



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

Τμήμα Νοσηλευτικής



**Εργαστήριο Οργάνωσης
και Αξιολόγησης
Υπηρεσιών Υγείας**

Μελέτη Εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης

Αθήνα, 2020

Μελέτη Εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης

Επιστημονικά Υπεύθυνη

Δάφνη Καϊτελίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μέλη Εργαστηρίου

Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας

Πέτρος Γαλάνης-ΕΔΙΠ

RN, MSc, PhD

Όλγα Σίσκου

RN, MSc, PhD

Ηλιάννα Καραγκούνη

RN, MSc, PhD(c)

Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου

MSc, PhD(c)

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
KEN	Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια
ΚΕΤΕΚΝΥ	Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΣΥ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΑΚ	Σύστημα Αντιστοίχισης Κωδικοποίησης
ΣΒΚ	Συντελεστής Βαρύτητας Κόστους
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΑΕΕ	Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παρόχων Υγείας
ΠΙΣ	Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Abbreviations and Acronyms

ABF	Activity Based Funding
AN-DRGs	Australian National DRGs
APR DRG	All Patient Refined DRG
CC	Complications and Comorbidities
DBC	Diagnose Behandelend Combinaties
DRG	Diagnosis Related Groups
G-DRG	German DRG
Gr-DRG	Greek DRG
HES	Hospital Episode Statistics
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRGs	Healthcare Resource Groups
ICD	International Classification of Diseases
IFR	Independent Financial Review
ISO	International Organization for Standardization
LOS	Length of Stay
MDC	Major Diagnostic Category
MS-DRGs	Medicare Severity DRGs
NHS	National Health Service
NordDRG	Nordic patient classification system
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PCTs	Primary Care Trusts
PD	Principal Diagnosis
PRISMA	Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses

ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΟΡΩΝ

Άμεσο κόστος (direct cost):είναι το κόστος των πόρων που άμεσα συνδέονται με την παραγωγή υπηρεσιών υγείας (π.χ. φάρμακα, μισθοδοσία επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν έναν ασθενή) (WHO 2020).

Έμμεσο κόστος– κόστος υποστηρικτικών υπηρεσιών (indirect cost):είναι το κόστος των πόρων που συνδέονται με την παραγωγή υπηρεσιών από υποστηρικτικά τμήματα τα οποία κεντρικά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα τμήματα μιας μονάδας υγείας. Για παράδειγμα, τα ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια και μικροβιολογικά, αιματολογικά και βιοχημικά εργαστήρια είναι υποστηρικτικά τμήματα τα οποία υποστηρίζουν τα κύρια κλινικά τμήματα: π.χ. παθολογικά, καρδιολογικά, χειρουργικά.

Διευκρινίζεται ότι στις αναλύσεις οικονομικής αξιολόγησης τεχνολογιών και προγραμμάτων υγείας η έννοια του έμμεσου κόστους διαφοροποιείται από την τρέχουσα καθώς αναφέρεται στην απώλεια παραγωγικότητας του ασθενούς και των ατόμων του άμεσου οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με τη φροντίδα του (WHO 2020).

Γενικές λειτουργικές δαπάνες (overheads):είναι το κόστος των πόρων που καταναλώνονται για την παραγωγή υπηρεσιών που καθολικά υποστηρίζουν έναν οργανισμό/μονάδα υγείας και οι οποίοι δε συνδέονται άμεσα με την παροχή υγειονομικής φροντίδας (π.χ. διοικητικές δαπάνες, δαπάνες φύλαξης κτηρίου κλπ). (WHO 2020).

Το έμμεσο κόστος και οι γενικές λειτουργικές δαπάνες δεν μπορούν ευθέως να κατανεμηθούν σε έναν ασθενή λόγω της φύσης των κοινώς χρησιμοποιούμενων πόρων οι οποίοι εξυπηρετούν πολλούς χρήστες/ασθενείς (π.χ. ηλεκτροφωτισμός, ύδρευση κλπ). Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές κατανομής αυτών των ειδών κόστους όπως οι ακόλουθες:

- **Άμεση μέθοδος κατανομής των έμμεσων και γενικών λειτουργικών δαπανών (direct method):**κατά την οποία θεωρείται ότι τα υποστηρικτικά/

βοηθητικά τμήματα δεν προσφέρουν και δεν λαμβάνουν υπηρεσίες μεταξύ τους αλλά μόνο στα κύρια τμήματα, οπότε και το κόστος κατανέμεται σε αυτό με τη χρήση συντελεστών επιμερισμού (π.χ. βάσει εξυπηρετούμενων ασθενών, βάσει ημερών νοσηλείας που παράγει το κάθε κύριο τμήμα κλπ) (Cashin and Ozaltin 2014).

- **Βαθμιδωτή μέθοδος κατανομής των έμμεσων και γενικών λειτουργικών δαπανών (step-down method):** κατά την οποία το κόστος κάθε ενός βοηθητικού/υποστηρικτικού τμήματος επιμερίζεται τόσο στα υπόλοιπα βοηθητικά (σειριακά) όσο και στα κύρια τμήματα (π.χ. παθολογικά, χειρουργικά κλπ) με τη χρήση συντελεστών επιμερισμού όπως παραπάνω (Cashin and Ozaltin 2014).

«Από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση (top-down micro-costing):

Πρόκειται για μέθοδο κοστολόγησης κατά την οποία το άμεσο και έμμεσο κόστος υπολογίζονται αρχικά σε επίπεδο οργανισμού/ μονάδας υγείας ή προγράμματος υγείας και στη συνέχεια αυτό το συνολικό κόστος μέσω της χρήσης διαφόρων τεχνικών επιμερίζεται σε επίπεδο τμημάτων και ακολούθως σε επίπεδο ασθενούς ή υπηρεσίας καταλήγοντας τελικά στο μέσο μοναδιαίο κόστος (Cashin and Ozaltin 2014).

«Από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση (bottom-up micro-costing):

Πρόκειται για μέθοδο κοστολόγησης κατά την οποία απαιτείται η λεπτομερής αποτίμηση όλων των πόρων που καταναλώνονται σε επίπεδο ασθενούς ή χρησιμοποιούνται για την παραγωγή μιας υπηρεσίας. Είναι πιο ακριβής μέθοδος σε σχέση με την «από πάνω προς τα κάτω» προσέγγιση, αλλά ενέχει μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας κατά την εφαρμογή της, λόγω των μεγάλων απαιτήσεων σε εισροές (Cashin and Ozaltin 2014).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια	3
Abbreviations and Acronyms	3
ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΟΡΩΝ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
Περιγραφή του συστήματος των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων.....	9
Εισαγωγή και αναθεώρηση του συστήματος DRG στην Ελλάδα.....	10
Αντικείμενο και Αναμενόμενα Αποτελέσματα της Μελέτης	11
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	14
2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ	17
2.1 Εξέλιξη και Χρηματοδότηση της Τρέχουσας Δαπάνης Υγείας.....	17
2.2 Εξέλιξη και Χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής Δαπάνης.....	20
3. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ	23
3.1 Βασικές Αρχές.....	23
3.2 Περιγραφή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων.....	27
3.3 Κίνητρα και προβλήματα από την εισαγωγή των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων	29
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	31
4.1 ΗΠΑ	31
4.1.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	31
4.1.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	33
4.1.3 Κίνητρα υιοθέτησης του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	34
4.1.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	35
4.1.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	37
4.1.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	36
4.2 Αυστραλία	38
4.2.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	38
4.2.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	40
4.2.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	41
4.2.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	41
4.2.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	42
4.2.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	41
4.3 Γερμανία.....	43
4.3.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	43
4.3.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	45
4.3.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	46
4.3.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	47
4.3.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι	

κοστολόγησης.....	49
4.3.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	48
4.4 Σουηδία	50
4.4.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	50
4.4.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	51
4.4.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	53
4.4.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	54
4.4.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	55
4.4.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	54
4.5 Αγγλία	56
4.5.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	56
4.5.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	57
4.5.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	58
4.5.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	59
4.5.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	60
4.5.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας	58
4.6 Γαλλία	61
4.6.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	61
4.6.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	62
4.6.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	63
4.6.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	63
4.6.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	64
4.6.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας	63
4.7 Πολωνία	65
4.7.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	65
4.7.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	67
4.7.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	68
4.7.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	68
4.7.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	69
4.7.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	68
4.8 Πορτογαλία	70
4.8.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	70
4.8.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG	71
4.8.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα.....	72
4.8.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	73
4.8.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι	

κοστολόγησης.....	73
4.8.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	68
4.9 Ολλανδία	74
4.9.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	74
4.9.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG.....	75
4.9.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα	76
4.9.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	77
4.9.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	77
4.9.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	75
4.10 Ιταλία.....	78
4.10.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές.....	78
4.10.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG.....	79
4.10.3 Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα.....	79
4.10.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές	79
4.10.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.....	80
4.10.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας.....	79
4.11 Σλοβακία	81
5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	82
5.1 Σύνοψη Ευρημάτων	82
5.1.1 Χρονικό εισαγωγής, διάρθρωση και εύρος καλυπτόμενων υπηρεσιών μέσω των DRG.....	82
5.1.2 Κίνητρα υιοθέτησης του συστήματος DRG και επιτευχθέντα αποτελέσματα	83
5.1.3 Αδυναμίες /προβλήματα του συστήματος DRG και βέλτιστες πρακτικές αντιμετώπισης.....	85
6. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΜΕ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	90
7. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Gr-DRG	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	142
ΟΔΗΓΟΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.....	142

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγραφή του συστήματος των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων

Οι Διαγνωστικά Ομοιογενείς Ομάδες (Diagnosis Related Groups), εφεξής αναφερόμενες ως DRG αποτελούν ένα σύστημα κατηγοριοποίησης των περιστατικών, που βασίζεται στη συστηματική συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων δεδομένων κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο με σκοπό την ταξινόμηση τους σε έναν διαχειρίσιμο αριθμό διαγνωστικών κατηγοριών, καθεμιά από τις οποίες αντανακλά ένα προκαθορισμένο επίπεδο χρήσης πόρων. Κάθε μία διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχίζεται με μία συγκεκριμένη τιμή αποζημίωσης η οποία καταβάλλεται από τον φορέα αποζημίωσης προς τον πάροχο ανεξάρτητα από τη διάρκεια νοσηλείας και τους πόρους που τελικά καταναλώθηκαν για κάθε ασθενή.

Το εν λόγω σύστημα ταξινόμησης απαρτίζεται από τρία μέρη:

- (1) το ιατρικό, που περιλαμβάνει κυρίως την ανάπτυξη των ταξινομήσεων διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων και τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης,
- (2) το οικονομικό, που περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία υπολογισμού των Συντελεστών Βαρύτητας Κόστους (ΣΒΚ) για κάθε διαγνωστική κατηγορία (cost weights), τις οδηγίες υπολογισμού του κόστους και τους κανόνες τιμολόγησης και
- (3) το πληροφοριακό, που περιλαμβάνει την ανάπτυξη των κατάλληλων λογισμικών για την ταξινόμηση των ασθενών (Groupers) και το σύστημα διαχείρισης δεδομένων, κλπ (Busse et al.2011).

Για την ανάπτυξη ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων βάσει των DRG, σε μία χώρα λαμβάνονται υπόψη:

- i. το ποσοστό (της αναμενόμενης) κάλυψης της νοσοκομειακής δαπάνης μέσω των DRG
- ii. η ύπαρξη ή μη, ενός υποχρεωτικού συστήματος κοστολόγησης ή/ και κατευθυντήριων οδηγιών κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών
- iii. η αναλογία της διοικητικής δαπάνης για τη συλλογή των δεδομένων και τη λειτουργία του συστήματος των DRG στο σύνολο της νοσοκομειακής δαπάνης
- iv. οι υφιστάμενες μέθοδοι κοστολόγησης και

ν. τα συστήματα ελέγχου (της ποιότητας) των δεδομένων κόστους.

Το σύστημα DRG αναπτύχθηκε πρώτη φορά στις ΗΠΑ στα μέσα της δεκαετίας του 1970 με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Η τελική μορφή της πρώτης έκδοσής του ολοκληρώθηκε το 1983. Θεωρήθηκε ως μία από τις πιο σημαντικές διοικητικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στις ΗΠΑ και αποτέλεσε πρότυπο και για άλλες χώρες (π.χ. Αυστραλία, Πορτογαλία, Αγγλία, Ιταλία) οι οποίες σταδιακά ξεκίνησαν την υιοθέτησή του από τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Τις τελευταίες δεκαετίες ολοένα αυξανόμενος αριθμός χωρών (κύρια Ευρωπαϊκών) έχει υιοθετήσει το σύστημα DRG για την αποζημίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Σε όλες τις χώρες βασικό κίνητρο εισαγωγής του συστήματος DRG αποτέλεσε η ανάγκη συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, ο έλεγχος του κόστους, καθώς και η βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Παρότι το εν λόγω σύστημα θεωρείται ότι αποτελεί ένα σημαντικό «εργαλείο» για τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων της νοσοκομειακής φροντίδας, εντούτοις δεν στερείται και αδυναμιών, οι οποίες κύρια συνίστανται σε λάθη κατά την κωδικοποίηση (δυσταξινόμηση των περιστατικών σε ακριβότερες κατηγορίες) και σε πρακτικές πρόωρης χορήγησης εξιτηρίων με στόχο την αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων έναντι χαμηλότερης κατανάλωσης πόρων.

Εισαγωγή και αναθεώρηση του συστήματος DRG στην Ελλάδα

Η εισαγωγή το έτος 2012 (Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.18051/2012 - ΦΕΚ 946/Β/27-3-2012) του συστήματος αποζημίωσης των ελληνικών νοσοκομείων βάσει των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN) κατά το πρότυπο των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis Related Groups-DRG) της Αυστραλίας αποτέλεσε ένα πολύ σημαντικό βήμα για τον εξορθολογισμό της αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης, συγκριτικά μάλιστα και με το προγενέστερο αναχρονιστικό μοντέλο του ημερήσιου νοσηλίου το οποίο δημιουργούσε πληθωριστικά φαινόμενα. Ωστόσο, η εφαρμογή τους συνοδεύτηκε (ως αναμενόμενο)

και από κάποια προβλήματα/ δυσλειτουργίες ή και αντιδράσεις των ιδίων των στελεχών των μονάδων υγείας που κλήθηκαν να τα εφαρμόσουν. Επιπλέον, οι ραγδαίες τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας οδηγούν σε συνεχείς μεταβολές στην οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας και συνακόλουθα υπαγορεύουν την ανάγκη αναθεωρήσεων των μοντέλων αποζημίωσης.

Λόγω των αδυναμιών των ΚΕΝ, το ελληνικό κράτος έχει αποφασίσει να μεταβεί σε ένα πλήρες σύστημα DRG, επί τη βάση ενός διεθνώς αναγνωρισμένου συστήματος (βλ. και §3.2). Σε αυτή την κατεύθυνση, αρμόδιο για την ανάπτυξη, εισαγωγή, διαχείριση και αναθεώρηση του εν λόγω συστήματος έχει οριστεί το Ελληνικό Ινστιτούτο DRG (Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών- ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε.).

Αντικείμενο και Αναμενόμενα Αποτελέσματα της Μελέτης

Αντικείμενο της μελέτης αποτελεί η διενέργεια Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης με στόχο την αποτύπωση του τρόπου εφαρμογής των DRG σε διάφορες χώρες (με επίκεντρο τις ευρωπαϊκές), την καταγραφή κοινών προβλημάτων/δυσλειτουργιών/αντιδράσεων και κυρίως την ανάδειξη βέλτιστων πρακτικών και επιτυχημένων εκσυγχρονιστικών προσπαθειών.

Η μελέτη αναμένεται να συμβάλει στη βελτίωση της πληροφόρησης σχετικά με τα DRG, τόσο αναφορικά με το σύγχρονο θεωρητικό υπόβαθρο της εφαρμογής του εν λόγω συστήματος, όσο και σχετικά με πρακτικά ζητήματα που ανακύπτουν από την εφαρμογή των DRG.

Ο απώτερος στόχος της μελέτης είναι διττός:

- α) αφενός, τα συμπεράσματα της να χρησιμεύσουν στον καλύτερο σχεδιασμό της ακολουθίας των βημάτων για την εφαρμογή του συστήματος DRG στη χώρα, ώστε η διαδικασία μετάβασης να γίνει ευχερέστερη από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (οικονομικά/διοικητικά στελέχη μονάδων υγείας, στελέχη κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, επαγγελματίες υγείας κλπ) και
- β) αφετέρου, να αναδειχτούν ενδεχόμενες δυσχέρειες οι οποίες θα ανακύψουν

στο μέλλον και πιθανοί τρόποι αντιμετώπισής τους, καθώς και βέλτιστες πρακτικές σχετικά με το σύστημα DRG, οι οποίες θα μπορούν να ενσωματωθούν άμεσα ή στο απώτερο μέλλον

Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την εφαρμογή και λειτουργία των DRG στις εξής χώρες:

ΗΠΑ, Αυστραλία, Γερμανία, Σουηδία, Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ολλανδία, Σλοβακία και Πολωνία.

Οι ενότητες που διερευνήθηκαν είναι οι εξής:

- Σύστημα Υγείας και δαπάνη υγείας
- Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας
- Χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα
- Ιστορικό και τρόπος μετάβασης από το προηγούμενο σύστημα στο σύστημα DRG
- Αποζημιώσεις μέσω DRG
- Εισαγωγή, ανάπτυξη και προσαρμογές του συστήματος DRG
- Συστατικά μέρη του συστήματος DRG
- Κίνητρα υιοθέτησης του συστήματος DRG και αποτελέσματα
- Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές
- Έλεγχος της ποιότητας των δεδομένων
- Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Τέλος, προκειμένου να αποτυπωθεί καλύτερα το υπάρχον πλαίσιο, τα εμπόδια/δυσλειτουργίες ή τα παράθυρα ευκαιρίας για την επιτυχή υιοθέτηση και εφαρμογή του συστήματος DRG στη χώρα, διενεργήθηκαν συνεντεύξεις για την αποτύπωση των απόψεων των υπευθύνων χάραξης πολιτικής υγείας, στελεχών του ΚΕΤΕΚΝΥ, διοικητών και στελεχών νοσοκομείων, όπως και στελεχών του ΕΟΠΥΥ και της Ιδιωτικής Ασφάλισης αναφορικά με την εισαγωγή του νέου συστήματος Gr-DRG στην Ελλάδα.

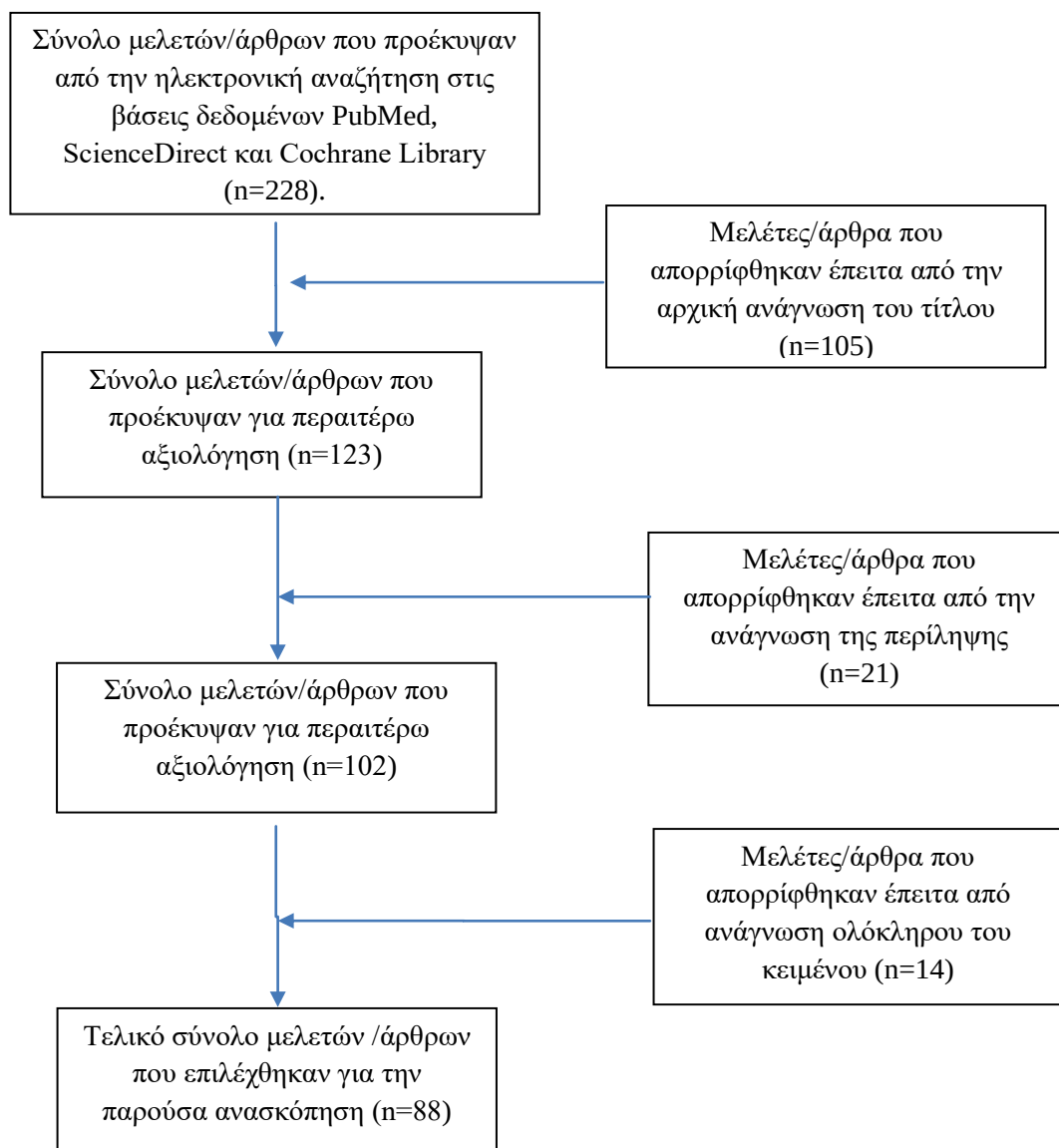
Η μελέτη διαρθρώνεται στις εξής ενότητες:

Αρχικά, αναπτύσσεται η μεθοδολογία της ανασκόπησης (κεφάλαιο 1^ο). Ακολούθως, παρουσιάζονται εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την εξέλιξη των δαπανών υγείας και παρατίθενται οι αρχές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (κεφάλαιο 2^ο). Στη συνέχεια, αναλύονται οι βασικές αρχές ανάπτυξης των συστημάτων DRG (κεφάλαιο 3^ο) και, κατόπιν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανασκόπησης για κάθε μία υπό μελέτη χώρα (κεφάλαιο 4^ο). Στο τέλος της ανασκόπησης παρατίθενται η σύνοψη των ευρημάτων και οι προτάσεις (κεφάλαιο 5^ο). Επιπλέον, στο 6^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η σύνθεση των ευρημάτων συνεντεύξεων που λήφθηκαν από υπευθύνους χάραξης πολιτικής υγείας (stakeholders), στελέχη νοσοκομείων και του ΚΕΤΕΚΝΥ όπως και σε στελέχη φορέων αποζημίωσης (ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών) αναφορικά με τις προσδοκίες τους από το νέο σύστημα Gr-DRG. Στο Παράρτημα της μελέτης παρατίθενται συγκεντρωτικοί πίνακες με τα ευρήματα ανά υπό μελέτη ζήτημα, όπως και με τους οδηγούς συνέντευξης.

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Εφαρμόζοντας τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA (Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses), η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις 26/11/2019 στις βάσεις δεδομένων PubMed, ScienceDirect και Cochrane Library αναζητώντας στο Title/abstract τις εξής λέξεις-κλειδιά: DRG*, diagnosis related group*, USA, United States, Australia, Germany, Sweden, England, British, France, Italy, Portugal, Netherlands, Slovakia, Poland. Η γλώσσα αναζήτησης των άρθρων ήταν η αγγλική. Στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα υπάρχει σημαντική «γκρίζα» βιβλιογραφία, δηλαδή βιβλιογραφία που δεν ανευρίσκεται στις βάσεις δεδομένων και για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε και χειροκίνητη αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιώντας τις παραπάνω λέξεις-κλειδιά, οπότε και ανευρέθηκαν και άλλες σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές. Επιπλέον, αναζητήθηκαν χειροκίνητα και οι βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων που θεωρήθηκε πως είναι σχετικές με το ερευνητικό ερώτημα. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε από δυο ανεξάρτητους ερευνητές, ενώ ένας τρίτος ερευνητής ήλεγξε τη διαδικασία και επικύρωσε τα αποτελέσματα. Το διάγραμμα ροής της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζεται στην Εικόνα1.1.

Διάγραμμα ροής ανασκόπησης



Εικόνα 1.1: Διάγραμμα Ροής

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης παρουσιάζονται με δυο διαφορετικούς τρόπους, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο αναλυτικά και κατανοητά. Αρχικά, τα αποτελέσματα ταξινομήθηκαν σε θεματικές ενότητες (π.χ. ιστορικό και τρόπος μετάβασης από το προηγούμενο σύστημα στο σύστημα DRG, συστατικά μέρη του συστήματος DRG, κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG, αποτελέσματα κ.ά.), ώστε να είναι ευκολότερη και απλούστερη η κατανόησή τους. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται ξεχωριστά η κάθε χώρα ως προς το σύστημα DRG και ακολουθεί μια συγκεντρωτική και συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων με τη χρήση πινάκων

ανά θεματική ενότητα, ώστε τα αποτελέσματα να παρουσιάζονται τόσο αναλυτικά όσο και συνοπτικά. Επισημαίνεται ότι η βιβλιογραφία για το σύστημα DRG είναι εκτεταμένη για ορισμένες χώρες όπως π.χ. οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Αγγλία, αλλά εξαιρετικά περιορισμένη για άλλες χώρες όπως π.χ. η Σλοβακία και η Ιταλία. Για τον λόγο αυτό, στην παρούσα ανασκόπηση υπάρχουν εκτεταμένα δεδομένα και στοιχεία για ορισμένες χώρες και περιορισμένα για ορισμένες άλλες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Σλοβακία με το σύστημα DRG να έχει υιοθετηθεί το 2017 και η πλήρης εφαρμογή του να αναμένεται το 2022, οπότε τα διαθέσιμα δεδομένα είναι ελάχιστα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Πέραν της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, *αντλήθηκαν εμπειρικά δεδομένα* από τις βάσεις δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ και της Eurostat αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών υγείας με έμφαση στην εξέλιξη των δαπανών του νοσοκομειακού τομέα στις υπό μελέτη χώρες σε σχέση και με τον χρόνο εισαγωγής του συστήματος DRG στην κάθε χώρα. Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται υπό τη μορφή Πινάκων και Διαγραμμάτων.

Επιπρόσθετα, με βάση τα αποτελέσματα της ανασκόπησης και κατόπιν πραγματοποίησης *expert panel* με στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ αναφορικά με τη διαμόρφωση του νέου συστήματος Gr-DRG, η ομάδα εργασίας ανέπτυξε οδηγούς συνέντευξης (βλ. Παράρτημα Β) για τη διερεύνηση των προσδοκιών των στελεχών υγείας από το νέο σύστημα Gr-DRG όπως και την αποτύπωση των απόψεων τους αναφορικά με ενδεχόμενα προβλήματα καθώς και για τη διατύπωση πιθανών ρεαλιστικών λύσεων. Συνολικά, λήφθηκαν 15 συνεντεύξεις, από τρεις διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών, οι οποίες υποδείχτηκαν στην ομάδα εργασίας από στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ με βάση την εμπειρία τους στην εφαρμογή των DRG στην Ελλάδα:

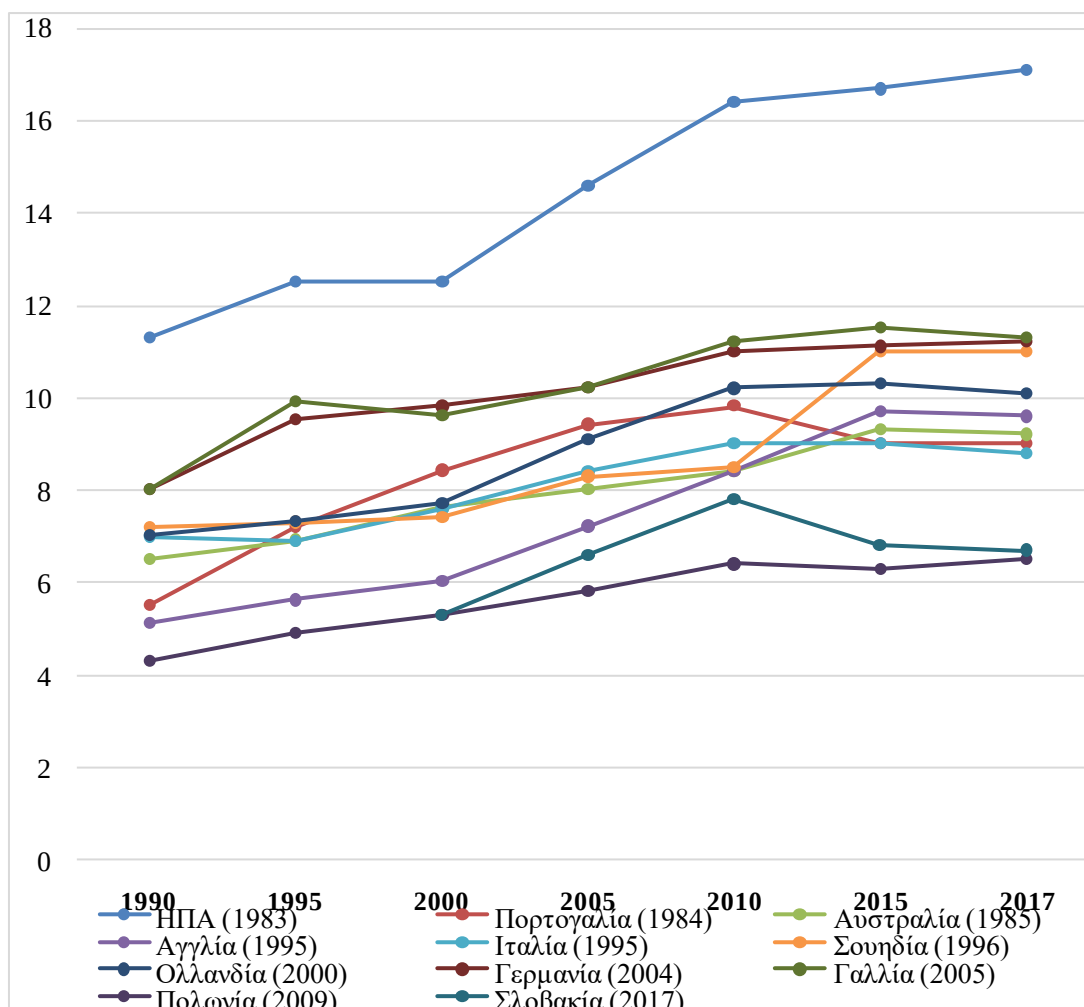
- α) υπευθύνους χάραξης πολιτικής υγείας (ανώτατη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας),
- β) στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ και των νοσοκομείων (διοικητές –αναπληρωτές διοικητές και διοικητικά στελέχη όπως και επαγγελματίες υγείας με πρότερη συμμετοχή στο σύστημα των ΚΕΝ)
- γ) στελέχη της δημόσιας (ΕΟΠΥΥ) και της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς υγείας. Τα αποτελέσματα αυτών των συνεντεύξεων παρουσιάζονται (6^ο κεφάλαιο) συνθετικά, ξεχωριστά ανά ομάδα επαγγελματιών

2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.1 Εξέλιξη και Χρηματοδότηση της Τρέχουσας Δαπάνης Υγείας

Στην ενότητα που ακολουθεί παρατίθενται ποσοτικά εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη και τη χρηματοδότηση της τρέχουσας δαπάνης υγείας με έμφαση στη νοσοκομειακή δαπάνη στις 11 χώρες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση.

Σε όλες τις υπό μελέτη χώρες η δαπάνη υγείας καταγράφει ανοδική πορεία από 7% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο το 1990 σε 10% του ΑΕΠ το 2017, μία αύξηση (κατά 44%) (Εικόνα 2.1) (OECD 2020, Eurostat 2020), η οποία αποδίδεται τόσο στη δημογραφική γήρανση όσο και στις ραγδαίες εξελίξεις της τεχνολογίας υγείας καθώς και στην αύξηση των προσδοκιών και των απαιτήσεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς μάλιστα βελτιώνονται και τα εισοδήματα των πολιτών (De la Maisonneuve and Martins 2015).



Εικόνα 2.1: Η διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας ως % του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες : 1990-2017

Παρενθετικά, δεικνύεται το έτος εισαγωγής του συστήματος DRG ανά χώρα

Πηγή: **OECDHealthStatistics, 2020**

Η αυξητική τάση των δαπανών υγείας στις υπό μελέτη χώρες συνάδει με την αντίστοιχη τάση στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, η οποία αναμένεται να επιταθεί τα επόμενα χρόνια λόγω των δημογραφικών αλλαγών και των συν-νοσηροτήτων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με εκτιμήσεις (του ΟΟΣΑ) το 2030 το ποσοστό των ατόμων άνω των 65% ετών θα ανέλθει στο 50% (από 40% το 2010), ενώ το 2060 εκτιμάται ότι θα αγγίξει το 60% του πληθυσμού (De la Maisonneuve and Martins 2015).

Οι δημόσιες πηγές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας καθώς σε 7 από τις 11 υπό μελέτη χώρες η συμμετοχή τους ξεπερνά το 75% στο σύνολο της δαπάνης υγείας (Πίνακας 2.1) (European Commission 2020a). Η κατάσταση αυτή εγκυμονεί πιθανούς κινδύνους για τη βιωσιμότητα των δημοσίων

οικονομικών, καθώς λόγω της γήρανσης του πληθυσμού η χρηματοδοτική βάση συρρικνώνεται, ενώ από την άλλη μεριά οι ανάγκες υγείας διαρκώς και αυξάνονται λόγω αλλαγής του νοσολογικού και επιδημιολογικού προφίλ με την επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων (Gregersen 2014, Werblow et al. 2007).

Πίνακας 2.1: Η ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων πηγών στη χρηματοδότηση της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	% Διαφορά 1990-2017
ΗΠΑ (1983)	40,2	46,2	44,2	45,4	48,4	84,6	84,5	110%
Πορτογαλία (1984)	64,9	61,5	70,5	71,3	69,8	66,2	66,3	2%
Αυστραλία (1985)	66,2	66,4	68,4	68,4	68,6	68,2	68,9	4%
Αγγλία (1995)	84,3	84,1	79,3	81,5	83,1	79,4	78,8	-7%
Ιταλία (1995)	81,3	71,3	72,6	77,5	78,5	74,6	73,9	-9%
Σουηδία (1996)	79,6	86,6	85,5	81,8	81,9	83,3	83,7	5%
Ολλανδία (2000)	71,2	75,4	69	68,4	83,4	81,4	81,5	14%
Γερμανία (2004)	75,4	80,3	78,2	75,5	83,4	84,1	84,4	12%
Γαλλία (2005)	76	79,1	78,9	78,7	76,3	76,7	83,4	10%
Πολωνία (2009)	90,9	73,5	68,9	68,7	71,7	70	69,5	-24%
Σλοβακία (2017)			89,2	75,3	71,9	79,7	79,9	-10%
Μέσος όρος			73,2	72,0	74,3	77,1	77,7	

Πηγή: OECDHealthStatistics, 2020

Εντός παρένθεσης παρατίθεται το έτος εισαγωγής του συστήματος DRG σε κάθε χώρα. Η ραγδαία αύξηση της συμμετοχής των δημοσίων πηγών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στις ΗΠΑ μετά το 2010 οφείλεται στο πρόγραμμα AffordableCareAct στο πλαίσιο του οποίου διευρύνθηκαν σημαντικά τα εισοδηματικά όρια για την κάλυψη των πολιτών από το πρόγραμμα Medicaid. Επιπλέον από το 2014 δίδονταν και δημόσια επιδόματα σε οικογένειες με μεσαίο και χαμηλό εισόδημα για την κάλυψη των ασφαλιστρών υγείας.

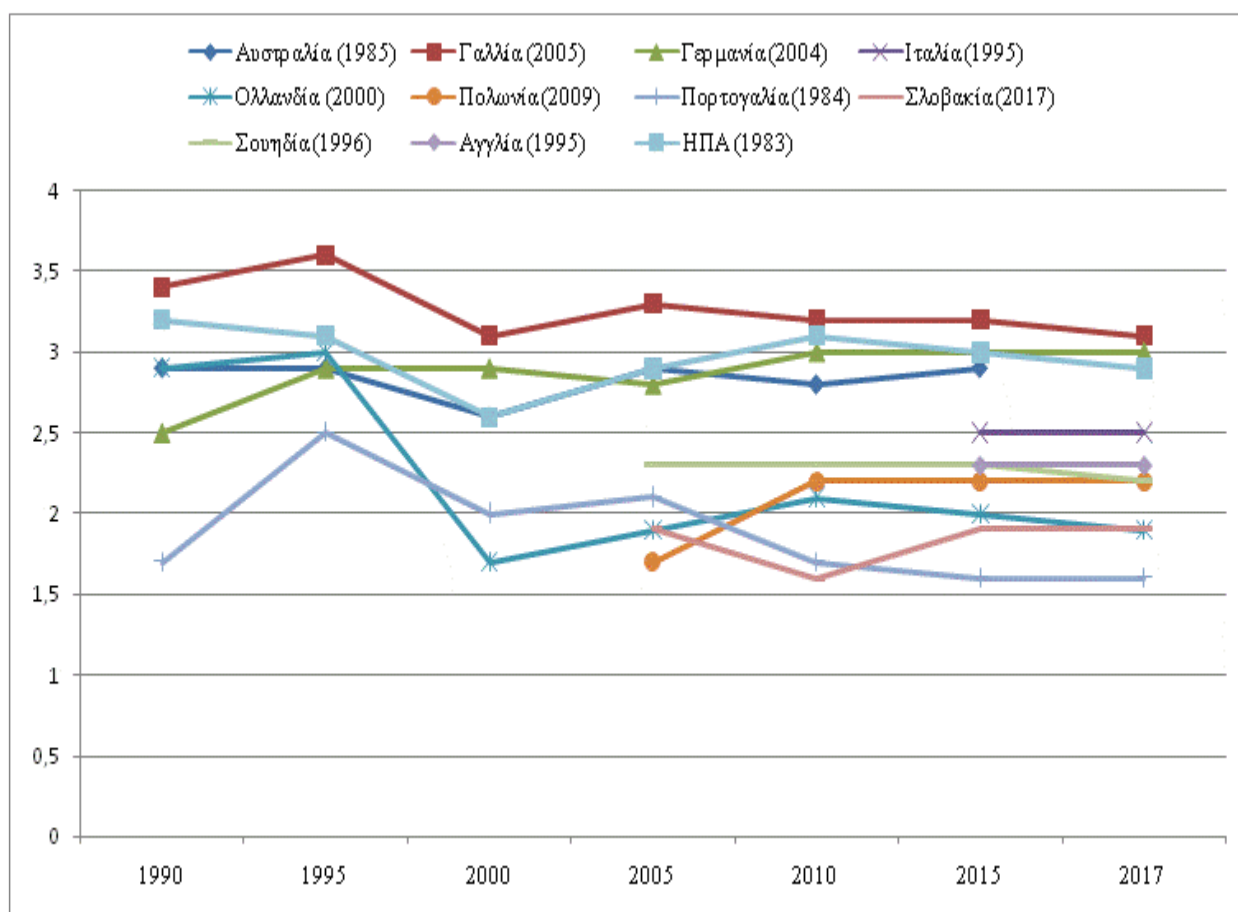
Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση των αρχών της ισότιμης καθολικής πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, οργανωμένες με τρόπο που να προάγουν την αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων και την κλινική αποτελεσματικότητα, αποτελεί μία πρόκληση για τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής υγείας (OECD 2015a, OECD 2015b). Προς την κατεύθυνση αυτή, η συνδυαστική εφαρμογή δύο δεσμών μέτρων κρίνεται αναγκαία:

- A) η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών της πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) για τη διακυβέρνηση και τη συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων υγείας βάσει κοινώς αποδεκτών δεικτών και

Β) η εισαγωγή νέων μοντέλων αποζημίωσης των παρόχων υγείας (έναντι προβλέψιμου κόστους), τα οποία θα συμβάλουν στη συγκράτηση της δαπάνης υγείας. Η εφαρμογή των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis Related Groups-DRG), κύρια για την αποζημίωση των νοσοκομείων, αποτελεί ένα τέτοιο μοντέλο

2.2 Εξέλιξη και Χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής Δαπάνης

Στις υπό μελέτη χώρες, η νοσοκομειακή δαπάνη κυμαίνεται, διαχρονικά, από 1,5% έως 3,5% του ΑΕΠ με μία σταθερά πτωτική πορεία (Εικόνα 2.2), η οποία είναι εντονότερη στην περίπτωση που αυτή εκφραστεί ως ποσοστό στο σύνολο της τρέχουσας δαπάνης υγείας (Πίνακας 2.2).



Εικόνα 2.2: Η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής δαπάνης ως % του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες : 1990-2017

Παρενθετικά, δεικνύεται το έτος εισαγωγής του συστήματος DRG ανά χώρα

Η πτωτική αυτή πορεία οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου οργάνωσης των υπηρεσιών, δίνοντας ολοένα και περισσότερο έμφαση στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών (π.χ. χειρουργεία ημέρας) και μετανοσοκομειακών δομών (π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, εφαρμογές τηλεϊατρικής για την παρακολούθηση μακροχρόνια ασθενών). Η τάση των τελευταίων δεκαετιών συνίσταται στην αντιμετώπιση του κατά το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού ασθενών εκτός νοσοκομείων και στην εντατικοποίηση της νοσοκομειακής φροντίδας με την παροχή σύνθετων και εξειδικευμένων υπηρεσιών εντός, όμως, μικρότερου χρονικού διαστήματος (European Commission 2020b).

Πίνακας 2.2: Η ποσοστιαία αναλογία της νοσοκομειακής δαπάνης στο σύνολο της τρέχουσας δαπάνης υγείας σε επιλεγμένες χώρες

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	% Διαφορά 1990-2017
ΗΠΑ (1983)	28,4	24,6	21,1	20,1	18,9	17,8	17,3	-39,1%
Πορτογαλία (1984)	31,2	34,1	24,2	22,3	17,5	17,6	17,3	-44,6%
Αυστραλία (1985)	45,2	41,4	34,6	36,6	33,1	31		
Αγγλία (1995)						23,8	23,6	
Ιταλία (1995)						27,9	27,7	
Σουηδία (1996)				27,8	26,8	20,5	20	-28,1%
Ολλανδία (2000)	41,7	41,4	21,9	20,3	20,4	19,3	19,2	-54,0%
Γερμανία (2004)	31,4	31	29,1	27,8	27,4	27,2	26,5	-15,6%
Γαλλία (2005)	43	36	32,6	31,9	28,4	27,9	27,5	-36,0%
Πολωνία (2009)				30	33,7	34	33,9	13,0%
Σλοβακία (2017)				28	20,4	28,3	28,1	0,4%

Πηγή: OECD Health Statistics, 2020

Εντός παρένθεσης δεικνύεται το έτος εισαγωγής του συστήματος DRG σε κάθε χώρα

Ωστόσο, στην περίπτωση που η νοσοκομειακή δαπάνη εκφραστεί σε απόλυτες τιμές, ως κατά κεφαλήν δαπάνη σε ισοδύναμα αγοραστικής δύναμης (PPPs US) σε σταθερές τιμές έτους 2010, η τάση είναι αυξητική (Πίνακας 2.3) για τις περισσότερες χώρες, γεγονός που συνάδει με την εντατικοποίηση της φροντίδας ως απόρροια της εισαγωγής της σύγχρονης τεχνολογίας αιχμής και της αλλαγής του νοσολογικού προφίλ (ηλικιωμένα άτομα με πολλές συν-νοσηρότητες) (European Commission 2020b). Ως εκ τούτου, και η εισαγωγή του συστήματος αποζημίωσης βάσει των DRG

δεν φάνηκε να είχε επίδραση στη συγκράτηση της νοσοκομειακής δαπάνης (Πίνακας 2.3). Με βάση, όμως, ευρήματα από τη βιβλιογραφία (βλ κεφ. 4^ο), η εισαγωγή του συστήματος των DRG συνδέεται με βελτίωση της αποδοτικότητας των δαπανών που ήδη διατίθενται για τη νοσοκομειακή φροντίδα.

Πίνακας 2.3: Η κατά κεφαλήν νοσοκομειακή δαπάνη σε ισοδύναμα αγοραστικής δύναμης (PPPs US) σε σταθερές τιμές έτους 2010, σε επιλεγμένες χώρες

	-1	+1	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
ΗΠΑ (1983)			1.181	1.204	1.192	1.434	1.504	1.569	1.585
Πορτογαλία (1984)	199	187	326	503	496	523	441	400	417
Αυστραλία (1985)	725	759	768	817	854	1.115	1.191	1.211	
Αγγλία (1995)								827	840
Ιταλία (1995)								825	833
Σουηδία (1996)						889	922	968	967
Ολλανδία (2000)	687	714	932	1.016	682	779	913	880	888
Γερμανία (2004)	1.052	1.067	891	1.010	1.056	1.210	1.210	1.313	1.345
Γαλλία (2005)	1.139	1.110	1.004	1.065	1.049	1.146	1.148	1.189	1.195
Πολωνία (2009)	447	479				304	479	553	619
Σλοβακία (2017)	542								551

Πηγή: OECD Health Statistics, 2020

Εντός παρένθεσης δεικνύεται το έτος εισαγωγής του συστήματος DRG σε κάθε χώρα

-1 = ένα έτος πριν την εφαρμογή του συστήματος DRG σε καθεμία από τις υπό εξέταση χώρες

+1 = ένα έτος μετά την εφαρμογή του συστήματος DRG σε καθεμία από τις υπό εξέταση χώρες

3. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

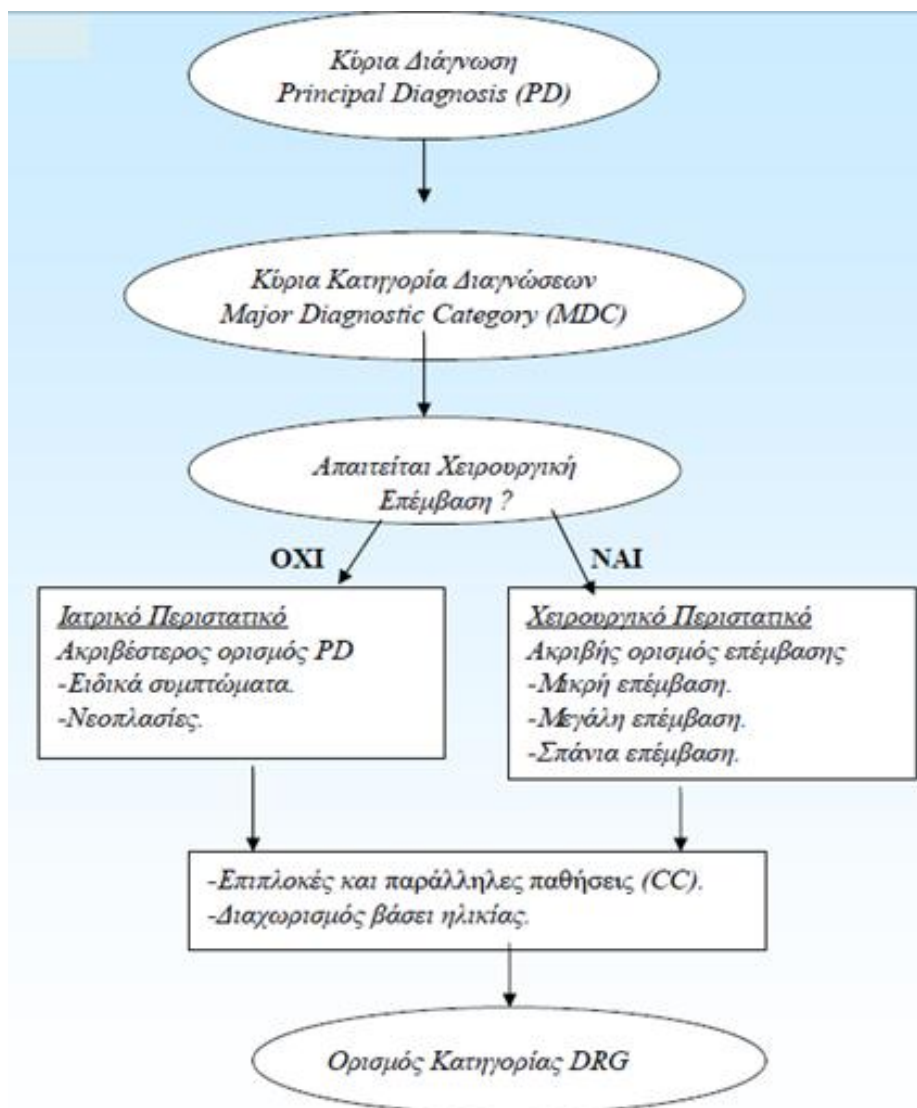
3.1 Βασικές Αρχές

Στο σύστημα DRG οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς κατατάσσονται σε συγκεκριμένες ομάδες με τη χρήση ενός ειδικού λογισμικού (Grouper), το οποίο βασίζεται σε ένα σύνολο δεδομένων, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD) του Π.Ο.Υ, η κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων (procedures codes), το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, η μέση διάρκεια νοσηλείας και διάφορες άλλες παραμέτρους, εκ των οποίων αρκετές είναι κοινές μεταξύ των χωρών (Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-Ελληνικό Ινστιτούτο DRG 2019). Πιο συγκεκριμένα, ως κριτήρια κατάταξης σε ομάδες DRG συγκαταλέγονται η κύρια διάγνωση (Principal Diagnosis - PD), η κύρια κατηγορία διαγνώσεων (Major Diagnostic Category - MDC), η δευτερεύουσα διάγνωση (secondarydiagnosis), οι επιπλοκές και η συν-νοσηρότητα (complications and comorbidities CC), το είδος της χειρουργικής επέμβασης, η ηλικία, το φύλο, η έκβαση του περιστατικού και η διάρκεια νοσηλείας (Length of Stay – LOS). Οι κύριες κατηγορίες διαγνώσεων (MDC) είναι 25 και καθορίζουν το σύστημα, το όργανο ή την περιοχή που πάσχει (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1. Οι κύριες κατηγορίες διαγνώσεων (MDC)

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

Η διαδικασία εύρεσης της κατάλληλης κατηγορίας DRG, γεγονός που αποτελεί και τη βασικότερη παράμετρο ορθής αξιοποίησης του συγκεκριμένου συστήματος, αποτυπώνεται συνοπτικά στην Εικόνα 3.1 (Mihailovic et al.2016).



Εικόνα 3.1: Η διαδικασία προσδιορισμού της κατάλληλης κατηγορίας DRG.

Πηγή: Mihailovic et al. 2016

Συνοπτικά, σχετικά με την ανάπτυξη των DRG ισχύουν τα ακόλουθα (Busse et al. 2011):

- Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη των διαφόρων κατηγοριών των DRG περιορίζονται στην πληροφορία που εξ ορισμού συλλέγεται από τα νοσοκομεία.
- Ο αριθμός των DRG πρέπει να είναι εύκολα διαχειρίσιμος και πρέπει όλοι οι ασθενείς να ταξινομούνται σε κάποιο DRG.
- Κάθε DRG περιλαμβάνει ασθενείς που καταναλώνουν παρόμοια ποσότητα πόρων.
- Κάθε DRG περιλαμβάνει ασθενείς που είναι παρόμοιας κλινικής κατάστασης.

- Τα DRG βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD), με την κάθε χώρα να πραγματοποιεί διάφορες προσαρμογές σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες της.

Με τον τρόπο αυτό, δημιουργούνται μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες που αφορούν στα διάφορα συστήματα και όργανα όπως π.χ. νοσήματα του νευρικού συστήματος, νοσήματα των οφθαλμών, νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος κ.ά.

Για παράδειγμα, στην Αυστραλία, κάθε κατηγορία DRG χαρακτηρίζεται από μια κύρια κατηγορία διαγνώσεων (MDC), ενώ υπάρχουν 20 κωδικοί που προσδιορίζουν διαφορετικούς ΣΒΚ. Οι εν λόγω κωδικοί βοηθούν στον υπολογισμό του κόστους της κάθε κατηγορίας DRG. Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του κόστους των DRG στην Αυστραλία είναι: το είδος και ο τύπος συμβάντος, η διάρκεια νοσηλείας, η βαρύτητα, το επίπεδο ψυχικής/πνευματικής κατάστασης, η διενέργεια ημερήσιας ή όχι νοσηλείας, η αναγκαιότητα ή όχι άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο (Ministry of Health – Manatū Hauora 2019).

Οι ασθενείς που ανήκουν στο ίδιο DRG αναμένεται να έχουν παρόμοια κλινική πορεία. Κάθε χώρα έχει δυο επιλογές:

- (α) να υιοθετήσει ένα ήδη υπάρχον σύστημα DRG με μικρότερο κόστος, αγοράζοντας τις άδειες χρήσης του, ή
- (β) να δημιουργήσει ένα νέο σύστημα DRG με μεγαλύτερο κόστος και κατανάλωση πόρων (Mihailovic et al. 2016).

Σε αρκετές μελέτες έχει επιχειρηθεί η σύγκριση των υφιστάμενων συστημάτων DRG σε χώρες της Ευρώπης και η πλειονότητα αυτών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα συστήματα DRG διαφοροποιούνται αρκετά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (Tan et al.2014, Pirson et al.2013, Lotter et al.2011).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το διαφορετικό ποσοστό κάλυψης της νοσοκομειακής δαπάνης μέσω των DRG μεταξύ των χωρών, καθώς και το διαφορετικό εύρος υπηρεσιών που καλύπτει το συγκεκριμένο σύστημα. Οι λιγότερο συχνά καλυπτόμενες υπηρεσίες μέσω του συστήματος DRG είναι οι ψυχιατρικές και οι υπηρεσίες αποκατάστασης, καθώς και οι υπηρεσίες εντατικής και επείγουσας

παροχής φροντίδας. Το κόστος εκπαίδευσης και έρευνας δεν καλύπτεται στην πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών, από τα DRG.

Επίσης, διαφοροποιήσεις καταγράφονται και αναφορικά με τη μεθοδολογία προσέγγισης του κόστους ανά κατηγορία DRG και υπολογισμού των ΣΒΚ. Για παράδειγμα, κάποιες χώρες αξιοποιούν δεδομένα από το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας (Αγγλία, Αυστρία, Γερμανία¹, Ολλανδία) ή το σύνολο των ενδονοσοκομειακών εισαγωγών (Γαλλία, Σουηδία) ή το σύνολο των υγειονομικών δαπανών (Εσθονία) ή/και της παρεχόμενης εξειδικευμένης φροντίδας υγείας (Φιλανδία) για τον υπολογισμό των ΣΒΚ. Η κατανομή του συνολικού, άμεσου και έμμεσου, κόστους σε κάθε κατηγορία DRG πραγματοποιείται με τον συνδυασμό χρήσης ποικίλων μεθόδων (π.χ. μικροκοστολόγηση, από πάνω προς τα κάτω κατανομή κλπ) (Tan et al.2014).

3.2 Περιγραφή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων

Στην Ελλάδα, από τον Ιανουάριο του 2012, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας εισήγαγε τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (KEN-DRG) ανά θεραπευτική κατηγορία παθήσεων, η ανάπτυξη των οποίων βασίστηκε στο Αυστραλιανό σύστημα των DRG. Με τον συγκεκριμένο τρόπο, η τιμολόγηση βασίζεται σε έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία θα αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία. Μια περιληπτική περιγραφή της εφαρμογής του συστήματος των KEN στην Ελλάδα, σε επίπεδο υγειονομικού παρόχου, συνοψίζεται ακολούθως:

- Ο θεράπων ιατρός συμπληρώνει το έντυπο εισαγωγής, όπου επιλέγει τον κωδικό διάγνωσης εισόδου του ασθενή.
- Ο θεράπων ιατρός συμπληρώνει το εξιτήριο του ασθενή, όπου αναγράφεται η διάγνωση (ICD – 10) εξόδου και η ιατρική πράξη (μπορούν να επιλεγούν περισσότερες από μία διαγνώσεις και ιατρικές πράξεις. Θα πρέπει, όμως, να προσδιορίζεται η κύρια διάγνωση και να γίνεται προσπάθεια, όπως αποφεύγεται η αναγραφή κωδικού διάγνωσης εισόδου, που συνήθως είναι σύμπτωμα ή σημείο, ως διάγνωση εξόδου). Ο κωδικός ICD – 10 είναι υποχρεωτικός και χωρίς αυτόν το εξιτήριο δε μπορεί να διεκπεραιωθεί.

¹ Για τον υπολογισμό των ΣΒΚ η Γερμανία καταφεύγει σε δείγμα νοσοκομείων (περίπου 10%). Αναλυτικότερα βλέπε § 4.3.5

- Το Τμήμα Πληροφορικής εξάγει σε μορφή excel τα στοιχεία των ασθενών από τα εξιτήρια και τα προωθεί στο Λογιστήριο Ασθενών (στην περίπτωση που δεν υπάρχει αυτόματη σύνδεση μέσω Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος-ΟΠΣΥ), για να γίνει η τιμολόγηση της δαπάνης νοσηλείας των ασθενών.
- Το Λογιστήριο Ασθενών, χρησιμοποιώντας την εφαρμογή «Σύστημα Αντιστοίχισης Κωδικοποίησης» (Σ.Α.Κ.) του ΥΥΚΑ, δύναται να εισαγάγει τον ή τους κωδικούς ICD – 10 και ιατρικών πράξεων, και η εφαρμογή δίνει τον ή τους κωδικούς ΚΕΝ που αντιστοιχούν στις παραπάνω διαγνώσεις και ιατρικές πράξεις.
- Ο κωδικός ΚΕΝ που έχει επιλεγεί καταχωρείται στο πληροφοριακό σύστημα (ΟΠΣΥ), για να γίνει η χρέωση του ασθενούς.
- Στις περιπτώσεις που το Λογιστήριο Ασθενών δε μπορεί να επιλέξει τον κατάλληλο κωδικό ΚΕΝ, τότε ζητά τη βοήθεια από την Ομάδα Διαχείρισης των ΚΕΝ, που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές, για να γίνει η σωστή επιλογή του ΚΕΝ άμεσα.
- Η κατάσταση υποβολής των νοσηλευθέντων ασθενών εκτυπώνεται στις αρχές του μήνα για τον προηγούμενο μήνα και αποστέλλεται στα ασφαλιστικά ταμεία.
- Στις περιπτώσεις όπου η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) υπερβαίνει αυτή του ΚΕΝ, τότε το πληροφοριακό σύστημα τιμολογεί τις επιπλέον ημέρες νοσηλείας βάσει του τιμολογίου της ΚΥΑ- Υ4α/οικ.18051/2012, καθώς επίσης τα επιπλέον φάρμακα, υλικά και εξετάσεις.
- Στις ιδιωτικές κλινικές, ακολουθείται η ίδια διαδικασία από το Γραφείο Κίνησης σε συνεργασία με το Λογιστήριο Ασθενών για την τιμολόγηση της νοσηλείας και καταβολή της δαπάνης.

Ωστόσο, μετά τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων βάσει των ΚΕΝ, διαπιστώθηκε η ανάγκη κάποιων βελτιστοποιήσεων κύρια για την ευστοχότερη ανταπόκριση των θεσπισμένων τιμών αποζημίωσης στο πραγματικό κόστος της κάθε διαγνωστικής κατηγορίας (Polyzos et al.2013) και την εξέλιξη του συστήματος αντιστοίχισης κωδικοποιήσεων. Στο πλαίσιο αυτό, και με βάση τις προβλέψεις του Ν. 4286/2014 συστήθηκε το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών: Ελληνικό Ινστιτούτο DRG, με αντικείμενο, μεταξύ άλλων, τη συλλογή έγκυρων ιατρικών, λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων αρχικά, σε μία πιλοτική φάση, από 20 δημόσια και 7

ιδιωτικά νοσοκομεία, τον ΕΟΠΥΥ, τον ΕΟΦ και άλλους φορείς, προκειμένου να καθορισθούν οι διαγνωστικά ομοιογενείς ομάδες και να υλοποιηθούν οι αναλύσεις κόστους για τον προσδιορισμό των συντελεστών βαρύτητας κόστους που θα αντανakλούν πλήρως την ελληνική πραγματικότητα (Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-Ελληνικό Ινστιτούτο DRG 2019).

Διευκρινίζεται ότι, εντός της τρέχουσα μελέτης, ο όρος KEN αναφέρεται στο υφιστάμενο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων, ενώ ο όρος Gr-DRG αφορά στο νέο, υπό ανάπτυξη, σύστημα.

3.3 Κίνητρα και προβλήματα από την εισαγωγή των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων

Σε γενικές γραμμές, τα κίνητρα μιας χώρας για να εφαρμόσει τα DRG είναι τα εξής:

- Αύξηση της αποδοτικότητας (Busse et al.2011).
- Βελτίωση της ποιότητας (Busse et al.2011).
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας (Busse et al.2011).
- Αύξηση της διαφάνειας, καθώς μέσω του συστήματος DRG είναι εφικτή η ταξινόμηση ενός μεγάλου αριθμού ενδονοσοκομειακών ασθενών σε έναν διαχειρίσιμο αριθμό κλινικά και οικονομικά ομοειδών ομάδων (Busse et al.2013).
- Δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων που σε διαφορετική περίπτωση θα ήταν αδύνατον να πραγματοποιηθούν (Fetter 1991): π.χ. προσδιορισμό των νοσοκομείων που διαχειρίζονται μεγάλο αριθμό σύνθετων περιπτώσεων μέσω του υπολογισμού του ποσοστού των υψηλού κόστους DRG σε κάθε νοσοκομείο, σύγκριση της κατανάλωσης πόρων μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων για τη διαχείριση ασθενών που έχουν ταξινομηθεί στο ίδιο DRG.
- Δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας (π.χ. ποσοστό επιπλοκών που σημειώθηκαν σε ένα συγκεκριμένο DRG) (Fetter 1996).

Εντούτοις, η εφαρμογή του συστήματος DRG στις διάφορες χώρες συνοδεύτηκε και από ορισμένα *προβλήματα*, , συνοπτικά, τα ακόλουθα:

- Κίνδυνος εσφαλμένης εκτίμησης και, τελικά, μη παροχής και ορισμένων απαραίτητων υπηρεσιών, ως αποτέλεσμα της στόχευσης στον περιορισμό της παροχής μη αναγκαίων υπηρεσιών (Busse et al.2011)

- Κίνδυνος πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου (πριν την ολοκλήρωση της αποθεραπείας) και συνακόλουθα χειρότερων εκβάσεων (Busse et al. 2011, Mihailovic et al. 2016), ως αποτέλεσμα της επιδίωξης μείωσης της διάρκειας νοσηλείας και κατ' επέκταση μείωσης του κόστους
- Δυσκολίες στη σωστή κωδικοποίηση κυρίως κατά την περίοδο της πρώτης εφαρμογής (Busse et al.2011)
- Δυσκολίες στην καταγραφή του κόστους με ακρίβεια (Busse et al.2011)
- Ετερογένεια (σε κάποιες περιπτώσεις) περιστατικών που εντάσσονται εντός της διαγνωστικής κατηγορίας,είτε ως προς την κλινική συνάφεια είτε ως προς το κόστος (Chilingerian 2008)
- Ανάπτυξη συμπεριφορών (εκ μέρους των νοσοκομείων) εκλεκτικής επιλογής ασθενών που κατατάσσονται σε φθηνότερα DRG και μετακίνηση των ασθενών που ταξινομούνται σε DRG υψηλότερου κόστους σε άλλα νοσοκομεία ή αποφυγή παροχής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ακριβότερα DRG (Busse et al.2011, Busse et al.2013)
- Χαμηλή ποιότητα των δεδομένων (Busse et al.2011)
- Σκόπιμες λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG, ώστε τα νοσοκομεία να λάβουν υψηλότερες αποζημιώσεις (Busse et al.2011, Busse et al.2013)

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο τρέχον κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για όλα τα υπό διερεύνηση θέματα ξεχωριστά, ανά χώρα, ενώ στο Παράρτημα Α συνοψίζονται τα ευρήματα υπό τη μορφή Πινάκων.

4.1 ΗΠΑ

4.1.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Οι ΗΠΑ αποτέλεσαν την πρώτη χώρα στην οποία βρήκε πρακτική εφαρμογή και κατάλληλη αξιοποίηση η μέθοδος αποζημίωσης με βάση τα DRG. Με έτος εισαγωγής το 1983, το σύστημα DRG αναδείχθηκε σε βασικό «εργαλείο» για την εκτίμηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια του υφιστάμενου προγράμματος υγειονομικής κάλυψης Medicare. Η συνεχόμενη σταδιακή αύξηση των υγειονομικών δαπανών με κύριο χαρακτηριστικό το υπερβάλλον κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, ειδικά τη δεκαετία του 1970, οδήγησε μακροπρόθεσμα στην ανάγκη διαμόρφωσης ενός έγκυρου, δίκαιου και αξιόπιστου συστήματος αποζημίωσης (Chilingerian 2008, Davies and Westfall 1983). Στην πραγματικότητα, ο πρωταρχικός λόγος σχεδιασμού του συστήματος DRG στις ΗΠΑ δεν ήταν η σύνταξη ενός μηχανισμού αποζημίωσης και αποπληρωμής των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά ο σχεδιασμός ενός αποτελεσματικού συστήματος ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της αξιοποίησης των καταναλισκόμενων πόρων και υπηρεσιών σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Quentin et al.2013).

Η πρώτη ευρείας κλίμακας αδρή εφαρμογή του συστήματος DRG έλαβε χώρα στα τέλη της δεκαετίας του 1970 στην πολιτεία του Νιου Τζέρσεϊ. Το Υπουργείο Υγείας του Νιου Τζέρσεϊ χρησιμοποίησε το σύστημα DRG ως τη βάση ενός μελλοντικού συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων, στο οποίο η αποπληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών θα προσδιοριζόταν βάσει ενός καθορισμένου ποσού για κάθε κατηγορία DRG, στην οποία θα κατατασσόταν ο εκάστοτε ασθενής που ελάμβανε θεραπεία (Quentin et al.2013, Centers for Medicare & Medicaid Services 2018). Μέχρι και το έτος 1982 το πρόγραμμα Medicare βασιζόταν σε αρχές

αναδρομικής αποπληρωμής των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Μετά την πάροδο εννέα ετών, το 1992, δόθηκε η δυνατότητα προοπτικής αποπληρωμής των νοσοκομειακά παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση το σύστημα DRG. Λίγα χρόνια αργότερα, το έτος 1997, το εν λόγω σύστημα αποζημίωσης εφαρμόστηκε και σε άλλες μορφές παρεχόμενων υπηρεσιών, πλην των νοσοκομειακών, όπως οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία, καθώς και οι υπηρεσίες αποκατάστασης (Chilingerian 2008).

Η ιδέα ανάπτυξης ενός οργανωμένου συστήματος ομαδοποίησης 518 διαγνωστικών κατηγοριών, βάσει των οποίων θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η ακριβής αξιολόγηση του τρόπου αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε 4.800 νοσοκομεία των ΗΠΑ, αρχικά, χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετικά πολύπλοκη με ιδιαίτερες απαιτήσεις τόσο σε τεχνικό επίπεδο, όσο και επίπεδο κοστολόγησης. Παρόλα αυτά, η μετέπειτα οργανωμένη αξιολόγηση και ομαδοποίηση των ασθενών που νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας σε όμοιες κατηγορίες αποτέλεσε το πρώτο βήμα σχεδιασμού του συστήματος DRG, το οποίο, σταδιακά, εδραιώθηκε και αποτέλεσε πρότυπο συστήματος αποζημίωσης και σε άλλες χώρες πλην των ΗΠΑ.

Με την πάροδο του χρόνου τα κριτήρια ομαδοποίησης των ασθενών και οι κατηγορίες των DRG διευρύνθηκαν αλλά ο αριθμός των DRG παρέμεινε καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου διαχειρίσιμος. Συγκεκριμένα, το 1984 ο αριθμός των DRG ήταν 468, ενώ το 2005 ανέρχονταν σε 518. Η παρατηρούμενη αύξηση του αριθμού των κατηγοριών των DRG είναι εύλογη, δεδομένων των αλλαγών που ανέκυψαν τόσο στο νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού, όσο και στις θεραπευτικές μεθόδους (Chilingerian 2008, Davies and Westfall 1983).

Η εφαρμογή του συστήματος DRG στις ΗΠΑ θεωρήθηκε ως η πιο σημαντική μεταπολεμική καινοτόμος ιδέα βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Παράλληλα, η εν λόγω κίνηση αποτελεί, ενδεχομένως, μια από τις πιο σημαντικές διοικητικές μεταρρυθμίσεις στις ΗΠΑ, γεγονός που αποδείχθηκε, μετέπειτα, από την εφαρμογή του συστήματος DRG σε πολλές άλλες χώρες.

4.1.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Αρχικά, ο κάθε ασθενής, ταξινομούνται σε μια εκ των 25 κύριων διαγνωστικών κατηγοριών που είχαν διαμορφωθεί και στη συνέχεια γινόταν περαιτέρω κατηγοριοποίηση του ασθενούς βάσει της θεραπευτικής προσέγγισης (χειρουργική αντιμετώπιση ή συντηρητική αντιμετώπιση ή συνδυασμός αυτών). Στην όγδοη έκδοση του συστήματος DRG οι 25 κύριες διαγνωστικές κατηγορίες, διαμορφώθηκαν από ομάδες έμπειρων ειδικών ιατρών, ώστε να διασφαλισθεί η κλινική συνοχή της κάθε κατηγορίας. Η διάγνωση σε κάθε κύρια διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχεί στη λειτουργία ενός μεμονωμένου οργανικού συστήματος ή κλινικής κατάστασης και σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα (Quentin et al.2013, Centers for Medicare & Medicaid Services 2018).

Η κατηγοριοποίηση των ασθενών βασίστηκε σε διάφορες παραμέτρους, όπως η αρχική διάγνωση κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η ηλικία του ασθενούς και η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων και επιπλοκών. Τελευταία παράμετρος κατηγοριοποίησης των ασθενών αποτέλεσε η κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Με την πάροδο των ετών παρατηρήθηκε διεύρυνση των κατηγοριών ταξινόμησης των ασθενών βάσει και άλλων παραμέτρων. Για παράδειγμα, διαμορφώθηκε ξεχωριστή κατηγορία DRG για:

- (1) τους ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή φαρμακευτικών/παράνομων ουσιών, οι οποίοι δεν ακολούθησαν τις ιατρικές θεραπευτικές συστάσεις,
- (2) τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου,
- (3) τα νεογνήτα που απεβίωσαν και
- (4) τα νεογνήτα που έχρηζαν νοσηλείας σε μονάδα εντατικής φροντίδας.

Η υπο-κατηγοριοποίηση των κατηγοριών DRG, αρχικά, βασίστηκε στην παρουσία ή μη συνοδών επιπλοκών/συν-νοσηροτήτων και στην ηλικία (διαφορετικές κωδικοποιήσεις για παιδιά και εφήβους 0-17 ετών). Στην πιο πρόσφατη έκδοσή του συστήματος DRG [Medicare Severity DRGs (MS-DRGs)], MS-DRG version 34.0 (2017), υπάρχουν συνολικά 757 κατηγορίες MS-DRG με τις βασικές κατηγορίες να ανέρχονται σε 340. Η έκδοση MS-DRG version 34.0 περιλαμβάνει 71.486 διαγνώσεις και 75.789 διαδικασίες (Chilingerian 2008, Davies and Westfall 1983, Quentin et al.2013).

Τα DRG διαμορφώθηκαν στις ΗΠΑ υπό την επίδραση:

- (1) επαγγελματιών υγείας, ερευνητών υγείας, μελών της ακαδημαϊκής κοινότητας, και υπευθύνων χάραξης πολιτικής υγείας
- (2) του κοινωνικό-πολιτισμικού συστήματος της χώρας και, τέλος
- (3) του πολιτικού συστήματος της χώρας (Chilingerian 2008, Davies and Westfall 1983).

Η ταξινόμηση των ασθενών και η μετέπειτα αξιολόγηση των DRG βασίζεται στη χρήση ειδικού λογισμικού (APR DRG Software) Centers for Medicare & Medicaid Services 2018). Επισημαίνεται ότι πραγματοποιείται συστηματική αναθεώρηση των υφιστάμενων κατηγοριών ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Συγκεκριμένα, γίνεται ετήσια αξιολόγηση των υπάρχουσών ή υφισταμένων κατηγοριών και υπο-κατηγοριών των DRG και επανέλεγχος της αναγκαιότητας περαιτέρω διεύρυνσης των κατηγοριών /υπο-κατηγοριών προς διασφάλιση της πλήρους κάλυψης όλων των παραμέτρων ακριβούς αξιολόγησης της χρήσης υγειονομικών πόρων (Busse et al.2011, Quentin et al.2013, Centers for Medicare & Medicaid Services 2018).

4.1.3 Κίνητρα υιοθέτησης του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Κύριος σκοπός υιοθέτησης των DRG ήταν η εισαγωγή ενός συστήματος αντικειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ΗΠΑ. Η ανάγκη συστηματικής και ευέλικτης οργάνωσης της καταγραφής και διαχείρισης των ασθενών στις μονάδες υγείας αποτέλεσε ένα εκ των βασικότερων κινήτρων εφαρμογής του συστήματος DRG. Η οργανωμένη κατηγοριοποίηση των ασθενών βάσει ομαδοποίησης κοινών κλινικών χαρακτηριστικών συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής τους έκβασης μέσω της εφαρμογής των καταλληλότερων διαδικασιών κλινικής πρακτικής. Η ανοδική πορεία των υγειονομικών δαπανών συνδυαστικά με την απουσία βελτίωσης των εκβάσεων και της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτέλεσε βασικό κίνητρο εφαρμογής των DRG (Davies and Westfall 1983, Conrad 2015, Reid et al.2000).

Η σταδιακή εξέλιξη των επιτευγμάτων της βιο-ιατρικής τεχνολογίας έθεσε στο προσκήνιο βασικά ζητήματα κόστους. Στο πλαίσιο εξασφάλισης της βέλτιστης κλινικής πρακτικής, η εφαρμογή νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων βάσει των

καινοτόμων τεχνολογιών υγείας οδήγησε σε ταυτόχρονη αύξηση του υγειονομικού κόστους περίθαλψης, ειδικά, στις περιπτώσεις ελλιπούς ελέγχου της αξιοποίησης των πόρων υπό το πρίσμα της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Ως εκ τούτου, απώτερος σκοπός υιοθέτησης του συστήματος DRG υπήρξε η εξασφάλιση της δυνατότητας εφαρμογής ενός πλαισίου ενδεδειγμένης αξιοποίησης των σύγχρονων επιτευγμάτων της βιο-ιατρικής τεχνολογίας και των υφιστάμενων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων (Davies and Westfall 1983, Conrad 2015).

Επιπλέον, κίνητρο υιοθέτησης των DRG, υπήρξε η δυνατότητα εφαρμογής και αξιοποίησης ενός κοινά αποδεκτού μοντέλου αποτελεσματικής διαχείρισης κλινικών περιπτώσεων σε εθνικό επίπεδο προς αποφυγή «άσκοπων» δαπανών. Η ομαδοποίηση των ασθενών βάσει της υφιστάμενης κλινικής κατάστασης και των συνακόλουθων αναγκών περίθαλψης, αποτέλεσε βασική παράμετρο συγκράτησης του κόστους περίθαλψης, μέσω ακριβούς προσδιορισμού των καταναλισκόμενων πόρων και των αναγκαίων υπηρεσιών φροντίδας (Davies and Westfall 1983, Conrad 2015, Averill et al.2003).

Με την πάροδο του χρόνου η υιοθέτηση και συστηματική εφαρμογή των DRG στις ΗΠΑ οδήγησε σε βελτίωση διαφόρων παραμέτρων αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Chilingerian 2008)
- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Chilingerian 2008)
- Μείωση της θνησιμότητας σχετιζόμενης με καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονία (Figueroa et al.2016)

Υφίσταται πλέον η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των νοσοκομείων μιας χώρας υπό το πρίσμα αξιολόγησης των δεικτών αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (Averill et al.2003).

4.1.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Μετά την εφαρμογή των DRG στις ΗΠΑ, η πλειονότητα των οικονομολόγων είχε, δικαίως, προβλέψει τα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα του εν λόγω συστήματος τόσο στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, όσο και σε άλλους δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Παρόλα αυτά, η εφαρμογή των

DRG συνοδεύτηκε και από προβλήματα και ελλείψεις που δυνητικά επιφέρουν δυσκολίες στην αντικειμενική αξιολόγηση της εξέλιξης της δαπάνης υγείας. Για παράδειγμα, καθίσταται σχετικά αδύνατος ο ακριβής προσδιορισμός του παράγοντα που οδήγησε σε μείωση της ΜΔΝ, καθώς αυτή η μείωση μπορεί να αποδοθεί τόσο στην εφαρμογή των DRG, όσο και στις σύγχρονες εξελίξεις της βιο-ιατρικής τεχνολογίας. Ομοίως, ελάχιστα δεδομένα είναι διαθέσιμα σχετικά με τη συμβολή του συστήματος αποζημίωσης κατά DRG στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι είναι πιο πιθανό το σύστημα αποζημίωσης κατά DRG να οδήγησε σε μετακίνηση μέρους των ασθενών από τις παραδοσιακές ενδονοσοκομειακές μονάδες σε δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, πρακτική που οδηγεί σε συγκράτηση των καταναλισκόμενων υγειονομικών πόρων (Busse et al.2011, Mihailovic et al.2016).

Επιπλέον, το σύστημα αποζημίωσης κατά DRG, ενέχει τον κίνδυνο της υπέρ-κοστολόγησης ενός περιστατικού που απορρέει από τη μη κατάλληλη ταξινόμηση ενός περιστατικού στην ορθή κατηγορία DRG, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να λάβουν υψηλότερες αποζημιώσεις (Mihailovic et al.2016, Duckett et al.2014).

Η περιορισμένη ποιότητα των δεδομένων, λόγω της απουσίας ενός κατάλληλου λογισμικού προγράμματος καταγραφής και ομαδοποίησης της πληροφορίας του κάθε περιστατικού αποτέλεσε το βασικότερο πρόβλημα κατά την αρχική περίοδο εφαρμογής των DRG. Ωστόσο, η μετέπειτα εξέλιξη της τεχνολογίας βοήθησε σημαντικά στην αξιοποίηση λογισμικών που βοηθούν στην ορθή κατηγοριοποίηση των περιστατικών, με αποτέλεσμα τη μείωση των περιπτώσεων δυσ-ταξινόμησης στις κατηγορίες των DRG (Mihailovic et al.2016, Forgione et al.2005). Παράλληλα, το εν λόγω σύστημα συνοδεύεται από δυνητικούς, ηθικούς κινδύνους, όπως τη μείωση της έντασης της προσπάθειας για την αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων εντός του νοσοκομείου (π.χ. ενδονοσοκομειακά ατυχήματα), δεδομένης της πρόβλεψης μετέπειτα καταβολής αποζημίωσης για αυτά (Duckett et al.2014).

Ακόμη, καταγράφονται δυσχέρειες στη διαχείριση του κινδύνου χορήγησης πρόωγων εξιτηρίων για ορισμένους ασθενείς. Για παράδειγμα, το κόστος βάσει της ίδιας κατηγορίας DRG για έναν ασθενή με εξαιρετικά βραχεία διάρκεια νοσηλείας είναι όμοιο με το αντίστοιχο κόστος για έναν ασθενή με πιο τυπική διάρκεια νοσηλείας

βάσει της εν λόγω διαγνωστικής κατηγορίας. Αυτό, πρακτικά, σημαίνει ότι το νοσοκομείο θα αποζημιωθεί το ίδιο και για τους δυο ασθενείς, βάσει DRG, παρά το γεγονός ότι το πραγματικό κόστος νοσηλείας για τον ασθενή με βραχεία διάρκεια νοσηλείας ήταν σημαντικά μικρότερο, σε σύγκριση με τον ασθενή τυπικής διάρκειας νοσηλείας (Mihailovic et al.2016, Duckett et al.2014).

4.1.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Βασική πηγή προέλευσης των δεδομένων για το κόστος αποτελούν όλα τα νοσοκομεία που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε ασθενείς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υγειονομικής κάλυψης Medicare, ενώ υπάρχουν και ορισμένες εξαιρέσεις. Οι τιμές των DRG διαμορφώνονται βάσει του ετήσιου επανελέγχου των διαγνωστικών κατηγοριών και διαφόρων δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Quentin et al.2013).

Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών (overheads) βασίζεται στην άμεση μέθοδο, η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση (Top-down microcosting) (Quentin et al.2013, Duckett et al.2014).

4.1.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Το πρόγραμμα Medicare των ΗΠΑ δεν εξαιρεί από το σύστημα υγειονομικής κάλυψης τις παρεχόμενες υπηρεσίες υψηλού κόστους, όπως είναι τα ακριβά φάρμακα καινοτόμου τεχνολογίας (Stephani et al.2017). Πιο συγκεκριμένα, υφίσταται ένταξη των φαρμάκων "υψηλού κόστους" (π.χ ογκολογικά, αντιϊκά φάρμακα αντιμετώπισης ατόμων με Ηπατίτιδα C ή/και καινοτόμου τεχνολογίας σε ειδική κατηγορία αποζημίωσης κατά DRG βάσει κατάλληλης κωδικοποίησης του περιστατικού (Barua et al.2015). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι το ένα τρίτο των κυκλοφορούντων φαρμάκων που πληρούν τα κριτήρια ένταξης σε πλαίσιο οικονομικής αποζημίωσης στις ΗΠΑ εμπίπτουν στην κατηγορία των "ορφανών φαρμάκων" (Brenna et al.2020).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα φαρμάκων υψηλού κόστους αποτελούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Μελέτη στις ΗΠΑ και τη Γαλλία, με σκοπό τη διερεύνηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ογκολογικούς ασθενείς, αναφέρει διαφορετικό πλαίσιο κάλυψης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, λόγω της ύπαρξης διαφορετικής τιμολογιακής πολιτικής στις διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων (γενόσημα, πρότυπα, εξειδικευμένης τεχνολογίας) που συστήνονται (Robinson and Megerlin 2017). Κοινό πλαίσιο κάλυψης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων αποτελεί η συνεργασία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής ασφάλισης και των ογκολόγων ιατρών, ώστε να αναδειχθεί το κλινικό μονοπάτι που περιλαμβάνει τις λιγότερο δαπανηρές επιλογές για κάθε κατηγορία νεοπλασματικής νόσου. Δεδομένης της συνεχούς προόδου στα ογκολογικά φάρμακα και της παραγωγής ολοένα και ακριβότερων φαρμάκων, υφίσταται η δυνατότητα συμπληρωματικής αποζημίωσης για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων που εμπίπτουν ήδη σε κατηγορία DRG που έχει λάβει κοστολόγηση.

Ωστόσο, πολύ πρόσφατες μελέτες (Galvani et al.2020, Rodwin 2020) υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης του εύρους αποζημίωσης των φαρμάκων υψηλού κόστους στις ΗΠΑ, καθώς παρά την αυξημένες ανάγκες των ασθενών με χρόνια νοσήματα για ορισμένα φάρμακα υψηλού κόστους, όπως τα οπιοειδή, δεν υφίσταται αντίστοιχη αναπροσαρμογή του ποσοστού οικονομικής κάλυψης αυτών των φαρμάκων.

4.2 Αυστραλία

4.2.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Η εφαρμογή στην Αυστραλία ενός συστήματος αποζημίωσης των υγειονομικών δαπανών βάσει του αρχικά διαμορφωμένου συστήματος DRG στις ΗΠΑ, έγινε στα μέσα της δεκαετίας του 1980.

Αρχικά, η ανάπτυξη του συστήματος DRG στην Αυστραλία βασίστηκε στο αντίστοιχο πρότυπο των ΗΠΑ. Ωστόσο, η συγκεκριμένη πρακτική διαμόρφωσης του συστήματος DRG στην Αυστραλία θεωρήθηκε ανεπαρκής, καθώς υπήρχαν διαφορές μεταξύ της κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας στην Αυστραλία και της αντίστοιχης των ΗΠΑ. Ως εκ τούτου, οι Αυστραλοί επαγγελματίες υγείας, καθώς και

οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θεώρησαν ότι το Αμερικανικό σύστημα ταξινόμησης θα έπρεπε να τροποποιηθεί, ώστε να αντικατοπτρίζει το διαφορετικό κλινικό περιβάλλον της Αυστραλίας (Reid et al.2000, Duckett 2000). Έτσι, από το 1998 και έπειτα ολοκληρώθηκαν βασικές αλλαγές στο πρότυπο σύστημα και κατ'επέκταση η Αυστραλία ανέπτυξε το δικό της σύστημα αποζημίωσης βάσει DRG. Για πέντε έτη (1988-1993), η Αυστραλία λάμβανε πλήρη καθοδήγηση και χρηματοδότηση από τις ΗΠΑ για την ανάπτυξη ενός κατάλληλου συστήματος αποζημίωσης βάσει Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων.

Το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα DRG αναπτύχθηκε στην Αυστραλία τον Ιούλιο του 1992 [Australian National DRGs (AN-DRGs)] βασιζόμενο στην αξιοποίηση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης νοσημάτων και διαδικασιών ICD-9-CM. Από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του συστήματος των AN-DRG αναγνωρίστηκε η ανάγκη επανελέγχου του συστήματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την έγκαιρη αναγνώριση των αλλαγών που υφίστανται στην κλινική πρακτική. Έκτοτε, το σύστημα αποζημίωσης AN-DRG έχει υποστεί αρκετές τροποποιήσεις, συμπεριλαμβανομένης και της αξιοποίησης του επικαιροποιημένου συστήματος διεθνούς ταξινόμησης νοσημάτων και διαδικασιών ICD-10-AM (Australian Institute of Health and Welfare 2018, Reid et al.2000, Duckett 2000).

Με την πάροδο του χρόνου διευρύνθηκαν τα κριτήρια ομαδοποίησης των ασθενών και αυξήθηκαν οι κατηγορίες των DRG. Ειδικότερα, με την έναρξη εισαγωγής του εν λόγω συστήματος, το 1992, ο αριθμός των κατηγοριών των DRG στην Αυστραλία ήταν 527, ενώ μέσα σε έξι έτη (το 1998) ο αντίστοιχος αριθμός έφτασε τα 661 (Reid et al.2000). Κατά τη διάρκεια των ετών 2010 και 2011 το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας υπέστη σημαντικές μεταρρυθμιστικές αλλαγές. Βασικό συστατικό στοιχείο των εν λόγω αλλαγών ήταν η ανάπτυξη ενός εθνικού προγράμματος με βασικό έργο την οργανωμένη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών [Activity Based Funding (ABF)]. Το 2011, η κυβέρνηση της Αυστραλίας ολοκλήρωσε τον επανέλεγχο της 6^{ης} έκδοσης του συστήματος AN-DRG (AR-DRG V6.0) με σκοπό τη διασφάλιση της καταλληλότητας εφαρμογής ενός εθνικού ABF για τις υπηρεσίες περίθαλψης που θα προσέφεραν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας κατά τα έτη 2012-2013. Το αποτέλεσμα του ανωτέρω επανελέγχου ήταν η μετέπειτα ανάπτυξη της 7^{ης} έκδοσης του συστήματος AN-DRG (AR-DRG V7.0) και η δημοσίευσή της στο τέλος του 2012

(Reid et al.2000). Το διάστημα 2017-2018 αξιοποιείται η 8^η έκδοση των AN-DRG (AR-DRG V8.0).

4.2.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η διαδικασία ανάπτυξης των AN-DRG ήταν αρκετά πολύπλοκη και κρίθηκε αναγκαία η συντονισμένη συνεργασία ειδικών επαγγελματιών υγείας, κυρίως ιατρών. Η σύσταση μιας ειδικής επιτροπής παροχής κλινικών συμβουλών σε θέματα κατηγοριοποίησης των περιστατικών αποτέλεσε βασική συνιστώσα της εφαρμογής των DRG. Η κατηγοριοποίηση των ασθενών γίνεται σε 23 μείζονες διαγνωστικές κατηγορίες και 771 ομάδες, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την αρχική διάγνωση που τέθηκε για το κάθε περιστατικό (Duckett 2000, Australia Health Services Research Institute 2012). Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες αντανakλούν και άλλους κλινικούς προσδιοριστές, όπως οι περιπτώσεις ασθενών πασχόντων από τον HIV, οι περιπτώσεις των πολύτραυματιών, των τετραπληγικών, των παραπληγικών και των νεογνών.

Τα AN-DRG παρουσιάζουν αρκετές διαφορές από το πρότυπο σύστημα DRG των ΗΠΑ. Για παράδειγμα, για τις περιπτώσεις μακράς διάρκειας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στο Αυστραλιανό σύστημα χρησιμοποιείται ως ανώτατο όριο το τριπλάσιο της μέσης διάρκειας της αντίστοιχης κατηγορίας (Duckett et al.2014).

Η διαδικασία συλλογής και αξιολόγησης των δεδομένων πραγματοποιείται συντονισμένα με τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, οικονομολόγων, στατιστικολόγων και επαγγελματιών πληροφορικής. Η κατάλληλη ταξινόμηση των ασθενών και η μετέπειτα αξιολόγηση των συλλεχθέντων δεδομένων από τις μονάδες υγείας στηρίζεται στη χρήση ειδικού λογισμικού (DRGroupTM software), το οποίο διασφαλίζει ότι θα εφαρμοστεί η ίδια μέθοδος ομαδοποίησης για όλα τα υπάρχοντα δεδομένα (Australian Institute of Health and Welfare 2018).

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πραγματοποιείται αναθεώρηση των υφιστάμενων κατηγοριών DRG. Ειδικότερα, υφίσταται αξιολόγηση των υπάρχουσών κατηγοριών DRG και επανέλεγχος της αναγκαιότητας περαιτέρω διεύρυνσης των διαγνωστικών ομάδων (Duckett 2000, Australian Institute of Health and Welfare 2018). Στον διαδικτυακό ιστότοπο του υπουργείου υγείας της Αυστραλίας δίνεται η δυνατότητα

πρόσβασης σε δεδομένα όλων των εκδόσεων του συστήματος DRG που έχουν κυκλοφορήσει από το 1997 έως και το 2018 στη χώρα. Ταυτόχρονα, υπάρχει σχετικός οδηγός ορθής χρήσης του συστήματος με πληροφορίες κατάλληλης κωδικοποίησης των περιστατικών.

4.2.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Βασικό κίνητρο υιοθέτησης του συστήματος DRG στην Αυστραλία υπήρξε η ανάγκη διαμόρφωσης ενός οργανωμένου και αξιόπιστου συστήματος σύγκρισης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων της χώρας, με απώτερο στόχο την ορθή κατανομή των πόρων (Hindle and Lenz 2001).

Παράλληλα, η δυνατότητα ελέγχου των δεδομένων ποιότητας και η ανάπτυξη ενός πρότυπου συστήματος κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν δυο ακόμη βασικά κίνητρα εφαρμογής του συστήματος DRG στην Αυστραλία (Independent Hospital Pricing Authority 2014).

Με την πάροδο του χρόνου, η υιοθέτηση και συστηματική εφαρμογή των DRG οδήγησε σε διαφοροποίηση ορισμένων δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- Μείωση της ΜΔΝ (Duckett 2000)
- Μείωση του κόστους περίθαλψης των περιστατικών (Ettelt et al.2006)
- Αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών (Ettelt et al.2006, Street et al.2007)

4.2.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στην Πολιτεία της Βικτώρια στην Αυστραλία το βασικότερο πρόβλημα κατά την εφαρμογή του συστήματος DRG ήταν η δυσ-ταξινόμηση των περιστατικών. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 752 χειρουργικά περιστατικά (που αντιμετωπίστηκαν ενδονοσοκομειακά) εντός χρονικής περιόδου έξι μηνών. Στο 56% των περιστατικών DRG που καταχωρήθηκαν εντός της προαναφερόμενης χρονικής περιόδου χρειάστηκε να γίνουν αλλαγές, λόγω αστοχιών και ελλείψεων κατά την καταχώρηση. Το 13% αυτών των αστοχιών σχετίζονταν με λανθασμένη επιλογή ή κωδικοποίηση της αρχικής διάγνωσης και, επιπλέον, στο 29% των περιπτώσεων που χρειάστηκε να γίνουν αλλαγές, σημειώθηκε ελλιπής καταχώρηση επιπρόσθετου κωδικού διάγνωσης. Ως πιο σημαντικός παράγοντας

λανθασμένης κωδικοποίησης και κατ'επέκταση αλλαγής των εγγραφών DRG θεωρήθηκε η χαμηλή ποιότητα των δεδομένων της υπάρχουσας βάσης (Cheng et al.2009).

Αναφορικά με τις βέλτιστες πρακτικές των AN-DRG αυτές περιλαμβάνουν τη συστηματική αξιολόγηση και αναθεώρηση του συστήματος. Συγκεκριμένα, ολοκληρώνεται ετήσια ανανέωση της υφιστάμενης έκδοσης του συστήματος, ώστε να απαλειφθούν τα ζητήματα λειτουργίας του συστήματος που ανέκυψαν σε παλαιότερες εκδόσεις (Duckett 2000, Australia Health Services Research Institute 2012). Παράλληλα, η εφαρμογή μιας συντονισμένης διαδικασίας ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος AN-DRG, βάσει της βέλτιστης κλινικής πρακτικής (clinical audit process), διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο στην αναγνώριση των αιτιών μη-ακριβούς κωδικοποίησης και, κατ'επέκταση, στη βελτίωση της ακρίβειας στη διαδικασία κωδικοποίησης κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής (Cheng et al.2009).

4.2.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Βασική πηγή προέλευσης των δεδομένων για το κόστος αποτελούν 447 νοσοκομεία της χώρας. Η πλειονότητα των περιστατικών που καταχωρούνται βάσει DRG αναφέρεται σε εισαγωγές οξείας νοσηλείας (74%), ενώ πολύ μικρότερο ποσοστό αφορά σε ασθενείς που επισκέφτηκαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (6,1%). Αναφορικά με την κατανομή του έμμεσου κόστους, αυτή βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα, ενώ η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση (Bottom-up microcosting) (Independent Hospital Pricing Authority 2014).

4.2.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στην Αυστραλία, τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με την οικονομική κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους είναι σχετικά περιορισμένα. Γενικά, το σύνολο των φαρμάκων που κυκλοφορούν στη χώρα υπόκειται σε έλεγχο καταλληλότητας τόσο ως προς την κλινική αποτελεσματικότητα, όσο και ως προς την αξία τους μέσω του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας [Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)].

Στην Αυστραλία, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης καλύπτεται σε περιορισμένο βαθμό μέσω της δημόσιας χρηματοδότησης, καθώς το 38% των δαπανών υγείας των νοικοκυριών αφορά σε αγορά φαρμάκων (ιδίως ορισμένων κατηγοριών) (Glover, 2016). Για παράδειγμα, η κάλυψη ακριβών φαρμάκων, όπως η σοφοσμπουβίρη, που αξιοποιείται στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C, δεν είναι πλήρης, καθώς η ένδειξη χορήγησης του φαρμάκου έρχεται κάποιες φορές σε αντίθεση με οικονομικά κριτήρια (Robertson-Preidler et al.2017). Ομοίως, και οι ασθενείς με νεοπλασματική νόσο (όπως αιματολογικές νεοπλασίες, καρκίνο μαστού και καρκίνο του παχέος εντέρου) υποχρεούνται σε αυξημένη συμμετοχή στο κόστος της φαρμακευτικής τους αγωγής (Bates et al.2018).

4.3 Γερμανία

4.3.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων στη Γερμανία βασίζεται σε μια διπλή πηγή άντλησης των οικονομικών πόρων. Ειδικότερα, οι επενδύσεις σε κτιριακές και υλικές υποδομές βασίζονται στη χρηματοδότηση από την κρατική φορολόγηση υπηρεσιών και αγαθών, ενώ η κάλυψη των λειτουργικών εξόδων βασίζεται, κυρίως, από τα νοσήλια (που αποζημιώνονται και από την ιδιωτική ασφάλιση). Ο βασικότερος σκοπός εισαγωγής του συστήματος DRG στη Γερμανία και της υλοποίησης μεταρρυθμιστικών κινήσεων στην οικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας ήταν η ανάγκη αντικατάστασης του υπάρχοντος συστήματος αποζημίωσης και η εισαγωγή ενός συστήματος προσανατολισμένου στο πραγματικό κόστος των δραστηριοτήτων. Απώτερος στόχος υπήρξε η βελτίωση της αποδοτικότητας, της διαφάνειας και της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης. Μέχρι και το 2003 η κάλυψη των νοσοκομειακών δαπανών βασιζόταν στην ημερήσια αποζημίωση (Mihailovic et al.2016). Με την πάροδο των ετών και την επιτυχή εφαρμογή του συστήματος DRG σε άλλες χώρες, η Γερμανία αποφάσισε να εισάγει τα DRG το 2003, ξεκινώντας με 664 κατηγορίες DRG (Schmid and Götze 2009).

Αρχικά, η υιοθέτηση του συστήματος DRG στη Γερμανία βασίστηκε στην ανάγκη

εισαγωγής ενός νέου συστήματος προοπτικής κάλυψης των νοσοκομειακών δαπανών. Η ανασχηματισμοί της κυβέρνησης και οι μεταρρυθμίσεις στο υγειονομικό σύστημα της χώρας το 2004 οδήγησαν σε περαιτέρω εφαρμογή και εδραίωση των DRG (Busse et al.2014). Παράλληλα, η ανάγκη βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω ενίσχυσης των ορθών διαδικασιών καταγραφής και συντονισμένης διαχείρισης των δεδομένων αποτέλεσε το βασικότερο στόχο αναδιαμόρφωσης των υπαρχουσών εσωτερικών μηχανισμών και εισαγωγής των DRG (Braun et al.2007). Οι διαδικασίες έναρξης των διαπραγματεύσεων εισαγωγής των DRG και μελέτης του καταλληλότερου τρόπου διαμόρφωσης του συστήματος βάσει της οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας ξεκίνησε το 2001. Το αρχικό πλαίσιο διαμόρφωσης του συστήματος DRG βασίστηκε στις αντίστοιχες αρχές δόμησης των DRG στην Αυστραλία, ενώ στη συνέχεια ολοκληρώθηκαν κατάλληλες τροποποιήσεις, ώστε να αντικατοπτρίζει το διαφορετικό περιβάλλον κλινικής πρακτικής του συστήματος υγείας της χώρας (Schmid and Götze 2009).

Ξεκινώντας τον Ιανουάριο του 2004, όλα τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας θα έπρεπε σταδιακά να εφαρμόσουν την γερμανική προσαρμογή του αυστραλιανού συστήματος DRG στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η μετάβαση της χρηματοδότησης από τον συνολικά καθοριζόμενο νοσοκομειακό προϋπολογισμό, στη λεπτομερέστερη οικονομική αποτίμηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών έγινε σταδιακά με συντονισμένα βήματα ανάπτυξης (Busse et al.2014). Το 2009, η μεταρρυθμιστική δράση Hospital Financing Reform Act (KHRG) προσπάθησε να διαμορφώσει ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών στη χώρα. Κατά τη διάρκεια των ετών 2012-2015 έλαβαν χώρα προσπάθειες για την απομάκρυνση του πρότερου συστήματος διπλής χρηματοδότησης των νοσοκομείων και η διαδικασία προσαρμογής του συστήματος νοσοκομειακής χρηματοδότησης βάσει των DRG (Mihailovic et al.2016). Η εφαρμογή του G-DRG ολοκληρώθηκε σε όλα τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας, ενώ από το 2013 υπήρχε πρόθεση εφαρμογής του G-DRG και σε τμήματα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης, ψυχοθεραπείας και ψυχοσωματικής ιατρικής. Επίσης, καλύπτονται και υπηρεσίες αποκατάστασης και εντατικής φροντίδας. Το σύστημα των G-DRG δεν καλύπτει εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όπως και υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (βλ. και Πίνακα I-Παράτημα) (Busse et al.2011, Mihailovic et al.2016, Busse et al.2014).

4.3.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Στο γερμανικό σύστημα DRG [German DRG (G-DRG)], η διαδικασία σύνταξης των διαγνωστικών κατηγοριών βασίστηκε στη χρήση ενός αλγόριθμου ομαδοποίησης με κατάλληλη αξιοποίηση μιας βάσης δεδομένων νοσοκομειακών εισαγωγών. Βασικά κριτήρια αξιολόγησης της υπάρχουσας βάσης δεδομένων αποτέλεσαν η κύρια διάγνωση, άλλες συνοδές διαγνώσεις, το είδος της υγειονομικής παρέμβασης (π.χ. αγγειοπλαστική με stent), χαρακτηριστικά του ασθενούς (φύλο, ηλικία, βάρος νεογνού κ.α.), αίτιο εξόδου από το νοσοκομείο (π.χ. θάνατος) και διάρκεια νοσοκομειακής νοσηλείας. Η πρώτη κατηγοριοποίηση των ασθενών βασίζεται σε 23 κύριες διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την αρχική διάγνωση που τέθηκε για το κάθε περιστατικό (Busse et al.2014). Η κατηγοριοποίηση των διαγνώσεων βασίζεται σε αξιοποίηση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης νοσημάτων και διαδικασιών ICD-10-CM (Busse et al.2011). Ο μετέπειτα προσδιορισμός της κατηγορίας DRG βασίζεται στη συν-νοσηρότητα και στην κλινική βαρύτητα του περιστατικού, καθώς και σε άλλα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατηγοριοποίηση του περιστατικού βάσει ομάδας DRG χαρακτηρίζεται ως διφορούμενη και αμφίβολη. Παρατηρείται ότι για την ίδια αρχική διάγνωση και για τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά ασθενών να πραγματοποιούνται καταχωρίσεις σε διαφορετικές DRG ομάδες. Για το συγκεκριμένο λόγο, η διαδικασία διαμόρφωσης και κατηγοριοποίησης των ομάδων DRG υπόκειται σε ετήσιο έλεγχο και επαναξιολόγηση των παραμέτρων εκπόνησής της (Busse et al.2014). Η διαδικασία ανάπτυξης του συστήματος G-DRG βασίστηκε σε τρεις κύριους άξονες πληροφόρησης:

- (1) την επαρκή κωδικοποίηση των κλινικών δεδομένων, τόσο για την περαιτέρω ανάπτυξη της δυνατότητας ομαδοποίησης του συστήματος, όσο και για τη διευκόλυνση της ακριβούς αποτίμησης των παραμέτρων αποζημίωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών βάσει των χαρακτηριστικών του ασθενούς,
- (2) τα οικονομικά δεδομένα προς υπολογισμό των συντελεστών στάθμισης του κόστους και
- (3) πληροφορίες σχετικά με καινοτομίες στο χώρο της βιο-ιατρικής τεχνολογίας, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα τακτικής ανανέωσης των καταλόγων αποπληρωμής του σχετικού κόστους.

Όλα τα νοσοκομεία της χώρας φέρουν την υποχρέωση να παρέχουν τόσο δομικά στοιχεία του νοσοκομείου [σχετικά με το είδος του νοσοκομείου, τον βασικό φορέα χρηματοδότησης του (δημόσιο ή ιδιωτικό), τον αριθμό των κλινών, τους ανθρώπινους πόρους, το κόστος μισθοδοσίας, καθώς και το συνολικό κόστος λειτουργίας], όσο και δεδομένα σχετικά με την απόδοση της νοσοκομειακής λειτουργίας σε ετήσια βάση (Busse et al.2011).

Δεδομένης της ύπαρξης πολλών διαφορετικών παραγόντων προσδιορισμού του κάθε κλινικού περιστατικού προς κατηγοριοποίηση σε μια ομάδα DRG, είναι εύλογη η ύπαρξη μεγάλου εύρους Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων. Ως εκ τούτου, παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση των κατηγοριών DRG από 664 κατηγορίες κατά την έναρξη του συστήματος το 2003, σε 824 κατηγορίες το έτος 2004, φθάνοντας μετέπειτα, το έτος 2012, τις 1.193 κατηγορίες. Αναφέρεται ότι για το έτος 2014 στο σύστημα DRG περιλαμβάνονταν, περίπου, 13.000 διαγνώσεις και 23.000 διαδικασίες. Κάθε έκδοση του συστήματος των G-DRG βασίζεται σε στοιχεία κόστους και οργάνωσης της νοσοκομειακής υποδομής της πρότερης διετίας. Για παράδειγμα η έκδοση του 2014 βασίστηκε σε δεδομένα του έτους 2012 (Busse et al. 2014, Busse et al. 2011).

4.3.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Βασικό κίνητρο υιοθέτησης του συστήματος DRG στη Γερμανία αποτέλεσε η ανάγκη διαμόρφωσης ενός συστήματος που να παρέχει τη δυνατότητα συστηματικής και διαφανούς αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλιστεί η ισότιμη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Η βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης αποτέλεσε το βασικότερο κίνητρο εισαγωγής των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων και της εφαρμογής του G-DRG (Busse et al.2014, Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011).

Μια ακόμη πολύ βασική παράμετρος κινητοποίησης των ειδικών χάραξης υγειονομικής πολιτικής προς την υιοθέτηση του συστήματος G-DRG ήταν η ανάγκη μείωσης της ΜΔΝ των ασθενών (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011). Ακόμη, η

ανάγκη ορθής αξιοποίησης των καινοτομιών στο χώρο της βιο-ιατρικής τεχνολογίας αποτέλεσε επιπλέον κίνητρο εφαρμογής του G-DRG (Busse et al.2011). Η αξιολόγηση του οφέλους χρήσης των τεχνολογιών αιχμής μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην κατάλληλη αξιοποίηση του ιατρικό – τεχνολογικού εξοπλισμού με περιορισμό των άσκοπων δαπανών και βελτίωση της κλινικής έκβασης, γεγονός που σχετίζεται άμεσα με την μείωση της διάρκειας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας των περιστατικών (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011).

Μετά την εφαρμογή του συστήματος DRG, παρατηρήθηκε αύξηση του βαθμού διαφάνειας, όσο και βελτίωση της αποδοτικότητας. Παράλληλα, αναφέρθηκε βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις νοσοκομειακές δομές της χώρας (Quentin et al.2010). Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα με την εισαγωγή του G-DRG:

- Αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών (Böcking et al.2005)
- Ακριβής καταγραφή των νοσοκομειακών πόρων (Busse et al.2011)
- Αύξηση του βαθμού διαφάνειας και συστηματικής οργάνωσης της βάσης δεδομένων που διατηρεί το κάθε νοσοκομείο (Quentin et al.2010).

Παρόλα αυτά, τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των DRG δεν είναι ακόμη επαρκή. Ως εκ τούτου, οι ανωτέρω παρατηρούμενες αλλαγές σε επίπεδο ποιότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν είναι βέβαιο σε ποιο βαθμό μπορούν να αποδοθούν στη λειτουργία του συστήματος G-DRG (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011).

4.3.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Η πρόωρη έξοδος από το νοσοκομείο για ορισμένους ασθενείς αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο που απορρέει από τη θέσπιση του συστήματος DRG. Ο κίνδυνος του πρόωρου εξιτηρίου του ασθενούς από το νοσοκομείο με απώτερο σκοπό τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και κατ'επέκταση του κόστους νοσηλείας αναφέρεται αρκετά συχνά μετά την εισαγωγή των DRG. Το σύστημα G-DRG προσπαθεί να περιορίσει τις περιπτώσεις πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου των ασθενών από το νοσοκομείο με την εφαρμογή δύο σημαντικών μέτρων. Το πρώτο μέτρο

αφορά στην ετήσια επικαιροποίηση του καταλόγου χρέωσης των περιπτώσεων και στον επαναπροσδιορισμό των συντελεστών στάθμισης του κόστους. Η εν λόγω πρακτική αποσκοπεί σε μείωση των κινήτρων χορήγησης πρόωρων εξιτηρίων μέσω της επαρκούς κάλυψης των δαπανηρών παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και πρόβλεψης της εξαίρεσης αποζημίωσης για τις περιπτώσεις βραχυχρόνιας νοσηλείας. Το δεύτερο μέτρο συνίσταται στον έλεγχο των επανεισαγωγών για την ίδια αιτία εντός 30 ημερών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι συγκεκριμένες επανεισαγωγές αποζημιώνονται βάσει του αρχικού DRG στο οποίο ταξινομήθηκε ο ασθενής, χωρίς περαιτέρω χρηματοδότηση του περιστατικού κατά την επανεισαγωγή του στο νοσοκομείο². Το συγκεκριμένο μέτρο αποτελεί οικονομική ποινή για τις περιπτώσεις, όπου δε διασφαλίζεται το κατάλληλο χρονικό πλαίσιο εξόδου των ασθενών από το νοσοκομείο (Busse et al.2011).

Επιπλέον, η χρήση λανθασμένης κωδικοποίησης σε πιο ακριβές ομάδες DRG αναφέρεται ως ένα ακόμη πρόβλημα λειτουργίας του συστήματος. Έπειτα από δειγματοληπτικό έλεγχο του 12% των καταχωρηθεισών νοσοκομειακών περιπτώσεων βάσει DRG βρέθηκε ότι το 40% των περιπτώσεων αυτών περιλάμβαναν λάθη κωδικοποίησης και κατηγοριοποίηση σε πιο δαπανηρά DRG με την πλειονότητα αυτών να εντοπίζεται σε μη αναγκαίες νοσοκομειακές εισαγωγές ή μεγάλη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία με τις ανωτέρω λανθασμένες καταγραφές λάμβαναν υψηλότερες αποζημιώσεις, λόγω των πιο δαπανηρών ομάδων DRG που κατέγραφαν (Abler et al.2011, Busse et al.2013).

Ένα ακόμη βασικό πρόβλημα του G-DRG είναι η σταδιακή αύξηση της πολυπλοκότητας του συστήματος με τη συνεχόμενη διεύρυνση του αριθμού των διαγνωστικών ομάδων – κατηγοριών. Με το τρέχον σύστημα G-DRG, το οποίο ενσωματώνει, σχεδόν, 1200 διαγνωστικές ομάδες και αρκετές επιπρόσθετες παραμέτρους κατηγοριοποίησης του κόστους αποζημίωσης, κάθε νοσοκομείο εκφράζει την ανάγκη κατάλληλης στελέχωσης με ανθρώπινο δυναμικό εξειδικευμένο στη διαχείριση του συστήματος κωδικοποίησης. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η αντιστάθμιση του οφέλους κάλυψης μιας τέτοιας ανάγκης τόσο για το κάθε

²Ωστόσο, σύμφωνα με μεταγενέστερο report (Fallpauschalenvereinbarung 2012 – FPV 2012) στη γερμανική γλώσσα, που παραχωρήθηκε στην ομάδα από το KETEKNY, φαίνεται ότι οι συγκεκριμένες επανεισαγωγές αποζημιώνονται βάσει ενός και μόνο DRG, κατόπιν ενοποίησης των σχετικών δεδομένων καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς.

νοσοκομείο, όσο και για όλο το σύστημα (Busse et al.2011).

Αναφορικά με τις βέλτιστες πρακτικές εξάλειψης των πιθανών κινδύνων που ενέχει το G-DRG, η σύνταξη τεχνικών εκθέσεων αξιολόγησης της ποιότητας, η σύσταση εξωτερικών οργάνων αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας, καθώς και η χρήση συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών αποτελούν ορισμένες εκ των βασικότερων πρακτικών. Από το 2005 όλα τα νοσοκομεία φέρουν την υποχρέωση της κατάθεσης τεχνικών εκθέσεων ποιότητας κάθε δεύτερη χρονιά, ακολουθώντας μια υποχρεωτική δομή σύνταξης. Στο ίδιο μοτίβο υποχρεώσεων, μετά το πρόγραμμα υγειονομικών μεταρρυθμίσεων του 2000, τα νοσοκομεία της χώρας υπάγονται υποχρεωτικά σε εξωτερική αξιολόγηση και συγκριτική ανάλυση της απόδοσής τους για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Busse et al.2011).

4.3.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Βασική πηγή προέλευσης των δεδομένων για το κόστος αποτελούν 225 νοσοκομεία της χώρας, τα οποία προσφέρουν εθελοντικά τα δεδομένα τους και λαμβάνουν αμοιβή για τον σκοπό αυτό. Ο όγκος των δεδομένων από τα συμμετέχοντα νοσοκομεία αντιστοιχεί, περίπου, στο 13% των νοσοκομειακών εισαγωγών όλης της χώρας. Ελάχιστα είναι τα υπάρχοντα δεδομένα μέχρι στιγμής, καθώς κρίνεται απαραίτητη και η συμμετοχή και άλλων νοσοκομείων προς διεύρυνση της βάσης δεδομένων (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011).

Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών βασίζεται στη μέθοδο Step-down, η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση (Top-down microcosting) (Busse et al.2011).

4.3.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στη Γερμανία υφίσταται πλαίσιο αποζημίωσης των καινοτόμων τεχνολογιών, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων υψηλού κόστους, χωρίς να εμπίπτουν απαραίτητως σε ήδη υπάρχουσα DRG κατηγορία (Ex et al.2019). Κατά κύριο λόγο

υφίσταται πλαίσιο επιπρόσθετης χρηματοδότησης των νοσοκομείων για την κατηγορία των φαρμάκων υψηλού κόστους ή/και καινοτόμου τεχνολογίας. Σύμφωνα με πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (Van Herwaarden et al.2019), η χρήση του λογισμικού Grouper αποτέλεσε βασικό παράγοντα κατάλληλης κατηγοριοποίησης των κλινικών περιστατικών βάσει του οποίου υφίσταται διαφοροποίηση στο ποσοστό κάλυψης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως τα φάρμακα. Η χρήση του εν λόγω λογισμικού αποτέλεσε σημαντική υπολογιστική παράμετρο του μεγέθους αποζημίωσης των φαρμάκων υψηλού κόστους. Μικρές αλλαγές στον τρόπο κωδικοποίησης και στα κριτήρια που πληρούνται για το κάθε κλινικό περιστατικό συντελούν σε κατάλληλη διαμόρφωση του ποσοστού κάλυψης των καινοτόμων φαρμάκων/τεχνολογιών βάσει αξιόπιστων υπολογιστικών μεθόδων. Ως εκ τούτου, αναμένεται ανάπτυξη και νέων κατηγοριών κωδικοποίησης DRG, στις οποίες θα εντάσσονται τα φάρμακα υψηλού κόστους.

4.4 Σουηδία

4.4.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Η ανάγκη βελτίωσης της αποδοτικότητας και συγκράτησης των υγειονομικών δαπανών αποτέλεσε το βασικότερο πρόβλημα οικονομικής ανάπτυξης της Σουηδίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Το 1985 σημειώθηκε σημαντική πτώση της παραγωγικότητας της χώρας με ταυτόχρονη αύξηση των υγειονομικών δαπανών (Håkansson 2000). Η κατάσταση αυτή, οδήγησε στην αναγνώριση της ανάγκης υιοθέτησης ενός κοινά αποδεκτού συστήματος για την αξιολόγηση και τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών. Η χρήση του συστήματος DRG για την αποζημίωση των νοσοκομείων της Σουηδίας σταδιακά εξαπλωνόταν, ενώ ταυτόχρονα αρκετές Φινλανδικές επαρχίες εξέφρασαν το ενδιαφέρον αξιοποίησης ενός τέτοιου συστήματος, οδηγώντας στην ανάπτυξη ενός διακρατικού συστήματος DRG, αυτό των Σκανδιναβικών χωρών NordDRG. Η Σουηδία αποτέλεσε μια από τις πρώτες χώρες υιοθέτησης του συστήματος NordDRG, το οποίο χρησιμοποιείται εθελοντικά από τις διάφορες επαρχίες και στον βαθμό που η κάθε επαρχία επιθυμεί (Mihailovic et al.2016).

Η εισαγωγή του συστήματος έγινε το 1996, και υπήρξαν διαφορετικές εκδοχές για την κάθε χώρα, όπως τη Σουηδία και τη Φιλανδία, οι οποίες, όμως, βασίζονταν σε κοινούς ορισμούς. Αργότερα, η Δανία (2000), η Ισλανδία και η Νορβηγία (2002) υιοθέτησαν αναθεωρημένες εκδόσεις των NordDRG. Το υπουργείο υγείας της Σουηδίας φέρει την ευθύνη κατάλληλης προσαρμογής του συστήματος NordDRG στις τρέχουσες ανάγκες του υγειονομικού συστήματος της χώρας, καθώς και στις ισχύουσες κλινικές πρακτικές ώστε να διαμορφωθεί η Σουηδική έκδοση του NordDRG. Μια ομάδα ειδικών επαγγελματιών, με εκπροσώπους από διάφορα νοσοκομεία όλης της χώρας, εργάζεται με σκοπό την αξιολόγηση και διαμόρφωση των Σουηδικών NordDRG. Μεταξύ των ετών 2003 – 2009 υπήρχαν δύο εκδοχές του NordDRG στη Σουηδία, εκ των οποίων η μια ήταν η πλήρης έκδοση του συστήματος με διαχείριση περιστατικών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και χειρουργείων ημέρας (συμπεριλαμβανομένων των ενδοσκοπήσεων πεπτικού), ενώ η δεύτερη κλασσική έκδοση του συστήματος αφορούσε μόνο την ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Εκτός από τις δυο προαναφερθείσες εκδοχές του συστήματος Nord DRG, υφίσταται μια ακόμη ξεχωριστή εκδοχή, στην οποία περιλαμβάνονταν και η εξωνοσοκομειακή φροντίδας. Ωστόσο, από το 2010 υφίσταται μόνο μια έκδοση του συστήματος Nord DRG για την αποζημίωση περιπτώσεων τόσο ενδονοσοκομειακής όσο και εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας (Busse et al.2011).

4.4.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η ανάπτυξη των κατηγοριών των NordDRG βασίζεται στις ακόλουθες παραμέτρους: κύρια διάγνωση, δευτερεύουσες διαγνώσεις (κατάλογος διαγνώσεων), διαδικασίες (επιλογή από κατάλογο υγειονομικών παρεμβάσεων), ηλικία, φύλο, κατάσταση εξόδου από το νοσοκομείο (θεραπεία, βελτίωση, επιδείνωση, θάνατος) και διάρκεια νοσηλείας. Το 75% των DRG που αφορούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη διαχωρίζονται σε δύο κύριες υποκατηγορίες: τα DRG άνευ επιπλοκών και τα DRG με επιπλοκές. Οι περιπτώσεις με επιπλοκές προσδιορίζονται με δευτερεύουσες διαγνώσεις. Ο αλγόριθμος για την ομαδοποίηση των περιπτώσεων βασίζεται σε τρεις μεταβλητές:

- (1) την κύρια κατηγορία διάγνωσης
- (2) τον κωδικό της ομάδας NordDRG και
- (3) ένα ξεχωριστό κωδικό που καταδεικνύει την έκβαση της ομαδοποίησης,

ελέγχοντας τη συνοχή των καταχωρηθέντων δεδομένων και προσδιορίζοντας τα αίτια ενδεχόμενης μη επιτυχούς ομαδοποίησης (Busse et al.2011).

Διαφορετικές περιοχές της Σουηδίας χρησιμοποιούν το σύστημα DRG, με διαφορετικό τρόπο: ι) Σε ορισμένες περιοχές το σύστημα DRG αξιοποιείται για την αποζημίωση δομών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που προσφέρουν ευρείας κλίμακας υπηρεσίες (ενδο- και εξωνοσοκομειακή φροντίδα), ιι) Σε άλλες περιοχές το σύστημα DRG χρησιμοποιείται μόνο ως ένα εργαλείο ανάλυσης και υπολογισμού του κόστους νοσηλείας επιλεγμένων περιπτώσεων ή για τον υπολογισμό της αποζημίωσης σε περιπτώσεις διασυνοριακής περίθαλψης και τέλος ιιι) σε κάποιες περιοχές της Σουηδίας που χρησιμοποιούν το σύστημα DRG για την αποζημίωση ενός περιορισμένου αριθμού παρόχων υγείας (π.χ. υιοθέτηση από ένα μόνο νοσοκομείο, ή για τον υπολογισμό της αποζημίωσης σε περιπτώσεις διασυνοριακής περίθαλψης).

Η πλήρης έκδοση του συστήματος NordDRG που εισήχθη το 2009 περιελάμβανε 983 κατηγορίες DRG, εκ των οποίων 216 κατηγορίες αναφέρονταν σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας και ήταν σχεδιασμένες για την αποζημίωση χειρουργείων ημέρας, υπηρεσιών που παρέχονταν σε ημερήσια βάση και την αποζημίωση ενδοσκοπήσεων του πεπτικού. Στην έκδοση του 2009 υπήρχαν ακόμη 190 ομάδες που αφορούσαν εξειδικευμένες υπηρεσίες παρεχόμενες σε εξωνοσοκομειακές δομές. Το έτος 2019, εισήχθησαν περισσότερες από 50 νέες κατηγορίες DRG (π.χ. υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ημερήσιας νοσηλείας διαφορετικών κύριων κατηγοριών νοσημάτων) ενώ δύο κατηγορίες απορρίφθηκαν (Serdén and Heurgren 2011, Busse et al.2011, European Med Tech and IVD Reimbursement Consulting 2019). Η ταξινόμηση των ασθενών σε DRG βασίζεται σε κλινικά δεδομένα που καταχωρούνται ηλεκτρονικά και ακολούθως ελέγχονται από ειδικό λογισμικό. Ειδικότερα, έχουν αναπτυχθεί δύο διαφορετικά λογισμικά ορθής λειτουργίας του NordDRG (Busse et al.2011). Σε ετήσια βάση υλοποιείται συστηματική αναθεώρηση των ομάδων του NordDRG. Ειδικότερα, ολοκληρώνεται αξιολόγηση των υπάρχουσών κατηγοριών DRG και γίνεται επαναξιολόγηση της αναγκαιότητας περαιτέρω διεύρυνσης των διαγνωστικών ομάδων. Για όλες τις προκύπτουσες αλλαγές στο σύστημα NordDRG (υπό-ομαδοποίηση, συγχώνευση ή πλήρης διαγραφή ομάδων DRG) υπάρχουν

συγκεκριμένα κριτήρια βάσει των οποίων διεξάγονται οι εν λόγω τροποποιήσεις (Serdén and Heurgren 2011).

4.4.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Βασικό κίνητρο εφαρμογής του συστήματος των NordDRG υπήρξε η ανάγκη αύξησης της παραγωγικότητας με ταυτόχρονη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Παράλληλα, η χρονική διεύρυνση της λίστας αναμονής των ασθενών για ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις αποτέλεσε βασική παράμετρο ανάπτυξης ενός οργανωμένου συστήματος διαχείρισης του προβλήματος. Η μείωση του χρόνου αναμονής σχετίζεται με καλύτερη κλινική έκβαση των περιστατικών, συμβάλλοντας στη μείωση του όγκου των καταναλισκόμενων υγειονομικών πόρων και, κατ'επέκταση, μείωση του κόστους (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011).

Ένας ακόμη λόγος για την υιοθέτηση των DRG στη Σουηδία ήταν η παροχή της δυνατότητας στους ασθενείς να επιλέξουν οι ίδιοι το νοσοκομείο που επιθυμούν για την περίθαλψή τους. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων με συνακόλουθη κινητοποίηση των επαγγελματιών προς διασφάλιση του βέλτιστου επιπέδου υγειονομικής φροντίδας. Απώτερος σκοπός της εφαρμογής του συστήματος NordDRG υπήρξε η ανάγκη διασφάλισης της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε κλίμα πλήρους διαφάνειας και ισοτιμίας. Παράλληλα, η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης πληροφορίας προς διασφάλιση της κατάλληλης αξιολόγησης των υπαρχουσών δεδομένων αποτέλεσε ένα ακόμη κίνητρο εφαρμογής των DRG στη χώρα.

Με την πάροδο των ετών η υιοθέτηση και συστηματική εφαρμογή του NordDRG οδήγησε σε βελτίωση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Gerdtham et al.1999a, Gerdtham et al.1999b). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- Αύξηση της παραγωγικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011)
- Αύξηση της διαφάνειας του συστήματος (Busse et al.2011)
- Αποτελεσματικότερος έλεγχος του υγειονομικού κόστους (Busse et al.2011)
- Μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών (Mihailovic et al.2016)

- Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Busse et al.2011)
- Αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών (Kastberg et al.2007, Anell 2005)

4.4.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα εφαρμογής του συστήματος DRG στη Σουηδία ήταν η αδυναμία ελέγχου του κόστους. Η περίπτωση της Στοκχόλμης αποτελεί ενδεικτικό παράδειγμα, όπου το επίπεδο παραγωγικότητας αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια των ετών εισαγωγής των DRG, αλλά η εν λόγω άνοδος συνοδεύτηκε και από αύξηση των συνολικών δαπανών. Για τη συγκράτηση του κόστους θεσπίστηκαν συγκεκριμένα όρια προϋπολογισμών, γεγονός που οδήγησε μετέπειτα σε μείωση του ρυθμού αύξησης της παραγωγικότητας.

Η αύξηση της παραγωγικότητας με ταυτόχρονο όμως έλεγχο του κόστους (μέσω και της εξοικονόμησης πόρων) αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση στην προσπάθεια βέλτιστης αξιοποίησης του συστήματος DRG (Tan et al.2014, Busse et al.2011, Gerdtham et al.1999b).

Η δυσταξινόμηση σε ομάδες DRG υψηλότερου κόστους (προκειμένου τα νοσοκομεία να λαμβάνουν υψηλότερες αποζημιώσεις) αποτελεί βασικό πρόβλημα της λειτουργίας του συστήματος στη Σουηδία. Τα τελευταία χρόνια γίνονται ολοένα και περισσότερες προσπάθειες ενίσχυσης πρακτικών ορθής σύνταξης των ομάδων DRG και κατηγοριοποίησης των περιστατικών σε αυτές μέσω τακτικού ελέγχου των εγγραφών και της κωδικοποίησης αυτών. Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται αρκετά συχνά από την κοινή γνώμη και απασχολεί τους υπευθύνους χάραξης των υγειονομικών δράσεων είναι η πρόσβαση στα δεδομένα και η ποιότητα των τηρούμενων βάσεων δεδομένων. Η αποδοτική χρήση των DRG προϋποθέτει την εξασφάλιση δεδομένων υψηλής ποιότητας και αξιοπιστίας, τα οποία είναι προϋπόθεση για την εύστοχη κατηγοριοποίηση των ασθενών στις ομάδες των NordDRG (Busse et al.2011).

Στη Σουηδία, το κέντρο ταξινόμησης ασθενών είναι υπεύθυνο για την επικαιροποίηση της διαδικασίας κωδικοποίησης στις κατηγορίες DRG και για τον υπολογισμό των συντελεστών κόστους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή των τιμών της κάθε κατηγορίας NordDRG, στα δεδομένα της χώρας.

Ωστόσο, δεν είναι υποχρεωτική η χρήση των εθνικών συντελεστών καθώς υπάρχει επίσης η δυνατότητα χρήσης και τοπικών συντελεστών προσαρμογής των τιμών κάθε κατηγορίας DRG που αφορούν τις διάφορες επαρχίες της χώρας.

Για την εξασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων διεξάγονται τακτικοί κρατικοί έλεγχοι από θεσπισμένες επιτροπές οι οποίες ελέγχουν την ποιότητα των καταχωρηθέντων δεδομένων (Tan et al.2014, Busse et al.2011). Στην περίπτωση που εντοπιστούν εσφαλμένες καταχωρίσεις (π.χ. σε DRG με υψηλότερο κόστος), τότε τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο υπολογιζόμενο κόστος.

Στη Σουηδία, το Υπουργείο Υγείας δημοσιεύει εκθέσεις σχετικά με τη δραστηριότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία.

Τέλος, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πραγματοποιούνται διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα ή/και σεμινάρια για τους επαγγελματίες υγείας και, κυρίως, τους ιατρούς προς ενίσχυση των δεξιοτήτων ορθής αξιολόγησης των περιστατικών βάσει της NordDRG ταξινόμησης. Με αυτό τον τρόπο, αναμένεται ότι θα περιοριστούν τα λάθη που ενδεχομένως γίνονται κατά την κωδικοποίηση (Busse et al.2011, Gerdtham et al.1999b).

4.4.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Βασική πηγή προέλευσης των δεδομένων αποτελούν νοσοκομεία της χώρας, στα οποία έχει ήδη εγκατασταθεί το σύστημα και εφαρμόζεται με την καθοδήγηση των ειδικών. Τα δεδομένα που αντλούνται αντιστοιχούν στο 62% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν το εν λόγω σύστημα (Busse et al.2011).

Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών βασίζεται στην άμεση μέθοδο, η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση (Bottom-up microcosting) (Busse et al.2011).

4.4.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στη Σουηδία, ορισμένα φάρμακα υψηλού κόστους δεν αποζημιώνονται. Πιο συγκεκριμένα, υφίσταται έλεγχος της κλινικής αποτελεσματικότητας, καθώς και του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας σε αρκετά φάρμακα, τα οποία μέχρι το 2002 τελούσαν υπό καθεστώς υγειονομικής κάλυψης (Tan et al.2014, Busse et al.2011, Anell 2005). Όσα από τα φάρμακα υψηλού κόστους πληρούν τα προαναφερθέντα κριτήρια, καλύπτονται από το δημόσιο, όχι μέσω κάποιας κατηγορίας DRG, αλλά με την παροχή επιπρόσθετης χρηματοδότησης στους παρόχους της υγειονομικής φροντίδας.

4.5 Αγγλία

4.5.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Η ανάγκη ανάπτυξης ενός συστήματος κατηγοριοποίησης και προσδιορισμού του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών αποτέλεσε το έναυσμα δημιουργίας των DRG στην Αγγλία (Busse et al.2011). Η Αγγλική έκδοση των DRG έκανε την πρώτη της εμφάνιση το 1981, όταν το υπουργείο υγείας της χώρας χρηματοδότησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα για τη βελτίωση της λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος με γνώμονα την πρότυπη έκδοση των DRG στις ΗΠΑ (Mason et al.2011).

Μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990 αναπτύχθηκαν τα Healthcare Resource Groups (HRG) ως μια παραλλαγή των DRG. Το 1991 έγινε η πρώτη εφαρμογή της Αγγλικής έκδοσης των DRG. Αρχικά, τα HRG αξιοποιήθηκαν ως μια μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μετέπειτα, τα HRG αξιοποιήθηκαν για την ανάπτυξη μιας εθνικής βάσης δεδομένων, στην οποία τα νοσοκομεία της χώρας θα είχαν πρόσβαση για τη συγκριτική αξιολόγηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ασθενών τους σε σχέση με την αντίστοιχη εθνική μέση διάρκεια νοσηλείας ή την αντίστοιχη μιας ομάδας νοσοκομείων για κάθε HRG.

Η βάση δεδομένων θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί τόσο για προσδιορισμό των ασθενών με ανατιολόγητα υψηλή διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο, όσο και για τη σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών μεταξύ των νοσοκομείων. Επιπλέον, η εφαρμογή των HRG αναμενόταν ότι θα βοηθούσε στη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων από το κάθε νοσοκομείο. Το 1997 εξαγγέλθηκε η ανάπτυξη ενός εθνικού τιμοκαταλόγου με τιμές αναφορές ανά υπηρεσία υγείας ο οποίος θα ίσχυε καθολικά, σε όλες τις δομές του NHS (Busse et al. 2011).

Παρόλα αυτά, ο μοναδιαίος σκοπός αξιοποίησης των HRG ως μέσο για τη συγκριτική ανάλυση του κόστους και του επιπέδου παραγωγής των μονάδων υγείας δεν αποτέλεσε επαρκή κίνητρο για την εφαρμογή τους από όλα τα νοσοκομεία της χώρας (Street et al. 2002). Ως εκ τούτου, από το 2002 η κυβέρνηση καθιέρωσε ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπου τα νοσοκομεία θα αποζημιώνονταν με προκαθορισμένο ποσό ανά ασθενή σύμφωνα με την ομάδα HRG, στην οποία εντάσσονταν ο κάθε ασθενής. Κατά την αρχική περίοδο εφαρμογής του συστήματος ο αριθμός των ομάδων HRG ήταν περιορισμένος ενώ από το 2003 οι ομάδες των DRG διευρύνθηκαν.

4.5.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η σύνταξη των ομάδων HRG βασίζεται στη 10^η έκδοση του συστήματος Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD), ICD-10, έπειτα όμως από κατάλληλη προσαρμογή στις κλινικές πρακτικές του NHS (Busse et al. 2011). Όλοι οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο κατηγοριοποιούνται βάσει ομάδων HRGs. Η ταξινόμηση των ασθενών στις ομάδες των HRG βασίζεται στην αρχική διάγνωση, στην ηλικία και στην ύπαρξη και στη σοβαρότητα ενδεχόμενων επιπλοκών. Η πρώτη έκδοση του συστήματος περιλάμβανε 534 κατηγορίες, χωρίς σε αυτές να περιλαμβάνονται κατηγορίες που αφορούσαν περιπτώσεις εντατικής νοσηλείας, διαγνώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας, περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών και ασθενών που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία. Η 5^η έκδοση του συστήματος HRG, το 2008, περιλάμβανε 1.389 ομάδες και αφορούσε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και σχεδόν όλο το φάσμα των περιπτώσεων οξείας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η πιο πρόσφατη έκδοση του συστήματος HRG 2019-

2020 (HRG4+version) περιλαμβάνει ομαδοποίηση διαδικασιών καθ'όλη τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, από την εισαγωγή μέχρι και την ημέρα του εξιτηρίου. Ως εκ τούτου έχουν διευρυνθεί οι κωδικοποιήσεις HRG, οι οποίες ανέρχονται πλέον στις 2.832. περιλαμβάνοντας και κατηγορίες εξειδικευμένων υπηρεσιών υψηλού κόστους (NHS 2019).

Με τη χρήση στατιστικών τεχνικών και τη διεξαγωγή τακτικών ελέγχων, αξιοποιούνται τα υπάρχοντα δεδομένα υγείας με στόχο τη βελτίωση του τρόπου της ταξινόμησης των περιστατικών (Busse et al.2011, NHS 2019a, NHS 2019b). Επιπλέον, πραγματοποιείται κατά διαστήματα επικαιροποίηση τόσο της λίστας των ομάδων HRG όσο και των οδηγιών κωδικοποίησης. Ο επαναπροσδιορισμός των κωδικών HRG αντικατοπτρίζει ακριβέστερα την αναμενόμενη χρήση πόρων μέσα από την ύπαρξη πολλαπλών υπο-κατηγοριών (NHS 2019a, NHS 2019b). Η ταξινόμηση των ασθενών στα HRG βασίζεται σε κλινικά δεδομένα που καταχωρούνται ηλεκτρονικά και ακολούθως ελέγχονται από ειδικό λογισμικό (Grouper software) ταξινόμησης ασθενών (στην κατάλληλη ομάδα του συστήματος. Επιπλέον, διατίθεται εγχειρίδιο αξιοποίησης του συστήματος (Grouper User Manual) το οποίο παρέχει οδηγίες για την κατάλληλη κωδικοποίηση των δεδομένων χρησιμοποιώντας το λογισμικό Grouper software. Σε ετήσια βάση διενεργείται αναθεώρηση του ανωτέρω λογισμικού, καθώς και των οδηγιών χρήσης του. Ακολούθως, ολοκληρώνεται αξιολόγηση των υπάρχουσών κατηγοριών HRG και επανέλεγχος της αναγκαιότητας περαιτέρω διεύρυνσης των υφιστάμενων κατηγοριών.

4.5.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Κύριο κίνητρο για την εφαρμογή του συστήματος των HRG υπήρξε η ανάγκη βελτίωσης της ικανοποίησης των ασθενών από το υγειονομικό σύστημα της χώρας και, ταυτόχρονα, ο έλεγχος του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών (Scheller-Kreinsen et al.2011, Miraldo et al.2006). Παράλληλα, η αύξηση του χρόνου αναμονής των ασθενών για νοσηλεία ή για τη διεξαγωγή χειρουργείου αποτέλεσε ένα ακόμη κίνητρο υιοθέτησης του συστήματος DRG από το NHS (Miraldo et al.2006).

Απώτερος σκοπός της εισαγωγής των DRG στην Αγγλία ήταν η αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών και, κατ'επέκταση, η αύξηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων μέσω μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας των περιστατικών (Miraldo et al.2006, Mannion et al.2008). Ένας ακόμη στόχος εφαρμογής των HRG ήταν η παροχή της δυνατότητας στους ασθενείς να επιλέγουν οι ίδιοι το νοσοκομείο που επιθυμούν για την περίθαλψή τους. Με αυτόν τον τρόπο αναμενόταν να δημιουργηθούν συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων και, συνακόλουθα, αναμενόταν και η κινητοποίηση των επαγγελματιών υγείας με στόχστη διασφάλιση της παροχής του βέλτιστου επιπέδου φροντίδας (Miraldo et al.2006). Τέλος, η ανάγκη ορθολογικής χρήσης της βιο-ιατρικής τεχνολογίας αιχμής αποτέλεσε έναν ακόμη λόγο υιοθέτησης του συστήματος DRG από το NHS (Scheller-Kreinsen et al.2011).

Με την πάροδο του ετών η υιοθέτηση και συστηματική εφαρμογή των HRG οδήγησε σε βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- Μείωση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας (Farrar et al.2007, Farrar et al.2009)
- Αύξηση των νοσοκομειακών εισαγωγών και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων χωρίς έκπτωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας (Miraldo et al.2006, Farrar et al.2007, Farrar et al.2009, Audit Commission 2008, Audit Commission 2010)
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών (Miraldo et al.2006, Audit Commission 2006).

4.5.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Η δυσταξινόμηση σε ομάδες HRG υψηλότερου κόστους (προκειμένου τα νοσοκομεία να λαμβάνουν υψηλότερες αποζημιώσεις) αποτελεί βασικό πρόβλημα της λειτουργίας του συστήματος στην Αγγλία (Audit Commission 2010, Audit Commission 2006).

Ως βέλτιστη πρακτική εξασφάλισης μιας βάσης αξιόπιστων δεδομένων υγείας αποτελεί ο ετήσιος έλεγχος της ποιότητας (των δεδομένων) εντός του κάθε νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, μια ανεξάρτητη δημόσια αρχή εκτός νοσοκομείων (Audit Commission) έχει καθοριστεί ως υπεύθυνη για τον έλεγχο των οικονομικών δεδομένων στο δημόσιο τομέα και κατ' επέκταση και στα νοσοκομεία. Η εν λόγω

αρχή συγκρίνει τα δεδομένα από ένα τυχαίο δείγμα ασθενών που καταχωρήθηκαν βάσει του συστήματος DRG της Αγγλίας και διερευνά πιθανές ασυμφωνίες. Επιπλέον, έχει αναπτυχθεί διαδικτυακό εργαλείο συγκριτικής αξιολόγησης με το οποίο κάθε νοσοκομείο μπορεί να ελέγξει την απόδοσή του και να διαπιστώσει τις περιοχές στις οποίες υστερεί (Busse et al.2011, Audit Commission 2010, Audit Commission 2006).

4.5.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Βασική πηγή προέλευσης των δεδομένων αποτελούν όλα τα νοσοκομεία της χώρας που ανήκουν στο NHS. Τα δεδομένα που αντλούνται αναφέρονται σε περίοδο ενός οικονομικού έτους, το οποίο λήγει την τελευταία ημέρα του Μαρτίου. Η υπηρεσία Hospital Episode Statistics (HES) διατηρεί πλήρως ενημερωμένη βάση δεδομένων για τα περιστατικά που εισάγονται στο κάθε νοσοκομείο (Busse et al.2011, NHS 2019a, NHS 2019b).

Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών βασίζεται στην άμεση μέθοδο, η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση (Top-down microcosting) (Busse et al.2011).

4.5.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη (Stephani et al.2017), ο βαθμός κάλυψης των υγειονομικών δαπανών βάσει του συστήματος DRG σε χώρες, όπως η Αγγλία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη ποικιλομορφία ως προς τις παροχές υψηλού κόστους, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων, συσκευών και υγειονομικών παρεμβάσεων. Στην Αγγλία, η κάλυψη για μεγάλο ποσοστό φαρμάκων υψηλού κόστους βασίζεται σε κριτήρια/ενδείξεις και βρίσκει εφαρμογή σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, τα φάρμακα "υψηλού κόστους" ή/και οι καινοτόμες τεχνολογίες περιλαμβάνονται σε ειδική κατηγορία αποζημίωσης κατά DRG βάσει κατάλληλης κωδικοποίησης του περιστατικού. Παράλληλα, η πλειονότητα των δαπανηρών φαρμάκων εμπίπτει σε ένα σύστημα πληρωμής βάσει αποτελεσμάτων (Payment by

Results -PbR), σύμφωνα με το οποίο η απόφαση αποζημίωσης των φαρμάκων αυτών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματικότητά τους.

4.6 Γαλλία

4.6.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Μέχρι το 2005, η χρηματοδότηση των δημοσίων και των περισσότερων ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων βασιζόταν στο σφαιρικό προϋπολογισμό. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία βασιζόταν είτε στην ημερήσια αποζημίωση είτε στην αποζημίωση κατά πράξη (Busse et al.2011, Mihailovic et al.2016). Τα DRG βασίστηκαν στο σύστημα των ΗΠΑ και, αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων και, στη συνέχεια, εξελίχθηκαν, αποτελώντας σήμερα μέθοδο αποζημίωσης. Από το 2004, το σύστημα DRG εφαρμόστηκε σταδιακά σε όλα τα νοσοκομεία της Γαλλίας και με την πάροδο του χρόνου αποτέλεσε τον κύριο μηχανισμό αποζημίωσης των νοσοκομείων, καθώς το 2004, το 10% της αποζημίωσης στηρίζονταν στα DRG, το 2005 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 25% και το 2008 ανήλθε στο 80%. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία χρησιμοποίησαν τα DRG ως μέθοδο αποζημίωσης από το 2005.

Το πρώτο σύστημα ταξινόμησης των ασθενών εφαρμόστηκε το 1986 σε ένα δείγμα νοσοκομείων που συμμετείχαν εθελοντικά (στην πιλοτική εφαρμογή του), με σκοπό την ευστοχότερη αξιολόγηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων (Busse et al.2011). Έπειτα από τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία το 1991, το σύστημα αυτό εφαρμόστηκε σε όλα τα νοσοκομεία και χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια για τη συγκριτική αξιολόγηση της παραγωγικότητας μεταξύ των νοσοκομείων. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε για την ορθολογικότερη κατανομή του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία. Το σύστημα DRG έγινε υποχρεωτικό για τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία το 1998 και έπειτα από έξι χρόνια χρησιμοποιούνταν πλέον ως η βασική μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

Οι υπηρεσίες που καλύπτονται μέσω του συστήματος DRG περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, την ημερήσια φροντίδα και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Busse et al.2011, Tan et al.2014). Οι υπηρεσίες που δεν αποζημιώνονται

μέσω του συστήματος DRG περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες αποκατάστασης, επείγουσας φροντίδας καθώς και τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, οι υπηρεσίες εντατικής φροντίδας καλύπτονται κατά ένα ποσοστό από το σύστημα των DRG (βλ. και Πίνακα I-Παράτημα). Το κόστος που δεν καλύπτεται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνει τη διδασκαλία, την έρευνα και τα φάρμακα υψηλού κόστους.

4.6.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Οι αποζημιώσεις που καταβάλλονται μέσω των DRG καλύπτοντο 56% όλων των δαπανών των νοσοκομείων. Η έκδοση των DRG του 2009 περιλαμβάνει 2.375 κωδικοποιήσεις και 26 Μεγάλες Διαγνωστικές Κατηγορίες. Τα DRG διαμορφώνονται από μια ανεξάρτητη δημόσια αρχή και στη λήψη αποφάσεων λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη χρηστών τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Ο αριθμός των κωδικοποιήσεων στο σύστημα DRG αυξήθηκε σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου, καθώς το 1986 ήταν 450, το 1995 ήταν 572, το 2006 ήταν 784 και το 2011 ήταν 2.375. Σήμερα, η πληροφορία αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας, τις δευτερογενείς διαγνώσεις και την ηλικία χρησιμοποιείται με έναν πιο συστηματικό τρόπο, ώστε να αυξηθεί η ομοιογένεια στα DRG αναφορικά με το κόστος. Η πληροφορία που απαιτείται για τη λειτουργία των DRG προέρχεται από μια εθνική βάση δεδομένων για όλα τα νοσοκομεία και περιλαμβάνει τόσο κλινικά δεδομένα για τους ασθενείς όσο και δεδομένα αναφορικά με το κόστος. Στην περίπτωση του κόστους, συλλέγονται δεδομένα από 99 νοσοκομεία που παρέχουν εθελοντικά τα σχετικά δεδομένα και αντιστοιχούν στο 13% περίπου του συνολικού αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία. Σημειώνεται ότι υπάρχει ένα κενό δύο ετών μεταξύ του έτους καταγραφής των δεδομένων και του έτους εφαρμογής των τιμών στα νοσοκομεία. Για παράδειγμα, το κόστος καταγράφεται το 2008, τα δεδομένα αναλύονται το 2009 και οι τιμές των DRG για την αποζημίωση των νοσοκομείων εφαρμόζονται το 2010. Η ταξινόμηση των ασθενών στα DRG βασίζεται σε κλινικά και διοικητικά δεδομένα, με τα κλινικά δεδομένα να καταχωρούνται ηλεκτρονικά από τους γιατρούς και στη συνέχεια να ελέγχονται προτού ένα ειδικό λογισμικό ταξινομήσει τους ασθενείς στο κατάλληλο DRG. Τα διοικητικά δεδομένα περιλαμβάνουν την ηλικία, τη διάρκεια νοσηλείας και την έκβαση (εξιτήριο, θάνατος ή μεταφορά). Τα κλινικά δεδομένα περιλαμβάνουν την κύρια διάγνωση και τις δευτερεύουσες διαγνώσεις σύμφωνα με το ICD-10 και οι διαδικασίες

κωδικοποιούνται σύμφωνα με ένα γαλλικό σύστημα ταξινόμησης των διαδικασιών. Η κύρια διάγνωση αντιστοιχεί στην αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση των νεογνών, καταγράφονται και το βάρος γέννησης και η ηλικία σε ημέρες.

4.6.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Ο σκοπός της εισαγωγής των DRG περιλάμβανε την αύξηση της αποδοτικότητας, της διαφάνειας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και τη βελτίωση των διοικητικών διαδικασιών (Busse et al.2011, Tan et al.2014).

Έπειτα από την εφαρμογή των DRG, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Μικρή αύξηση των εισαγωγών και μείωση της διάρκειας νοσηλείας και κατ' επέκταση και του κόστους (Mihailovic et al.2016)
- Η οικονομική κατάσταση των ιδιωτικών νοσοκομείων βελτιώθηκε, αλλά χειροτέρεψε αυτή των δημόσιων,
- Αύξηση των εισαγωγών,
- Δεν βελτιώθηκε η αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Busse et al.2011)

4.6.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Το 2009, το Auditor's Office ανέφερε ότι το μοντέλο αποζημίωσης των DRG δεν είναι ιδιαίτερα διαφανές ως προς τον έλεγχο του κόστους και ότι ο έλεγχος των νοσοκομειακών πόρων, του κόστους και της ποιότητας είναι ανεπαρκής και μη ικανοποιητικός (Mihailovic et al.2016). Υπάρχουν ερωτηματικά για τον έλεγχο της δραστηριότητας των νοσοκομείων, ενώ έχουν καταγραφεί σκόπιμες λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG, ώστε τα νοσοκομεία να λάβουν υψηλότερες αποζημιώσεις (Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011, Busse et al.2013). Επιπλέον, συμβαίνει εκλεκτική επιλογή ασθενών που ανήκουν σε φθηνότερα DRG και μετακίνηση των ασθενών σε άλλα νοσοκομεία ή αποφυγή παροχής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ακριβότερα DRG, με τα ιδιωτικά νοσοκομεία να αντιμετωπίζουν λιγότερο πολύπλοκες περιπτώσεις σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία (Busse et al.2011, Busse et al.2013, Mason et al.2010).

Η υπηρεσία πληροφορικής, σε συνεργασία με τους γιατρούς, σε κάθε νοσοκομείο πραγματοποιεί έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων με ένα ειδικό λογισμικό που ελέγχει τη συνέπεια των δεδομένων αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας, τη

βαρύτητα της κατάστασης κ.ά. Επιπλέον, πραγματοποιείται και εξωτερικός έλεγχος ειδικά για τα νοσοκομεία με πολλές ακραίες περιπτώσεις ασθενών. Ο σκοπός του ελέγχου είναι κυρίως για να εξακριβώσει τιμές DRG που δεν δικαιολογούνται καθώς και δυσταξινομήσεις ασθενών είτε σε ακριβότερα είτε σε φθηνότερα DRG. Το 2006, το 30% περίπου των εισαγωγών σε νοσοκομεία κρίθηκαν ύποπτες, με το 60% εξ αυτών να έχουν λάθη στις κωδικοποιήσεις. Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος (Busse et al.2011).

4.6.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Οι τιμές των DRG διαμορφώνονταν συνεχώς μέχρι και το 2012 και έκτοτε συμβαίνουν περιορισμένες μόνο αλλαγές (Busse et al.2011). Στην περίπτωση του κόστους, συλλέγονται δεδομένα από 99 νοσοκομεία που παρέχουν εθελοντικά τα σχετικά δεδομένα και αντιστοιχούν στο 13% περίπου του συνολικού αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία. Οι τιμές των DRG σε εθνικό επίπεδο διαμορφώνονται ετησίως και διαφέρουν μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών (όχι μισθοδοσία) βασίζεται στη βαθμιδωτή μέθοδο (step-down method), η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται κυρίως στην «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση (top-down microcosting). Η αποζημίωση διορθώνεται στις ακραίες περιπτώσεις ασθενών, υπολογίζοντας ένα κατώτερο και ένα ανώτερο όριο για κάθε DRG, ώστε να αναγνωρίζονται οι περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά μικρή ή μεγάλη διάρκεια νοσηλείας αντίστοιχα. Τα κατώτερα και ανώτερα όρια δεν είναι ίδια για τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα κατώτερα όρια προστατεύουν τους ασθενείς από το να λαμβάνουν εξιτήριο νωρίτερα από το προβλεπόμενο κλινικά χρονικό διάστημα.

4.6.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στη Γαλλία, ορισμένα φάρμακα, συσκευές και υγειονομικές διαδικασίες υψηλού κόστους δεν καλύπτονται βάσει του συστήματος DRG (Stephani et al.2017). Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολύ πρόσφατης μελέτης συστηματικής ανασκόπησης

(Rodwin 2020) η οικονομική κάλυψη (μέσω άλλων μηχανισμών) φαρμάκων και τεχνολογιών για άτομα με χρόνιες (σοβαρές) παθήσεις είναι υψηλότερη στη Γαλλία σε σύγκριση με τις ΗΠΑ (Rodwin 2020). Το 2017, στη Γαλλία τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα υψηλού κόστους αφορούσαν στο 56,4% των ακριβών φαρμάκων που έλαβαν αποζημίωση σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα ιδιωτικά νοσοκομεία έφτασε το 85,5% (Bouée-Benhamiche et al.2020). Επίσης, σύμφωνα με πρόσφατα δημοσιευμένη συστηματική ανασκόπηση ανάλυσης των υφιστάμενων νομοθεσιών σχετικά με τις πολιτικές διαχείρισης των σπάνιων ασθενειών, η αποζημίωση των φαρμάκων υψηλού κόστους για σπάνιες ασθένειες (Orphan Medicinal Products) είναι υψηλότερη στη Γαλλία, σε σύγκριση με λοιπές χώρες της Ευρώπης (Czech et al.2020). Ειδικότερα, αναφέρεται ότι στη Γαλλία αποζημιώνονται 116 φάρμακα της εν λόγω κατηγορίας, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για Αγγλία και Πολωνία, διαμορφώνεται στα 68 και 48 φάρμακα, αντίστοιχα.

4.7 Πολωνία

4.7.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Το 1999, εισήχθη νόμος στην Πολωνία με τον οποίο θεσπίστηκε η καθολική ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Βάσει αυτής της μεταρρύθμισης, αναμενόταν σημαντική αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων από αποζημιώσεις που θα κατέβαλε η κοινωνική ασφάλιση προς τα νοσοκομεία έναντι της λήψης υπηρεσιών υγείας. Πράγματι, το 2007, τα έσοδα των νοσοκομείων που προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση αντιστοιχούσαν στο 60% όλων των εσόδων. Στην προσπάθεια να βελτιωθεί το σύστημα των αποζημιώσεων, η Πολωνία υιοθέτησε το 2009 το σύστημα DRG της Αγγλίας, με αποτέλεσμα άνω του 60% των αποζημιώσεων στα νοσοκομεία σήμερα να βασίζονται στα DRG (Busse et al.2011, Ilchev et al.2012). Το υπόλοιπο ποσοστό των εσόδων των νοσοκομείων προέρχεται από κρατικούς πόρους ιδιαίτερα για τη διδασκαλία, την έρευνα και τις ακριβές και ειδικές υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, τα νοσοκομεία λαμβάνουν χρηματοδότηση και από ιδιωτικούς φορείς. Πριν από την εφαρμογή των DRG, η αποζημίωση βασιζόταν σε μια λίστα υπηρεσιών υγείας που διαμορφωνόταν από το υπουργείο υγείας σε εθνικό επίπεδο. Η λίστα αυτή, όπως και τα DRG, περιλάμβανε συγκεκριμένες διαγνώσεις και διαδικασίες και τα

νοσοκομεία λάμβαναν μια σταθερή αποζημίωση για κάθε νοσηλεία με βάση μια συγκεκριμένη τιμή για μια συγκεκριμένη υπηρεσία. Η λίστα αυτή όμως, σε αντίθεση με τα DRG, δε βασίζονταν σε μια συστηματική κωδικοποίηση των διαγνώσεων και των διαδικασιών που αφορούσαν στους ασθενείς, με αποτέλεσμα η πληροφορία να είναι διαθέσιμη μόνο για συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών και όχι για όλους. Το γεγονός, αυτό σε συνδυασμό με το ότι οι ορισμοί των υπηρεσιών μεταβάλλονταν ετησίως και ο αριθμός των υπηρεσιών στη λίστα συνεχώς αυξάνονταν είχε ως αποτέλεσμα την έλλειψη διαφάνειας και την αδυναμία εκτίμησης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Επιπλέον, η αποζημίωση για αρκετές υπηρεσίες ήταν μικρότερη από το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών που παρέχονταν, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και να περιορίζεται η πρόσβαση λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής.

Πριν από την καθολική και οριστική εφαρμογή των DRG το 2009, η Πολωνία εφάρμοσε πιλοτικά αρκετά διαφορετικά συστήματα DRG από το 1990 σε διάφορα νοσοκομεία, ώστε να διαπιστώσει τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά τους, καθώς επίσης και το κόστος της φροντίδας υγείας (Busse et al.2011, Ilchev et al.2012). Το 1999, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ένα σύστημα DRG σε μεγάλη έκταση περιλαμβάνοντας 10 νοσοκομεία και διαγνώσεις που αφορούσαν τη γυναικολογία και τη μαιευτική. Το 2007-2008 εφαρμόστηκε πιλοτικά το σύστημα που εφαρμόστηκε τελικά το 2009 και υφίσταται μέχρι σήμερα. Αρχικά (2007-2009), έγινε προσαρμογή του αγγλικού συστήματος DRG στα δεδομένα της Πολωνίας. Αναλυτικότερα, χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που βασίζονταν στο προηγούμενο σύστημα αποζημίωσης, ώστε να επιτευχθεί η ομοιογένεια στα DRG. Ακολούθως χρησιμοποιήθηκαν τα εθνικά στατιστικά δεδομένα των νοσοκομείων για το χρονικό διάστημα 2006-2007, ώστε να εκτιμηθούν οι τιμές αποζημίωσης για τις διάφορες υπηρεσίες και έπειτα χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των νοσοκομείων αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Επιπλέον, συλλέχθηκαν και δεδομένα αναφορικά με ιατρικές τεχνολογίες αιχμής, ώστε να ανανεωθεί το σύστημα DRG. Δυστυχώς, τα δεδομένα αναφορικά με το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών δε συλλέγονταν συστηματικά, με αποτέλεσμα να μην μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν. Αντίθετα, τα δεδομένα αναφορικά με το κόστος σε ορισμένα νοσοκομεία συλλέγονταν με συστηματικό και ακριβή τρόπο και για αυτό χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση των DRG μέχρι και σήμερα. Μικρές

αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί στο σύστημα από το 2009 μέχρι και σήμερα, έπειτα κυρίως από προτάσεις των γιατρών και των νοσοκομείων και τα αποτελέσματα των οικονομικών αναλύσεων.

Οι υπηρεσίες που αποζημιώνονται μέσω DRG περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και την ημερήσια φροντίδα, ενώ οι υπηρεσίες αποκατάστασης καλύπτονται μερικώς (Tan et al.2014, Busse et al.2011). Ο μελλοντικός σχεδιασμός περιλαμβάνει την αποζημίωση μέσω DRG για όλες τις υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες που δεν αποζημιώνονται μέσω DRG περιλαμβάνουν την εντατική φροντίδα και την επείγουσα φροντίδα. Το κόστος που δεν καλύπτεται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνει τη διδασκαλία, την έρευνα και τα ακριβά φάρμακα.

4.7.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Κάθε κωδικός στα DRG της Πολωνίας αντιστοιχεί σε μια ξεχωριστή ομάδα ασθενών με παρόμοια χαρακτηριστικά, όπως π.χ. διαγνώσεις, διαδικασίες και ηλικία και παρόμοια κατανομή πόρων (Busse et al.2011). Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για την ανάπτυξη των DRG συνίσταντο στη γνώμη των ειδικών και στη διάρκεια νοσηλείας των διαφόρων νοσημάτων. Ο αρχικός αριθμός των DRG ήταν 490, ενώ εφαρμόστηκαν σε όλα τα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) που είχαν σύμβαση με την κοινωνική ασφάλιση.

Η αποζημίωση ενός ασθενή σε ένα νοσοκομείο λαμβάνει χώρα μόνο εάν το νοσοκομείο κατατάξει τον ασθενή σε ένα συγκεκριμένο DRG και υποβάλει τα δεδομένα αυτά στο υπουργείο υγείας. Κάθε DRG λαμβάνει ένα σκορ μεταξύ 5 (για τους ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας) και 4.706 (για τους ασθενείς που βρίσκονται στην χειρότερη κατάσταση) όπως ορίζεται από το αντίστοιχο DRG του ασθενούς. Ανάλογα με το σκορ του κάθε ασθενή, τα νοσοκομεία λαμβάνουν μια προκαθορισμένη αποζημίωση που είναι κοινή για όλα τα νοσοκομεία. Τα DRG περιλαμβάνουν 522 κωδικοποιήσεις και 16 Μείζονες Διαγνωστικές Κατηγορίες. Τα σκορ των DRG αναθεωρούνται ετησίως και είναι ίδια για όλα τα νοσοκομεία.

Κάθε DRG διαμορφώνεται με δεδομένα που προέρχονται έπειτα από την έκβαση (εξιτήριο, θάνατος ή μεταφορά). Πλέον, συλλέγονται λεπτομερή δεδομένα για όλους τους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων της αρχικής διάγνωσης, των δευτερευουσών διαγνώσεων, των διαδικασιών, της διάρκειας νοσηλείας, του φύλου και της ηλικίας (Busse et al.2011). Για κάθε ασθενή επιλέγεται ένα DRG από ένα ειδικό λογισμικό που χρησιμοποιεί όλα τα διαθέσιμα δεδομένα. Σταδιακά αναπτύχθηκε και το κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των δεδομένων και την καλύτερη διασύνδεση μεταξύ των νοσοκομείων και του υπουργείου υγείας.

4.7.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Σκοπός της εισαγωγής των DRG ήταν η καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων και η αύξηση της διαφάνειας, η οποία και τελικά επετεύχθη (Busse et al.2011, Ilchev et al.2012). Η σχετικά πρόσφατη εφαρμογή των DRG έχει ως αποτέλεσμα να μην έχουν διεξαχθεί μελέτες για τη διερεύνηση των συνεπειών τους. Προβλέπεται πάντως ότι θα υπάρξει δικαιότερη αποζημίωση των νοσοκομείων, που θα αυξήσει τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπλέον, πιστεύεται ότι τα DRG θα συμβάλουν στην ορθολογικότερη κοστολόγηση των υπηρεσιών, μειώνοντας έτσι το κόστος. Η διαφάνεια αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο, καθώς συλλέγονται λεπτομερή δεδομένα για όλους τους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων της αρχικής διάγνωσης, των δευτερευουσών διαγνώσεων, των διαδικασιών, της διάρκειας νοσηλείας, του φύλου και της ηλικίας (Busse et al.2011).

4.7.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Υπήρξαν δυσκολίες στην καταγραφή του κόστους με ακρίβεια (Busse et al.2011). Επιπλέον, τα δεδομένα υποβάλλονται σε μια κρατική υπηρεσία και ελέγχεται από αυτή η ποιότητά τους. Σε περίπτωση που τα δεδομένα είναι ελλιπή, τότε δεν καταβάλλεται η αποζημίωση και γίνεται επανέλεγχος. Επίσης, η κρατική υπηρεσία πραγματοποιεί απροειδοποίητους ελέγχους στα νοσοκομεία για τον έλεγχο της ορθής κωδικοποίησης. Σε περίπτωση που βρεθούν λάθη, τότε επιβάλλονται πρόστιμα (Busse et al.2011).

Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος. Για

ορισμένα DRG, το σύστημα διαπιστώνει ακραίες τιμές ως προς τη μικρή διάρκεια νοσηλείας, όπως π.χ. περιπτώσεις νοσηλείας στις οποίες οι ασθενείς θα έπρεπε να παραμείνουν στο νοσοκομείο περισσότερο από μια ημέρα σύμφωνα με την καθιερωμένη κλινική πράξη. Στην περίπτωση που ένας ασθενής λάβει εξιτήριο μόλις μια ημέρα μετά την εισαγωγή του, τότε το νοσοκομείο δε λαμβάνει την πλήρη αποζημίωση που προβλέπει το αντίστοιχο DRG (Busse et al.2011).

Όλα τα νοσοκομεία λαμβάνουν την ίδια αποζημίωση για κάθε DRG, οπότε κινητοποιούνται προς τη μείωση του κόστους που μπορεί όμως να οδηγήσει και σε μείωση της ποιότητας. Για να αποφευχθεί αυτή η μείωση της ποιότητας, το κράτος συνάπτει συμβόλαια μόνο με τα νοσοκομεία που είναι πιστοποιημένα με το International Organization for Standardization (ISO 14001, 9001) και έχουν λάβει και πιστοποίηση από έναν κρατικό φορέα σχετικά με κάποιους δείκτες ποιότητας που αφορούν τη δομή, τη διαδικασία και τις εκβάσεις. Οι δείκτες ποιότητας είναι δυναμικοί και υπόκεινται σε μεταβολές με το πέρασμα του χρόνου. Πρόσθετοι δείκτες ποιότητας εξάλλου έχουν θεσπιστεί από το υπουργείο υγείας και αφορούν την πιστοποίηση του προσωπικού, τον τακτικό έλεγχο του εξοπλισμού, τις εγκαταστάσεις κ.ά.

4.7.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Η Πολωνία έχει αξιοποιήσει τα στατιστικά δεδομένα από τα DRG της Αγγλίας, καθώς δεν έχει αναπτύξει ακόμη πλήρως αυτόνομο σύστημα (Busse et al.2011).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι υποχρεωμένες να δημοσιεύουν τα οικονομικά τους δεδομένα, αλλά δεν υπάρχει μια προτυποποιημένη μορφή παρουσίασης των δεδομένων, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία, όπως π.χ. στην μεθοδολογία υπολογισμού του κόστους μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων. Εξαιτίας αυτού, το σύστημα DRG δε συνδέεται άμεσα με το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η μόνη διαθέσιμη πληροφορία για το κόστος αφορά σε ορισμένα νοσοκομεία που συλλέγουν δεδομένα και εθελοντικά τα υποβάλλουν στο υπουργείο υγείας, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιήσει την πληροφορία αυτή αλλά όχι με συστηματικό τρόπο. Πρόσφατα, επιλέχθηκαν 15 νοσοκομεία για να συλλέγουν τα οικονομικά δεδομένα με συστηματικό τρόπο, ώστε να μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια.

4.7.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στην Πολωνία τα δεδομένα σχετικά με την κάλυψη των καινοτόμων τεχνολογιών/φαρμάκων είναι σχετικά λιγοστά και αναφέρουν την κατά συνθήκη συμπληρωματική χρηματοδότησή τους. Ειδικότερα, υφίσταται συμπληρωματική κάλυψη δαπανών για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων «υψηλού κόστους» από την επιπρόσθετη χρηματοδότηση (πέραν του συστήματος DRG) που λαμβάνουν οι πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης (Busse et al.2011, Itchev et al.2012).

4.8 Πορτογαλία

4.8.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Τα DRG εφαρμόστηκαν πιλοτικά το 1984 και αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό της αποζημίωσης των ασφαλιστικών φορέων προς τα νοσοκομεία και την καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων, ενώ από το 1997 χρησιμοποιούνται για την κατανομή του συνολικού προϋπολογισμού υγείας στους παρόχους (Tan et al.2014, Busse et al.2011). Άλλες νοσοκομειακές υπηρεσίες (ημερήσια νοσηλεία, επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, επείγουσα φροντίδα, ακριβά φάρμακα κ.ά.) αποζημιώνονται για κάθε υπηρεσία έπειτα από διαπραγμάτευση του νοσοκομείου με το υπουργείο υγείας. Επίσης, τα DRG αρχικά εφαρμόστηκαν με σκοπό να δημιουργηθεί ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα για τη διοίκηση των νοσοκομείων βασιζόμενο σε αναγκαία και ομοιόμορφα δεδομένα, που θα επέτρεπαν την αποδοτικότερη διοίκηση, τον έλεγχο της παραγωγικότητας, την ορθολογικότερη λήψη αποφάσεων, τον σχεδιασμό και τη βελτίωση εκτέλεσης του προϋπολογισμού.

Η αρχική πιλοτική εφαρμογή το 1984 βασίστηκε στο σύστημα DRG των ΗΠΑ και διερεύνησε τη δυνατότητα εφαρμογής του συστήματος και στην Πορτογαλία ως ένα μέτρο για την καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα

της πιλοτικής μελέτης ήταν ενθαρρυντικά και για τον λόγο αυτό το σύστημα επεκτάθηκε αργότερα σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία. Η εφαρμογή του συστήματος πραγματοποιήθηκε μέσω μίας αλληλουχίας ενεργειών από πάνω προς τα κάτω και πιο συγκεκριμένα από το υπουργείο υγείας προς τα νοσοκομεία. Με δεδομένο το πολιτικό σύστημα της Πορτογαλίας και με το γεγονός ότι τα περισσότερα νοσοκομεία ανήκουν στο υπουργείο υγείας, τα νοσοκομεία αναγκάστηκαν να υιοθετήσουν το σύστημα DRG. Αρχικά, εφαρμόστηκε σε συγκεκριμένα νοσοκομεία με τη συνεργασία των γιατρών και των διοικητών των νοσοκομείων. Η τελευταία έκδοση των DRG στην Πορτογαλία ήταν το 2006 και βασίστηκε στα DRG των ΗΠΑ του 2004. Η διαδικασία εφαρμογής των DRG ήταν μια επαναλαμβανόμενη διαδικασία και περιελάμβανε συνδυασμούς στατιστικών αποτελεσμάτων από ελέγχους δεδομένων με κλινική συνεκτίμηση. Η σημαντικότερη αλλαγή σημειώθηκε το 1996, οπότε και τα DRG εφαρμόστηκαν και για την αποζημίωση χειρουργικών παρεμβάσεων που διενεργούνταν όμως σε εξωνοσοκομειακή βάση (Bentes et al.1996, Mateus and Valente 2000). Στην περίπτωση αυτή, λήφθηκαν υπόψη τα δεδομένα από 56 νοσοκομεία σε συνδυασμό με τη γνώμη των ειδικών. Οι πρώτες τιμές για τις διάφορες διαδικασίες έλαβαν χώρα το 1998.

Το 80% της αποζημίωσης που λαμβάνουν τα νοσοκομεία βασίζεται στα DRG. Οι υπηρεσίες που καλύπτονται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, την ημερήσια φροντίδα και μόνο τα χειρουργικά περιστατικά ως προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Busse et al.2011, Tan et al.2014). Οι υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την εντατική φροντίδα και την επείγουσα φροντίδα. Το κόστος που δεν καλύπτεται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνει τη διδασκαλία και την έρευνα.

4.8.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η έκδοση των DRG του 2006 στην Πορτογαλία αφορά σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία, αλλά όχι και στα ιδιωτικά. Η έκδοση των DRG του 2011 περιλαμβάνει 1.389 κωδικοποιήσεις και 25 Μείζονες Διαγνωστικές Κατηγορίες. Ο αριθμός των κωδικοποιήσεων στο σύστημα DRG αυξήθηκε με το πέρασμα του χρόνου, καθώς το 1984 ήταν 470, το 1995 ήταν 477, το 1994 ήταν 491 και το 2011 ήταν 1.389.

Σημειώνεται ότι υπάρχει ένα κενό τουλάχιστον δυο ετών μεταξύ του έτους καταγραφής των δεδομένων και του έτους εφαρμογής των τιμών στα νοσοκομεία. Για παράδειγμα, το κόστος καταγράφεται το 2009, τα δεδομένα αναλύονται το 2010 και οι τιμές των DRG για την αποζημίωση των νοσοκομείων εφαρμόζονται το 2011.

Κάθε DRG που αντιστοιχεί σε έναν ασθενή διαμορφώνεται με δεδομένα που προέρχονται έπειτα από την έκβαση (εξιτήριο, θάνατος ή μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο). Συλλέγονται λεπτομερή δεδομένα για όλους τους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων της αρχικής διάγνωσης, των δευτερευουσών διαγνώσεων, των διαδικασιών, της διάρκειας νοσηλείας, του φύλου και της ηλικίας (Busse et al.2011). Η εισαγωγή των δεδομένων που αφορούν την κωδικοποίηση γίνεται από εκπαιδευμένους γιατρούς στα νοσοκομεία. Για κάθε ασθενή επιλέγεται ένα DRG από ένα ειδικό λογισμικό που χρησιμοποιεί όλα τα διαθέσιμα δεδομένα.

4.8.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Ο σκοπός της εισαγωγής των DRG ήταν αρχικά η καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων, ενώ σήμερα είναι η κατανομή του προϋπολογισμού υγείας (Busse et al.2011, Tan et al.2014). Επιπλέον, οι επιμέρους στόχοι των DRG ήταν οι εξής:

- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων (Busse et al.2011, Urbano et al.1993, Dismuke and Sena 2001)
- Ακρίβεια και διαφάνεια στη μέτρηση των προσφερόμενων υπηρεσιών (Busse et al.2011, Urbano et al.1993)
- Καλύτερος έλεγχος του κόστους (Busse et al.2011, Urbano et al.1993)
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας,
- Αύξηση των εισαγωγών (Busse et al.2011).

Έπειτα από την εφαρμογή των DRG, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας,
- Αύξηση των εισαγωγών (Busse et al.2011)
- Καλύτερος έλεγχος του κόστους (Busse et al.2011, Urbano et al.1993)
- Αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων (Busse et al.2011, Dismuke and Sena 1999, Dismuke and Sena 2001).

4.8.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Ομοίως με τα παραπάνω, υφίστανται λάθη στις κωδικοποιήσεις. Μεταξύ των ετών 2006 και 2008, στο 11% των περιστατικών υπήρξε λάθος στο DRG, το οποίο διορθώθηκε έπειτα από τον σχετικό έλεγχο. Ωστόσο, το ποσοστό δυσταξινόμησης των ασθενών σε ακριβότερα DRG ήταν μικρότερο από 1%. Πραγματοποιούνται εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι της ακρίβειας των δεδομένων (Busse et al.2011). Σε κάθε νοσοκομείο υπάρχει ένας εσωτερικός ελεγκτής, ο οποίος συντονίζει τη συλλογή των δεδομένων και ελέγχει τους κωδικούς που εισάγουν οι γιατροί. Μια εξωτερική ομάδα ελέγχου, αποτελούμενη από οχτώ γιατρούς και έναν επαγγελματία πληροφορικής, ελέγχει, υποστηρίζει και προάγει την ακρίβεια των δεδομένων. Επιπλέον, η εξωτερική ομάδα ελέγχου επισκέπτεται τα νοσοκομεία και ελέγχει την εισαγωγή των δεδομένων. Επίσης, ένα ειδικό λογισμικό αναγνωρίζει τα σημαντικότερα λάθη και τις ασυνέπειες στην καταγραφή των δεδομένων (Busse et al.2011).

Τα νοσοκομεία λαμβάνουν επιπλέον αποζημίωση εφόσον το ποσοστό των επανεισαγωγών τις πρώτες πέντε ημέρες (μετά την έξοδο) είναι μικρότερο από το προκαθορισμένο όριο.

4.8.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Η Πορτογαλία έχει υιοθετήσει τα στατιστικά δεδομένα από τα DRG των ΗΠΑ, καθώς δεν έχει αναπτύξει ακόμη πλήρως αυτόνομο σύστημα. Η μοναδική περίπτωση στην οποία χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα κόστους της Πορτογαλίας αφορούσε σε χειρουργικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνταν σε εξωνοσοκομειακή βάση (Busse et al.2011). Οι τιμές αναθεωρούνται συνήθως κάθε 18 μήνες. Η κατανομή του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση.

4.8.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στην Πορτογαλία, ορισμένα από τα φάρμακα υψηλού κόστους εξαιρούνται από το σύστημα κατά DRG. Από το 2006 κρίνεται απαραίτητη η οικονομική αξιολόγηση των

φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφηθούν από δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Busse et al.2011, de Almeida Simões et al.2017). Επισημαίνεται ότι, τα τελευταία χρόνια στην Πορτογαλία έχουν θεσπιστεί νέοι κανόνες κοστολόγησης των φαρμάκων, οι οποίοι θέτουν στο επίκεντρο της φαρμακευτικής περίθαλψης τα γενόσημα φάρμακα. Το υπουργείο υγείας της χώρας θέτει τους όρους πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα καινοτόμου τεχνολογίας τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αξιολόγηση ως προς την αποτελεσματικότητά τους (de Almeida Simões et al.2017). Μέχρι στιγμής η επιπρόσθετη χρηματοδότηση (πέραν των DRG) των παρόχων αποτελεί το βασικότερο τρόπο αποζημίωσης της εν λόγω κατηγορίας φαρμάκων.

4.9 Ολλανδία

4.9.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Αρχικά, αναπτύχθηκε στα τέλη του '90 μια απλοποιημένη μορφή των DRG που εφαρμόστηκε πιλοτικά σε έξι νοσοκομεία, ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο το σύστημα αυτό αντικατοπτρίζει το σύστημα υγείας της Ολλανδίας. Με δεδομένη τη μεγάλη σημασία που έχει η εξωνοσοκομειακή φροντίδα στην Ολλανδία, η αδυναμία του αρχικού συστήματος DRG να διαχειριστεί ορθά τις εξωνοσοκομειακές περιπτώσεις αποτελούσε ένα μεγάλο μειονέκτημα. Επιπλέον, υπήρχαν λάθη στις ταξινομήσεις των ασθενών στα DRG, καθώς πραγματοποιούνταν από τους διοικητικούς υπαλλήλους μετά το εξιτήριο και όχι από τους γιατρούς (Custers et al.2007). Για τους λόγους αυτούς, οι Ολλανδοί ανέπτυξαν δικό τους σύστημα και το 2005 εφαρμόστηκε το Diagnosis Treatment Combinations (Diagnose Behandeling Combinaties, DBC), το οποίο αποτελεί παραλλαγή των DRG (Schmid Götze 2009). Έπειτα από το 2000 πραγματοποιήθηκαν δομικές αλλαγές στο σύστημα υγείας ειδικά ως προς τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία είναι ανεξάρτητα και συνάπτουν είτε μεμονωμένα είτε ομαδικά συμβόλαια με τους φορείς που καταβάλλουν αποζημιώσεις (Busse et al.2011). Πριν από το 2005, ο κύριος στόχος ήταν η συγκράτηση των δαπανών και απουσίαζαν τα κίνητρα για αύξηση της παραγωγικότητας ή της αποδοτικότητας. Για τον λόγο αυτό, αναπτύχθηκαν τα DBC, τα ολλανδικά δηλαδή DRG, ως η βάση για την αποζημίωση των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι ιατρικές εταιρείες καθόρισαν τα DBC για κάθε ιατρική ειδικότητα

και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 23 νοσοκομείων παρείχε τα απαραίτητα δεδομένα για την αρχική λειτουργία του συστήματος. Το σύστημα των DBC συνεχώς ανανεώνεται, ώστε να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και τις νέες ανάγκες.

Ο κύριος σκοπός του συστήματος ήταν να μετασχηματίσει τις νοσοκομειακές πληρωμές σε οιονεί «εργαλείο» διαπραγμάτευσης (και ιδιαίτερα ως προς την ποιότητα) μεταξύ των αγοραστών και των νοσοκομείων (Van de Ven and Schut 2009). Τα DRG αναπτύχθηκαν με σκοπό να παρέχουν σαφή ορισμό των νοσοκομειακών υπηρεσιών ως τη βάση για τη σύναψη συμβολαίων. Εντούτοις, μόνο ένα μικρό ποσοστό των DRG στην αρχή της εφαρμογής του συστήματος ήταν ελεύθερο για διαπραγμάτευση. Για την πλειονότητα των DRG, τα νοσοκομεία λάμβαναν μια προκαθορισμένη αποζημίωση για κάθε περίπτωση εντός ενός συλλογικού συμβολαίου. Σκοπός είναι να αυξηθεί σταδιακά το ποσοστό των DRG που μπορούν να διαπραγματευτούν ελεύθερα.

Έπειτα από την εφαρμογή των DRG, η συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των νοσοκομείων αυξήθηκε σημαντικά με την ανάπτυξη των κατάλληλων δεικτών.

Οι υπηρεσίες που καλύπτονται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, την ημερήσια φροντίδα και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (Tan et al.2014, Busse et al.2011). Το κόστος που δεν καλύπτεται από τις πληρωμές μέσω DRG περιλαμβάνει τη διδασκαλία, την έρευνα και τα ακριβά φάρμακα.

4.9.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η έκδοση των DBC που εφαρμόζεται σήμερα περιλαμβάνει 4.000 κωδικοποιήσεις και 27 ιατρικές ειδικότητες έναντι 100.000 (κωδικοποιήσεων) που υπήρχαν αρχικά καθώς έχει πλέον απλοποιηθεί αρκετά. Κάθε DBC πρέπει να χαρακτηρίζεται από ομοιογένεια ως προς την κατανάλωση πόρων, να καλύπτει έναν επαρκή αριθμό ασθενών και να προβλέπει και την παροχή υπηρεσιών μη οξείας φροντίδας.

Το ολλανδικό σύστημα των DBC αποτελεί παραλλαγή των κλασσικών DRG και έχει ορισμένες διαφορές με αυτά (Van de Ven and Schut 2009). Για παράδειγμα:

(α) η κωδικοποίηση στο DBC αρχίζει με την πρώτη επίσκεψη στον γιατρό και όχι

έπειτα από το εξιτήριο από το νοσοκομείο

(β) το DBC περιλαμβάνει τους περισσότερους κωδικούς σε σχέση με τα υπόλοιπα συστήματα DRG

(γ) το DBC αφορά στην κλινική πορεία των ασθενών τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά, ενώ το DRG αφορά μόνο ενδονοσοκομειακά

(δ) στα DBC, οι γιατροί ταξινομούν τους ασθενείς στις διάφορες κατηγορίες, ενώ στα DRG, η ταξινόμηση γίνεται βάσει ενός αλγορίθμου στον υπολογιστή (Van de Ven and Schut 2009).

Πάντως, αναμένεται η αναθεώρηση των DBC και η προσαρμογή τους σε περισσότερα σημεία με τα κλασσικά DRG. Υπάρχει ένα κενό δυο ετών μεταξύ του έτους καταγραφής των δεδομένων και του έτους εφαρμογής των τιμών στα νοσοκομεία. Για παράδειγμα, το κόστος καταγράφεται το 2008, τα δεδομένα αναλύονται το 2009 και οι τιμές των DRG για την αποζημίωση των νοσοκομείων εφαρμόζονται το 2010.

Η ταξινόμηση των ασθενών στα DBC βασίζεται σε κλινικά δεδομένα και δεδομένα αναφορικά με τη χρήση των πόρων, ενώ δε διαχωρίζεται η κύρια διάγνωση με τις δευτερογενείς διαγνώσεις. Έτσι, στην περίπτωση ενός ασθενούς που έχει και δεύτερη διάγνωση που απαιτεί θεραπεία, η δεύτερη διάγνωση ταξινομείται σε ξεχωριστό DBC.

4.9.3 Κίνητρα για την υιοθέτηση του συστήματος DRG και αποτελέσματα

Βασικό κίνητρο εφαρμογής του συστήματος των DRG στη χώρα αποτέλεσε η ανάγκη αναδιαμόρφωσης και εξυγίανσης των μεθόδων αποζημίωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ειδικότερα, η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υφιστάμενων διαδικασιών διαπραγμάτευσης, σχετικά με τον προσδιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μεταξύ των παρόχων υγείας και των ασφαλιστικών φορέων αποτέλεσε την κινητήρια δύναμη υιοθέτησης των DBC. Με τον τρόπο αυτό θεωρήθηκε ότι θα δίνονταν η δυνατότητα αποτελεσματικότερου ελέγχου του κόστους και ορθής διαχείρισης των οικονομικών πόρων, βάσει των αναγκών της κάθε κλινικής κατηγορίας (Busse et al.2011, Krabbe-Alkemade and Groot 2017).

Παράλληλα, η κατηγοριοποίηση των ασθενών βάσει συγκεκριμένης διαδικασίας κλινικής αξιολόγησης από ειδικούς επαγγελματίες υγείας θεωρήθηκε ότι θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής τους έκβασης μέσω εφαρμογής των καταλληλότερων διαδικασιών κλινικής πρακτικής. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή των DBC θεωρήθηκε ότι θα βοηθούσε σημαντικά τόσο στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και του ποσοστού διεξαγωγής μη απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, όσο και στη μείωση των κλινικών επιπλοκών (π.χ. μετεγχειρητικές λοιμώξεις) (Busse et al.2011, Custers et al.2007, Krabbe-Alkemade and Groot 2017).

Με την πάροδο του χρόνου η υιοθέτηση και συστηματική εφαρμογή του συστήματος DBC στην Ολλανδία φάνηκε να σχετίζεται με *ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, βελτίωση της κλινικής έκβασης και καλύτερο έλεγχο του κόστους* (Stadhouders et al.2019, Krabbe-Alkemade and Groot 2017, van Schoonhoven et al.2019, Clemens et al.2020)

4.9.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Πραγματοποιείται μόνο εσωτερικός έλεγχος σε εθνικό επίπεδο για τα δεδομένα του συστήματος (Busse et al.2011). Έχουν καταγραφεί περιπτώσεις δυσταξινόμησης ασθενών σε «ακριβότερα DRG», αλλά σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τις ΗΠΑ και την Αυστραλία (Steinbusch et al.2007).

Όταν οι γιατροί διαπιστώνουν κάποιο πρόβλημα στην κωδικοποίηση, ενημερώνουν το σύστημα και πραγματοποιούνται οι κατάλληλες ανανεώσεις, όπως π.χ. η μείωση των DBC, η ένταξη νέων DBC κοκ.

4.9.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Τα δεδομένα για το κόστος συλλέγονται από 15-25 νοσοκομεία, τα οποία προσφέρουν εθελοντικά τα δεδομένα τους, αντιστοιχώντας περίπου στο 24% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία (Tan et al.2014, Busse et al.2011). Οι τιμές των DBC διαμορφώνονται συνεχώς και εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία. Η κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών βασίζεται στην άμεση μέθοδο, η κατανομή του έμμεσου κόστους βασίζεται σε σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα και η κατανομή

του άμεσου κόστους βασίζεται στην «από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση (bottom-up microcosting).

4.9.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στην Ολλανδία υφίσταται πλαίσιο κάλυψης των καινοτόμων φαρμάκων, σε περίπτωση που πληρούν ορισμένα κριτήρια, χωρίς την ένταξή τους σε κατηγορία αποζημίωσης κατά DRG. Ορισμένα φάρμακα που εμπίπτουν στην κατηγορία των φαρμάκων «υψηλού κόστους» δεν καλύπτονται από το σύστημα αποζημίωσης DRG, ενώ η κάλυψη υφίσταται κατά συνθήκη βάσει διακανονισμών μεταξύ του νοσοκομείου και του παρόχου υγειονομικής ασφάλισης, μέσω επιπρόσθετης χρηματοδότησης (Busse et al.2011, Angelis et al.2018).

4.10 Ιταλία

4.10.1 Ιστορικό εισαγωγής των DRG, ανάπτυξη και προσαρμογές

Τα DRG στην Ιταλία εφαρμόστηκαν το 1995 με βάση τα DRG των ΗΠΑ, ενώ το 1992-1994 πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη ελέγχου της δυνατότητας εφαρμογής τους (Busse et al.2011). Αρχικά, τα DRG χρησιμοποιήθηκαν ως ένα εργαλείο για την ποιοτική ανάλυση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν ως μέθοδος αποζημίωσης (Geraci 2011).

Μέχρι και το 1995, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασιζόταν στο ημερήσιο νοσήλιο και στις δαπάνες των προηγούμενων ετών, οπότε η χρηματοδότηση δε σχετιζόταν με σαφείς δείκτες των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνταν (France et al.2005). Μεταξύ των ετών 1995-2005, η κατάσταση αυτή άλλαξε, με τις τιμές και τις χρεώσεις να παίζουν πλέον πρωταρχικό ρόλο. Το 1992, παραχωρήθηκαν σημαντικές εξουσίες στις 21 ιταλικές επαρχίες και υιοθετήθηκαν τρεις βασικές αρχές: (α) ελευθερία των ασθενών να επιλέγουν το νοσοκομείο, (β) ισοτιμία στην παροχή φροντίδας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων και (γ) αποζημίωση για κάθε ασθενή (που λάμβανε νοσοκομειακή φροντίδα) και κάθε υπηρεσία (εξωνοσοκομειακή φροντίδα) (Velleca et al.2013). Η λίστα των DRG του 1994,

ανανεώθηκε το 1997, το 2006 και το 2012 (Velleca et al.2013).

4.10.2 Συστατικά μέρη του συστήματος DRG

Η ταξινόμηση των ασθενών στα DRG βασίζεται σε δεδομένα που καταγράφονται στο νοσοκομείο μετά την έκβαση (εξιτήριο, θάνατος ή μεταφορά) και περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια νοσηλείας, την έκβαση, την κύρια διάγνωση, τις δευτερεύουσες διαγνώσεις και τις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν (Gerasi 2011). Τα δεδομένα αυτά καταχωρούνται από τους γιατρούς. Η έκδοση των DRG στην Ιταλία περιλαμβάνει 492 κωδικοποιήσεις και 17 Μείζονες Διαγνωστικές Κατηγορίες. Η ταξινόμηση των ασθενών στα DRG γίνεται με τον συνδυασμό των παραπάνω δεδομένων σε έναν στατιστικό αλγόριθμο.

4.10.3 Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα

Ο σκοπός της εισαγωγής των DRG περιλάμβανε τα εξής (Velleca et al.2013):

- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων
- Καλύτερος έλεγχος του κόστους
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας
- Αύξηση των εισαγωγών

Έπειτα από την εφαρμογή των DRG, διαπιστώθηκαν τα εξής (Ettelt et al.2006, Gerasi 2011, Brizioli et al.1996):

- Αύξηση των εισαγωγών
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας
- Μείωση του κόστους

4.10.4 Προβλήματα, δυσχέρειες και βέλτιστες πρακτικές

Δεν υπάρχει ομοιομορφία στις τιμές των DRG μεταξύ των διαφόρων επαρχιών (Gerasi 2011). Έτσι, υπάρχει σημαντική διαφορά των χρεώσεων των DRG μεταξύ των διαφόρων επαρχιών και των εθνικών χρεώσεων, με τις χρεώσεις στις επαρχίες να είναι συνήθως υψηλότερες. Επιπλέον, τα δεδομένα δεν συλλέγονται με έναν συστηματικό τρόπο και για αυτό είναι χαμηλής ποιότητας. Τα DRG δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, την φροντίδα κατ' οίκον, την αποκατάσταση και την μακροχρόνια φροντίδα. Η εφαρμογή των DRG οδήγησε σε

περισσότερες επανεισαγωγές ειδικά μεταξύ των ηλικιωμένων.

4.10.5 Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης

Οι χρεώσεις των DRG βασίστηκαν σε δεδομένα από οχτώ νοσοκομεία στη Βόρεια και Κεντρική Ιταλία, θεωρώντας πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των νοσοκομείων (Gerasi 2011). Από το 1997, κάθε επαρχία έχει πλήρη αυτονομία στον καθορισμό των τιμών των DRG, με 15 από τις 21 επαρχίες να έχουν δημιουργήσει δικές τους τιμές και τις υπόλοιπες έξι να έχουν υιοθετήσει τις εθνικές τιμές (Gerasi 2011, Fattore and Torbica 2006). Για τον λόγο αυτό, υπάρχει σημαντική διαφορά των χρεώσεων των DRG μεταξύ των διαφόρων επαρχιών και των εθνικών χρεώσεων, με τις χρεώσεις στις επαρχίες να είναι συνήθως υψηλότερες. Για παράδειγμα, η χρέωση ενός φυσιολογικού τοκετού χωρίς επιπλοκές, κυμαίνεται στις επαρχίες από -20% έως 56% σε σχέση με την εθνική χρέωση. Οι χρεώσεις σε κάθε επαρχία βασίζονται στην εκτίμηση του κόστους με βάση τα νοσοκομεία της επαρχίας, καθώς επίσης και στους κυβερνώντες της επαρχίας. Ο ρόλος των κυβερνόντων είναι σημαντικότερος όταν αυτοί είναι γιατροί, στα DRG που εμφανίζονται συχνότερα και στα DRG που περικλείουν μικρότερη τεχνολογική καινοτομία.

4.10.6 Αποζημιώσεις στην κατηγορία φαρμάκων υψηλού κόστους & καινοτόμου τεχνολογίας

Στην Ιταλία, η απόφαση αποζημίωσης των φαρμάκων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην κλινική τους αποτελεσματικότητα, και στην εκτίμηση του λόγου κόστους/αποτελεσματικότητας. Γενικά, υφίσταται διαφοροποίηση του ποσοστού κάλυψης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία αναλόγως της περιοχής, ενώ δεν υφίσταται κάλυψη για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων υψηλού κόστους (Glover 2016). Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι μέχρι τη στιγμή που συντάχθηκε η συγκεκριμένη έκθεση, δεν υφίσταται κάλυψη (σε καμία περιοχή της Ιταλίας) ορισμένων καινοτόμων τεχνολογιών, όπως για παράδειγμα των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται για την ανάταξη της κήλης κοιλιακού τοιχώματος (Cavallo et al. 2019). Μέχρι στιγμής δεν υφίσταται κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους ή/και καινοτόμου τεχνολογίας μέσω του συστήματος DRG, καθώς η επιπρόσθετη

χρηματοδότηση των φορέων αποτελεί το βασικότερο τρόπο αποζημίωσης της εν λόγω κατηγορίας φαρμάκων.

4.11 Σλοβακία

Από το 2008 πραγματοποιήθηκαν πολλές μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας με σκοπό τον έλεγχο του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας, όπως τιμές αναφοράς για τα υλικά, διαχείριση των προμηθειών σε κεντρικό επίπεδο κ.ά. (Kuenzel and Solanič 2018). Τα DRG στη Σλοβακία βασίζονται στα DRG της Γερμανίας, εφαρμόστηκαν μόλις το 2017 και η πλήρης εφαρμογή τους αναμένεται το 2022. Για αυτό δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Ο σκοπός της εισαγωγής των DRG περιλαμβάνει τα εξής (Kuenzel and Solanič 2018):

- Περισσότερη διαφάνεια στη φροντίδα υγείας
- Αύξηση της αποτελεσματικότητας
- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων
- Καλύτερος έλεγχος του κόστους

Αναφορικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη στη Σλοβακία, αξιοσημείωτο είναι ότι τα για φάρμακα τα οποία αποζημιώνονται, διενεργούνται σε μηνιαία βάση έρευνες/καταγραφές αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα χρήσης τους. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους βάσει του συστήματος DRG είναι περιορισμένα. Γενικά πάντως, τα νοικοκυριά καταβάλλουν σημαντικό ποσοστό συμπληρωμών για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων (Smatana et al.2016).

5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

5.1 Σύννοψη Ευρημάτων

5.1.1 Χρονικό εισαγωγής, διάρθρωση και εύρος καλυπτόμενων υπηρεσιών μέσω των DRG

Το χρονικό σημείο έναρξης εισαγωγής του συστήματος DRG διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών με κάποιες εξ αυτών (ΗΠΑ, Πορτογαλία) να πρωτοπορούν εφαρμόζοντας το εν λόγω σύστημα από τη δεκαετία του '80. Συγκεκριμένα, **7 από τις 11 χώρες** (ΗΠΑ, Πορτογαλία, Αυστραλία, Σουηδία, Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία) εφάρμοσαν το σύστημα DRG **μέχρι και το 2000**, ενώ η Σλοβακία πολύ πρόσφατα το 2017.

Αναφορικά με τη διάθρωση του συστήματος DRG, 5 χώρες (ΗΠΑ, Αυστραλία, Ιταλία, Πορτογαλία, Πολωνία) ακολουθούν μία λιτή δομή με τον αριθμό των μειζόνων διαγνωστικών κατηγοριών να κυμαίνεται από 16-25 και τον αριθμό των επιμέρους κωδικοποιήσεων να ανέρχεται μεταξύ 500-750. Σε 2 χώρες (Γερμανία και Σουηδία) το σύστημα DRG είναι πιο διευρυμένο περιλαμβάνοντας 23 και 30, αντίστοιχα, μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες και περίπου 1.200 και 1.000, αντίστοιχα, επιμέρους κωδικοποιήσεις. Τέλος, 3 χώρες (Αγγλία, Γαλλία, Ολλανδία) έχουν αναπτύξει ένα πιο σύνθετο σύστημα, το οποίο αποτελείται από 25-27 μείζονες διαγνωστικές κατηγορίες και από περίπου 2.400 έως 4.000 επιμέρους κωδικοποιήσεις.

Το ποσοστό κάλυψης της νοσοκομειακής δαπάνης μέσω της αποζημίωσης από τα DRG διαφέρει μεταξύ των χωρών, όπως και το εύρος των καλυπτόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, σε δύο χώρες (Αγγλία και Πολωνία) αυτό το ποσοστό ανέρχεται σε

60%, στις ΗΠΑ κυμαίνεται μεταξύ 60-85%, ενώ σε άλλες *τέσσερις* χώρες (Γερμανία, Πορτογαλία, Γαλλία, Ολλανδία) κυμαίνεται από **80-100%**. Οι πιο *συχνά καλυπτόμενες* υπηρεσίες είναι οι *υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας* (στο σύνολο των χωρών που μελετήθηκαν), *οι υπηρεσίες ημερήσιας νοσηλείας* (σε 7 από τις 11 χώρες) και σε *μικρότερο βαθμό* καλύπτονται οι υπηρεσίες *εξωνοσοκομειακής φροντίδας* (σε 5 από τις 11 χώρες). Οι *λιγότερο συχνά* καλυπτόμενες υπηρεσίες μέσω του συστήματος DRG είναι οι *ψυχιατρικές* και οι υπηρεσίες *αποκατάστασης*, καθώς και οι υπηρεσίες *εντατικής και επείγουσας παροχής φροντίδας*. Το κόστος *εκπαίδευσης και έρευνας* δεν καλύπτεται στην πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών, από τα DRG.

Το ποσοστό κάλυψης των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης για τις κατηγορίες φαρμάκων υψηλού κόστους ή/και καινοτόμου τεχνολογίας μέσω της αποζημίωσης κατά DRG παρουσιάζει διακύμανση μεταξύ των χωρών. Ειδικότερα, ΗΠΑ, Γερμανία, Γαλλία και Αγγλία διαθέτουν πιο ευέλικτο σύστημα αποζημίωσης των καινοτόμων φαρμάκων/τεχνολογιών και των φαρμάκων υψηλού κόστους, έναντι των λοιπών χωρών, παρέχοντας τη δυνατότητα επιπλέον χρηματοδότησης των νοσοκομείων για τις προαναφερόμενες κατηγορίες υγειονομικών παροχών. Σε ΗΠΑ και Αγγλία φαίνεται να υφίσταται ένταξη ορισμένων φαρμάκων "υψηλού κόστους" σε ειδική κατηγορία αποζημίωσης κατά DRG, ενώ στη Γερμανία το λογισμικό Grouper αναμένεται να βοηθήσει σημαντικά στην εξαγωγή νέων σχετικών κατηγοριών κωδικοποίησης. Η πλειονότητα των χωρών εφαρμόζει σύστημα αξιολόγησης της καταλληλότητας αποζημίωσης των φαρμάκων υψηλού κόστους βάσει της αποτελεσματικότητας αυτών υπό όρους κλινικής έκβασης και κόστους. Πιο περιορισμένη κάλυψη της εν λόγω κατηγορίας φαρμάκων παρατηρείται σε Σουηδία και Ιταλία, ενώ στην Πορτογαλία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων. Τέλος, περιορισμένα είναι τα δεδομένα για Αυστραλία και Σλοβακία. Παρόλα αυτά, φαίνεται να υφίσταται περιορισμένη κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους, στις χώρες αυτές, με ταυτόχρονη ύπαρξη σημαντικού ποσοστού πληρωμών που καταβάλουν τα νοικοκυριά για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, ειδικά στη Σλοβακία.

5.1.2 Κίνητρα υιοθέτησης του συστήματος DRG και επιτευχθέντα αποτελέσματα

Σε όλες τις υπό μελέτη χώρες βασικό κίνητρο εισαγωγής των DRGs αποτέλεσε η αναγνώριση της ανάγκης **συστηματικής παρακολούθησης και συγκριτικής αξιολόγησης** της δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα με απώτερο στόχο τη βελτίωση της **οικονομικής αποδοτικότητας** και της **κλινικής αποτελεσματικότητας**, ο οποίος επετεύχθη σε διαφορετικό βαθμό ανά χώρα.

Συγκεκριμένα:

- ✚ σε 7 χώρες (ΗΠΑ, Αυστραλία, Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία, Σουηδία) επετεύχθη μείωση της **MAN** και **αύξηση των εισαγωγών** (Αυστραλία, Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Σουηδία). Επιπλέον, στη Σουηδία καταγράφηκε και **μείωση του χρόνου αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο**
- ✚ σε 3 χώρες (ΗΠΑ, Γερμανία, Σουηδία) αναφέρεται βελτίωση της **ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**. Ειδικότερα στις ΗΠΑ, καταγράφηκε **μείωση της θνησιμότητας από καρδιακή ανεπάρκεια και από πνευμονία**, ευρήματα, ωστόσο, που πιθανότατα να σχετίζονται και με άλλες βελτιστοποιήσεις στην παροχή της φροντίδας με το πέρασμα των ετών
- ✚ σε 6 χώρες επετεύχθη **αύξηση της αποδοτικότητας** (ΗΠΑ, Αυστραλία, Αγγλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Σουηδία) **και έλεγχος του κόστους** (Αυστραλία, Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Σουηδία)

Ωστόσο, τα εμπειρικά οικονομικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών είναι διφορούμενα. Στις 9 από τις 11 χώρες καταγράφεται **σταθερά διαχρονική σημαντική μείωση** στην αναλογία της **ενδονοσοκομειακής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας**, αποτελέσματα της μετεξέλιξης του τρόπου οργάνωσης των συστημάτων υγείας και παροχής της φροντίδας με έμφαση πλέον στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών και μετανοσοκομειακών μορφών παροχής φροντίδας υγείας (π.χ. κατ'οίκον φροντίδα, nursing homes, hospices) (European Commission 2020b).

Από την άλλη, οι **κατά κεφαλήν δαπάνες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας** (εκφρασμένες σε ισοδύναμα αγοραστικής δύναμης US PPPs σε σταθερές τιμές 2010) δεν παρουσιάζουν διαχρονικά πτωτική πορεία ενώ **έχουν ως κοινό τόπο τις διακυμάνσεις και την διαχρονικά αυξητική τάση**. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί, αφενός, στην αλλαγή του νοσολογικού προφίλ των νοσηλευομένων (άτομα

με πολλαπλές συν-νοσηρότητες, ιδίως ηλικιωμένα άτομα) (Gegersen 2014, Werblow et al.2007), καθώς και στην αύξηση της έντασης των παρεχόμενων ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών ως αποτέλεσμα και των ραγδαίων εξελίξεων στην κοστοβόρα βιο-ιατρική τεχνολογία αιχμής.

5.1.3 Αδυναμίες /προβλήματα του συστήματος DRG και βέλτιστες πρακτικές αντιμετώπισης

Γενικά, το σύστημα DRG έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τον εξορθολογισμό και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων ~~κάθ~~ κυρίως της νοσοκομειακής φροντίδας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τον ολοένα και αυξανόμενο αριθμό χωρών που χρησιμοποιούν το εν λόγω σύστημα. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει πως δεν καταγράφονται και αδυναμίες/προβλήματαόπως τα ακόλουθα:

- 🚦 σε 7 χώρες (ΗΠΑ, Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Ολλανδία, Σουηδία) καταγράφονται **συχνές λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG**, ώστε οι πάροχοι να λαμβάνουν υψηλότερες αποζημιώσεις
- 🚦 σε 3 χώρες (ΗΠΑ, Ιταλία, Πολωνία) καταγράφονται προβλήματα με την **ποιότητα των δεδομένων** και επιπλέον στη Γαλλία και στις ΗΠΑ αναφέρονται προβλήματα **ανεπαρκούς ελέγχου των καταναλωθέντων νοσοκομειακών πόρων** καθώς και του **κόστους**
- 🚦 στις ΗΠΑ και στη Γερμανία καταγράφονται συχνά περιπτώσεις **χορήγησης πρόωρων εξιτηρίων**
- 🚦 στη Γαλλία έχουν αναφερθεί περιπτώσεις παρόχων που κάνουν **εκλεκτική επιλογή ασθενών** οι οποίοι ανήκουν σε φθηνότερα DRG και αποφυγή παροχής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ακριβότερα DRG

Προς την κατεύθυνση του περιορισμού των ανωτέρω προβλημάτων, έχουν καταγραφεί οι παρακάτω καλές πρακτικές:

- 🚦 Σε 8 χώρες (ΗΠΑ, Αυστραλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία) διενεργούνται **τακτικές αναθεωρήσεις** του συστήματος DRG και **επικαιροποίηση των κωδικοποιήσεων**

-  Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω αναθεωρήσεων σε 7 χώρες (ΗΠΑ, Αγγλία, Αυστραλία, Γαλλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Σουηδία) έχει **αυξηθεί διαχρονικά** ο αριθμός των **κατηγοριών /υποκατηγοριών DRG**, ώστε αυτές να αντανακλούν ακριβέστερα το νοσολογικό προφίλ και τις πρακτικές αντιμετώπισης των ασθενών, όπως αυτές εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο, στην Ολλανδία, όπου η αρχική έκδοση του συστήματος DRG περιελάμβανε πολλές χιλιάδες κωδικοποιήσεων, μετά τις αναθεωρήσεις, ο αριθμός των υποκατηγοριών περιορίστηκε σημαντικά διαμορφούμενος πλέον σε 4.000.
-  Επιπλέον, σε 9 από τις 11 χώρες (ΗΠΑ, Αγγλία, Αυστραλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σουηδία) χρησιμοποιείται **ειδικό λογισμικό** για την κατά το δυνατόν αυτοματοποιημένη διεκπεραίωση της κωδικοποίησης
-  Πρόσθετα, σε 8 χώρες (Αγγλία, Αυστραλία, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σουηδία) διενεργούνται **αναδρομικοί (εντός του νοσοκομείου)** και **εξωτερικοί έλεγχοι** αναφορικά με την ορθότητα των καταχωρίσεων της κάθε μονάδας υγείας. Αναλυτικότερα:
 - Στην Αυστραλία, στην Αγγλία, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία και στη Σουηδία έχουν αναπτυχθεί ειδικές **υπηρεσίες /ανεξάρτητες οικονομικές αρχές** για τη διεξαγωγή δειγματοληπτικών ελέγχων στα νοσοκομεία αναφορικά με την ποιότητα των δεδομένων. Επιπλέον, στη Γαλλία, Γερμανία και Πορτογαλία **έλεγχοι** διενεργούνται και εντός **των νοσοκομείων**
 - Στη Γερμανία, διενεργούνται **έλεγχοι** και από τους **ασφαλιστικούς φορείς** (αποζημιωτές των παρόχων)
 - Στη Γαλλία και στην Πορτογαλία η ελεγκτική διαδικασία υποστηρίζεται και από **ειδικό λογισμικό** για τον **εντοπισμό λαθών και ασυνεπειών** κατά την καταγραφή των δεδομένων
-  Στην περίπτωση που κατά την **ελεγκτική διαδικασία** διαπιστωθούν ηθελημένες δυσταξινομήσεις σε ακριβότερες κατηγορίες DRG, τότε οι πάροχοι (στη

Γαλλία, Γερμανία, Πολωνία και Σουηδία) υποχρεούνται στην **επιστροφή της διαφοράς στο κόστος** και επιπλέον στη Γερμανία και στην Πολωνία επιβάλλονται και **πρόστιμα**. Πρόσθετα, στη Γερμανία, στις περιπτώσεις **επανεισαγωγών εντός 30 ημερών** για την ίδια αιτία τα νοσοκομεία **δεν λαμβάνουν πρόσθετη χρηματοδότηση** (λαμβάνουν αποζημίωση βάσει ενός "συγχωνευμένου" DRG)

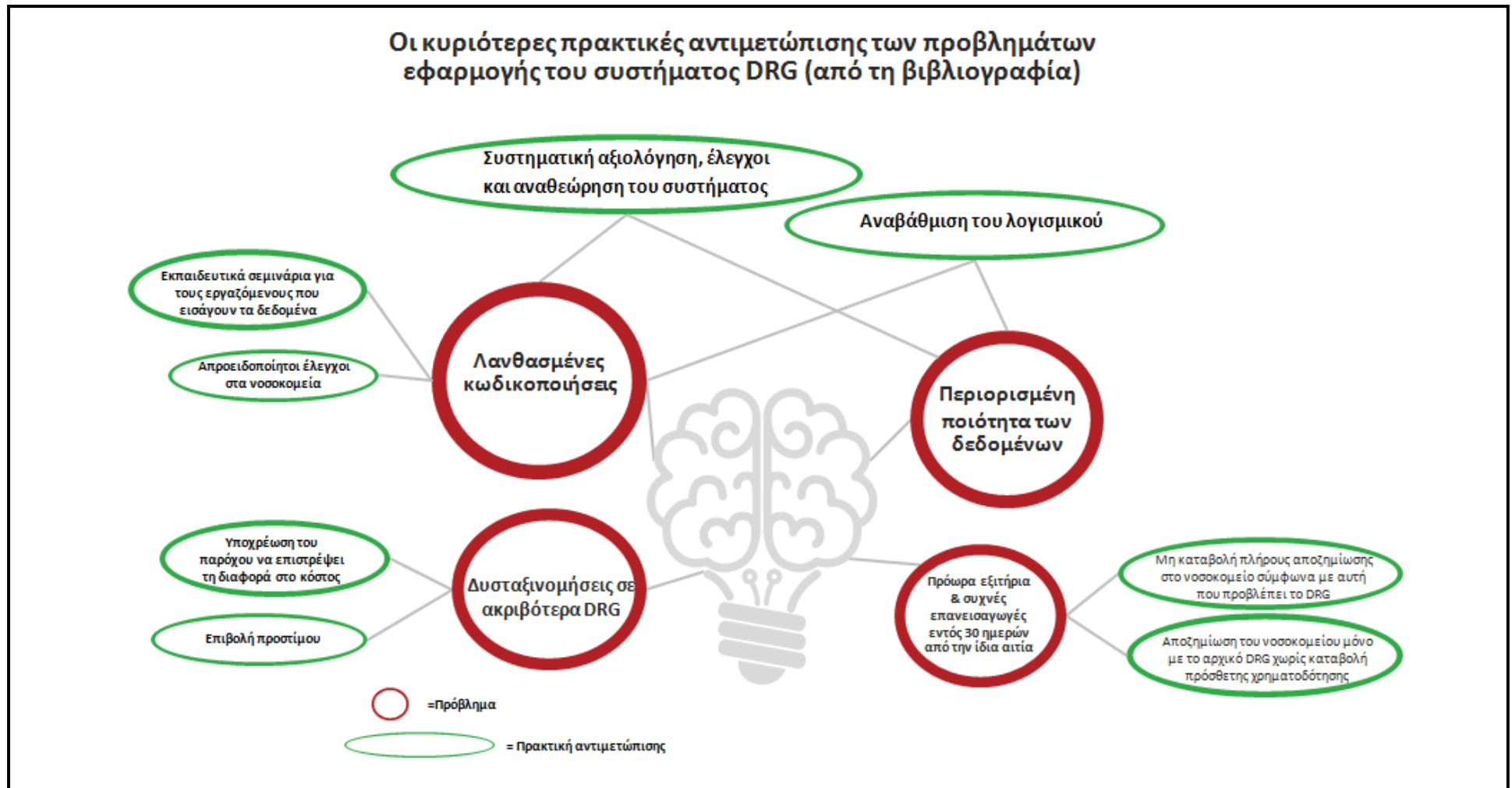
-  Στην Αγγλία έχει αναπτυχθεί και **ειδικό διαδικτυακό εργαλείο** με βάση το οποίο είναι εφικτή η **συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης** των διαφόρων μονάδων μεταξύ τους
-  Στη Σουηδία διεξάγονται **εκπαιδευτικά προγράμματα** για την αποφυγή λαθών στις κωδικοποιήσεις

Στον Πίνακα 5.1 και στην Εικόνα 5.1 στη συνέχεια συνοψίζονται οι κυριότερες πρακτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Πάντως, ανεξάρτητα από τις όποιες αδυναμίες καταγράφονται σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος DRG, είναι γεγονός ότι η ύπαρξη ενός κοινά αποδεκτού προτύπου καταγραφής και παρακολούθησης της δραστηριότητας των παρόχων υγείας αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την ευόδωση οποιασδήποτε προσπάθειας συστηματικής διαχρονικής αξιολόγησης της απόδοσής τους, τόσο στο μικρο-επίπεδο της μονάδας υγείας όσο και σε εθνικό ή ακόμη και διακρατικό επίπεδο. Συνακόλουθα, η αξιοποίηση (από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής υγείας) του πληροφοριακού δυναμικού που προκύπτει από το εν λόγω σύστημα δύναται να συμβάλει καθοριστικά στην τεκμηριωμένη ανακατανομή των διαθεσίμων πόρων προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της «αξίας» των παρεχόμενων φροντίδων.

Πίνακας 5.1: Συνοπτική παρουσίαση των πρακτικών αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής των DRG σε κάθε υπό μελέτη χώρα

Πρόβλημα	Πολιτικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος							
	Αναβάθμιση του λογισμικού	Συστηματική αξιολόγηση, έλεγχοι και αναθεώρηση του συστήματος	Εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους εργαζόμενους που εισάγουν τα δεδομένα	Υποχρέωση του παρόχου να επιστρέψει τη διαφορά στο κόστος	Μη καταβολή πλήρους αποζημίωσης στο νοσοκομείο σύμφωνα με αυτή που προβλέπει το σύστημα DRG	Επιβολή προστίμου/αφαιρετέο ποσό (deduction)/μείωση αποζημίωσης	Απρο-ειδοποίητοι έλεγχοι στα νοσοκομεία	Αποζημίωση του νοσοκομείου μέσω ενός κοινού/συγχωνευμένου DRG χωρίς καταβολή πρόσθετης χρηματοδότησης
Πρόωρα εξιτήρια & συχνές επανεισαγωγές εντός 30 ημερών από την ίδια αιτία					Πολωνία			Αγγλία Γερμανία
Περιορισμένη ποιότητα των δεδομένων	ΗΠΑ	Αυστραλία Γαλλία				Γερμανία Αγγλία		
Λανθασμένες κωδικοποιήσεις	ΗΠΑ Γαλλία Πορτογαλία	Αγγλία Γαλλία Πορτογαλία Ολλανδία Σουηδία	Σουηδία				Πολωνία	
Δυσταξινομήσεις σε ακριβότερα DRG				Γαλλία Γερμανία Πολωνία Σουηδία		Γερμανία Πολωνία		



Εικόνα 5.1: Οι κυριότερες πρακτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής του συστήματος DRG

Κύκλοι κόκκινων αποχρώσεων = Προβλήματα / Πράσινοι κύκλοι = Λύσεις

6. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΜΕ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην παρακάτω ενότητα παρατίθενται με συνθετικό τρόπο η σύνοψη των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας η οποία διεξήχθη μέσω συνεντεύξεων βάσει ημι-δομημένων οδηγιών συνέντευξης (βλ. και ενότητα μεθοδολογίας). Τα στελέχη του τομέα της υγείας που έλαβαν μέρος σε αυτή (N=17)³ προέρχονται από:

- i) την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας (N₁=2),
- ii) το ΚΕΤΕΚΝΥ (N₂=5),
- iii) τον ΕΟΠΥΥ και την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (N₃=2)
- iv) τα Δημόσια Νοσοκομεία και Ιδιωτικές Κλινικές (N₄=8).

Τα αποτελέσματα οργανώνονται σε τρεις διακριτές υπο-ενότητες:

- i) σημασία, αναμενόμενος αντίκτυπος και προϋποθέσεις επιτυχίας
- ii) τεχνικά προβλήματα και αναμενόμενες αντιδράσεις
- iii) μέτρα αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Στο τέλος του τρέχοντος κεφαλαίου παρατίθεται συγκεντρωτικός Πίνακας με τα αναμενόμενα προβλήματα και τις προτεινόμενες λύσεις.

6.1 Σημασία, αναμενόμενος αντίκτυπος και προϋποθέσεις επιτυχίας της εφαρμογής του νέου συστήματος Gr-DRG

Αναφορικά με τη σημασία και τον αναμενόμενο αντίκτυπο του νέου συστήματος Gr-DRG, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αναμένουν **θετικές συνέπειες** τόσο για τους παρόχους όσο και για τους ασφαλιστικούς φορείς, εφόσον θα είναι κοινός και απολύτως ξεκάθαρος ο τρόπος και η μέθοδος χρέωσης των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, επεσήμαναν ότι πρόκειται για μία σημαντική **μεταρρυθμιστική** προσπάθεια που προσδοκάται ότι θα βοηθήσει:

³ Συνολικά, επιχειρήθηκε η επικοινωνία με 19 στελέχη του τομέα της υγείας εκ των οποίων τα 17 απάντησαν. Το τελευταίο συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο παρελήφθη από την ομάδα εργασίας στις 10/03/2020

- Στην αποτύπωση και τη *συγκριτική αξιολόγηση της δραστηριότητας* των μονάδων υγείας, στη *μείωση των χρόνων αναμονής για προγραμματισμένες νοσηλείες* και συνακόλουθα θα συμβάλει στη *βελτίωση της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας* των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Επισημαίνεται, ότι και εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας εκφράστηκε η σαφής πρόθεση αξιοποίησης του νέου συστήματος Gr-DRG ως εργαλείο προς την κατεύθυνση, του εξορθολογισμού των δαπανών, της βελτίωσης της *αποδοτικότητας* (π.χ. μέριμνα μονάδων για μείωση του κόστους προμηθειών μέσω μείωσης τιμών) *και της αποτελεσματικότητας* των μονάδων υγείας.
 - Στη *μείωση της γραφειοκρατίας*, στην ευκρινέστερη *αποτύπωση της ροής των διαδικασιών* εντός των νοσοκομείων, στην *ακριβή τιμολόγηση/κοστολόγηση* των υπηρεσιών (καλύπτοντας ένα σημαντικό κενό, εφόσον επί του παρόντος οι υπηρεσίες αποζημιώνονται βάσει «ιστορικών» τιμών) *και, συνακόλουθα, στην εύρεση δημοσιονομικού χώρου για τη χρηματοδότηση καινοτόμων ιατρικών μεθόδων.*
 - Στην κατάρτιση *τεκμηριωμένων προϋπολογισμών*, στην *ορθολογική και δίκαιη κατανομή των πόρων* και στη *βελτίωση της αποδοτικότητας* των μονάδων υγείας. Αυτή η προοπτική αξιοποίησης του νέου συστήματος Gr-DRG επισημάνθηκε ιδιαιτέρως και από τα στελέχη του Υπουργείου Υγείας των οποίων η πρόθεση είναι να καταστεί το κύριο εργαλείο για την κατάρτιση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων
- 🌈 Εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ αναφέρθηκε ότι με το νέο σύστημα θα επέλθουν μεταβολές στα *οικονομικά αποτελέσματα των πληρωτών* λόγω αλλαγών στον τρόπο αποζημίωσης. Την άποψη αυτή εξέφρασαν και τα στελέχη του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τις συνέπειες που αυτό θα επιφέρει στον ΕΟΠΥΥ ως κύριο πληρωτή υπηρεσιών υγείας.

Ως προϋπόθεση για την επιτυχία του εγχειρήματος, εκ μέρους στελέχους του ΚΕΤΕΚΝΥ επισημάνθηκε η αναγκαιότητα της *δέσμευσης όλων των εμπλεκόμενων φορέων (πληρωτών και παρόχων) για την πλήρη εφαρμογή* και την ανεξάρτητη/ουδέτερη λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος DRG, το οποίο αναμένεται ότι θα επιφέρει και αλλαγές στις επιχειρησιακές και οργανωτικές λειτουργίες όλων των παρόχων και πληρωτών (π.χ. ανάγκη προσαρμογής των πληροφοριακών συστημάτων, ανάγκη ανάπτυξης νέων επιχειρησιακών σχεδίων κλπ). Επίσης, υπογραμμίστηκε η αναγκαιότητα διαμόρφωσης της κατάλληλης *στρατηγικής* λόγω του ότι τα DRG έχουν αρνητικά φορτισμένη χροιά, για διάφορους λόγους, όπως η παραδοσιακή και διεθνής κριτική που υφίστανται (π.χ. «αιματηρά εξιτήρια»), αλλά και η καθυστέρηση εφαρμογής τους στην Ελλάδα.

Πρόσθετα, υπογραμμίστηκε η ανάγκη *αλλαγής της εταιρικής κουλτούρας* προς την κατεύθυνση της εφαρμογής των αρχών της τεκμηριωμένης διοίκησης στην καθημερινότητα των εμπλεκόμενων οργανισμών (π.χ. καταγραφή κωδικοποιήσεων, κατάρτιση προϋπολογισμών, τιμολόγηση).

6.2 Τεχνικά προβλήματα και αναμενόμενες αντιδράσεις

Σχετικά με τα αναμενόμενα τεχνικά προβλήματα, οι συμμετέχοντες εστίασαν στα προβλήματα που αναμένεται να ανακύψουν λόγω:

- ✓ ενδεχόμενων αδυναμιών των πληροφοριακών συστημάτων (π.χ. μη διασύνδεση τους με όλα τα τμήματα-εργαστήρια, μη λειτουργία/μη διασύνδεση με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς ή και η ανάγκη τροποποίησης των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων),
- ✓ ενδεχόμενης έλλειψης κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού (για χρήση εφαρμογής κωδικοποιήσεων-coders, παρακολούθησης κόστους, πλήρους γνώσης του τρόπου λειτουργίας μίας νοσοκομειακής μονάδας),

✓ *ύπαρξης πολλών και σύνθετων κανόνων λειτουργίας του νέου συστήματος Gr-DRG*

✚ Πρόσθετα, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούν ως αρκετά πιθανή την εμφάνιση του φαινομένου της **δυσταξινόμησης** των περιστατικών σε ακριβότερες κατηγορίες DRG, ιδιαιτέρως κατά την πρώτη φάση εφαρμογής τους συστήματος. Χαρακτηριστικά, στέλεχος του ΚΕΤΕΚΝΥ αναφέρθηκε στον κίνδυνο *χειραγώγησης του αποτελέσματος της κωδικοποίησης με «δημιουργική» λογιστική* προς ακριβότερες *κατηγορίες-upcoding* ενώ ταυτόχρονα επισημάνθηκε και ο κίνδυνος της *ατελούς κωδικοποίησης-downcoding* (δηλ της κωδικοποίησης μόνο με βάση το κύριο DRG χωρίς την εισαγωγή δευτερευόντων λόγω ελλειπών εξοικείωσης με τις κωδικοποιήσεις τουλάχιστον κατά το πρώτο διάστημα της εφαρμογής). Πρόσθετα, στέλεχος του ΕΟΠΥΥ επεσήμανε τον κίνδυνο υποβολής διπλών ΚΕΝ κύρια εκ μέρους ιδιωτικών κλινικών. Πάντως, στέλεχος ιδιωτικού νοσοκομείου επεσήμανε ότι η δομή και η διαχείριση του ιατρικού φακέλου σε σχέση με τις καταχωρίσεις και τη δομή του Grouper μειώνουν στο ελάχιστο τον κίνδυνο δυσταξινόμησης.

✚ Σχετικά με την πιθανότητα **πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου** οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες θεώρησαν αρκετά πιθανή αυτή την εξέλιξη. Δύο στελέχη νοσοκομείων και δύο στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ θεώρησαν λιγότερο πιθανή αυτή την εξέλιξη. Μάλιστα, ένα στέλεχος νοσοκομείου επεσήμανε ότι το φαινόμενο ενδέχεται να σχετίζεται με άλλους λόγους πλην του τρόπου εφαρμογής των DRG.

✚ Αναφορικά με ενδεχόμενες *αντιδράσεις* οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι αυτές θα σχετίζονται με:

- Τον *φόβο αύξησης του φόρτου εργασίας*, ανησυχία που αναμένεται εντονότερα να εκφραστεί από τους γιατρούς, οι οποίοι εικάζεται ότι θεωρούν το συγκεκριμένο έργο ως *αρμοδιότητα (αποκλειστική) των διοικητικών*. Στο πλαίσιο αυτό, στέλεχος του ΚΕΤΕΚΝΥ επεσήμανε ως πιθανό κίνδυνο τις προσπάθειες αποποίησης της ευθύνης από τη συμμετοχή στο σύστημα εκ μέρους διαφόρων ομάδων επαγγελματιών,

- την αντίληψη των εμπλεκομένων περί σύνθετου/πολύπλοκου συστήματος, η εκμάθηση του οποίου εκτιμούν ότι θα είναι δύσκολη και θα απαιτεί την ανάπτυξη ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων, χωρίς μάλιστα οι ίδιοι οι εργαζόμενοι να έχουν τη διάθεση αφιέρωσης ικανού χρόνου για την εκμάθηση του συστήματος,
- την αμφισβήτηση της αξιοποίησης του συστήματος από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία,
- την αμφισβήτηση του οφέλους που μπορεί να προκύψει από το νέο σύστημα για τους ασθενείς και το προσωπικό και, συνακόλουθα, ενδεχόμενα να υπάρξει άρνηση συμμετοχής και εφαρμογής του,
- τον κίνδυνο δυσμενούς αλλαγής του εργασιακού καθεστώτος των εργαζομένων, των οποίων η απόδοση θεωρούν ότι θα αξιολογείται και με βάση τα DRG, και τον φόβο μετακινήσεων προσωπικού μεταξύ των μονάδων. Δηλαδή, εκτιμούν ότι οι επαγγελματίες υγείας ενδεχόμενα να είναι επιφυλακτικοί με το νέο σύστημα λόγω της πιθανής χρήσης του και ως ελεγκτικού μέσου για τη μελλοντική τους αξιολόγηση,
- τον κίνδυνο δυσμενούς επίδρασης στη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας (π.χ. με την «υποτιθέμενη» απώλεια της ανεξαρτητοποίησης των δαπανών μισθοδοσίας από τα έσοδα/έξοδα του νοσοκομείου). Η άποψη αυτή εκφράστηκε ιδιαίτερα και εκ μέρους στελεχών του ΕΟΠΥΥ, εκτιμώντας ότι οι επαγγελματίες διακατέχονται από το φόβο «αποκάλυψης» του πραγματικού κόστους, κάτι που θα θεωρήσουν ότι θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της επιχορήγησης ή/και την απόδοση ευθυνών για λανθασμένη ιατρική πρακτική σε περιπτώσεις αποκλίσεων από τις προβλεπόμενες πρακτικές,
- τέλος, τον κίνδυνο καθυστέρησης του ρυθμού εισαγωγής της καινοτομίας κατά την κλινική πρακτική λόγω της «flat rate» αποζημίωσης των περιστατικών, άποψη η οποία εκφράστηκε από ένα στέλεχος νοσοκομείου

6.3 Μέτρα αντιμετώπισης των προβλημάτων

Για τον περιορισμό των αντιδράσεων και των τεχνικών προβλημάτων οι προτάσεις που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες συνοψίζονται ως ακολούθως:

- ✚ Η **εκπαίδευση** των επαγγελματιών υγείας στις νέες ιατρικές κωδικοποιήσεις αλλά και των διοικητικών/οικονομικών/πληροφοριακών στελεχών στους κανόνες κωδικοποίησης, ομαδοποίησης και τιμολόγησης, δράση η οποία αποτελεί και άξονα προτεραιότητας του Υπουργείου Υγείας και του ΚΕΤΕΚΝΥ.
- ✚ Η ανάπτυξη των **κατάλληλων ελεγκτικών μηχανισμών** με ευθύνη των συν-αρμόδιων φορέων λειτουργίας του Gr-DRG και των εποπτευόμενων οργανισμών. Πρόσθετα, από στέλεχος του ΚΕΤΕΚΝΥ προτάθηκε εκπαίδευση εργαζομένων νοσοκομείων σχετικά με τις προς ανάπτυξη διαδικασίες **“DRG medical coding quality controlling”** εντός των νοσοκομείων αλλά και ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών δράσεων προς τους **πληρωτές** σχετικά με το **“DRG auditing”**
- ✚ Ακόμη, στελέχη από τον ΕΟΠΥΥ και την ΕΑΕΕ τόνισαν την αναγκαιότητα της **συνδυαστικής ανάπτυξης και αξιοποίησης εφαρμογών “Real Time Clinical Audit”** και των **reports/στατιστικών εκθέσεων** που θα προκύπτουν από το σύστημα για τη συγκριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρόχων.

Ωστόσο, επισημάνθηκε από στέλεχος του ΚΕΤΕΚΝΥ η ανάγκη προσαρμογής του θεσμικού πλαισίου, ώστε να είναι πιο ευχερής η διαδικασία **διάθεσης των στατιστικών στοιχείων** σε άλλους συν-αρμόδιους φορείς με βάση βεβαίως τους εθνικούς αλλά και τους ευρωπαϊκούς (GDPR) κανόνες προστασίας των προσωπικών δεδομένων και τις ρήτρες εμπιστευτικότητας με τα νοσοκομεία και τις κλινικές από όπου αντλούνται τα δεδομένα. Πρόσθετα, διευκρινίστηκε ότι η συλλογή των δεδομένων γίνεται μόνο με στόχο την ανάπτυξη και συντήρηση του Ελληνικού Συστήματος DRG, αλλά παρόλα αυτά στο πλαίσιο ενός δομημένου διαλόγου για την

επίτευξη συμφωνίας π.χ. σχετικά με τους συντελεστές βαρύτητας θα μπορούσε να εξεταστεί το ενδεχόμενο διάθεσης συγκεντρωτικών στοιχείων.

- ✚ Επιπλέον, εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ επισημάνθηκε ότι για τον περιορισμό φαινομένων μη ορθής χρέωσης των νοσηλευομένων προς τον οργανισμό εφαρμόζονται **οδηγίες διοικητικού και ιατρικού ελέγχου**. Εφαρμόζεται, ο ισχύων κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ (ΕΚΠΥ) για την αποζημίωση των παρόχων, ο οποίος, όμως, δεν αντανακλά τη λογική αποζημίωσης με βάση τα DRG.

Πάντως, στέλεχος του ΚΕΤΕΚΝΥ ανέφερε ότι στο νέο σύστημα Gr-DRG έχουν αναπτυχθεί και αναπτύσσονται περαιτέρω, **εργαλεία ελέγχου ορθής κωδικοποίησης** με διασταυρώσεις φύλου, ηλικίας, ιατρικών πράξεων, ημερών νοσηλείας, βαρύτητας εντατικής θεραπείας και **εργαλεία αυτόματης εφαρμογής κανόνων ορθής τιμολόγησης και συγχώνευσης περιστατικών**. Συγκεκριμένα, επισημάνθηκε ότι μέσω του νέου συστήματος έχουν θεσπιστεί **κανόνες τιμολόγησης** σύμφωνα με τους οποίους, σε περίπτωση επανεισαγωγής στο νοσοκομείο εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος (ως αποτέλεσμα πρόωρου εξιτηρίου), δεν αποζημιώνεται ο πάροχος με δεύτερο DRG, αλλά **οι δύο περιπτώσεις ενοποιούνται σε ένα DRG**. Επιπλέον, στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ ανέφεραν ότι το ίδιο το σύστημα παρέχει **αντικίνητρα για τη χορήγηση πρόωρου εξιτηρίου** καθώς, πέρα από την προβλεπόμενη μέση διάρκεια νοσηλείας, έχει θεσπιστεί και ένα ανώτερο και ένα κατώτερο όριο διάρκειας νοσηλείας ανά DRG, εντός των οποίων ορίων το νοσοκομείο αποζημιώνεται με το ίδιο ποσό. Για το μέλλον προτάθηκε η τακτική αναθεώρηση αυτών των ορίων βάσει πραγματικών δεδομένων νοσοκομείων.

Ακόμη, διευκρινίστηκε (από το ΚΕΤΕΚΝΥ) ότι με βάση το νέο σύστημα Gr-DRG **υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης των επανεισαγωγών** (εντός σύντομου χρονικού διαστήματος από την ίδια αιτία) με αυτοματοποιημένο τρόπο, εφόσον αυτές αφορούν **το ίδιο νοσοκομείο**. Στην περίπτωση αυτή, σύμφωνα με τους προς δημοσίευση κανόνες ομαδοποίησης και τιμολόγησης του Ελληνικού συστήματος DRG, πραγματοποιείται συγχώνευση (merging) των δύο περιστατικών σε μία ενιαία περίπτωση νοσηλείας, με συνέπεια τη μείωση της αποζημίωσης (για τη διαχείριση

των δύο εισαγωγών). Αντίθετα, στην περίπτωση της επανεισαγωγής σε δύο διαφορετικά νοσοκομεία (εντός σύντομου χρονικού διαστήματος) η δυνατότητα που υφίσταται αφορά στον απολογιστικό έλεγχο της συχνότητας επανεισαγωγής για παρεμφερή αιτία, σε άλλο νοσοκομείο από το αρχικό νοσοκομείο/κλινική εξόδου, οπότε μπορούν να γίνουν συστάσεις για βελτίωση της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς ή να εφαρμοστούν μέτρα με οικονομικό αντίκτυπο (στο νοσοκομείο αρχικής εξόδου).

- ✚ Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι δεν έχει αναπτυχθεί κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο αποζημίωσης για την περίπτωση των *δυσταξινομήσεων*
- ✚ Ως αναγκαίες δράσεις για την επιτυχή εφαρμογή του συστήματος αναφέρθηκαν η εισαγωγή των *απαιτούμενων διοικητικών διαδικασιών* για την ενσωμάτωση του νέου συστήματος στις καθημερινές διαδικασίες των νοσοκομείων *και η αναβάθμιση των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων* με τη διασύνδεση αυτού με το λογισμικό ομαδοποίησης (Grouper)
- ✚ Επιπλέον, οι συμμετέχοντες τόνισαν την ανάπτυξη ενός πλαισίου αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ του ΚΕΤΕΚΝΥ και των συν-αρμόδιων φορέων ΕΟΠΥΥ και Υπουργείο Υγείας (πιθανόν και ελεγκτικών εταιρειών σύμφωνα με πρόταση στελέχους του ΚΕΤΕΚΝΥ) με *στόχο την εναρμόνιση όλων με ένα κοινό κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος* (π.χ. τιμολόγηση, συμφωνία στην εφαρμογή των ελεγκτικών διαδικασιών, επιτροπών/οργάνων επίλυσης διαφορών) και τον προσδιορισμό *του ρόλου και των αρμοδιοτήτων* των εμπλεκόμενων φορέων (π.χ. ποιος, με ποια χαρακτηριστικά και ποια εκπαίδευση αναλαμβάνει το ρόλο του coder).
- ✚ Προς την κατεύθυνση αυτή, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόνισε την αναγκαιότητα ανάπτυξης μίας *κοινής ομάδας συνεργασίας με στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ του ΕΟΠΥΥ και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών*, για την ανταλλαγή απόψεων και την «όσμωση» των συν-αρμόδιων φορέων. Στέλεχος νοσοκομείου υπογράμμισε την αναγκαιότητα συμμετοχής και *διευθυντών Ιατρικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων* σε μία τέτοια ομάδα. Έτερο στέλεχος

νοσοκομείου ανέφερε ότι σε μία τέτοια ομάδα χρειάζεται να συμμετέχουν και εκπρόσωποι των *Παρόχων, των Πανεπιστημίων, του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου* και αυτή να διέπεται από συγκεκριμένη *δομή, πλαίσιο και κριτήρια λειτουργίας*. Εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας τονίστηκε ότι αποτελεί *άξονα προτεραιότητας* η υποστήριξη της δημιουργίας ενός παρόμοιου μηχανισμού συνεργασίας. Μόλις ένα στέλεχος νοσοκομείου διαφώνησε με την αποτελεσματικότητα λειτουργίας ενός τέτοιου σχήματος.

Ως κίνητρο για τη συμμόρφωση των παρόχων με το νέο σύστημα Gr-DRG, όλοι οι συμμετέχοντες, πλην ενός στελέχους νοσοκομείου, συμφώνησαν ότι θα μπορούσε να θεσπιστεί ένα πλαίσιο *πριμοδότησης των παρόχων που επιδεικνύουν εξαιρετική συμπεριφορά κωδικοποίησης-τιμολόγησης*. Μάλιστα στελέχη του ΚΕΤΕΚΝΥ, πρότειναν, στο μέλλον, μετά τη σταθεροποίηση της εφαρμογής του Ελληνικού Συστήματος DRG, να υπάρχει *σύνδεση της αποζημίωσης κάθε νοσοκομείου με δείκτες ποιότητας/αποτελεσμάτων (pay for performance)*, σύμφωνα και με την πρακτική άλλων χωρών.

Ομοίως θετική άποψη εξέφρασαν οι συμμετέχοντες σχετικά και με την προοπτική επιβράβευσης των *εργαζομένων* στις μονάδες υγείας που επιδεικνύουν άριστη επίδοση κατά τη διαδικασία κωδικοποίησης. Ενδεικτικές προτάσεις προς αυτή την κατεύθυνση αναφέρθηκαν οι ακόλουθες:

- ✓ χορήγηση *εκπαιδευτικών αδειών και κάλυψη δαπανών συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες*.
- ✓ παροχή κατάλληλου *σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού πληροφορικής*
- ✓ παροχή *οικονομικών κινήτρων*, π.χ. με τη μορφή αποζημίωσης υπερωριακής απασχόλησης
- ✓ προσμέτρηση της θετικής τους επίδοσης στη γενικότερη *εργασιακή τους εξέλιξη* και στην *αξιολόγηση του τμήματος/κλινικής από όπου προέρχονται με την προτεραιοποίηση σε κάλυψη των όποιων αναγκών του τμήματος/κλινικής από όπου προέρχονται* (π.χ. ημέρες χειρουργείου, κάλυψη θέσεων προσωπικού, αριθμό κλινών, επενδύσεις σε εξοπλισμό κλπ)

Τα ανωτέρω κίνητρα προτάθηκε να δοθούν κατά προτεραιότητα σε αυτούς τους εργαζόμενους που παράλληλα με την κύρια εργασία τους ασχολούνται και με την κωδικοποίηση συγκριτικά όσους έχουν ως μόνιμη εργασία την ενασχόληση με τα DRG. Από ορισμένους συμμετέχοντες εκφράστηκε η άποψη ότι δέον θα ήταν να επιβραβεύεται μόνο η μονάδα υγείας και όχι τα άτομα-εργαζόμενοι σε αυτή.

Πίνακας 6.1Α: Συνοπτική παρουσίαση των προτεινόμενων πρακτικών αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής των DRG στην Ελλάδα

Αναμενόμενα Προβλήματα/Αντιδράσεις	<u>Προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισης</u>					
	Αναβάθμιση Πληροφοριακών Συστημάτων και διασύνδεση με λογισμικό με Grouper	Σύσταση ομάδας συνεργασίας με Πληρωτές, ΚΕΤΕΚΝΥ, Παρόχους, ΠΙΣ, Πανεπιστήμια και Υπουργείο Υγείας με στόχο ανάπτυξη κοινά αποδεκτού κανονιστικού πλαισίου (τιμολόγησης /αποζημίωσης και αποσαφήνισης ρόλων/αρμοδιοτήτων)	Επιβράβευση Παρόχων (π.χ.payforperformance, προτεραιοποίηση κάλυψης αναγκών-διάθεση σύγχρονου εξοπλισμού) και Προσωπικού (π.χ. εκπαιδευτικές άδειες, κάλυψη δαπάνης εκπαίδευσης στο εξωτερικό, αμοιβή υπερωριών) που επιδεικνύουν άριστη επίδοση	Εργαλεία ελέγχου ορθής κωδικοποίησης (π.χ. διασταυρώσεις στοιχείων) & αυτόματης εφαρμογής κανόνων (π.χ.συγχωνεύσεις περιστατικών)	Εκπαίδευση	
Αδυναμίες πληροφοριακού συστήματος (μη διασύνδεση με τμήματα, ιατρικό φάκελο)	V					
Έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού					V	V
Σύνθετο/πολύπλοκο σύστημα, φόβος αύξησης φόρτου εργασίας=>αντίδραση/απροθυμία συμμετοχής		V	V	V	V	V

Αναμενόμενα Προβλήματα/ Αντιδράσεις	<u>Προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισης</u>					
	Αναβάθμιση Πληροφοριακών Συστημάτων και διασύνδεση με λογισμικό με Grouper	Σύσταση ομάδας συνεργασίας με Πληρωτές, ΚΕΤΕΚΝΥ, Παρόχους, ΠΙΣ, Πανεπιστήμια και Υπουργείο Υγείας με στόχο ανάπτυξη κοινά αποδεκτού κανονιστικού πλαισίου (τιμολόγησης /αποζημίωσης και αποσαφήνισης ρόλων/αρμοδιοτήτων)	Επιβράβευση Παρόχων (π.χ.payforperformanc e, προτεραιοποίηση κάλυψης αναγκών- διάθεση σύγχρονου εξοπλισμού) και Προσωπικού (π.χ. εκπαιδευτικές άδειες, κάλυψη δαπάνης εκπαίδευσης στο εξωτερικό, αμοιβή υπερωριών) που επιδεικνύουν άριστη επίδοση	Εργαλεία ελέγχου ορθής κωδικοποίησ ης (π.χ. διασταυρώσε ις στοιχείων) & αυτόματης εφαρμογής κανόνων (π.χ.συγχωνε ύσεως περιστατικών)	Εκπαίδευση	
Φόβος δυσμενών αλλαγών στο εργασιακό καθεστώς και στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων		V	V			
Κίνδυνος μείωσης ρυθμού εισαγωγής καινοτομίας			V			

Πίνακας 6.1B: Συνοπτική παρουσίαση των προτεινόμενων πρακτικών αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής των DRG στην Ελλάδα

Αναμενόμενα Προβλήματα/ Αντιδράσεις	<u>Προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισης</u>			
	Κανόνες Τιμολόγησης (π.χ. ενοποίησης δύο DRG σε περίπτωση επανεισαγωγής για την ίδια αιτία, τακτική αναθεώρηση ανώτερου και κατώτερου διαστήματος νοσηλείας ανά DRG για flatrate αποζημίωση όσων περιστατικών εμπίπτουν σε αυτό το διάστημα)	<i>Real Time Clinical Audit</i> συνδυαστικά με αξιοποίηση πορισμάτων reports/στατιστικών ανά μονάδα κατόπιν ανάπτυξης θεσμικού πλαισίου διάθεσης δεδομένων	Εργαλεία ελέγχου ορθής κωδικοποίησης (π.χ. διασταυρώσεις στοιχείων) & αυτόματης εφαρμογής κανόνων (π.χ. συγχωνεύσεως περιστατικών)	Εκπαίδευση Στελεχών νοσοκομείων σε <i>DRG medical coding quality controlling</i> Πληρωτών σε <i>DRG auditing</i>
Δυσταξινομήσεις σε ακριβότερα DRG (up-coding) για οικονομικούς λόγους		V	V	V
Δυσταξινομήσεις σε φθηνότερα DRG (down-coding) λόγω μη εξοικείωσης με τις κωδικοποιήσεις		V	V	V
Χορήγηση πρόωρων εξιτηρίων=>αυξημένες επανεισαγωγές	V		V	

7. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΡΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Gr-DRG

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται προτάσεις για τη βέλτιστη εφαρμογή του νέου συστήματος Gr-DRG, στις οποίες κατέληξε η ομάδα εργασίας κατόπιν της συνδυαστικής κριτικής αξιοποίησης των ευρημάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και των απόψεων στελεχών του τομέα υγείας, όπως τις διατύπωσαν κατά τις συνεντεύξεις. Πρόσθετα, στην Εικόνα 7.1 παρατίθενται με εύληπτο απεικονιστικό τρόπο τα κύρια αναμενόμενα προβλήματα από την εφαρμογή του συστήματος Gr-DRG καθώς και οι προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισής τους.

Γενικά, για την επιτυχή λειτουργία του συστήματος Gr-DRG κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή τεσσάρων κατηγοριών μέτρων:

i) Επικοινωνία / Εκπαίδευση

Η ανάπτυξη αποτελεσματικής επικοινωνιακής πολιτικής προς τους πληρωτές και τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις προσδοκώμενες συνέπειες της εφαρμογής του νέου συστήματος Gr-DRG θεωρείται απαραίτητη από τα πρώτα στάδια της εφαρμογής, προκειμένου να καμφθούν οι όποιες αντιστάσεις /επιφυλάξεις ή παρερμηνείες της σκοπιμότητας υιοθέτησής του. Χρειάζεται να δοθούν σαφή μηνύματα για τα αναμενόμενα αποτελέσματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, στη διαμόρφωση των οικονομικών των πληρωτών, των προμηθευτών και για την ύπαρξη ή μη επιπτώσεων στην εξέλιξη των επαγγελματιών.

Στο πλαίσιο αυτό, η δέσμευση του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΠΥΥ για αντιμετώπιση των αιτημάτων αποζημίωσης νοσηλίων ή προμήθειας ιατροτεχνολογικού ή άλλου εξοπλισμού των παρόχων υγείας που συμμορφώνονται με το νέο σύστημα κατά προτεραιότητα, προτείνεται όπως αποτελέσει μέρος της επικοινωνιακής πολιτικής .

Παράλληλα, αναγκαία κρίνεται η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τρεις ομάδες ενδιαφερομένων:

- α) τους γιατρούς-νοσηλευτές για την εξοικείωση με τις σύγχρονες ιατρικές κωδικοποιήσεις,
- β) τα στελέχη των διοικητικών/οικονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πληροφορικής των μονάδων υγείας για την απόκτηση των απαιτούμενων τεχνικών δεξιοτήτων κωδικοποίησης/τιμολόγησης, και
- γ) τα στελέχη των πληρωτών για την απόκτηση της ικανότητας διενέργειας ελέγχων επί των υποβαλλόμενων χρεώσεων βάσει του νέου συστήματος

Επιπρόσθετα της παροχής ενός βασικού προγράμματος εκπαίδευσης σε κάθε επαγγελματική ομάδα, η παροχή εκπαιδευτικών αδειών και η κάλυψη δαπανών συμμετοχής σε επιπλέον επιμορφωτικές δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε μονάδες υγείας που χρησιμοποιούν ανάλογα συστήματα στο εξωτερικό) προτείνεται ως ένα σημαντικό κίνητρο προς τους εργαζόμενους.

Γενικά και με βάση τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η συστηματική εκπαίδευση αποτελεί μία εφαρμοζόμενη πολιτική ιδιαιτέρως μάλιστα στη Σουηδία (Busse et al.2011).

ii) Διαλειτουργικότητα Πληροφοριακών Συστημάτων και χρήση κοινών κανόνων αποζημίωσης αυτοματοποιημένης εφαρμογής

Πέρα από την εκπαίδευση των στελεχών η ορθή εφαρμογή του νέου συστήματος Gr-DRG προϋποθέτει την ολοκλήρωση της διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων με τη διασύνδεση του λογισμικού του Groupet και με τον προς λειτουργία Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ). Έτσι, θα διευκολύνονται η ορθή κωδικοποίηση (με διασταυρώσεις φύλου, ηλικίας, ιατρικών πράξεων, ημερών νοσηλείας, βαρύτητας, εντατικής θεραπείας) και η ορθή αποζημίωση των περιστατικών π.χ. συγχωνεύσεις δύο περιπτώσεων σε ένα DRG σε περίπτωση πρόωρης επανεισαγωγής για παρεμφερή αιτία όχι μόνο από το ίδιο νοσοκομείο σύμφωνα με τις υφιστάμενες δυνατότητες αλλά και από διαφορετικά νοσοκομεία καθώς θα είναι άμεσα εφικτή η παρακολούθηση του κάθε νοσηλευθέντα μέσα στο σύστημα. Τονίζεται ότι για την υλοποίηση της εν λόγω προτασης θα πρέπει να λαμβάνονται αυστηρά υπόψη όλες οι πρόνοιες για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR).

Σημειώνεται ότι η αξιοποίηση ειδικών (συνεχώς βελτιούμενων) λογισμικών για την ορθή ταξινόμηση των περιστατικών και τον αυτοματοποιημένο εντοπισμό τυχόν ασυνεπειών αποτελούν ευρέως διαδεδομένες πρακτικές στις υπό μελέτη χώρες (Busse et al.2011, Forgione et al.2005).

Πρόσθετα, η τακτική αναθεώρηση βάσει πραγματικών δεδομένων νοσηλείων των ήδη θεσπισμένων κατώτατων και ανώτατων ορίων διάρκειας νοσηλείας ανά DRG, εντός των οποίων ορίων το νοσοκομείο αποζημιώνεται με το ίδιο ποσό (*flat rate* αποζημίωση), αναμένεται ότι θα λειτουργήσει ως ένα επιπλέον αντικίνητρο για τυχόν χορήγηση πρόωρων εξιτηρίων. Σημειώνεται, ότι τακτικές αναθεωρήσεις του συστήματος των DRGs διαπιστώθηκε μέσα από τη βιβλιογραφική αναζήτηση ότι πραγματοποιούνται στην πλειονότητα των υπό μελέτη χωρών (Busse et al.2011, Tan et al.2014, Quentin et al.2013, Centers for Medicare & Medicaid Services 2018, Duckett 2000, Australian Institute of Health and Welfare 2018, Australia Health Services Research Institute, 2012, Busse, R. and Blümel 2014, Serdén and Heurgren 2011, European Med Tech and IVD Reimbursement Consulting 2019).

iii) Ανάπτυξη ελεγκτικών μηχανισμών

Συμπληρωματικά με τη λειτουργία των αυτοματοποιημένων (*realtime*) ελέγχων σύμφωνα με τους προβλεπόμενους κανόνες κωδικοποίησης και τιμολόγησης συστήνεται και η θέσπιση ελεγκτικών μηχανισμών σε δύο επίπεδα:

- ✓ εντός των μονάδων υγείας με τη διενέργεια δειγματοληπτικών ελέγχων ορθής καταχώρισης των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων (π.χ. ιατρικές πράξεις, διαγνώσεις) που οδηγούν σε κωδικοποίηση κατά DRG,
- ✓ σε επίπεδο τρίτων πληρωτών (π.χ ΕΟΠΥΥ και ασφαλιστικές εταιρείες) σύμφωνα και με το παράδειγμα της Γερμανίας (Busse et al.2011) για τη διενέργεια δειγματοληπτικών ελέγχων κύρια ως προς τη σκοπιμότητα/καταλληλότητα των παρεχόμενων φροντίδων οι οποίες οδηγούν στις αντίστοιχες κωδικοποιήσεις κατά DRG. Χρειάζεται να αποσαφηνιστεί η δυνατότητα των πληρωτών να περικόπτουν το ποσό της αιτούμενης αποζημίωσης σε περίπτωση που διαπιστωμένα έχει γίνει δυσταξινόμηση σε ακριβότερη κατηγορία DRG ή ακόμη και επιβολής προστίμων προς τους παρόχους

υγείας που συστηματικά καταγράφουν αποκλίνουσες συμπεριφορές.

Πρόσθετα, προτείνεται η διερεύνηση της σκοπιμότητας λειτουργίας ενός ανεξάρτητου φορέα που θα διενεργεί ελέγχους. Σημειώνεται ότι συστηματικοί μηχανισμοί ελέγχου έχουν θεσπιστεί σε 8 από τις 11 υπό μελέτη χώρες (Busse et al.2011, Audit Commission Audit Commission 2010, Audit Commission 2006).

iv) Θέσπιση πλαισίου συνεργασίας όλων των συναρμόδιων φορέων

Η αποτελεσματική λειτουργία του νέου συστήματος Gr-DRG απαιτεί τη συνεργασία όλων των συν-αρμόδιων φορέων ΚΕΤΕΚΝΥ, ΕΟΠΥΥ, Υπουργείου Υγείας, ΕΑΕΕ αλλά και εκπροσώπων των δημόσιων και ιδιωτικών Παρόχων Υγείας μέσω της θέσπισης ενός δεσμευτικού πλαισίου, στο οποίο θα αποσαφηνίζονται οι ρόλοι, οι αρμοδιότητες και οι κανόνες κωδικοποίησης. Προς αυτή την κατεύθυνση προτείνεται η διερεύνηση του ενδεχομένου υπογραφής μίας Προγραμματικής Συμφωνίας ή ενός Μνημονίου Συνεργασίας (μεταξύ των συν-αρμόδιων φορέων) για την εναρμόνιση της λειτουργίας όλων των φορέων εντός του προβλεπόμενου θεσμικού πλαισίου. Ιδιαίτερως, πρόβλεψη χρειάζεται να υπάρξει για τους όρους διάθεσης απολογιστικών στατιστικών δεδομένων από το νέο σύστημα Gr-DRG, η αξιοποίηση των οποίων κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική διεξαγωγή των ελέγχων αλλά και ως ένα εργαλείο για την βελτίωση της εν γένει απόδοσης του συστήματος υγείας.

Συμπερασματικά, προέκυψε ξεκάθαρα μέσα από τις συνεντεύξεις με τα στελέχη η θετική στάση τους απέναντι στο νέο σύστημα Gr-DRG και οι υψηλές προσδοκίες τους από αυτό. Το εύρημα αυτό βρίσκεται κατά αντιστοιχία με τα όσα καταγράφονται στη βιβλιογραφία περί των θετικών συνεπειών από την εφαρμογή των DRGs. Επιπλέον, σύμπλευση διαπιστώνεται μεταξύ των ακολουθούμενων πρακτικών βέλτιστης εφαρμογής των DRGs στις υπό μελέτη χώρες και ανάλογων προτεινόμενων πολιτικών από τα στελέχη του τομέα της υγείας από τα οποία λήφθηκαν οι συνεντεύξεις.

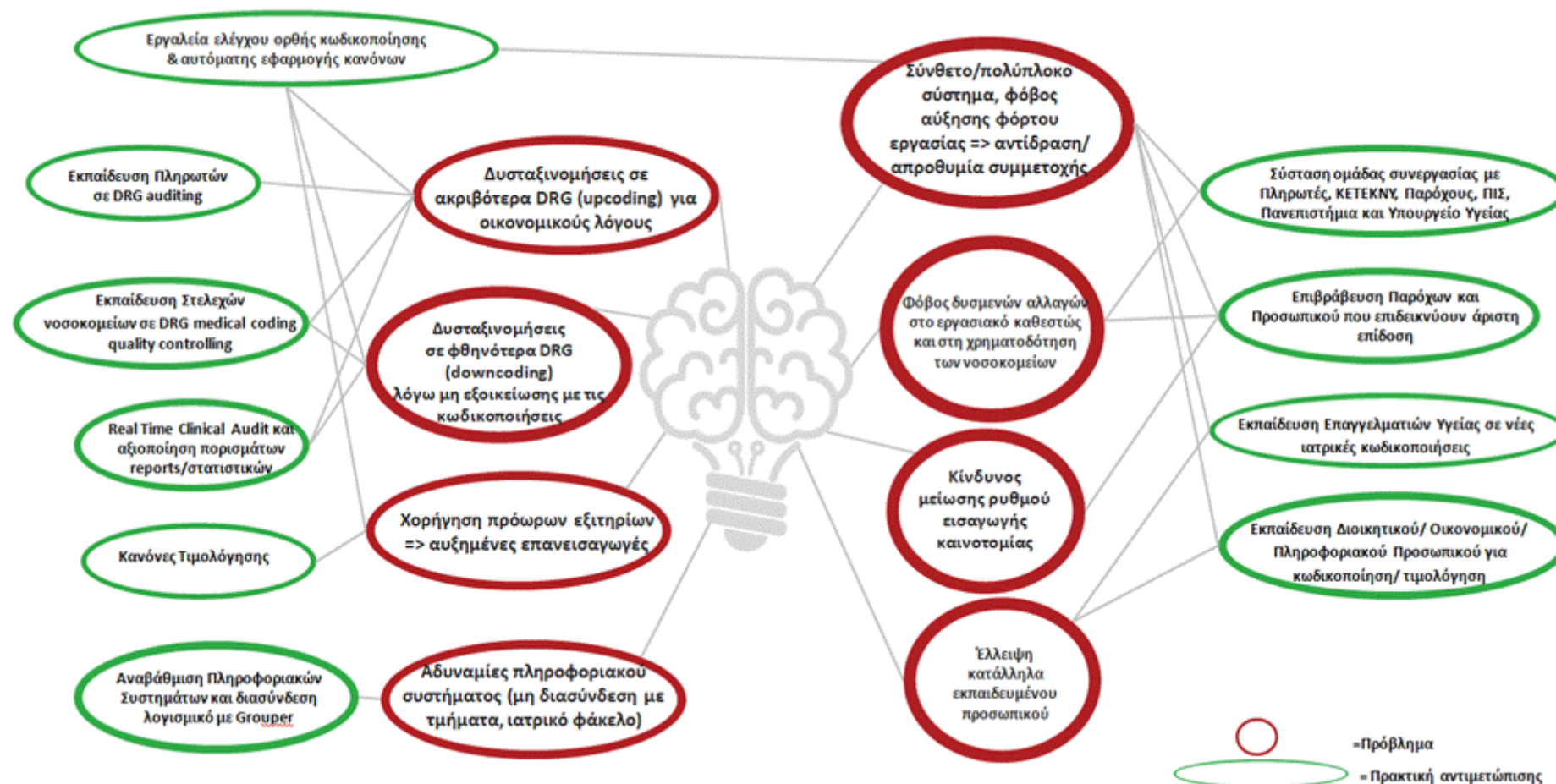
Πρόκληση για τους ιθύνοντες της εφαρμογής του είναι η επιτυχής υιοθέτησή του και από τα μάχιμα στελέχη των μονάδων υγείας μέσω της ανάπτυξης κατάλληλης επικοινωνιακής πολιτικής και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Η πλήρης αξιοποίηση των αυτοματοποιημένων δυνατοτήτων (κωδικοποίησης/διασταύρωσης στοιχείων/ελέγχων) του νέου συστήματος και η

περαιτέρω ανάπτυξή τους μέσω και της διαλειτουργικότητάς του με άλλες εφαρμογές πληροφορικής (π.χ. ΑΗΦΥ) είναι η αμέσως επόμενη πρόκληση που χρειάζεται να αντιμετωπιστεί κατά προτεραιότητα. Η θέσπιση μηχανισμών αναδρομικού ελέγχου είναι μία (απαραίτητη) συμπληρωματική όμως δράση, καθώς οι αυτοματοποιημένοι μηχανισμοί προληπτικού έλεγχου είναι προτιμητέοι από τα όποια κατασταλτικά μέτρα.

Πρόσθετα, η συντονισμένη συν-λειτουργία όλων των συν-αρμόδιων φορέων (ΚΕΤΕΚΝΥ, Υπουργείο Υγείας, ΕΟΠΥΥ, ΕΑΕΕ, Πάροχοι Υγείας) πάνω σε έναν κοινά συμφωνημένο άξονα περιγραφής ρόλων/αρμοδιοτήτων και όρων διακίνησης των στατιστικών δεδομένων (ενδεχόμενα και υπό τη μορφή Μνημονίου Συνεργασίας) θεωρείται ως το επιστέγασμα των προπαρασκευαστικών δράσεων εφαρμογής του νέου συστήματος.

Στόχος θα πρέπει να είναι όπως η λειτουργία του νέου συστήματος Gr-DRG να μην περιοριστεί απλά σε ένα μηχανισμό αποζημίωσης των νοσοκομείων αλλά να μετουσιωθεί σε έναν δυναμικό μηχανισμό για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας, ένα εργαλείο χάραξης πολιτικής για την παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας υψηλής «αξίας»



Εικόνα 7.1. Τα κύρια αναμενόμενα προβλήματα από την εφαρμογή του συστήματος Gr-DRG και οι προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abler S, Verde P, Stannigel H, Mayatepek E, Hoehn T., 2011. Effect of the introduction of diagnosis related group systems on the distribution of admission weights in very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 96(3):F186-9.

Anell A. Swedish health care under pressure. *Health Economics*. 2005; 14:S237–54.

Angelis, A., Lange, A. and Kanavos, P., 2018. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 123-152.

Audit Commission, 2008. The Right Result? Payment by Results 2003–2007. London. Available at http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/The_right_result_PbR_2008.pdf.

Audit Commission, 2010. Improving data quality in the NHS: annual report on the PbR assurance programme. London, Audit Commission.

Audit Commission, 2006. Payment by results assurance framework: pilot results and recommendations. London, Audit Commission.

Australian Institute of Health and Welfare, 2018. Admitted patient care 2016–17: Australian hospital statistics. Health Services Series No. 84. Cat. No. HSE 201.

Australia Health Services Research Institute, 2012. Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 7.0 Definitions Manual produced by the National Casemix and Classification Centre, , Univeristy of Wollongong.

Averill, R., Goldfield, N., Hughes, J., Muldoon, J., Gay, J. and McCullough, E., 2003. What are APR-DRGs? An introduction to severity of illness and risk of mortality adjustment methodology. 3M Health Information Systems, Salt Lake City, UT, pp.1-4.

Barua, S., Greenwald, R., Grebely, J., Dore, G.J., Swan, T. and Taylor, L.E., 2015. Restrictions for Medicaid reimbursement of sofosbuvir for the treatment of hepatitis C virus infection in the United States. *Annals of internal medicine*, 163(3), pp.215-223.

Bates, N., Callander, E., Lindsay, D. and Watt, K., 2018. CancerCostMod: a model of the healthcare expenditure, patient resource use, and patient co-payment costs for Australian cancer patients. *Health economics review*, 8(1), p.28.

Bentes M, Mateus C, Estevens S, Valente MC, Veertres J. 1996. Towards a more comprehensive financing system for the Portuguese NHS hospitals. Proceedings of the 12th International PCS/E Working Conference, Sidney.

Bittner, M. I., Donnelly, M., Van Zanten, A. R., Andersen, J. S., Guidet, B., Cabello, J. J. T., ... & Schmutz, A., 2013. How is intensive care reimbursed? A review of eight European countries. *Annals of intensive care*, 3(1), 37.

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

Borden JP. 1988. An assessment of the impact of diagnosis-related group (DRG)-based reimbursement on the technical efficiency of New Jersey hospitals using data envelopment analysis. *Journal of Accounting and Public Policy*. 7:77–96.

Bouée-Benhamiche, E., Bousquet, P.J. and Ghabri, S., 2020. Economic Evaluations of Anticancer Drugs Based on Medico-Administrative Databases: A Systematic Literature Review. *Applied Health Economics and Health Policy*, pp.1-18.

Braun T, Rau F, Tuschen KH., 2007. Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. *Krankenhaus-Report*. 7:3-22.

Brenna, E., Polistena, B. and Spandonaro, F., 2020. The implementation of health technology assessment principles in public decisions concerning orphan drugs. *European Journal of Clinical Pharmacology*, pp.1-10.

Brizioli, E., Fraticelli, A., Marcobelli, A. and Paciaroni, E., 1996. Hospital payment system based on diagnosis related groups in Italy: early effects on elderly patients with heart failure. *Archives of gerontology and geriatrics*, 23(3), pp.347-355.

Brown B., Grossbart S., 2020. The top five 2019 Healthcare trends. Available at: <https://www.healthcatalyst.com/insights/top-5-2019-healthcare-trends> (τελευταία επίσκεψη 30.01.2020)

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M., 2011. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. McGraw Hill, Open University Press, Berkshire.

Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Häkkinen U, Kobel C, et al., 2013. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? *BMJ*, 346:f3197.

Busse, R. and Blümel, M., 2014. Germany. Health system review. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HiT%20Germany.pdf>

Cashin and Ozaltin, 2014. *Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical*

Manual. Joint Learning Network for Universal Health Coverage

Cavallo, M. C., Callea, G. and Tarricone, R., 2019. State-of-the-Art of Abdominal Wall Surgery in Italy: Coding, Reimbursement, Hospitalisations and Expenditure for Surgical Meshes. In *Abdominal Wall Surgery* (pp. 87-104). Springer, Cham.

Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018. Design and development of the diagnosis related group (DRG).

Clemens, T., Westra, D., Brand, H. 2020. Comparability in Cross-National Health Research Using Insurance Claims Data: The Cases of Germany and The Netherlands. *Das Gesundheitswesen*, 82(S 01), S83-S90.

Cheng P, Gilchrist A, Robinson KM, Paul L., 2009. The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding. *Health Information Management Journal*. 38(1):35-46.

Chern JY and Wan TT., 2000. The impact of the prospective payment system on the technical efficiency of hospitals. *Journal of Medical Systems*. 24:159–72.

Chilingerian J., 2008. Origins of DRGs in the United States: A technical, political and cultural story. In Kimberly J, De Pouvourville G, D'Aunno T. (eds). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 4-33.

Conrad DA., 2015. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Services Research*. 50:2057-89.

Custers T, Arah OA, Klazinga NS., 2007. Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system. *Health Policy*, 82:226–39.

Czech, M., Baran-Kooiker, A., Atikeler, K., Demirtshyan, M., Gaitova, K., Holownia-Voloskova, M., Turcu-Stiolica, A., Kooiker, C., Piniashko, O., Konstandyan, N. and Zalis' ka, O., 2020. A Review of Rare Disease Policies and Orphan Drug Reimbursement Systems in 12 Eurasian Countries. *Frontiers in Public Health*, 7, p.416.

de Almeida Simões, J., Augusto, G.F., Fronteira, I. and Hernández-Quevedo, C., 2017. Portugal. *Health systems in transition*, 19(2), pp.p-1.

De la Maisonnette, C, Martins, JO., 2015. The future of health and long-term care spending. *OECD Journal: Economic Studies*, 2014.1: 61-96.

Davies RH, Westfall G., 1983. Reimbursement under DRGs: implementation in New Jersey. *Health services research*. 18(2 Pt 1):233.

Dismuke C, Sena V., 1999. Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical

analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Management Science*. 2:107–16.

Dismuke C, Sena V., 2001. Is there a trade-off between quality and productivity? The case of diagnostic technologies in Portugal. *Annals of Operations Research*. 107:101–16.
 Duckett SJ. 2000. The development of Australian refined diagnosis related groups: the Australian inpatient casemix classification. *Casemix Quarterly*. 2(4):115-20.

Duckett SJ, Jackson T, Hatcher J, Richards H, Murphy K., 2014. The why, the what and the how of activity-based funding in Canada: a resource for health system funders and hospital managers. Canadian Institute for Health Information.

Ettelt S, Thomson S, Nolte E, Mays N., 2006. Reimbursing highly specialised hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries. London School of Hygiene & Tropical Medicine, Executive Summary, London.

European Commission. 2020 State of Health. Country Health Profiles. Available at: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en (τελευταία επίσκεψη 30.01.2020)

European Med Tech and IVD Reimbursement Consulting. 2019. New DRGs in Swedish DRG system in 2019. Available at: <https://mtrconsult.com/news/new-drgs-swedish-drg-system-2019>.

Eurostat Database. 2020 Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (τελευταία επίσκεψη 28.01.2020)

Ex, P., Vogt, V., Busse, R. and Henschke, C., 2019. The reimbursement of new medical technologies in German inpatient care: What factors explain which hospitals receive innovation payments?. *Health Economics, Policy and Law*, pp.1-15.

Farrar S, Sussex J, Yi D. et al. National evaluation of payment by results. University of Aberdeen Health Economics Research Unit, Aberdeen. 2007.

Farrar S, Yi D, Sutton M. et al. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *British Medical Journal*. 2009; 339:b3047.

Fattore G, Torbica A. 2006. Inpatient reimbursement system in Italy: how do tariffs relate to costs? *Health Care Manag Sci*. 9:251-8.

Fetter RB., 1991. Diagnosis related groups—understanding hospital performance. *Interfaces*, 21:6-26.

Fetter RB., 1996. DRGs and quality management in hospitals. In: Goldfield N, Boland P. (eds). *Physician profiling and risk adjustment*. Aspen Publishers. pp. 101-8.

Figueroa JF, Tsugawa Y, Zheng J, Orav EJ, Jha AK. 2016. Association between the

Value-Based Purchasing pay for performance program and patient mortality in US hospitals: observational study. *bmj.*, 353:i2214.

Forgione DA, Vermeer TE, Surysekar K, Wrieden JA, Plante CC. 2005. DRGs, costs and quality of care: an agency theory perspective. *Financial Accountability & Management.*, 21(3):291-308.

France G, Taroni F, Donatini A. 2005. The Italian healthcare system. *Health Econ.* , 14:187–202.

Galvani, A.P., Parpia, A.S., Foster, E.M., Singer, B.H. and Fitzpatrick, M.C., 2020. Improving the prognosis of health care in the USA. *The Lancet*, 395(10223), pp.524-533.
Geraci A. 2011. Diagnosis-Related Group Analysis and Strategic Healthcare Budgeting. *Capsula Eburnea.*, 6: 103-106.

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

Gerdtham U, Rehnberg C, Tambour M. 1999b. The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. *Applied Economics.*, 31:935–45.

Glover, L., 2016. The Australian health care system, 2015. 2015 *International Profiles of Health Care Systems*, p.11.

Gregersen, FA. 2014. The impact of ageing on health care expenditures: a study of steepening. *The European Journal of Health Economics*, 15.9: 979-989.

Håkansson S. 2000. Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden. *Casemix.* 2(2):47-57.

Hindle D, Lenz MJ. 2001. Using Australian DRGs in Germany: a commentary. *Australian Health Review.* 24(1):136-47.

Hopfe, M., Stucki, G., Bickenbach, J. E., & Proding, B., 2018. Accounting for what matters to patients in the G-DRG System: A stakeholder's perspective on integrating functioning information. *Health services insights*, 11, 1178632918796776.

Iltchev P, Sierocka A, Marczak M. 2012. The use of DRGs in hospital management. *Studies in logic, grammar and rhetoric.* 29:129-142.

Independent Hospital Pricing Authority. 2014. National Hospital Cost Data Collection: Australian Public Hospital Cost Report 2013-2014 Round 18.

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

Krabbe-Alkemade, Y. and Groot, T. 2017. Performance differences between the episode-based DBC and diagnosis-related DRG case mix systems. *Maandblad Voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 91, 224.

Kuenzel R, Solanič V., 2018. Improving the cost-effectiveness of Slovakia's healthcare system. Publications Office of the European Union. Available at https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/eb041_en_0.pdf.

Lotter O, Jaminet P, Amr A, Chiarello P, Schaller HE, Rahmanian-Schwarz A., 2011. Reimbursement of burns by DRG in four European countries: an analysis. *Burns*, 37:1109-1116.

Louis DZ, Yuen EJ, Braga M. et al., 1999. Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Services Research*, 34: 405–15.

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

Mason A, Ward P, Street A. 2011. England: the healthcare resource group system. *Diagnosis-related groups in Europe—moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. 24.

Mason A, Street A, Verzulli R. 2010. Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. *J R Soc Med*, 103:322-31.

Mateus C, Valente MC. 2000. The impact of ambulatory surgery DRGs. *Proceedings of the 16th PCS/E International Working Conference*, Groningen.

Miraldo M, Goddard M, Smith PC. 2006. The incentive effects of payment by results. London, Dr Foster Intelligence, Working paper.

Medicare Payment Advisory Commission. 2008. Rehabilitation facilities (inpatient) payment system. MedPAC

Medicare Payment Advisory Commission. 2010. Psychiatric hospital services payment system. MedPAC

Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M., 2016. Review of Diagnosis-Related Group-Based financing of hospital care. *Health Serv Res Manag Epidemiol*, 3:2333392816647892.

Ministry of Health – Manatū Hauora. 2019. Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 7.0 Definitions Manual produced by the National Casemix and Classification Centre, Australia Health Services Research Institute, University of Wollongong. Available at: <https://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/data-references/diagnosis-related-groups/australian-refined-diagnosis-related-groups-v70-ar-drg-v70>

NHS Digital. 2019a Casemix Companion HRG4+ 2019/20 Local Payment Grouper. Available at: <https://digital.nhs.uk/services/national-casemix-office/downloads-groupers-and-tools/local-payment-grouper-2019-20>.

NHS Digital. 2019b. Summary of Changes HRG4+ 2019/20 Local Payment Grouper. Available at: <https://digital.nhs.uk/services/national-casemix-office/downloads-groupers-and-tools/local-payment-grouper-2019-20>.

OECD 2015 Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives. OECD

OECD Economic Surveys: France 2017, OECD Publishing, Paris, Available at: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-fra-2017-en (24/02/2020)

Panagiotopoulos P, Maniadas N, Papatheodoridis G, Pektasidis D. 2019. An evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG) implementation focused on cancer DRGs in Greek public hospitals. *Pharmacoeconomics-Open*, 1-9.

Pirson M, Schenker L, Martins D, Dung D, Chalé JJ, Leclercq P. 2013. What can we learn from international comparisons of costs by DRG?. *The European journal of health economics*, 14:67-73.

Quentin W, Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Busse R. 2010. DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system. *Euro Observer*. 12(3):4-6.

Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Geissler A, Busse R., 2013. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Health Affairs*. 32(4):713-23.

Riessen, R., Hermes, C., Bodmann, K. F., Janssens, U., & Markewitz, A. 2018. Reimbursement of intensive care services in the German DRG system: Current problems and possible solutions. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113(1), 13-23.

Reid B, Palmer G, Aisbett C. 2000. The performance of Australian DRGs. *Australian health review*. 23(2):20-31.

Robinson, J.C. and Megerlin, F., 2017. Value-based payment for oncology services in the United States and France. *Journal of Cancer Policy*, 11, 38-41.

Robertson-Preidler, J., Anstey, M., Biller-Andorno, N. and Norrish, A., 2017. Approaches to appropriate care delivery from a policy perspective: a case study of Australia, England and Switzerland. *Health Policy*, 121(7), pp.770-777.

Rodwin, M.A., 2020. Pharmaceutical Price and Spending Controls in France: Lessons for the United States. *International Journal of Health Services*, 50(2), pp.156-165.

Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. 2011. DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries. *Value in Health*. 14(8):1166-72.

Schmid A, Götze R. 2009. Cross-national policy learning in health system reform: The case of Diagnosis Related Groups. *International Social Security Review*. 62:21

Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. 2006. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health care management science*, 9:215-223.

Serdén L, Heurgren M. 2011. Sweden: The history, development and current use of DRGs. Maidenhead: Open University Press.

Sharaf, A. 2018. 8. Pharmaceutical Market Access in Denmark, Sweden, and The Netherlands: an Overview.

Smatana, M., Pažitný, P., Kandilaki, D., Laktišová, M., Sedláková, D., Palušková, M., Ginneken, E. and Spranger, A., 2016. Slovakia: health system review.

Stadhouders, N., Koolman, X., van Dijk, C., Jeurissen, P., Adang, E. 2019. The marginal benefits of healthcare spending in the Netherlands: Estimating cost-effectiveness thresholds using a translog production function. *Health economics*, 28(11), 1331-1344.

Steinbusch PJM, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ, Schaepkens FJM. 2007. The risk of up-coding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy*. 81:289–99.

Stephani, V., Quentin, W. and Geissler, A., 2017. Beyond DRG-based hospital payment: How countries pay for variable, specialized and low volume care Victor Stephani. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3).

Street A, Dawson D. 2002. Costing hospital activity: the experience with healthcare resource groups in England. *The European journal of health economics*. 3(1):3-9.

Street A, Vitikainen K, Bjorvatn A, Hvenegaard A., 2007. Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden. University of York Centre for Health Economics (CHE Research Paper 30), York.

Tan SS, Geissler A, Serdén L, Heurgren M, van Ineveld BM, Redekop WK, et al;

EuroDRG group., 2014. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. *Eur J Public Health*, 24(6):1023-8.

Urbano J, Bentes M, Vertrees JC., 1993. Portugal: national commitment and the implementation of DRGs. In Kimberly JR, de Pouvourville G, et al, (eds). *The migration of managerial innovation*. Jossey-Bass Inc, San Francisco.

Van de Ven W, Schut FT. 2009. Managed competition in the Netherlands: still work-in-

progress. *Health Economics*, 18:253–5.

Van Herwaarden, S., Wallenburg, I., Messelink, J. and Bal, R., 2018. Opening the black box of diagnosis-related groups (DRGs): unpacking the technical remuneration structure of the Dutch DRG system. *Health Economics, Policy and Law*, 1-14.

van Schoonhoven, A. V., Gout-Zwart, J. J., de Vries, M. J., van Asselt, A. D., Dvortsin, E., Vemer, P. and Postma, M. J., 2019. Costs of clinical events in type 2 diabetes mellitus patients in the Netherlands: A systematic review. *PloS one*, 14(9).

Velleca M, Petrarca G, Perrone F. 2013. DRG system in Italy: Evaluation Of different reimbursements for surgical procedures at national, regional and hospital level. *Value in Health*, 16:A245.

Werblow, A, Felder, S, Zweifel, P. 2007. Population ageing and health care expenditure: a school of ‘red herrings’?. *Health economics*. 16.10: 1109-1126.

Wolff, J., Heister, T., Normann, C., & Kaier, K. (2018). Hospital costs associated with psychiatric comorbidities: a retrospective study. *BMC health services research*, 18(1), 67.

World Health Organization. 2020. Health action in crises. Module 6: Analysing Health

Sector Financing and Expenditure. Available at: https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_06/en/index10.html (23/02/2020)

Zawada, A. 2017. SOME ADDITIONAL THOUGHTS ON FORTHCOMING AMENDMENTS TO HTA IN POLAND. *International journal of technology assessment in health care*, 33(3), 358-359.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

European Commission. 2020, Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου: Συστήματα Υγείας. Availableat: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf (τελευταία επίσκεψη 30.01.2020)

Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-Ελληνικό Ινστιτούτο DRG. (2019). Διαθέσιμο στο: <https://instdrg.gr/%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-drg/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακες αποτελεσμάτων βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Πίνακας Ι:Αποζημιώσεις μέσω DRG.

Πηγές άντλησης δεδομένων	Χώρα	Ποσοστό κάλυψης του νοσοκομειακού κόστους μέσω των DRG	Υπηρεσίες που καλύπτονται από τις πληρωμές μέσω DRG[3,4]							Κόστος που δεν καλύπτεται από τις πληρωμές μέσω DRG[3,4]			
			Ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα	Ημερήσια φροντίδα	Εξω-νοσοκομειακή φροντίδα	Ψυχιατρικές υπηρεσίες	Υπηρεσίες αποκατάστασης	Εντατική φροντίδα	Επείγουσα φροντίδα	Διδασκαλία	Έρευνα	Δαπάνη επενδύσεων	Ακριβά φάρμακα
(Busse et al.2011, Quentin et al.2013)	ΗΠΑ	60-85	V										
(Independent Hospital Pricing Authority 2014, Australian Institute of Health and Welfare 2018)	Αυστραλία		V			X	X	X	X	X	X		
(Busse et al.2011, Cashin and Ozaltin 2014, Quentin et al.2010, Wolff et al.2018, Hopfe et al.2018 Riessen et al.2018)	Γερμανία	80	V	V	X	X (τουλάχιστον μέχρι 2018)	V	V	X	X	X	X	X
(Busse et al.2011)	Σουηδία	Ποικίλει ανάλογα με το νοσοκομείο	V	V	V		X			X	X		X
(Busse et al.2011)	Αγγλία	60	V	V	V	X				X	X		
(OECD 2017, Bittner et al.2013)	Γαλλία [107,108]	80	V	V	V	X	X	M (υπό προϋποθέσεις)*	X	X	X		X
(Busse et al.2011)	Ιταλία		V										
(Busse et al.2011)	Πορτογαλία	80	V	V	V (μόνο τα χειρουργικά περιστατικά)	X	X	X	X	X	X		
(Busse et al.2011)	Ολλανδία	84	V	V	V					X	X		X
(Busse et al.2011)	Σλοβακία		V										

(Busse et al.2011)	Πολωνία	>60	V	V				X	X	X	X		X
--------------------	---------	-----	---	---	--	--	--	---	---	---	---	--	---

V = καλύπτεται **X**= δεν καλύπτεται **M**=μερική κάλυψη

** Πλέον της αποζημίωσης μέσω των DRGs οι μονάδες παροχής υπηρεσιών εντατικής φροντίδας δύναται να λάβουν και πρόσθετη αποζημίωση ανά περιστατικό εφόσον πληρούν τα ακόλουθα τρία κριτήρια:*

i) είναι επίσημες μονάδες εντατικής φροντίδας σύμφωνα με τις εθνικά θεσπισμένες προδιαγραφές (στελεχωμένες με πιστοποιημένο εντατικολόγο που τις καλύπτει σε 24ώρη βάση; νοσηλευτική στελέχωση 1νοσηλευτή /2,5 ασθενείς και 1 βοηθό νοσηλευτή /4ασθενείς)

ii) SAPSII> 15

iii) και διενέργεια τουλάχιστον μίας εξειδικευμένης παρέμβασης εντατικής φροντίδας κατά την διάρκεια παραμονής στη μονάδα εντατικής φροντίδας όπως : μηχανικό αερισμό, αιμοκάθαρση, χορήγηση αγγειοδραστικών φαρμάκων.

Η πρόσθετη χρηματοδότηση ανέρχεται στο 60% των συνολικών πληρωμών στις Μονάδες Εντατικής Φροντίδας στη Γαλλία

Πίνακας II: Έτος εισαγωγής, αυτονομία και σκοπός των DRG.

Χώρα	Έτος εισαγωγής	Αυτόνομο σύστημα	Αρχικός σκοπός	Βασικός σκοπός το 2010
ΗΠΑ	1983	X	Καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων	Αποζημίωση
Αυστραλία	1992	X	Καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων	Αποζημίωση
Γερμανία	2003	X	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Σουηδία	1995	X	Αποζημίωση	Αποζημίωση, συγκριτική αξιολόγηση και μέτρηση της αποδοτικότητας
Αγγλία	1992	X	Κατηγοριοποίηση των ασθενών	Αποζημίωση
Γαλλία	1991		Καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων	Αποζημίωση
Ιταλία	1995		Καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων	Αποζημίωση
Πορτογαλία	1984		Καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων	Κατανομή του προϋπολογισμού
Ολλανδία	2005	X	Αποζημίωση	Αποζημίωση
Σλοβακία	2017		Αποζημίωση	
Πολωνία	2009		Αποζημίωση	Αποζημίωση

Πηγή δεδομένων: Busse et al.2011

Πίνακας III: Εισαγωγή, ανάπτυξη και προσαρμογές των DRG.

Πηγές άντλησης δεδομένων	Χώρα	Συνοπτικά σχόλια
Tan et al.2014, Chilingerian 2008,	ΗΠΑ	- Η πρώτη χώρα στην οποία εφαρμόστηκαν τα DRG - Η υπερβολική αύξηση του νοσοκομειακού κόστους οδήγησε στην ανάγκη να δημιουργηθεί ένα έγκυρο, δίκαιο και αξιόπιστο σύστημα αποζημίωσης - Μέχρι και το 1982 το υγειονομικό σύστημα του προγράμματος Medicare βασιζόταν στην αναδρομική αποπληρωμή των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ η προοπτική αποπληρωμή των νοσοκομειακά παρεχόμενων υπηρεσιών υπό τη θέσπιση του συστήματος DRG έγινε 9 χρόνια αργότερα, το 1992 - Το 1997 η εφαρμογή του εν λόγω συστήματος κοστολόγησης ολοκληρώθηκε και για άλλες παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας, πλην των νοσοκομειακών, όπως εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, ειδική νοσηλευτική φροντίδα, μακροχρόνια φροντίδα υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία και υπηρεσίες αποκατάστασης - Τα DRG διαμορφώθηκαν κάτω από την επίδραση των εξής τριών συστημάτων: (α) τεχνικό σύστημα (κλινικοί επαγγελματίες υγείας, ερευνητές, ακαδημαϊκοί), (β) κοινωνικό και πολιτισμικό σύστημα και (γ) πολιτικό σύστημα - Θεωρήθηκε η πιο σημαντική μεταπολεμική καινοτομία στην χρηματοδότηση στον χώρο της υγείας και πιθανώς η πιο σημαντική διοικητική μεταρρύθμιση, όπως αποδείχθηκε και από την μετέπειτα εφαρμογή των DRG σε πολλές χώρες
Duckett 2000	Αυστραλία	- Βασίστηκαν αρχικά στις ΗΠΑ, αλλά από το 1998 ανέπτυξαν δικό τους σύστημα
Mihaiolovic et al.2016, Schmid and Götze 2009	Γερμανία	- Βασίστηκαν αρχικά στην Αυστραλία και στη συνέχεια διαμορφώθηκε το G-DRG - Πριν από τα DRG εφαρμόζονταν η ημερήσια αποζημίωση
Busse et al.2011	Σουηδία	- Αναπτύχθηκε το Nordic patient classification system (NordDRG), το οποίο χρησιμοποιείται εθελοντικά από τις διάφορες επαρχίες και στον βαθμό στον οποίο κάθε επαρχία επιθυμεί

Πίνακας III (συνέχεια): Εισαγωγή, ανάπτυξη και προσαρμογές των DRG.		
	Χώρα	Συνοπτικά σχόλια
Busse et al.2011	Αγγλία	- Αναπτύχθηκαν τα Healthcare Resource Groups (HRG) ως μια παραλλαγή των DRG και χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκριτική αξιολόγηση και τη διαχείριση των νοσοκομειακών πόρων και του κόστους - Τα HRG βασίζονται στη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD) έπειτα όμως από την κατάλληλη προσαρμογή στο Αγγλικό σύστημα υγείας - Αρχικά, βασίστηκαν στα DRG των ΗΠΑ
Busse et al.2011, Mihailovic et al. 2016	Γαλλία	- Βασίστηκαν αρχικά στις ΗΠΑ - Πριν από τα DRG, οι μέθοδοι αποζημίωσης περιλάμβαναν τους συνολικούς προϋπολογισμούς, την ημερήσια αποζημίωση και την αποζημίωση κατά πράξη - Τα DRG αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων και στη συνέχεια εξελίχθηκαν, αποτελώντας σήμερα μέθοδο αποζημίωσης
France et al.2005, Velleca 2013, Fattore and Torbica 2006	Ιταλία	- Μέχρι και το 1995, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζονταν σε κριτήρια όπως η ημερήσια αποζημίωση και οι προηγούμενες δαπάνες, οπότε η χρηματοδότηση δεν σχετιζόταν με ξεκάθαρους δείκτες των πράξεων που πραγματοποιούνταν. Μεταξύ 1995-2005, η κατάσταση αυτή άλλαξε, με τις τιμές και τις χρεώσεις να παίζουν πλέον πρωταρχικό ρόλο - Από το 1997, κάθε επαρχία έχει πλήρη αυτονομία στον καθορισμό των τιμών των DRG, με 15 από τις 21 επαρχίες να έχουν δημιουργήσει δικές τους τιμές και τις υπόλοιπες 6 να έχουν υιοθετήσει τις εθνικές τιμές. Για τον λόγο αυτό, υπάρχει σημαντική διαφορά των χρεώσεων των DRG μεταξύ των διαφόρων επαρχιών και των εθνικών χρεώσεων, με τις χρεώσεις στις επαρχίες να είναι συνήθως υψηλότερες. - Η λίστα των DRG του 1994, ανανεώθηκε το 1997, το 2006 και το 2012.
Busse et al.2011	Πορτογαλία	- Βασίστηκαν στις ΗΠΑ και δεν έχουν αναπτύξει ακόμη δικό τους σύστημα.

Πίνακας ΙΙΙ (συνέχεια): Εισαγωγή, ανάπτυξη και προσαρμογές των DRG.		
	Χώρα	Συνοπτικά σχόλια
Schmid and Götze 2009	Ολλανδία	- Ανέπτυξαν δικό τους σύστημα - Το 2005, εφαρμόστηκε το Diagnosis Treatment Combinations (Diagnose Behandelend Combinaties, DBC), το οποίο αποτελεί παραλλαγή των DRG - Οι ιατρικές οργανώσεις καθόρισαν τα DBC για κάθε ιατρική ειδικότητα και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 23 νοσοκομείων παρείχε τα απαραίτητα δεδομένα για την αρχική λειτουργία του συστήματος. Το σύστημα των DBC συνεχώς ανανεώνεται, έτσι ώστε να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και τις νέες ανάγκες
Kuenzel and Solanič 2018	Σλοβακία	- Εφαρμόστηκαν το 2017 και η πλήρη εφαρμογή τους αναμένεται το 2022. Για αυτό δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες - Βασίζονται στα DRG της Γερμανίας και δεν έχουν αναπτύξει ακόμη δικό τους σύστημα - Από το 2008 πραγματοποιήθηκαν πολλές μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας με σκοπό τον έλεγχο του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας, όπως τιμές αναφοράς για τα υλικά, διαχείριση των προμηθειών σε κεντρικό επίπεδο κ.ά.
Busse et al.2011	Πολωνία	- Βασίστηκαν στα αγγλικά DRG και δεν έχουν αναπτύξει ακόμη δικό τους σύστημα. - Άνω του 60% των αποζημιώσεων στα νοσοκομεία σήμερα βασίζονται στα DRG. Το υπόλοιπο ποσοστό των αποζημιώσεων βασίζεται σε κρατικούς πόρους ιδιαίτερα για τη διδασκαλία, την έρευνα και τις ακριβές και ειδικές υπηρεσίες υγείας

Πίνακας IV: Συστατικά μέρη των DRG.

Πηγές άντλησης δεδομένων	Χώρα	Μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες	Κωδικοποιήσεις	Αριθμός κωδικοποιήσεων με το πέρασμα του χρόνου	Αναθεώρηση σε τακτά χρονικά διαστήματα	Συστηματική συλλογή δεδομένων	Ειδικό λογισμικό ταξινόμησης των ασθενών στα DRG
Quentin et al.2013, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018	ΗΠΑ	25	757	↑	X	X	X
Duckett 2000, Australian Institute of Health and Welfare 2018, Australia Health Services Research Institute 2012	Αυστραλία	23	771	↑	X	X	X
Busse and Blümel 2014, Busse et al.2011	Γερμανία	23	1194	↑	X	X	X
Serdén and Heurgren 2011, Busse et al.2011, European Med Tech and IVD Reimbursement Consulting. 2019	Σουηδία	30	1024	↑	X	X	X
NHS 2019a, Busse et al.2011	Αγγλία	25	2832	↑	X	X	X
Busse et al.2011	Γαλλία	26	2375	↑	X	X	X
Busse et al.2011, Geraci et al.2011	Ιταλία	17	492	↔	X	X	X
Busse et al.2011, Geraci et al.2011	Πορτογαλία	25	669	↑	X	X	X

Busse et al.2011	Ολλανδία	27	4000	↓	X	X	Οι γιατροί ταξινομούν
	Σλοβακία ^α						
Busse et al.2011	Πολωνία	16	522	↔	X	X	X

^α Τα DRG στη Σλοβακία εφαρμόστηκαν μόλις το 2017 και η πλήρη εφαρμογή τους αναμένεται το 2022, οπότε δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Πίνακας V: Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα

Πηγές άντλησης δεδομένων	Χώρα	Κίνητρα συμμετοχής	Τι πέτυχε η κάθε χώρα	Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων
Conrad et al.2015, Davies and Westfall 1983, Averill et al.2003, Figueroa et al.2016, Chilingerian 2008, Chern and Wan 2000, Borden et al.1988	ΗΠΑ	- Καλύτερη οργάνωση του συστήματος καταγραφής και διαχείρισης των ασθενών, - Βελτίωση της κλινικής έκβασης μέσω τήρησης της καταλληλότερων διαδικασιών κλινικής πρακτικής, - Καταλληλότερη αξιοποίηση της υπάρχουσας βιο-ιατρικής τεχνολογίας και των υφιστάμενων πολυμέσων - Δυνατότητα υιοθέτησης ενός κοινά αποδεκτού μοντέλου ορθής διαχείρισης κλινικών περιπτώσεων σε εθνικό επίπεδο προς αποφυγή των «περιττών» δαπανών	- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας , - Βελτίωση της ποιότητας - Μείωση της θνησιμότητας σχετιζόμενης με καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονία - Δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των νοσοκομείων υπό το πρίσμα αξιολόγησης δεικτών αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας	↔ ↑
Hindle and Lenz 2001, Independent Hospital Pricing Authority 2012, Duckett 2000, Street et al.2007	Αυστραλία	- Σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ των νοσοκομείων - Δυνατότητα ελέγχου δεδομένων ποιότητας και ανάπτυξη ενός πρότυπου συστήματος κοστολόγησης υπηρεσιών παροχής φροντίδας	- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Μείωση του κόστους - Αύξηση των εισαγωγών	↑
Busse and Blümel 2014, Böcking et al.2005, Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011, Quentin et al.2010	Γερμανία	- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Ακρίβεια και διαφάνεια στην μέτρηση των υπηρεσιών - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας	- Μετά την εφαρμογή των DRG, αυξήθηκε η διαφάνεια και η αποδοτικότητα και βελτιώθηκε η ποιότητα, χωρίς όμως τα διαθέσιμα δεδομένα να είναι επαρκή για να αποδοθούν αυτές οι θετικές αλλαγές στα DRG - Αύξηση των εισαγωγών - Ακριβής καταγραφή των νοσοκομειακών πόρων	↔

Πίνακας V: Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα

	Χώρα	Κίνητρα συμμετοχής	Τι πέτυχε η κάθε χώρα	Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων
Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011, Gerdtham et al.1999a, Gerdtham et al.1999b, Kastberg and Siverbo 2007, Anell 2005	Σουηδία	- Αύξηση της παραγωγικότητας, μείωση του κόστους και του χρόνου αναμονής για ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις - Να δοθεί η δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν το νοσοκομείο που θέλουν, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτόν τον ανταγωνισμό μεταξύ των νοσοκομείων - Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης πληροφορίας - Περισσότερη διαφάνεια στη φροντίδα υγείας	- Αύξηση της παραγωγικότητας και της ποιότητας - Αύξηση της διαφάνειας - Καλύτερος έλεγχος του κόστους - Μείωση του χρόνου αναμονής - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Αύξηση των εισαγωγών	↑
Mannion et al.2008, Miraldo et al.2006, Farrar et al.2007, Farrar et al.2009, Audit Commission 2008, Audit Commission. 2010	Αγγλία	- Αύξηση των εισαγωγών μέσω της μείωσης της διάρκειας νοσηλείας. Η μείωση της διάρκειας νοσηλείας δίνει τη δυνατότητα για την εισαγωγή νέων ασθενών - Μεγάλες λίστες αναμονής - Να δοθεί η δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν το νοσοκομείο που θέλουν, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό τον ανταγωνισμό μεταξύ των νοσοκομείων - Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών - Καλύτερος έλεγχος του κόστους	- Μείωση του κόστους - Αύξηση των εισαγωγών και της αποδοτικότητας του νοσοκομείου χωρίς να μειωθεί η ποιότητα - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Αύξηση των εισαγωγών	

Πίνακας V (συνέχεια): Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα

	Χώρα	Κίνητρα συμμετοχής	Τι πέτυχε η κάθε χώρα	Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων
Mihailovic et al.2016, Busse et al.2011	Γαλλία	- Αύξηση της αποδοτικότητας - Αύξηση της διαφάνειας - Αύξηση της ποιότητας - Βελτίωση της διοίκησης	- Μικρή αύξηση των εισαγωγών και μείωση της διάρκειας νοσηλείας και κατ' επέκταση και του κόστους - Η οικονομική κατάσταση των ιδιωτικών νοσοκομείων βελτιώθηκε, αλλά χειροτέρεψε αυτή των δημόσιων - Αύξηση των εισαγωγών	↔
Velleca et al.2013 , Brizioli et al.1996, Ettelt et al.2006, Louis et al.1999	Ιταλία	- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Καλύτερος έλεγχος του κόστους - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Αύξηση των εισαγωγών	- Αύξηση των εισαγωγών - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Μείωση του κόστους	
Busse et al.2011, Urbano et al.1993, Dismuke and Sena 1999, Dismuke and Sena 2001	Πορτογαλία	- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Ακρίβεια και διαφάνεια στην μέτρηση των υπηρεσιών - Καλύτερος έλεγχος του κόστους - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Αύξηση των εισαγωγών	- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Αύξηση των εισαγωγών - Καλύτερος έλεγχος του κόστους	↑

	Πίνακας V (συνέχεια): Κίνητρα συμμετοχής στο σύστημα DRG και αποτελέσματα			
	Χώρα	Κίνητρα συμμετοχής	Τι πέτυχε η κάθε χώρα	Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων
Busse et al.2011, Custers et al.2007, Stadhouders et al., 2019	Ολλανδία	- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Καλύτερος έλεγχος του κόστους - Μείωση της διάρκειας νοσηλείας - Μείωση των μη απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων - Μείωση των επιπλοκών (μείωση των επανεισαγωγών και των μετεγχειρητικών λοιμώξεων)	- Ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών - Βελτίωση της κλινικής έκβασης - Καλύτερος έλεγχος του κόστους	
Kuenzel and Solanič 2018	Σλοβακία	- Περισσότερη διαφάνεια στη φροντίδα υγείας - Αύξηση της αποτελεσματικότητας - Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Καλύτερος έλεγχος του κόστους		
Busse et al.2011	Πολωνία	- Καταλληλότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων - Αύξηση της διαφάνειας	- Αύξηση της διαφάνειας	

Πίνακας VI: Προβλήματα και δυσχέρειες

Χώρα	Πρόωρα εξιτήρια σε ορισμένους ασθενείς	Περιορισμένη ποιότητα των δεδομένων	Αυξημένη πολυπλοκότητα	Λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG, ώστε τα νοσοκομεία να λάβουν υψηλότερες αποζημιώσεις	Περιορισμένη διαφάνεια	Ανεπαρκής έλεγχος των νοσοκομειακών πόρων, του κόστους και της ποιότητας	Εκλεκτική επιλογή ασθενών που ανήκουν σε φθηνότερα DRG και μετακίνηση σε άλλα νοσοκομεία ή αποφυγή παροχής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ακριβότερα DRG
ΗΠΑ	X	X		X		X	
Αυστραλία							
Γερμανία	X		X	X			
Σουηδία				X			
Αγγλία				X			
Γαλλία				X	X	X	X
Ιταλία		X					
Πορτογαλία				X			
Ολλανδία				X			
Σλοβακία ^α							
Πολωνία		X					

^α Τα DRG στη Σλοβακία εφαρμόστηκαν μόλις το 2017 και η πλήρη εφαρμογή τους αναμένεται το 2022, οπότε δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Πίνακας VII: Βέλτιστες πρακτικές.

Χώρα	Αξιολόγηση και αναθεώρηση του συστήματος σε τακτά χρονικά διαστήματα	Επανεισαγωγές εντός 30 ημερών για την ίδια αιτία αποζημιώνονται με το αρχικό DRG και τα νοσοκομεία δε λαμβάνουν επιπλέον Χρηματοδότηση	Σε λανθασμένα πρόωρα εξιτήρια, το νοσοκομείο δε λαμβάνει την πλήρη αποζημίωση που προβλέπει το αντίστοιχο DRG	Έλεγχος των δεδομένων	Πιστοποίηση των νοσοκομείων από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς
ΗΠΑ	X				
Αυστραλία	X			X (κρατικός)	
Γερμανία	X	X		X (κρατικός, εντός νοσοκομείου και εξωτερικός έλεγχος)	
Σουηδία				X (κρατικός)	
Αγγλία				X (εντός νοσοκομείου)	
Γαλλία	X			X (κρατικός)	
Ιταλία	X				
Πορτογαλία	X			X (εντός νοσοκομείου)	
Ολλανδία	X			X (κρατικός)	
Σλοβακία					
Πολωνία	X		X		X

^a Τα DRG στη Σλοβακία εφαρμόστηκαν μόλις το 2017 και η πλήρη εφαρμογή τους αναμένεται το 2022, οπότε δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Πίνακας VIII: Έλεγχος της ποιότητας των δεδομένων.

Πηγές άντλησης δεδομένων	Χώρα	Συνοπτικά σχόλια
-	ΗΠΑ	n/a
Independent Hospital Pricing Authority 2014	Αυστραλία	- Ανεξάρτητη οικονομική αρχή [Independent Financial Review (IFR)] συλλέγει και αξιολογεί δεδομένα ποιότητας από ένα δείγμα νοσοκομείων προς εξασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου διαφάνειας
Busse et al.2011	Γερμανία	- Δυο επίπεδα για τον έλεγχο της ποιότητας των κλινικών και οικονομικών δεδομένων: (α) εντός του νοσοκομείου και (β) από την πλευρά των ασφαλιστικών φορέων που καταβάλλουν τις αποζημιώσεις - Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος. Εάν μάλιστα οι λανθασμένες αυτές κωδικοποιήσεις είναι σκόπιμες, τότε τα νοσοκομεία καταβάλλουν και πρόστιμο που είναι ισότιμο της διαφοράς του κόστους
Busse et al.2011	Σουηδία	- Ειδικές υπηρεσίες (π.χ. National Patient Register και National Case Costing Database) είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της εγκυρότητας των δεδομένων. Για κάθε ασθενή, πραγματοποιείται έλεγχος των μεταβλητών, όπως π.χ. ο αριθμός μητρώου, το νοσοκομείο, η κύρια διάγνωση, οι ημερομηνίες κ.ά. Τα προφανή λάθη διορθώνονται αυτομάτως, ενώ τα λάθη που δε μπορούν να διορθωθούν από τις ειδικές αυτές υπηρεσίες διορθώνονται έπειτα από τα νοσοκομεία - Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος - Πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα για τους γιατρούς, ώστε να αποφεύγουν τα λάθη στην κωδικοποίηση
Audit Commission 2010, Audit Commission	Αγγλία	- Μια ανεξάρτητη δημόσια αρχή εκτός νοσοκομείου (Audit Commission) είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των οικονομικών δεδομένων στον δημόσιο τομέα και κατ' επέκταση και στα νοσοκομεία. Η αρχή αυτή συγκρίνει τα δεδομένα για ένα τυχαίο δείγμα ασθενών σε ένα νοσοκομείο με το σύστημα DRG της Αγγλίας και διερευνά πιθανές ασυμφωνίες. Επιπλέον, υπάρχει ένα διαδικτυακό εργαλείο συγκριτικής αξιολόγησης με το οποίο κάθε νοσοκομείο μπορεί να ελέγξει την απόδοσή του και να διαπιστώσει τις περιοχές στις

2006		οποίες υστερεί
	Πίνακας VIII (συνέχεια): Έλεγχος της ποιότητας των δεδομένων.	
	Χώρα	Συνοπτικά σχόλια
Busse et al.2011	Γαλλία	- Η υπηρεσία πληροφορικής, σε συνεργασία με τους γιατρούς, σε κάθε νοσοκομείο πραγματοποιεί έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων με ένα ειδικό λογισμικό που ελέγχει τη συνέπεια των δεδομένων αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας, τη βαρύτητα της κατάστασης κ.ά . Επιπλέον, πραγματοποιείται και εξωτερικός έλεγχος ειδικά για τα νοσοκομεία με πολλές ακραίες περιπτώσεις ασθενών. Ο σκοπός του ελέγχου είναι κυρίως να εξακριβώσει τιμές DRG που δε δικαιολογούνται καθώς και δυσταξινομήσεις ασθενών είτε σε ακριβότερα είτε σε φθηνότερα DRG. Το 2006, το 30% περίπου των εισαγωγών σε νοσοκομεία κρίθηκαν ύποπτες, με το 60% εξ αυτών να έχουν λάθη στις κωδικοποιήσεις. - Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος.
-	Ιταλία	n/a
Busse et al.2011	Πορτογαλία	- Εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι της ακρίβειας των δεδομένων. Σε κάθε νοσοκομείο υπάρχει ένας εσωτερικός ελεγκτής, ο οποίος συντονίζει τη συλλογή των δεδομένων και ελέγχει τους κωδικούς που εισάγουν οι γιατροί. Μια εξωτερική ομάδα ελέγχου από 8 γιατρούς και έναν πληροφορικό ελέγχει, υποστηρίζει και προάγει την ακρίβεια των δεδομένων. Επιπλέον, η εξωτερική ομάδα ελέγχου επισκέπτεται τα νοσοκομεία και ελέγχει την εισαγωγή των δεδομένων. - Λογισμικό σύστημα αναγνωρίζει τα σημαντικότερα λάθη και τις ασυνέπειες στην καταγραφή των δεδομένων
	Ολλανδία	- Μόνο εσωτερικός έλεγχος[3]
-	Σλοβακία ^a	n/a
Busse et al.2011	Πολωνία	- Τα δεδομένα υποβάλλονται σε μια κρατική υπηρεσία και ελέγχεται από αυτή η ποιότητά τους. Σε περίπτωση που τα δεδομένα είναι ελλιπή, τότε δεν καταβάλλεται η αποζημίωση και γίνεται επανέλεγχος. Επιπλέον, η κρατική υπηρεσία πραγματοποιεί απροειδοποίητους ελέγχους στα νοσοκομεία για τον έλεγχο της ορθής κωδικοποίησης. Σε περίπτωση που βρεθούν λάθη, τότε

		επιβάλλονται πρόστιμα - Πραγματοποιείται έλεγχος για λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG και στην περίπτωση αυτή τα νοσοκομεία καταβάλλουν τις διαφορές στο κόστος.
--	--	--

^a Τα DRG στη Σλοβακία εφαρμόστηκαν μόλις το 2017 και η πλήρης εφαρμογή τους αναμένεται το 2022, οπότε δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη σχετικές μελέτες.

Πίνακας ΙΧ: Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.

Χώρα	Νοσοκομεία από τα οποία συλλέγονται τα δεδομένα για το κόστος	Κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών	Κατανομή του έμμεσου κόστους	Κατανομή του άμεσου κόστους	Ελάχιστα διαθέσιμα δεδομένα
ΗΠΑ	Όλα τα νοσοκομεία	Άμεση μέθοδος	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	Top-down micro-costing	
Αυστραλία	447 νοσοκομεία εκ των οποίων η πλειονότητα αναφέρεται σε νοσοκομειακές εισαγωγές οξείας φάσης περιστατικών (74%) και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (6,1%)		Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	«Από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση	
Γερμανία	225 νοσοκομεία προσφέρουν εθελοντικά τα δεδομένα τους, αντιστοιχώντας περίπου στο 13% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία	Βαθμιδωτή μέθοδος (step down)	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	Κυρίως «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση	Ναι
Σουηδία	Νοσοκομεία στα οποία έχει εγκατασταθεί το σύστημα, αντιστοιχώντας περίπου στο 62% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία	Άμεση μέθοδος	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	«Από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση	Ναι
Αγγλία	Όλα τα νοσοκομεία	Άμεση μέθοδος	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	«Από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση	Όχι
Γαλλία	99 νοσοκομεία προσφέρουν εθελοντικά τα δεδομένα τους, αντιστοιχώντας περίπου στο 13% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία	Βαθμιδωτή μέθοδος (step down)	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	Κυρίως «από πάνω προς τα κάτω» μικροκοστολόγηση	Όχι
Ιταλία	8 νοσοκομεία στη Βόρεια και Κεντρική Ιταλία, στα οποία θεωρήθηκε πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις				

Πίνακας IX (συνέχεια): Πηγές προέλευσης των δεδομένων για το κόστος και μέθοδοι κοστολόγησης.					
Χώρα	Νοσοκομεία από τα οποία συλλέγονται τα δεδομένα για το κόστος	Κατανομή των γενικών λειτουργικών δαπανών	Κατανομή του έμμεσου κόστους	Κατανομή του άμεσου κόστους	Ελάχιστα διαθέσιμα δεδομένα
Πορτογαλία ^α	n/a				
Ολλανδία	15-25 νοσοκομεία προσφέρουν εθελοντικά τα δεδομένα τους, αντιστοιχώντας περίπου στο 24% των εισαγωγών σε όλα τα νοσοκομεία	Άμεση μέθοδος	Σταθμισμένα στατιστικά δεδομένα	«Από κάτω προς τα πάνω» μικροκοστολόγηση	Ναι
Σλοβακία ^α	n/a				
Πολωνία ^α	n/a				

^α Η Πολωνία, η Πορτογαλία και η Σλοβακία έχουν υιοθετήσει τα στατιστικά δεδομένα από τα DRG άλλων χωρών και για αυτό δεν υπάρχουν δεδομένα

Πηγές άντλησης δεδομένων: Busse et al.2011, Tan et al.2014, Quentin et al.2013, Independent Hospital Pricing Authority 2014, Velleca et al.2013

Πίνακας X : Διαχείριση της κατηγορίας των φαρμάκων υψηλού κόστους

Χώρα	Γενικό πλαίσιο διαχείρισης της κατηγορίας φαρμάκων «υψηλού κόστους» στο σύστημαDRG	Ένταξη των φαρμάκων "υψηλού κόστους" σε ειδική κατηγορία αποζημίωσηςκατά DRG / Δημιουργία νέων κατηγοριών κωδικοποίησης	Κατηγορίες φαρμάκων που "κατά συνθήκη" εξαιρούνται από το σύστημα Payment by Results (PbR)	Χρηματοδότηση των νοσοκομείων / επιπρόσθετη χρηματοδότηση για την κατηγορία των φαρμάκων "υψηλού κόστους"	Αποζημίωση για καινοτόμες τεχνολογίες (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων υψηλού κόστους)	Αναφορές
ΗΠΑ	Ευρεία κάλυψη των φαρμάκων «υψηλού κόστους» στις υπάρχουσες κατηγορίες DRG .	√	-	√	√	Stephani et al.2017, Brenna et al.2020, Galvani et al.2020, Barua et al.2015
Αυστραλία	Σχετικά περιορισμένα δεδομένα. Φαίνεται να υπάρχει περιορισμένη κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους.	X	-	-	-	Glover 2016, Bates et al.2018, Robertson-Preidler et al.2017
Γερμανία	Υφίσταται αποζημίωση φαρμάκων υψηλού κόστους άνευ ύπαρξης αντίστοιχης κατηγορίας κατά DRG στα πλαίσια χρηματοδότησης της καινοτόμου τεχνολογίας	√	-	√	√	Busse et al.2011 Stephani et al.2017 Ex et al.2019
Σουηδία	Ορισμένα φάρμακα υψηλού κόστους δεν περιλαμβάνονται στο πλαίσιο υγειονομικής κάλυψης	X	-			Busse et al.2011, Tan et al.2014, Sharaf 2018
Αγγλία	Μεγάλο ποσοστό κάλυψης της κατηγορίας φαρμάκων «υψηλού κόστους» βάσει ενδείξεων και σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών	√	Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα υψηλού κόστους	√	√	Busse et al.2011, Stephani et al.2017

Πίνακας X (συνέχεια): Διαχείριση της κατηγορίας των φαρμάκων υψηλού κόστους

Χώρα	Γενικό πλαίσιο διαχείρισης της κατηγορίας φαρμάκων «υψηλού κόστους» στο σύστημαDRG	Ένταξη των φαρμάκων "υψηλού κόστους" σε ειδική κατηγορία αποζημίωσηςκατά DRG / Δημιουργία νέων κατηγοριών κωδικοποίησης	Κατηγορίες φαρμάκων που "κατά συνθήκη" εξαιρούνται από το σύστημα Payment by Results (PbR)	Χρηματοδότηση των νοσοκομείων / επιπρόσθετη χρηματοδότηση για την κατηγορία των φαρμάκων "υψηλού κόστους"	Αποζημίωση για καινοτόμες τεχνολογίες (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων υψηλού κόστους)	Αναφορές
Γαλλία	Η δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος καλύπτει σε ευρύ φάσμα την φαρμακευτική περίθαλψη. Η ρύθμιση, όμως, του ποσοστού κάλυψης των δαπανηρών φαρμάκων βασίζεται στο παρατηρούμενο όφελος αξιοποίησης τους κατά την κλινική πρακτική	X	-	√	√	Rodwin 2020, Czech et al.2020, Bouée-Benhamiche et al.2020 Busse et al.2011, Stephani et al.2017
Ιταλία	Κατηγοριοποίηση των φαρμάκων βάσει κλινικής αποτελεσματικότητας & κόστους αποτελέσματος. Δεν υφίσταται κάλυψη για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων.	X		Κατά συνθήκη. Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των περιοχών της χώρας.	X	Glover 2016, Cavallo et al.2019
Πορτογαλία	Ορισμένα φάρμακα «υψηλού κόστους» εξαιρούνται από το σύστημα υγειονομικής κάλυψης των νοσοκομείων κατά DRG. Ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων.	X	-	Κατά συνθήκη βάσει διακανονισμών μεταξύ νοσοκομείου και Κεντρικής Διοίκησης	X	Busse et al.2011, de Almeida Simões et al.2017
Ολλανδία	Υφίσταται κάλυψη των καινοτόμων φαρμάκων «υψηλού κόστους» σε περίπτωση που πληρούν ορισμένα κριτήρια. Κάλυψη κατά συνθήκη βάσει διακανονισμών μεταξύ νοσοκομείου και παρόχου ασφάλισης.	X	-	√	√	Busse et al.2011, Tan et al.2014, Glover et al.2016, Angelis et al.2018

Πίνακας X (συνέχεια): Διαχείριση της κατηγορίας των φαρμάκων υψηλού κόστους στις χώρες εισαγωγής του συστήματος DRG

Χώρα	Γενικό πλαίσιο διαχείρισης της κατηγορίας φαρμάκων «υψηλού κόστους» στο σύστημα DRG	Ένταξη των φαρμάκων "υψηλού κόστους" σε ειδική κατηγορία αποζημίωσης κατά DRG / Δημιουργία νέων κατηγοριών κωδικοποίησης	Κατηγορίες φαρμάκων που "κατά συνθήκη" εξαιρούνται από το σύστημα Payment by Results (PbR)	Χρηματοδότηση των νοσοκομείων / επιπρόσθετη χρηματοδότηση για την κατηγορία των φαρμάκων "υψηλού κόστους"	Αποζημίωση για καινοτόμες τεχνολογίες (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων υψηλού κόστους)	Αναφορές
Σλοβακία	Σχετικά περιορισμένα τα δεδομένα για την κάλυψη των φαρμάκων υψηλού κόστους. Σχετικά υψηλό το ποσοστό των πληρωμών που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων.	X	-	-	Κατά συνθήκη	Smatana et al.2016
Πολωνία	Υφίσταται συμπληρωματική κάλυψη δαπανών για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων «υψηλού κόστους»	X		√		Busse et al.2011, Tan et al.2014, Zawada 2017

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΔΗΓΟΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ

**Ι) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Gr-DRG
ΠΡΟΣ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΚΕΤΕΚΝΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ**

1) Κατά την άποψή σας ποια η σημασία και ο αναμενόμενος αντίκτυπος από την εισαγωγή του νέου συστήματος Gr-DRG στο ελληνικό σύστημα υγείας?

2Α) Ποια θεωρείτε ως πιθανά σημαντικά προβλήματα που προβλέπετε να προκύψουν από την εισαγωγή του Gr-DRG στις ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες;

2Α1) τεχνικά προβλήματα

2Α2) αντιδράσεις σε επίπεδο στάσεων/συμπεριφορών/αντιλήψεων/πεποιθήσεων εκ μέρους των εμπλεκόμενων μερών

2Β) Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων από την εφαρμογή των DRG είναι τα παρακάτω:

η δυσσταξινόμηση προς ακριβότερες κατηγορίες DRG

η πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου με αποτέλεσμα τον αυξημένο ρυθμό επανεισαγωγών

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα παραπάνω προβλήματα είναι πιθανό να παρουσιαστούν και στην Ελλάδα;

2Γ) Έχει αναπτυχθεί κάποιο κανονιστικό πλαίσιο για τον τρόπο αποζημίωσης των παρόχων που συστηματικά καταγράφουν τέτοιες συμπεριφορές; **ΚΕΤΕΚΝΥ**

3) Έχουν αναπτυχθεί κάποια εργαλεία στο νέο σύστημα GR-DRG τα οποία μπορεί να βοηθήσουν στην αποφυγή προβλημάτων όπως τα ανωτέρω και με ποιόν τρόπο? - **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΚΕΤΕΚΝΥ**

Ενδεικτικά παραδείγματα τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων: έχει περισσότερα υποχρεωτικά πεδία που τεκμηριώνουν τις διαγνώσεις π.χ. μέσω και της καταχώρισης αποτελεσμάτων εξετάσεων ή μέσω διασταυρώσεων σε σχέση με τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή;

4A) Θα μπορούσε το νέο σύστημα να παρακολουθεί στοιχεία επανεισαγωγών εντός 30 ημερών; **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΚΕΤΕΚΝΥ**

4A1) Στο ίδιο νοσοκομείο με αυτό που ο ασθενής έλαβε εξιτήριο

4A2) Σε διαφορετικό νοσοκομείο από αυτό που ο ασθενής έλαβε εξιτήριο

Αυτή την πληροφορία μπορεί να την ελέγξει το ΚΕΤΕΚΝΥ;

4B1) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η σύσταση μιας ομάδας εργασίας αποτελούμενη από στελέχη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, του ΚΕΤΕΚΝΥ και του ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τον περιορισμό προβλημάτων όπως τα ανωτέρω μέσω της ανταλλαγής τεχνογνωσίας;

4B2) Έχει συσταθεί ή προβλέπεται να συσταθεί μία ομάδα όπως αυτή που περιγράφεται ανωτέρω;

4Γ1) Υπάρχουν θεσπισμένες διαδικασίες διάθεσης συγκεντρωτικών reports-στατιστικών στοιχείων από το νέο σύστημα GR-DRG στους πληρωτές (ΕΟΠΥΥ, ΕΑΕΕ);

4Γ2) Αν όχι, υπό ποιες προϋποθέσεις (π.χ. θέματα GDPR) πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να διατίθενται τέτοια δεδομένα προς τους πληρωτές;

5A) Θα μπορούσε μέσω του νέου συστήματος να εφαρμοστεί εν μέρει ένα σύστημα πριμοδότησης των δομών που δείχνουν πολύ καλή επίδοση από την άποψη της συγκράτησης του κόστους ή/και βελτίωσης της ποιότητας παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης;

5B) Θα μπορούσε μέσω του νέου συστήματος να εφαρμοστεί ένα σύστημα επιβράβευσης των επαγγελματιών (π.χ. κωδικοποιητές) που παρουσιάζουν υψηλού επιπέδου κωδικοποιητική συμπεριφορά και πολύ καλή επίδοση από την άποψη της συμμόρφωσης με τους κανόνες λειτουργίας του συστήματος (π.χ. ακρίβεια κατά την κωδικοποίηση);- Αναφέρετε δύο- τρία ενδεικτικά παραδείγματα κινήτρων/ανταμοιβών για τους επαγγελματίες

**II) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ GR-DRG
ΠΡΟΣ «ΠΛΗΡΩΤΕΣ» (ΕΟΠΥΥ & Ιδιωτικές Ασφαλιστικές)**

1) Κατά την άποψή σας ποια η σημασία και ο αναμενόμενος αντίκτυπος από την εισαγωγή του νέου συστήματος Gr-DRG στο ελληνικό σύστημα υγείας;

2A) Ποια θεωρείτε ως πιθανά σημαντικά προβλήματα που προβλέπετε να προκύψουν από την εισαγωγή του Gr-DRG στις ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες;

2A1) τεχνικά προβλήματα

2A2) αντιδράσεις σε επίπεδο στάσεων/συμπεριφορών/αντιλήψεων/πεποιθήσεων εκ μέρους των εμπλεκόμενων μερών

2B) Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων από την εφαρμογή των DRG είναι τα παρακάτω:

η δυσταξινόμηση προς ακριβότερες κατηγορίες DRG

η πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου με αποτέλεσμα τον αυξημένο ρυθμό επανεισαγωγών

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα παραπάνω προβλήματα είναι πιθανό να παρουσιαστούν και στην Ελλάδα;

3) Με βάση την εμπειρία σας ως «πληρωτές» ποια «εργαλεία» θα προτείνετε για τον περιορισμό των ανωτέρω προβλημάτων??? (π.χ. εκ των υστέρων clinical audit, αξιοποίηση reports-στατιστικών στοιχείων από το ίδιο το σύστημα για την ανάδειξη των outliers)

4A) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η σύσταση μιας ομάδας εργασίας αποτελούμενη από στελέχη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, του ΚΕΤΕΚΝΥ και του ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τον περιορισμό προβλημάτων όπως τα ανωτέρω μέσω της ανταλλαγής τεχνογνωσίας;

4B) Έχει συσταθεί ή προβλέπετε να συσταθεί μία ομάδα όπως αυτή που περιγράφεται ανωτέρω;

4Γ) Έχει αναπτυχθεί αποτελεσματικό πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ του ΚΕΤΕΚΝΥ και του ΕΟΠΥΥ αναφορικά με την εναρμόνιση των διαδικασιών λειτουργίας του νέου συστήματος (αποσαφήνιση ρόλων αρμοδιοτήτων/κανόνες κωδικοποίησης)-**ΜΟΝΟ για ΕΟΠΥΥ**

5) Θα ήσασταν διατεθειμένοι να εισαγάγετε ένα σύστημα προμοδότησης των δομών που δείχνουν πολύ καλή επίδοση από την άποψη της συγκράτησης του κόστους ή/και βελτίωσης της ποιότητας παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης, με βάση στοιχεία που προκύπτουν από το νέο σύστημα Gr-DRG;

III) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Gr-DRG ΠΡΟΣ STAKEHOLDERS

1Α) Κατά την άποψή σας ποια είναι η σημασία και τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εισαγωγή του νέου συστήματος DRG στο ελληνικό σύστημα υγείας;

1Β) Πώς σκοπεύετε να αξιοποιήσετε το νέο σύστημα κατά τη χάραξη της πολιτικής υγείας?

π.χ. σκοπεύετε να χρησιμοποιήσετε πληροφορίες που δυνητικά μπορούν να εξαχθούν από το σύστημα (π.χ. επανεισαγωγές, νοσοκομεία που φαίνεται να συμμορφώνονται στο νέο πλαίσιο χρεώσεων) κατά τις προσπάθειές σας για βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού τομέα;

2) Ποια προβλήματα πιθανολογείτε ότι θα προκύψουν από τη λειτουργία του νέου συστήματος και πώς σκοπεύετε να τα αντιμετωπίσετε;

2Α) Διαδικαστικά προβλήματα: π.χ. αποσαφήνιση ρόλων/αρμοδιοτήτων αναφορικά με την καταχώριση των δεδομένων, ποιοι ορίζονται ως coders? (ΕΚΠΥ: ο θεράπων επιλέγει ICD + DRG vs ΚΕΤΕΚΝΥ: ο θεράπων επιλέγει Διάγνωση + Ιατρικές Πράξεις)

2Β) Θέματα αποδοχής του νέου συστήματος και συμμόρφωσης/συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων: π.χ. δημόσια νοσοκομεία-ΕΟΠΥΥ & ιδιωτικά νοσοκομεία- ιδιωτικές ασφαλιστικές

3Α) Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η σύσταση μιας ομάδας εργασίας αποτελούμενη από στελέχη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, του ΚΕΤΕΚΝΥ και του ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τον περιορισμό προβλημάτων όπως τα ανωτέρω μέσω της ανταλλαγής τεχνογνωσίας;

3Β) Έχει συσταθεί ή προβλέπετε να συσταθεί μία ομάδα όπως αυτή που περιγράφεται ανωτέρω;