημένα με τέτοιο τρόπο ώστε να αντανακλούν όσο το δυνατόν την ελληνική πραγματικότητα. Το κείμενο της επιτροπής και η λίστα των KEN εξετάστηκαν σε κοινή συνεδρίαση της Εκτελεστικής Επιτροπής με την Επιτροπή Κοστολόγησης του ΚΕΣΥ στην οποία εγκρίθηκε το έργο της επιτροπής και αποφασίστηκαν τα νοσοκομεία στα οποία θα εφαρμόζονταν πιλοτικά τα KEN.

Με την **Αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ.85649-27/7/2011 Κοινή Υπουργική Απόφαση** των υπουργών Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών αποφασίστηκε η εφαρμογή νέας τιμολόγησης με τη μέθοδο των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων και δημοσιεύεται η λίστα των KEN. Η λίστα περιλαμβάνει τον Κωδικό του KEN, τη Περιγραφή του (π.χ. Μεταμόσχευση ήπατος), το Κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά KEN. Σύμφωνα με την απόφαση όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας του κάθε KEN, τότε τις πρόσθετες μέρες θα καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία με βάση την ΚΥΑ του 1998 και όπως αναπροσαρμόζεται και απεικονίζεται στην παραπάνω ΚΥΑ των KEN. Το ίδιο θα συμβαίνει με κάθε νέο KEN μέχρι να λάβει την αντίστοιχη κοστολόγηση. Αρχικά αποφασίστηκε ότι θα ίσχυε οριστικά από 1/10/2011. Με την εγκύκλιο **Αρ.Πρωτ: 94622-23/08-2011** «Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ενεργειών για τη εφαρμογή KEN-DRGs το 2011», επαναπροσδιορίζεται η 1/1/2012 ως ημερομηνία πλήρους και οριστικής εφαρμογής του νέου συστήματος.

Για την παρακολούθηση της εφαρμογής του νέου συστήματος συγκροτήθηκε **Ομάδα Εργασίας** με την **Αρ. Πρωτ: ΔΥ1δ/οικ.61655/2-6-2011**, οι εργασίες της

οποίας θα διαρκέσουν από 1-7-2011 έως 31-12-2011. Έργο της ομάδας είναι η σύνταξη οδηγού οδηγιών εφαρμογής του νέου συστήματος, παρακολούθηση όλων των Γραφείων Κίνησης των νοσοκομείων από 1-7-2011, η μέθοδος αντιστοίχισης κωδικοποίησης ICD10 με KEN-DRGs έως 1-9-2011, ο συντονισμός εκπαίδευσης των χρηστών από 1-7-2011, καθώς και προτάσεις για λογιστική ενιαία εφαρμογή με ESY.net έως 1-9-2011.

## **4.2 Διαδικασία Εφαρμογής – Το παράδειγμα του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»**

Η πιλοτική εφαρμογή του νέου συστήματος αποφασίστηκε για τα παρακάτω νοσοκομεία:

### **· 1η ΥΠΕ :**

Γ.Ν.Αθηνών «ΚΑΤ»

Γ.Ν. «Η Αγία Σοφία»

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς

Γ.Ν. ΚΩΝ/ΛΕΙΟ «Η Αγία Όλγα»

### **· 2η ΥΠΕ :**

Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Γ.Ν. Σύρου

Κρατικό Θεραπευτήριο – Κ.Υ. Λέρου

Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

### **· 3η ΥΠΕ:**

Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν. «Νάουσας»

Γ.Ν. Κατερίνης

### **· 4η ΥΠΕ:**

Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Γ.Ν. Καβάλας

### **· 5η ΥΠΕ:**

Γ.Ν. Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

Γ.Ν. Λαμίας

### **· 6η ΥΠΕ:**

Γ.Ν. Καλαμάτας

Γ.Ν. Ιωαννίνων «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

### **· 7η ΥΠΕ:**

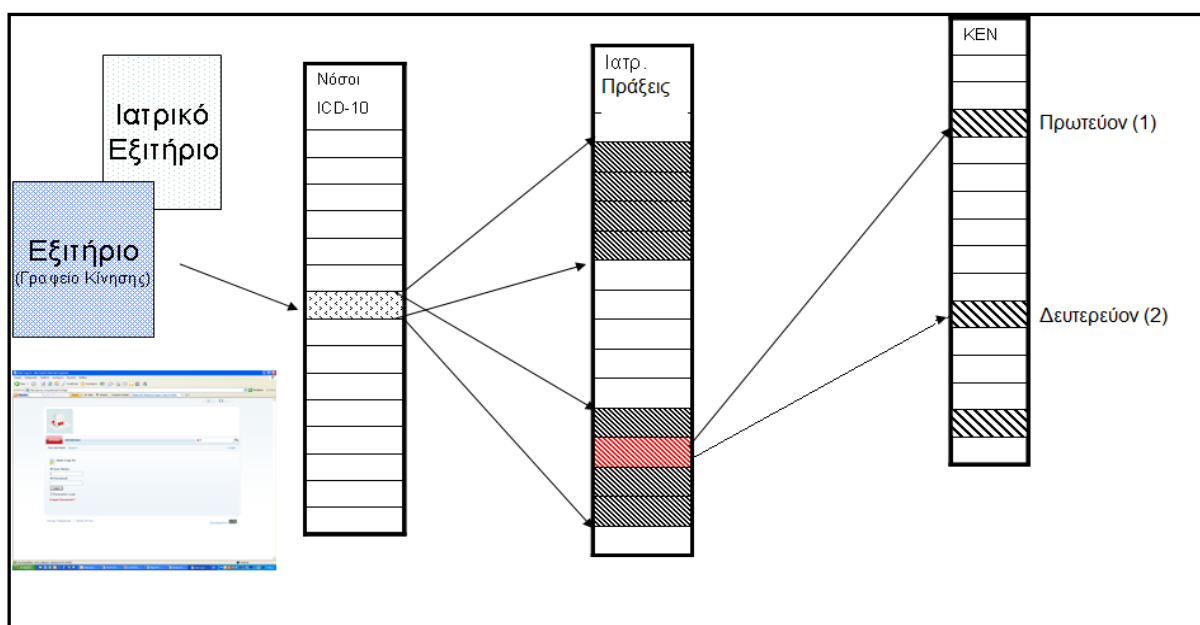
Γ.Ν. Ρεθύμνου

Το ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» όπως και τα υπόλοιπα νοσοκομεία όπου εφαρμόζεται πιλοτικά το σύστημα, δρουν βάσει της εγκυκλίου με Αρ.Πρ:68460-17/6/2011 «Οδηγίες πιλοτικής εφαρμογής KEN-DRGs στο ΕΣΥ από 1-7-2011». Για την προετοιμασία και την σωστή εφαρμογή των προγραμματισμένων βημάτων εισαγωγής των DRGs στο νοσοκομείο έχει συσταθεί από τις αρχές Μαΐου «**Ομάδα πιλοτικής εφαρμογής νέων Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων**». Η ομάδα αυτή αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη και υπάλληλους κυρίως του Τμήματος Κίνησης και του Τμήματος Πληροφορικής. Η ομάδα συνεργάζεται με υπάλληλο της εταιρείας πληροφορικής που έχει εγκαταστήσει το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του χρονοδιαγράμματος όλες οι νοσοκομειακές μονάδες θα πρέπει μέχρι τις 9/9/2011 να προσαρμόσουν τα πληροφοριακά συστήματα τιμολόγησης των υπηρεσιών τους σύμφωνα με τις απαιτήσεις για την εφαρμογή των KEN (κωδικοί νόσων ICD-10, κωδικοί Ιατρικών Πράξεων, τιμές και κωδικοί KEN). Από 9/9 έως 31/12/2011 θα εκκαθαρίζουν και θα υποβάλλουν προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία τα νοσήλια με τον σημερινό τρόπο αλλά και με τη χρήση του κωδικού KEN. Από την πρώτη ημέρα πιλοτικής εφαρμογής και μέχρι 30/9/2011 στο εξιτήριο αρχικά χειρόγραφα και έπειτα μηχανογραφικά θα αναγράφονται από τους γιατρούς οι κωδικοί διαγνώσεων κατά ICD-10, καθώς και οι κωδικοί Ιατρικών Πράξεων. Από 1/10/2011 θα αναγράφονται επίσης και οι κωδικοί των KEN από τον υπάλληλο του Λογιστηρίου Ασθενών ενώ έως τότε η αντιστοίχιση του KEN με το ICD-10 και τις ιατρικές πράξεις θα γίνεται μόνο μέσα στο σύστημα πάλι από τον υπάλληλο, χωρίς να φαίνεται στο εξιτήριο. Ο υπάλληλος θα εισάγει επίσης και την πραγματική Διάρκεια Νοσηλείας σε ημέρες. Η χρηματοδότηση από τα Ταμεία σύμφωνα με το νέο σύστημα (πλήρης και οριστική εφαρμογή) θα γίνει από 1/1/2012. Προκειμένου να καθοδηγηθούν οι υπάλληλοι σε αυτή τη διαδικασία έχει αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας **Εγχειρίδιο τεχνικών οδηγιών** καθώς και **Εγχειρίδιο οδηγιών αντιστοίχισης των KEN** με τις Ιατρικές Πράξεις και το ICD-10. Η διαδικασία που ακολουθείται για το εξιτήριο ισχύει και για το εισιτήριο, όμως όπως αναφέρθηκε και στο «ΑΤΤΙΚΟΝ» κάτι τέτοιο θα εφαρμοστεί αργότερα. Όσα στοιχεία θα λαμβάνουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία θα αποστέλλονται μηνιαίως και ηλεκτρονικά στην **Ομάδα Εργασίας** για επεξεργασία των στοιχείων.

Κάθε ένα από τα πιλοτικά νοσοκομεία έχει αναλάβει να αντιστοιχίσει έναν συγκεκριμένο αριθμό KEN. Η ομάδα που το αναλαμβάνει ονομάζεται ομάδα

κωδικοποιητών ΚΕΝ (στο «ΑΤΤΙΚΟΝ») εκπρόσωποι από όλες τις υπηρεσίες, ευέλικτο σχήμα). Ο υπεύθυνος για κάθε κωδικοποιητή αναγράφεται σε λίστα που υπάρχει επίσης στο site του υπουργείου υπό τον τίτλο «Κατάλογος 25 κωδικοποιητών». Το «ΑΤΤΙΚΟΝ» έχει αναλάβει τέσσερις κατηγορίες: Τις Λοιμώξεις, τις Παθήσεις αιμοποιητικού, τις Ασθένειες ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος καθώς και τις Λοιπές ομάδες - λάθη προβλήματα. Οι υπευθυνοι γιατροί του συγκεκριμένου νοσοκομείου που έχουν αναλάβει τη διαδικασία αυτή, έχουν εμπειρία σε Νοσογραφία κατά ICD-10 από το εξωτερικό. Όσον αφορά τις λοιμώξεις η διαδικασία αντιστοίχισης έχει ολοκληρωθεί και έχει ήδη αποσταλλεί στην **Ομάδα Εργασίας** για την παρακολούθηση της εφαρμογής των ΚΕΝ.



**Σχήμα 8.** Παράδειγμα Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ, Πηγή: εγκύκλιος ΥΥΚΑ με Α.Π: οικ 94622/23-8-2011

Προκειμένου να αξιολογηθεί η πορεία της εφαρμογής, έχουν καθοριστεί βάσει του χρονοδιαγράμματος μηνιαίες συνταντήσεις των φορέων που συμμετέχουν. Κατά τη μηνιαία σύσκεψη του Σεπτεμβρίου στην οποία θα συμμετέχουν το **Υπουργείο**, οι **ΔΥΠΕ** και οι **Νοσοκομειακές Διοικήσεις** θα πρέπει να εκτιμηθεί κατά πόσο τα νοσοκομεία έχουν ολοκληρώσει τις αλλαγές στα πληροφοριακά συστήματα τιμολόγησης και αν είναι σε θέση να εφαρμόσουν παραγωγικά τα ΚΕΝ. Τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο θα παρακολουθείται από τις ΔΥΠΕ η πορεία υλοποίησης και στο τέλος κάθε μήνα θα γίνεται σύσκεψη για ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η **ΕΠΥ** αναλαμβάνει να ολοκληρώσει την αντιστοίχιση υλικών κάθε ΚΕΝ και ο **ΕΟΦ** την



αντιστοίχιση φαρμάκων κάθε ΚΕΝ (σε συνεργασία με ΕΚΕΒΥΛ και ΙΦΕΤ) έως 30/11/2011.

## **Κεφάλαιο 5. Συγκριτική παρουσίαση – Αξιολόγηση ευρημάτων**

Εξετάζοντας τα παραδείγματα των τριών ευρωπαϊκών χωρών που αναλύθηκαν παραπάνω, παρατηρείται ότι πριν ή παράλληλα με την εισαγωγή του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών είχαν προχωρήσει στην υιοθέτηση σύγχρονων δομών διακυβέρνησης αλλά και νέων εργαλείων μανάτζμεντ. Υπήρξε δηλαδή μία κατάλληλη προετοιμασία τόσο στο περιβάλλον στο οποίο θα εισέρχονταν τα DRGs όσο και στα βήματα τα οποία ακολούθησαν μέχρι την πλήρη εφαρμογή τους.

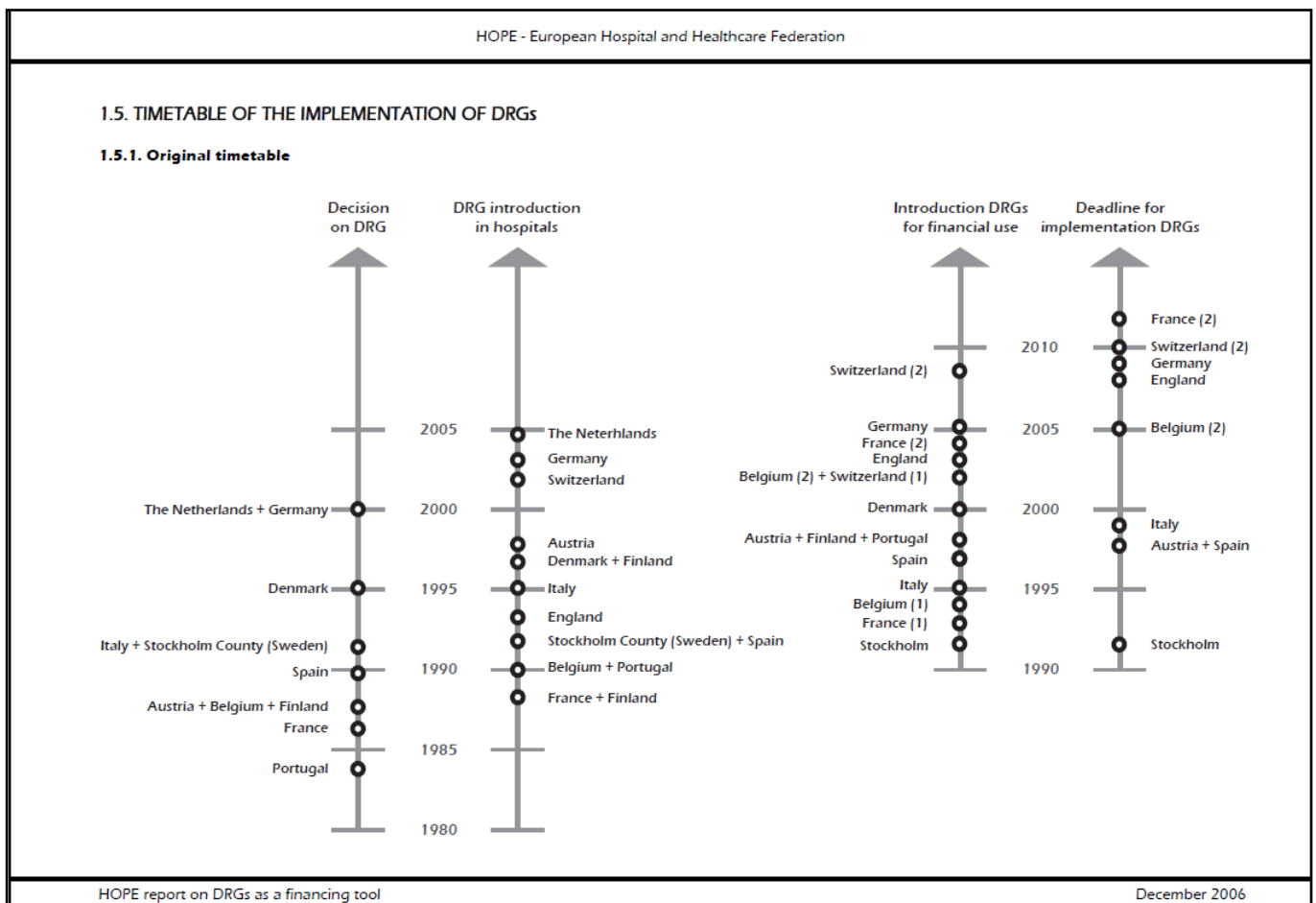
Κάθε χώρα προσάρμοσε το σύστημα στις ανάγκες του δικού της μηχανισμού χρηματοδότησης (ποιος πληρώνει και με ποια διαδικασία) και στις δυνατότητες του δικού της συστήματος κοστολόγησης. Επίσης καμία χώρα δεν έκανε αυτόματα τη μετάβαση από το παλιό στο νέο σύστημα. Υπήρξαν διάφορα μεταβατικά σημεία μέχρι να φτάσουν τελικά στην ώριμη φάση ανάπτυξης.

Όπως αναφέρθηκε, κάθε χώρα έθετε συγκεκριμένους στόχους στη φάση απόφασης για την εφαρμογή του συστήματος, μερικοί από τους οποίους ήταν κοινοί και στις τρεις χώρες (βελτίωση αποδοτικότητας, αξιολόγηση (hospital benchmarking), συγκράτηση κόστους, διαφάνεια). Στην Ελλάδα παρόλο που η εισαγωγή των DRGs αποτελούσε αίτημα χρόνων, κυρίως από τους managers του χώρου της υγείας, δεν τίθενται ξεκάθαρα οι επιδιωκόμενοι στόχοι από την εφαρμογή τους.

Η πιλοτική περίοδος ήταν αρκετά μεγάλη και για τις τρεις χώρες. Η Γερμανία και η Ιταλία είχαν μία δίχρονη δοκιμαστική περίοδο ενώ η Γαλλία εισήγαγε το σύστημα των DRGs το 1989, αλλά ξεκίνησε τη χρηματοδοτική λειτουργία το 2004. Η συλλογή δεδομένων για την γαλλική εκδοχή των DRGs κράτησε πάνω από 10 χρόνια. Στην Ελλάδα, αντίστοιχα η πιλοτική περίοδος είχε προγραμματιστεί σε διάστημα 6 μηνών, το οποίο είναι όμως ακόμα μικρότερο, αφού ουσιαστικά ο νέος τρόπος τιμολόγησης (αναφορά του κόστους του ΚΕΝ στο εξιτήριο) ξεκινάει από 1 Οκτωβρίου μέχρι την αρχή του επόμενου έτους όταν και θα ξεκινήσει η πλήρης εφαρμογή και χρηματοδότηση βάσει των ΚΕΝ.

Η εδραίωση του συστήματος στις ευρωπαϊκές χώρες επιτεύχθηκε σε μακροχρόνιο διάστημα, μέσα στο οποίο πραγματοποιούνταν αναθεώρηση - επικαιροποίηση των DRGs. Αυτό αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αποτελεσματικότητά του, καθώς εναρμονίζει τις πληρωμές με τις αλλαγές και τις εξελίξεις στην παροχή της περίθαλψης. Η αναθεώρηση αφορά το περιεχόμενο και την τιμολόγηση του κάθε DRG. Κάτι τέτοιο κρίνεται απαραίτητο για την επιτυχία της εφαρμογής στην Ελλάδα. Ήδη υπάρχει προγραμματισμός για τη δημιουργία ενός φορέα που θα αντιστοιχεί το κάθε ΚΕΝ με την δαπάνη σε μόνιμη βάση. Η ακρίβεια της δαπάνης εξασφαλίζεται με την κοστολόγηση των **ενδεδειγμένων κλινικών διαδρομών** για κάθε ομάδα, στη βάση μιας διαδικασίας δυναμικής και ατέρμονης. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση του συστήματος, για αξιολόγησή του και αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν.

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα η διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής ενός συστήματος DRGs διαρκεί περίπου από 3 Εως 5 έτη.



**Σχήμα 9.** Χρόνος Ανάπτυξης DRGs σε ευρωπαϊκές χώρες, Πηγή: HOPE 2006

Αναντικατάστατη κρίνεται και η συμβολή των πληροφοριακών συστημάτων των χωρών σε όλη τη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος των DRGs, τόσο στη φάση της εισαγωγής, όσο και στις φάσεις αναθεώρησης. Μέσω των πληροφοριακών συστημάτων συλλέγονται στοιχεία για την νοσοκομειακή δραστηριότητα και έτσι δημιουργούνται βάσεις δεδομένων που οδηγούν στην κατηγοριοποίηση των ασθενών. Όσον αφορά στα ελληνικά νοσοκομεία, η χρήση της πληροφορικής για την ολοκλήρωση των διαδικασιών τους, δεν ανταποκρίνεται ούτε στις σημερινές δυνατότητες της τεχνολογίας αλλά και ούτε στις σημερινές ανάγκες των νοσοκομείων.

Η πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων δεν έχει Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα. Συνήθως τα υγειονομικά και τα διοικητικά τμήματα δεν επικοινωνούν μεταξύ τους ηλεκτρονικά παρά σε ελάχιστα νοσοκομεία. Παράλληλα και δεδομένων των συνθηκών που αναφέρθηκαν, τίθεται ο προβληματισμός, κατά πόσο, σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα, θα επιτευχθεί η απαραίτητη ενίσχυση του λογισμικού των συστημάτων τους, ώστε να υποστηρίξει τη διαδικασία των DRGs αλλά και κατά πόσο θα προλάβουν οι γιατροί και οι υπόλοιποι υπάλληλοι να εκπαιδευτούν και να προσαρμοστούν.

Σχετικά με το χρηματοοικονομικό πλαίσιο, ο ρόλος που διαδραματίζουν τα νοσοκομεία στις ευρωπαϊκές χώρες τόσο στο μάκρο όσο και στο μικρό επίπεδο είναι καίριος.

Στο μάκρο επίπεδο έχουν διαμορφωθεί σύγχρονες δομές διακυβέρνησης μέσα στις οποίες τα νοσοκομεία έχουν τον πρώτο λόγο στην υπεράσπιση των συμφερόντων τους. Ένα από τα βασικότερα στοιχεία των δομών αυτών είναι οι διαπραγματεύσεις των νοσοκομείων τόσο με το κράτος και τις αποκεντρωμένες δομές του (περιφέρειες), όσο και με την Κοινωνική Ασφάλιση (Ταμεία). Το φάσμα των διαπραγματεύσεων καθορίζεται θεσμικά, ενώ ο προσδιορισμός των λειτουργικών σχέσεων των φορέων και η ροή των πόρων (χρηματικών, παροχής υπηρεσιών) μεταξύ τους είναι αποτέλεσμα αυτών των διαπραγματεύσεων.

Το μικρό επίπεδο περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των αποζημιώσεων καθώς και τη διαδικασία πληρωμής. Εργαλεία όπως ο Κλειστός και Κατά Τμήμα προϋπολογισμός, η Προοπτική Χρηματοδότηση καθώς και θεσμοθετημένα κριτήρια για τον υπολογισμό της αποζημίωσης (case mix, base rate) κρίνονται απαραίτητα για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή του συστήματος των DRGs.

## Κεφάλαιο 6. Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Πολλες από τις προϋποθέσεις για την επιτυχή εισαγωγή και εφαρμογή των DRGs στην Ελλάδα, έχουν ήδη συζητηθεί παλαιότερα ενώ μερικές από αυτές έχουν θεσμοθετηθεί αλλά δεν έχουν εφαρμοστεί πλήρως. Τα βήματα στην διαδικασία αυτή θα πρέπει να είναι αποφασιστικότερα από ότι στο παρελθόν.

Επιβεβλημένη κρίνεται η χωρίς άλλο καθυστέρηση λειτουργία του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου σε όλα τα νοσοκομεία. Νομικά, το ζήτημα αυτό έχει λυθεί με το άρθρο 3 του Π.Δ 205 (ΦΕΚ 163/Α/98), ενώ με την εισαγωγή της πληροφορικής στα νοσοκομεία, προβλήματα τεχνικής φύσης που ενδεχομένως να υπήρχαν αρχικά, έχουν πλέον αντιμετωπιστεί.

Η εφαρμογή του Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου θα πρέπει να επεκταθεί και στο κομμάτι της αναλυτικής λογιστικής (ομάδα 9 του Λογιστικού Σχεδίου) για τον υπολογισμό και την ακριβή απεικόνιση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και παράλληλα να εισαχθεί το σύστημα των Κλειστών κατά τμήμα Προϋπολογισμών. Η διαδικασία αυτή θα συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός ακριβέστερου προσδιορισμού του κόστους ανά DRG-KEN, θα εξασφαλίσει όμως παράλληλα και καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των περιστατικών. Η παραπάνω διαδικασία ακριβούς προσδιορισμού του κόστους θα βοηθήσει σημαντικά στην εξελικτική πορεία αναθεώρησης της λίστας (τιμή, ΜΔΝ) των ΚΕΝ, ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτό με τη σειρά του θα συμβάλλει στο να αποζημιώνονται τα νοσοκομεία αντίστοιχα με τις υπηρεσίες που παρέχουν, χωρίς να δημιουργούνται ελλείμματα και ταυτόχρονα να εξυπηρετούνται όλες οι ανάγκες των ασθενών.

Η αξιοποίηση των DRGs δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για την υιοθέτηση Προοπτικών συστημάτων χρηματοδότησης, κάτι που έχει ήδη συζητηθεί αλλά και προταθεί από μέλη της **Ομάδας Εργασίας «Για την παρακολούθηση της πιλοτικής εφαρμογής των ΚΕΝ»**. Η εφαρμογή των Προοπτικών συστημάτων Χρηματοδότησης, παράλληλα με τους Κλειστούς κατά τμήμα Προϋπολογισμούς είναι ένας συνδυασμός που έχει αποφέρει πολλά θετικά αποτελέσματα σε χώρες που τον εφάρμοσαν.

Για να καταστεί όμως κάτι τέτοιο εφικτό, ο ρόλος των φορέων – βασικών δρώντων μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας θα πρέπει να διαφοροποιηθεί. Οι ασφαλιστικοί φορείς δημόσιοι και ιδιωτικοί, τα νοσοκομεία και οι ΔΥΠΕ θα πρέπει να προσαρμοστούν σε έναν νέο τρόπο επικοινωνίας και διαπραγματεύσεων με γνώμονα τα

συμφέροντα που εκπροσωπεί η κάθε μία πλευρά. Απαραίτητες βέβαια είναι, από μέρους της πολιτείας, οι κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις για τον σφαιρικό προσδιορισμό του φάσματος αυτών των διαδικασιών. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι στην **Επιτροπή που συστάθηκε «για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs»** δεν υπάρχει κανένας που να εκπροσωπεί τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, ενώ στην **Ομάδα «για την παρακολούθηση της εφαρμογής τους»** οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης συμμετέχουν μόνο με ένα μέλος που εκπροσωπεί ένα συγκεκριμένο Ταμείο (ΙΚΑ). Είναι πολύ σημαντικό, επίσης, να αναβαθμιστεί το πεδίο ευθύνης των ΔΥΠΕ, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας πιο ευέλικτο και αξιόπιστο όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων, κατά τα πρότυπα των ευρωπαϊκών κρατών που αναλύθηκαν.

Λαμβανομένων υπόψη των προσπαθειών που γίνονται από το Υπουργείο Υγείας να παρακολουθεί, με τη βοήθεια της Ομάδας Παρακολούθησης της εφαρμογής των ΚΕΝ, τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των παλιών και νέων τιμών έτσι όπως αποτυπώνονται στο εξιτήριο του κάθε ασθενούς, προτείνεται η ενίσχυση αυτής της διαδικασίας μέσω της στελέχωσης ενός φορέα ο οποίος με την καθοδήγηση της Ομάδας, θα εξετάσει άμεσα τις διαφορές αυτές και σε συνεργασία με τα ταμεία θα μελετήσει κατά πόσο αυτά θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις νέες αυξημένες τιμές που σύντομα θα κλειθούν να πληρώσουν. Για παράδειγμα οι Κωδικοί ΚΕΝ Π07Χ(Σκωληκοειδεκτομή) και Γ04Χ(Υστερεκτομή) υπολογίζονται σε 491,50€ και 508,33€ ημερήσια νοσηλεία αντίστοιχα, ενώ με το παλιό Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο η ημέρα νοσηλείας υπολογίζονταν στα 110€ (χειρουργικός τομέας). Όπως φαίνεται λοιπόν και από το παραπάνω παράδειγμα οι τιμές που θα πληρώσουν τα Ταμεία από την αρχή του επόμενου έτους για τις δύο αυτές επεμβάσεις είναι 4 φορές μεγαλύτερες από τις παλιές.

Επομένως η συμμετοχή των ταμείων στην μελέτη των τιμών των DRGs είναι απαραίτητη και στο πιλοτικό στάδιο, εξετάζοντας τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα για την βιωσιμότητά τους, αλλά και αργότερα θα πρέπει, σύμφωνα με το παράδειγμα της Γερμανίας, να ελέγχουν και να έχουν λόγο στο πως διαμορφώνονται οι τιμές των περιστατικών (τιμές ΚΕΝ) που θα πληρώνουν, καθώς παραμένουν ένας από τους βασικούς χρηματοδότες της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διεξοδική μελέτη άλλων υγειονομικών συστημάτων που εφάρμοσαν με επιτυχία τη μέθοδο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες επιτυχούς εφαρμογής του ελληνικού συστήματος των ΚΕΝ. Με τον τρόπο αυτό θα υιοθετηθούν τακτικές που συνέβαλλαν στην σωστή εφαρμογή τους, ενώ θα αποφευχθούν άλλες που αποτέλεσαν τροχοπέδι για τα συστήματα. Η μελέτη αυτή βέβαια θα πρέπει να γίνει πάντα με γνώμονα τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ελληνικού συστήματος υγείας.

Συμπερασματικά, βασικές προϋποθέσεις αποτελούν: η αρτιότερη προσέγγιση του κόστους των υπηρεσιών με τη βοήθεια της ανάλυσης και αξιοποίησης των ακολουθούμενων κλινικών διαδρομών, η εγκατάσταση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων σε όλα τα νοσοκομεία, ρυθμιστικές παρεμβάσεις της πολιτείας για τη διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου αναπροσδιορισμού του ρόλου και των ευθυνών των βασικών μετόχων του συστήματος υγείας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποδοτικότητά του, η βιωσιμότητά του αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης θα πρέπει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο δημιουργίας ενός φορέα στο πρότυπο του γερμανικού InEK το οποίο συμβάλλει στη τεχνική υποστήριξη του συστήματος, στη συλλογή δεδομένων από τα νοσοκομεία και μέσω της ανάλυσης τους στις αναθεωρήσεις της λίστας των DRGs.

## **Κατάλογος Πινάκων και Σχημάτων**

**Πίνακας 1.** Συστήματα Χρηματοδότησης, Πηγή: Μπουρσανίδης 2010

**Πίνακας 2.** Διαδικασίες που εξερούνται από την κοστολόγηση των DRGs, Πηγή: Geissler 2011

**Σχήμα 1.** Αναλυτικό Πλαίσιο Δομών κ' Επιπέδων Μανατζμέντ Συστήματος Υγείας

**Σχήμα 2.** Το «Σπίτι των DRGs», Πηγή: Busse 2011

**Σχήμα 3.** Διαδικασία ομαδοποίησης, κοστολόγησης και τιμολόγησης των DRGs, Πηγή: Geissler 2011

**Σχήμα 4.** Διαδικασία κοστολόγησης, τιμολόγησης-αποζημίωσης ενός DRG, Πηγή: Busse 2011

**Σχήμα 5:** Φάσεις εισαγωγής των DRGs στην Γερμανία, πηγή: Quentin 2010

**Σχήμα 6.** Εξέλιξη των DRGs στην Γερμανία, Πηγή: Malzahn 2009

**Σχήμα 7.** Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των DRGs στην Γερμανία, Πηγή: Malzahn 2009

**Σχήμα 8.** Παράδειγμα Εφαρμογής Ροής Προσδιορισμού ΚΕΝ, Πηγή: εγκύκλιος ΥΥΚΑ με Α.Π: οικ 94622/23-8-2011

**Σχήμα 9.** Χρόνος Ανάπτυξης DRGs σε ευρωπαϊκές χώρες, Πηγή: HOPE 2006

## Βιβλιογραφία

1. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2009): *Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*, Νοσηλευτική (<http://www.hjn.gr/>)
2. Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ. Νιάκας Δ., (2002), *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α', θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα. Health Academy (<http://www.healthacademy.gr>)
3. Γκούμας Σ, (2010): *Λογιστικό Σύστημα και Κοστολόγηση Νοσοκομείων, Διδακτικές Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
4. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, (1995): *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα
5. Κυριόπουλος Γ, Λιονης Χ, Τσιάντου Β, Σουλιωτης Κ, Ολλανδέζος Μ (2008): *Σχεδιο δρασης για την πρωτοβαθμια φροντιδα υγείας*
6. Κυριόπουλος Γ. (2010) *Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
7. Μπαλασοπούλου Α, (2010): *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Νοσοκομείου, Διδακτικές Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
8. Μπουρσανίδης Χ, (2010): *Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
9. Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π, (2009): *Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας*, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
10. Πολύζος Μ. (2008), *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
11. Σκοπελίτης Ε, (2010): *Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες*, Τελική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
12. Τασιόπουλος Σ, Αποστολάκης Ι: *Η σημασία των Κατευθυντηρίων Κλινικών Οδηγιών* (<http://www.hygeia.gr>)
13. Τούντας Γ. (2009): *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Μελέτη - Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών*



14. Φραγκιαδάκης Γ. (2008): *Τα Οικονομικά της Υγείας: Η χρηματοδότηση του Συστήματος υγείας στην Ελλάδα*, International Course on Coronary, Carotid, Renal and Peripheral Endovascular Therapy. (<http://fragkiadakis-george.posterous.com/>)
15. Altenstetter C.- City University of New York, Busse R.- Berlin University of Technology (2004) *Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures*
16. Busse R, (2011): *DRG systems and determinants of hospital care across Europe* Department of Health Care Management, Berlin University of Technology (<http://www.eurodrg.eu/>)
17. Busse R, Riesberg A. (2004) *Health Care systems in transition: Germany*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/>)
18. Charles K. Botz, Jason Sutherland, Jolyn Lawrenson (2006): *Cost Weight Compression: impact of cost data precision and completeness* (<http://findarticles.com/p/articles>) (<http://www.mja.com.au/public/issues/octia/casemix/phelan/phelan.html>)
19. Carrigues B. (2009) *DIAGNOSIS RELATED GROUPS: LEADING THE DEBATE*, Brussels (<http://www.hope.be/>)
20. Chevreur K, Durand I-Zaleski, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P (2010): *Health Care systems in transition: France*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/>)
21. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio M, Lo Scalzo A, Orzella L, Americo Cicchetti A, and Profili S (2001): *Health Care systems in transition: Italy*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/>)
22. Germany, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2000): *Health Care systems in transition* (<http://www.euro.who.int/>)
23. Geissler A, (2011): *DRGs and cost accounting across Europe-Which is driving which?* Department of Health Care Management, Berlin University of Technology (<http://www.eurodrg.eu/>)

24. HOPE – European Hospital and Healthcare Federation (2006) Report on DRG as a financing tool, ([www.hope.be](http://www.hope.be))
25. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. (2009) *Health Care systems in transition: Italy*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/>)
26. Malzahn J. (2009): *Diagnosis Related Groups: Leading the debate, The German DRG System from a health insurance's perspective*, EHMA and HOPE Conference Brussels 5 March
27. Markus W. Dpt. Health Care Management Technische Universitaet Berlin: *The introduction of DRGs in Germany as a reimbursement system* (<http://www.eurodr.org/>)
28. O. Wynn B, Scott M. (2007): *Evaluation of Severity-Adjusted DRG Systems*, Working Paper, Prepared for the Centers for Medicare and Medicaid Services
29. Percivil M. Carrera, (2006): *Post-Unification Health Reforms in Germany: The Evolutionary Approach to Reforms and its Impact on Innovation* ESF-IfW Conference on the Global Health Economy, University of Heidelberg
30. Quentin W, Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Busse R (2011): *DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system* (<http://www.eurodr.org/>)
31. Quentin W (2010): *Hospital Financing in Germany the G-DRG System* Department of Health Care Management, Berlin University of Technology (<http://www.eurodr.org/>)
32. Sandier S, Paris V, Polton D. (2004): *Health Care systems in transition: France* WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/>)
33. Zeynep Or (2009): *Activity based payment in France* (<http://www.euro.who.int/>)
34. Zeynep Or, Street A. (2011): *Performance of DRG systems across Europe: a quantitative assessment*, (<http://www.euro.who.int/>)

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

1. κ. Κουφάκη Α. Μέλος της Επιτροπή για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs, Προϊστάμενο Ε.Υ Εφαρμογής τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
2. κ. Σκαρπέλο Ν. Υποδιευθυντή της Υποδιεύθυνσης Διοικητικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ»

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΔ)  
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος  
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479  
[www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)