

ΠΟΡΙΣΜΑ-ΠΡΟΤΑΣΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΥΥΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ DRGs
ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

ΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

N. Μανιαδάκης

Δ. Μπαρτσώκας

Δ. Γούναρης

Κ. Καρράς

Μ. Βουδούρη

Α. Κουφάκης

Α. Λαναράς

Χ. Καρανίκας

Γ. Πετρίκκος

Σ. Φούσας

Χ. Δερβένης

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Μ.Τσακαλία

ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2011

Πόρισμα και Προτάσεις της Επιτροπής για την Διερεύνηση της Εφαρμογής των DRGs στα Ελληνικά Νοσοκομεία

1. Εισαγωγή

Στα μέσα της δεκαετίας του 70 αναπτύχθηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Yale στις ΗΠΑ, μια νέα μεθοδολογία για την ταξινόμηση του πλήθους των υπηρεσιών που προσφέρονται στα σύγχρονα νοσοκομεία. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, με βάση τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, τη διάγνωση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, την ηλικία και το φύλο, οι νοσηλευόμενοι κατατάσσονται τελικά σε λίγες εκατοντάδες Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες ή αλλιώς Diagnosis Related Groups (DRGs).

Τα DRGs χρησιμοποιήθηκαν αρχικά προκειμένου να μετρηθεί το παραγόμενο προϊόν των νοσοκομείων πληρέστερα και να γίνει πιο αξιόπιστη η αξιολόγηση του έργου τους και συνεπακόλουθα να βελτιωθεί η οργάνωση, η αποδοτικότητα και η παραγωγικότητα τους. Από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του 80, τα DRGs χρησιμοποιήθηκαν παράλληλα και στην αποζημίωση των υπηρεσιών και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων των ΗΠΑ.

Συγκεκριμένα, κάθε μια από τις επί μέρους κατηγορίες κοστολογήθηκε και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ξεκίνησαν σταδιακά να αποζημιώνουν τα νοσοκομεία καταβάλλοντας, για κάθε νοσηλευόμενο ασφαλισμένο τους, ένα προσυμφωνημένο αντίτιμο το οποίο αναλογούσε στην συγκεκριμένη ομοιογενή κατηγορία στην οποία αυτός κατατάσσονταν κατά την νοσηλεία του. Πολύ γρήγορα το σύστημα αυτό οδήγησε σε συγκράτηση του κόστους παραγωγής υπηρεσιών υγείας και σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Στην συνέχεια εξαπλώθηκε ραγδαία και εφαρμόστηκε στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Η λίστα πλέον περιλαμβάνει χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Δανία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, αλλά και πολλές από τις γειτονικές μας χώρες, όπως η Ιταλία, η Τουρκία, η ΠΓΔΜ, η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Σερβία, η Βοσνία, η Σλοβενία και η Κροατία. Οι χώρες αυτές είτε έχουν ήδη εφαρμόσει πλήρως το συγκεκριμένο σύστημα χρηματοδότησης, είτε διέρχονται το στάδιο ανάπτυξης και εφαρμογής του.

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση και χαρακτηρίζεται από τις δικές του οργανωτικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες. Συνεπακόλουθα, τα DRGs που αναπτύσσονται και εφαρμόζονται κατά περίπτωση διαφέρουν σε ότι αφορά τον συνολικό αριθμό τους, το περιεχόμενο, τους αλγορίθμους ταξινόμησης ασθενών, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται, την μέθοδο κοστολόγησης και αποζημίωσης και άλλα. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι υπάρχουν και πάρα πολλές ομοιότητες ανάμεσα στις χώρες, αναφορικά με την μεθοδολογία και τα στάδια ανάπτυξης και εφαρμογής τους.

Επιπρόσθετα, χρήζει αναφοράς ότι κάθε νέα χώρα που προωθεί την εισαγωγή και εφαρμογή του συστήματος ταξινόμησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τα DRGs, σπάνια ξεκινά από μηδενική βάση, αλλά αντίθετα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων βασίζεται στην εμπειρία και την προσαρμογή ενός υφιστάμενου συστήματος μιας άλλης χώρας, η οποία επιλέγεται για συγκεκριμένους και αιτιολογημένους λόγους.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται στην βάση ενός περίπλοκου και αναχρονιστικού μοντέλου, το οποίο δεν μπορεί να υποστηρίξει αποτελεσματικά και να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αυτά ορίστηκε με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Επιτροπή για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Σύμφωνα με την ανωτέρω απόφαση, «έργο της Επιτροπής είναι η διεύρυνση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και η δημιουργία Ελληνικού καταλόγου μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που ταιριάζει στο ΕΣΥ και η κοστολόγηση τους συνολικά και χωρίς τη μισθοδοσία».

Η Επιτροπή μετά από εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και ενδελεχή αξιολόγηση της παγκόσμιας εμπειρίας από την εφαρμογή διαφορετικών συστημάτων αποζημίωσης με βάση τα DRGs, επέλεξε ανάμεσα σε πολλά εναλλακτικά συστήματα, ως πιο πρόσφορο για εφαρμογή στην Ελλάδα, το Αυστραλιανό σύστημα (AR-DRGs) το οποίο είναι και το επικρατέστερο και έχει εφαρμοστεί προσφάτως στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας, η οποία το προσάρμοσε και το εφήρμοσε την τελευταία πενταετία.

Επιπλέον, προκειμένου να διερευνήσει την δυνατότητα εφαρμογής τους στην περίπτωση της χώρας μας, η Επιτροπή στην συνέχεια μετέφρασε και προσάρμοσε, στα Ελληνικά, τα AR-DRGs και ανέπτυξε προτάσεις για την αποτελεσματική ανάπτυξη και εφαρμογή ενός νέου συστήματος αποζημίωσης με βάση τα DRGs, υπολογίζοντας σε κάθε στάδιο τις δυνατότητες, αδυναμίες, προτεραιότητες και μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος.

Επιπλέον, προκειμένου να εξετάσει την δυνατότητα χρήσης των συντελεστών (δεικτών) βαρύτητας κόστους και αποζημίωσης της Αυστραλίας και με τον τρόπο αυτό να προτείνει μια έμμεση λύση στο θέμα της κοστολόγησης, η Επιτροπή προχώρησε σε κοστολογήσεις επιλεγμένων διαγνωστικών και επεμβατικών κατηγοριών και στην εκτίμηση συντελεστών με βάση Ελληνικά δεδομένα, τους οποίους συνέκρινε με τους αντίστοιχους Αυστραλιανούς.

Η ανάλυση έδειξε ότι ενδεχόμενα τόσο η ονοματολογία όσο και οι συντελεστές βαρύτητας κόστους και αποζημίωσης των AR-DRGs να είναι εφαρμόσιμοι, υπό προϋποθέσεις, και στην περίπτωση της χώρας μας. Ωστόσο η Επιτροπή τονίζει πως τα παραπάνω χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης, αξιολόγησης και τεκμηρίωσης, στα πλαίσια ενεργειών που θα υλοποιηθούν σύμφωνα με τις υποδείξεις του συγκεκριμένου πορίσματος, στο οποίο περιγράφεται το πως είναι εφικτό σύντομα, αποτελεσματικά, τεκμηριωμένα, αναλυτικά και με περιορισμένη δαπάνη και πόρους, να εφαρμοστεί ένα παρόμοιο σύστημα στην χώρα μας και στην συνέχεια να αναπτυχθεί μεσοπρόθεσμα.

Παράλληλα δεδομένης της αναμφισβήτητης δυσκολίας και περιπλοκότητας ανάπτυξης ενός πλήρους συστήματος DRGs και σύμφωνα με τις οδηγίες του Γενικού Γραμματέα, η Επιτροπή αξιολόγησε την δυνατότητα ανάπτυξης ενός λιγότερο περίπλοκου Ελληνικού συστήματος προοπτικής ταξινόμησης και αποζημίωσης ασθενών για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Στα πλαίσια αυτά προχώρησε και στην κοστολόγηση των πράξεων που περιλαμβάνονται στην Υπουργική Απόφαση του 1998 η οποία αποτελεί την βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων στην παρούσα χρονική στιγμή.

Η κοστολόγηση βασίστηκε σε δυο διαφορετικές μεθοδολογίες. Η πρώτη αφορούσε μικροκοστολόγηση με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από επιλεγμένα Ελληνικά νοσοκομεία. Η δεύτερη βασίστηκε στην εφαρμογή στο μέσο κόστος Ελληνικού

περιστατικού (μοναδιαίο ή μέσο GR-DRG) των Αυστραλιανών δεικτών κόστους για τις αντίστοιχες πράξεις, οι οποίοι στην προηγούμενη ανάλυση φάνηκε ότι ενδεχόμενα υπό προϋποθέσεις να είναι αντιπροσωπευτικοί για την περίπτωση της χώρας μας.

Οι δυο αυτές μεθοδολογίες έδωσαν παρόμοια αποτελέσματα, τα οποία υποδεικνύουν πως τα Ελληνικά νοσοκομεία σε πολλές περιπτώσεις αποζημιώνονται με τιμές κατά πολύ χαμηλότερες από το πραγματικό κόστος παραγωγής τους, γεγονός που συμβάλει στην δημιουργία ελλειμμάτων.

Επίσης η ανάλυση μας έδειξε πως δεν είναι ακατόρθωτο ακολουθώντας κανείς τις μεθοδολογίες που χρησιμοποίησε η Επιτροπή να κοστολογήσει τις ιατρικές πράξεις εκ νέου και με πραγματικά δεδομένα και να αναπτύξει γρήγορα και αποτελεσματικά ένα προοπτικό σύστημα χρηματοδότησης και αποζημίωσης των νοσοκομείων, το οποίο να είναι πιο απλό σε σχέση με τα DRGs, καθότι η ταξινόμηση των ασθενών σε ομοιογενείς κατηγορίες δεν θα βασίζεται σε σύνθετους αλγορίθμους.

Ωστόσο σύμφωνα με τις υποδείξεις της Επιτροπής, το σύστημα αυτό θα πρέπει να επεκταθεί πέρα από τις κατηγορίες της ΥΑ του 1998, διότι υπάρχουν πολλές άλλες περιπτώσεις ασθενών που δεν περιλαμβάνονται στην απόφαση αυτή και οι οποίες απορροφούν σημαντικούς πόρους και είναι δαπανηρές για το σύστημα και θα πρέπει να συμπεριληφθούν εξ αρχής.

Τα στάδια ανάπτυξης ενός τέτοιου συστήματος θα είναι παρόμοια, αλλά απλούστερα από τεχνικής πλευράς, με τα στάδια ανάπτυξης ενός πλήρους συστήματος DRGs. Η κύρια διαφορά θα σχετίζεται κυρίως με το γεγονός ότι καταγραφή και ταξινόμηση των περιστατικών, θα βασίζεται κυρίως στην αρχική διάγνωση και θεραπεία και όχι σε σύνθετους πολύ-παραγοντικούς αλγορίθμους.

Σε κάθε περίπτωση είτε με την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός πλήρους συστήματος βασισμένο στην φιλοσοφία των DRGs είτε αντίστοιχα με την εφαρμογή ενός λιγότερου περίπλοκου αλλά προοπτικού συστήματος αποζημίωσης και χρηματοδότησης είναι απαραίτητο να αντικατασταθεί το υφιστάμενο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων.

Με τον τρόπο αυτό θα μειωθούν τα δομικά ελλείμματα των νοσοκομείων, θα αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος, θα απελευθερωθεί προσωπικό από τις διοικητικές υπηρεσίες με την μείωση της γραφειοκρατίας, θα βελτιωθεί η καταγραφή

του έργου των νοσοκομείων, και θα γίνει ορθότερη και αποτελεσματικότερη η διαδικασία καταρτισμού (κλειστών) προϋπολογισμών και απολογισμών.

Στα επόμενα τμήματα του πορίσματος παρουσιάζονται συνοπτικά οι προτάσεις της Επιτροπής. Το πόρισμα συνοδεύεται από μια εκτεταμένη έκθεση, στην οποία περιέχονται στοιχεία και αποτελέσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις αναλύσεις που διενεργήθηκαν για την ολοκλήρωση του έργου και την στήριξη των προτάσεων της Επιτροπής.

2. Στόχοι της Επιτροπής και Παραδοτέα

Κατά την πρώτη Συνεδρίαση της Επιτροπής ο Γενικός Γραμματέας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Νικόλαος Πολύζος, ανέπτυξε τις προσδοκίες και τους στόχους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), αναφορικά με την ολοκλήρωση του έργου της Επιτροπής.

Μετά από διαλογική συζήτηση, όπου κατατέθηκαν οι απόψεις και η εκτεταμένη εμπειρία στο σχετικό αντικείμενο των μελών της Επιτροπής, τα μέλη συμφώνησαν ότι το έργο και οι στόχοι της Επιτροπής θα πρέπει να είναι:

- 1) **Η δημιουργία Ελληνικής λίστας Diagnosis Related Groups (DRGs), τα GR-DRGs, μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που να ταιριάζει στο ΕΣΥ.**
- 2) **Η κοστολόγηση της παραπάνω λίστας α.) συνολικά και β.) χωρίς την μισθοδοσία προσωπικού, ώστε να ανταποκρίνεται στα δεδομένα του Ελληνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.**
- 3) **Η υποβολή ολοκληρωμένης, ρεαλιστικής και εμπειριστατωμένης πρότασης, στην βάση της διεθνούς εμπειρίας και πρακτικής, για την προσαρμογή, ανάπτυξη και εφαρμογή Ελληνικού συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση το πρότυπο και την φιλοσοφία των DRGs.**
- 4) **Η αντιστοίχιση των GR-DRGs και των κοστολογήσεων τους α.) με την πρόσφατη μετάφραση του ICD-10 και β.) τις κατηγορίες της Υπουργικής**

Απόφασης του 1998, που αποτελεί τη υπάρχουσα βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων.

Παρακάτω παρατίθενται οι προτάσεις και τα αποτελέσματα του έργου της Επιτροπής σε αντιστοιχία με καθένα από τους παραπάνω στόχους.

3. Προτάσεις Επιτροπής

1.) Η δημιουργία Ελληνικής λίστας DRGs (GR-DRGs), μέσω της κατάλληλης μετάφρασης τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας μέλους του ΟΟΣΑ που να ταιριάζει στο ΕΣΥ.

Από την εκτεταμένη ανασκόπηση και μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας και εμπειρίας, η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στην επισυναπτόμενη έκθεση της Επιτροπής, προέκυψε ότι τα DRGs αποτελούν πλέον το κυρίαρχο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων στην συντριπτική πλειοψηφία των αναπτυγμένων χωρών.

Στα πλαίσια διερεύνησης και αξιολόγησης της διεθνούς πρακτικής, η Επιτροπή μελέτησε τα συστήματα και τις λίστες DRGs πολλών διαφορετικών χωρών και ειδικότερα των ΗΠΑ, της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Αυστραλίας. Ωστόσο τα τρία πρώτα συστήματα αυτά αξιολογήθηκαν ως πολύ σύνθετα και περίπλοκα για την εφαρμογή τους στην Ελληνική πραγματικότητα και τελικά επιλέχθηκε το Αυστραλιανό σύστημα των AR-DRGs.

Ειδικότερα, τα AR-DRGs έχουν αποτελέσει τη βάση για την εισαγωγή και ανάπτυξη αντίστοιχων συστημάτων σε περίπου είκοσι χώρες, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η Γερμανία η οποία τα υιοθέτησε πρόσφατα. Αυτή η προτίμηση οφείλεται κυρίως στη δομή του Αυστραλιανού συστήματος, το οποίο είναι σχετικά απλό και κατανοητό σε σύγκριση με άλλα εναλλακτικά συστήματα ταξινόμησης και με λίγες αναλογικά διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ παράλληλα αντανακλά αποτελεσματικά τη διαχείριση και τη βαρύτητα των νοσηλευόμενων περιστατικών και τις κλινικές και οικονομικές συνιστώσες της περίθαλψης.

Στα πλαίσια αυτά πολλές χώρες πρόσφατα υπέγραψαν συμφωνίες συνεργασίας με τις Αρχές της Αυστραλίας προκειμένου να προμηθευτούν, έναντι τιμήματος, τη λίστα με

τα AR-DRGs, τους αλγόριθμους ταξινόμησης των περιστατικών, τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση και τέλος τους αντίστοιχους συντελεστές βαρύτητας κόστους και αποζημίωσης. Επίσης προμηθεύτηκαν, από τις εξειδικευμένες στον τομέα αυτό εταιρείες, το αντίστοιχο λογισμικό και στην συνέχεια προχώρησαν στη διαδικασία προσαρμογής όλων των παραπάνω και ανάπτυξης τοπικών συστημάτων ταξινόμησης και αποζημίωσης.

Είναι άξιο αναφοράς ότι, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τα DRGs γενικά συντελούν μακροπρόθεσμα σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων και αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην καλύτερη οργάνωση και χρηματοοικονομική λειτουργία και προγραμματισμό. Ωστόσο, για την ολοκληρωμένη ανάπτυξη και εφαρμογή τους απαιτείται επένδυση πόρων και χρόνου, μεταρρυθμίσεις στο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, και στην συνέχεια απαιτούνται πόροι και μόνιμες δομές, στις οποίες συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, προκειμένου να υφίσταται μια συνεχής, εμπειριστατωμένη και συμμετοχική διαδικασία διατήρησης και ανανέωσης τους. Τα παραπάνω χρήζουν αξιολόγησης στο βαθμό που η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποφασίσει την υιοθέτηση μια τέτοιας προσέγγισης.

Συμπερασματικά, δεδομένων των παραπάνω, και ειδικότερα, εξαιτίας των πλεονεκτημάτων τους, της θεσμοθετημένης και δοκιμασμένης διαδικασίας και εμπειρίας απόκτησης και εφαρμογής τους σε άλλα συστήματα υγείας, η Επιτροπή επέλεξε ως καταλληλότερα για προσαρμογή και εφαρμογή στην περίπτωση της Ελλάδας τα AR-DRGs.

Στην συνέχεια η Επιτροπή, σε συνεργασία με επιλεγμένους ειδικούς, μετέφρασε και προσάρμοσε την λίστα με την ονοματολογία των AR-DRGs και προχώρησε στην δημιουργία λίστας Ελληνικών Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, τα GR-DRGs, τα οποία παρατίθενται στο σχετικό παράρτημα (πίνακας 11) της έκθεσης της Επιτροπής η οποία συνοδεύει το πόρισμα. Ωστόσο η Επιτροπή τονίζει ότι στόχος της είναι κυρίως να διερευνήσει την δυνατότητα προσαρμογής και ανάπτυξης τέτοιων συστημάτων και να προτείνει την κατάλληλη μεθοδολογία που πρέπει να ακολουθηθεί και όχι να αναπτύξει οριστικό και ολοκληρωμένο σύστημα Ελληνικών Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (GR-DRGs).

Εφόσον η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποφασίσει να αναπτύξει και να εφαρμόσει GR-DRGs για την αποζημίωση και χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, με βάση το Αυστραλιανό υπόδειγμα, πρέπει να υλοποιηθούν μια σειρά από συγκεκριμένες ενέργειες. Ειδικότερα, είναι αυτονόητο πως θα πρέπει αρχικά να υπάρξει συνεργασία προκειμένου να ληφθεί επίσημα η άδεια χρήσης τους από την Κυβέρνηση της Αυστραλίας και να καταβληθούν ενδεχομένως αμοιβές για τα πνευματικά δικαιώματα χρήσης.

Στην συνέχεια η σχετική επισυναπτόμενη λίστα θα πρέπει να επικαιροποιηθεί και να βελτιωθεί ενδεχομένως από ομάδες εμπειρογνομόνων (panel of experts), με διαδικασίες αντίστοιχες με αυτές που χρησιμοποιήθηκαν πρόσφατα για την μετάφραση και επικαιροποίηση των ICD-10. Επιπρόσθετα, προτείνεται ότι εφόσον υπάρξει επίσημη συνεργασία για να υλοποιηθούν τα παραπάνω, είναι σκόπιμο να ζητηθεί η άδεια χρήσης και προσαρμογής όχι μόνον της λίστας των AR-DRGs αλλά και του συνόλου του Αυστραλιανού συστήματος και κυρίως των αλγορίθμων ταξινόμησης των ασθενών, σύμφωνα και με την ολοκληρωμένη πρόταση της Επιτροπής στο τελευταίο σκέλος του πορίσματος.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι όταν μια χώρα προτίθεται να εφαρμόσει το Αυστραλιανό σύστημα ταξινόμησης και αποζημίωσης, έχει τη δυνατότητα, πριν προχωρήσει στην αγορά του, να ζητήσει άδεια για δωρεάν χορήγηση, αξιολόγηση και πιλοτική εφαρμογή του, για διάστημα έως έξι μήνες, προκειμένου να εξετάσει και να αξιολογήσει τη δυνατότητα αποτελεσματικής εφαρμογής του. Η χορήγηση της άδειας αυτής χορηγείται μόνο εφόσον ζητηθεί επισήμως από Κυβερνητικό φορέα. Στα πλαίσια αυτά θα μπορούσε η ηγεσία του ΥΥΚΑ να προμηθευτεί το σύστημα και να ζητήσει από ειδικούς στον τομέα αυτό να το αξιολογήσουν πριν την σύναψη επίσημης συμφωνίας προσαρμογής και εφαρμογής του στην χώρα μας.

2.) Η κοστολόγηση της άνω λίστας α.) συνολικά και β.) χωρίς την μισθοδοσία ώστε να ανταποκρίνεται στα δεδομένα του Ελληνικού συστήματος υγείας και ασφάλισης

Η πλήρης, αναλυτική και απόλυτα τεκμηριωμένη κοστολόγηση, στην βάση Ελληνικών στοιχείων, του συνόλου της μεταφρασμένης λίστας DRGs, αποτελεί έργο το οποίο είναι αδύνατο να υλοποιηθεί από την συγκεκριμένη Επιτροπή, εξαιτίας αυτονόητων χρονικών και λοιπών περιορισμών. Ωστόσο, χρήζει ιδιαίτερης αναφοράς

και αξιολόγησης το γεγονός ότι πολλές χώρες, κατά την πρώτη φάση ανάπτυξης και εφαρμογής συστήματος αποζημίωσης με βάση τα DRGs, επιλέγουν έως την οριστική ανάπτυξη δικών τους τιμών αποζημίωσης, την χρήση προσαρμοσμένων δεικτών από άλλες χώρες, ειδικότερα της χώρας από την οποία δανείζονται για προσαρμογή την σχετική λίστα των DRGs.

Συγκεκριμένα, στα περισσότερα συστήματα, κάθε DRG συνοδεύεται από ένα δείκτη ή συντελεστή, ο οποίος υποδηλώνει την σχετική βαρύτητα από πλευράς κατανάλωσης πόρων και συνεπακόλουθα κόστους του συγκεκριμένου DRG σε σχέση με το μέσο ή μοναδιαίο DRG της χώρας. Στην συνέχεια εφόσον υπολογιστεί το κόστος και καθοριστεί το ποσό αποζημίωσης του μέσου DRG, μπορεί κανείς εύκολα να εκτιμήσει και επίσης να αναπροσαρμόσει διαχρονικά τις τιμές όλων των DRGs, εφόσον πολλαπλασιάσει τους δείκτες τους με την τιμή του μέσου DRG.

Για παράδειγμα, εάν υποθεθεί ο δείκτης βαρύτητας κατανάλωσης πόρων για την διενέργεια αγγειοπλαστικής είναι 2 και ο αντίστοιχος για αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας 4, τα παραπάνω σημαίνουν ότι στην πρώτη περίπτωση απαιτούνται διπλάσιοι πόροι σε σχέση με το μέσο περιστατικό και στην δεύτερη αντίστοιχα τετραπλάσιοι. Εάν το μέσο περιστατικό αποζημιώνεται σε μια χώρα με €2.000, τότε η αγγειοπλαστική θα πρέπει να αποζημιωθεί με €4.000 και η αντικατάστασης βαλβίδας με €8.000.

Επειδή η εκτίμηση αναλυτικών και τεκμηριωμένων συντελεστών ανά DRG απαιτεί χρόνο και πόρους, είναι εφικτό για μια χώρα που εφαρμόζει για πρώτη φορά σύστημα αποζημίωσης με βάση τα DRGs, να βασιστεί στην προσαρμογή υπάρχοντος συστήματος άλλης χώρας και συνεπώς να υιοθετήσει και να εφαρμόσει πέρα από την λίστα και τους αλγόριθμους ταξινόμησης και τους δείκτες αποζημίωσης της χώρας από την οποία δανείστηκε την αρχική λίστα των DRGs.

Πρόσφατη μελέτη για την κοστολόγηση των ιατρικών και διαγνωστικών πράξεων που ολοκληρώθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, βασίστηκε στην συγκεκριμένη μεθοδολογία και μετά από ειδική αξιολόγηση φάνηκε πως αποτελεί σχετικά αποτελεσματική και αποδοτική πρακτική.

Στα πλαίσια αυτά, ενδεχομένως θα μπορούσαν, υπό συνθήκες, να χρησιμοποιηθούν οι συντελεστές βαρύτητας κόστους των AR-DRGs στην περίπτωση των GR-DRGs. Για

να υλοποιηθεί η παραπάνω προσέγγιση απαιτείται: α.) η αποτίμηση του μέσου κόστους του μοναδιαίου ή μέσου DRG της Ελλάδας, β.) η παραδοχή ότι η σχετική βαρύτητα ανά DRGs είναι ίδια στις δυο χώρες και γ.) πρόσβαση στους δείκτες βαρύτητας για κάθε AR-DRG.

Στα πλαίσια αυτά, η Επιτροπή μετά από σχετική έρευνα απέκτησε πρόσβαση και παρουσιάζει τους σχετικούς δείκτες βαρύτητας στο παράρτημα της έκθεσης που περιέχει την μετατροπή και προσαρμογή των AR-DRGs σε GR-DRGs (πίνακας 11). Επίσης σε σχετικό πίνακα περιέχεται και η ανάλυση και η κατανομή του κόστους ανά τμήμα του νοσοκομείου (πίνακας 12). Το κόστος προσαρμόστηκε σε Ευρώ χρησιμοποιώντας την ισοτιμία του Δεκεμβρίου 2010.

Αναφορικά με το κόστος ανά μέσο DRG στην Ελλάδα, από πρόσφατη μελέτη των στοιχείων όλων των νοσοκομείων της χώρας, που διενήργησε ομάδα υπό τον Γενικό Γραμματέα Υγείας του ΥΥΚΑ, το μέσο λειτουργικό κόστος (σύνολο δαπανών λειτουργίας πλην κόστος μισθοδοσίας και επιδομάτων προσωπικού) ανά περιστατικό στην Ελλάδα το 2010 ήταν €1200.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με την παραδοχή που απαιτείται σχετικά με τους δείκτες βαρύτητας, θα μπορούσε κανείς σε γενικές γραμμές να υποθέσει ότι στο βαθμό που η άσκηση της ιατρικής πρακτικής ενδεχόμενα να είναι παρόμοια ανάμεσα στις δυο χώρες, πιθανόν οι σχετικοί δείκτες βαρύτητας καθορισμού κόστους-τιμής αποζημίωσης να είναι όμοιοι.

Ωστόσο το τελευταίο θα ήταν χρήσιμο να αξιολογηθεί και να τεκμηριωθεί με στοιχεία και αναλύσεις. Για να γίνει μια πρώτη τεκμηριωμένη αξιολόγηση του παραπάνω, η Επιτροπή προχώρησε σε λεπτομερή οικονομική αποτίμηση και μικρο-κοστολόγηση σειράς διαφορετικών περιστατικών, ώστε να εκτιμηθεί το κόστος τους σε σχέση με το κόστος του μέσου περιστατικού στην Ελλάδα και στην συνέχεια να υπολογιστούν σχετικοί δείκτες βαρύτητας και να συγκριθούν με τους αντίστοιχους της Αυστραλίας.

Η οικονομική αποτίμηση βασίστηκε κυρίως σε στοιχεία του νοσοκομείου ΚΑΤ (ορθοπαιδικά και λαπαροσκοπικά περιστατικά), του Ιπποκράτειου Αθηνών και του Ευαγγελισμού (καρδιαγγειακά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά και κατάλυση) και του ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης (κατάλυση). Η κοστολόγηση των πράξεων βασίστηκε σε

λεπτομερή καταγραφή των αναλωσίμων και λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων και το υπόδειγμα παρουσιάζεται σε σχετικό πίνακα σε παράρτημα της έκθεσης (πίνακας 13). Αναφορικά με τις μεταμοσχεύσεις αξιοποιήθηκαν στοιχεία και αναλύσεις από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, που βασίστηκε στο μέσο κόστος των μεταμοσχεύσεων στην Ισπανία, στη Γαλλία και στη Γερμανία. Τονίζεται πως οι δείκτες που εκτιμήθηκαν αντανακλούν το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου και δεν περιλαμβάνουν το κόστος και τα επιδόματα του προσωπικού. Ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την εκτίμηση του συνολικού κόστους νοσηλείας ασθενών καθότι το κόστος του προσωπικού αφορά περίπου το 50% του συνολικού μέσου κόστους νοσηλείας ανά περιστατικό.

Στην πρώτη στήλη του πίνακα 1 που ακολουθεί καταγράφεται η κατηγορία του περιστατικού, στην δεύτερη στήλη παρουσιάζεται το αντίστοιχο κόστος και στην τρίτη στήλη οι δείκτες βαρύτητας σε σχέση με το λειτουργικό κόστος του μέσου περιστατικού στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Επιτροπής. Στην τέταρτη στήλη παρουσιάζεται ο αντίστοιχος δείκτης των απλών περιστατικών των AR-DRGs και στην συνέχεια η απόκλιση τους από τα Ελληνικά. Τέλος για λόγους πληρότητας και σύγκρισης παρουσιάζονται και οι αντίστοιχοι δείκτες των AR-DRGs για αντίστοιχα περιστατικά με συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές.

Από τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι οι συντελεστές των AR-DRGs που αντιστοιχούν στα απλά περιστατικά χωρίς επιπλοκές και συνυπάρχουσες παθήσεις, είναι στην πλειοψηφία τους σχεδόν πανομοιότυποι με τους αντίστοιχους Ελληνικούς συντελεστές που προέκυψαν από την ανάλυση και τις εκτιμήσεις της Επιτροπής. Αυτό αποτελεί ένδειξη ότι ενδεχόμενα η σχετική χρήση των πόρων να είναι όμοια ανάμεσα στις δυο χώρες στις συγκεκριμένες περιπτώσεις περιστατικών.

Ωστόσο, παρά τις εμφανείς ομοιότητες σε πολλές περιπτώσεις, πρέπει να υπογραμμιστεί το γεγονός ότι σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν μικρές αλλά και μεγαλύτερες διαφορές, γεγονός που υποδεικνύει ότι η χρήση των δεικτών των AR-DRGs απαιτεί προγενέστερη αξιολόγηση, ανάλυση και προσαρμογή.

Πίνακας 1. Κόστος και σχετικοί δείκτες βαρύτητας περιστατικών

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

*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές

Πηγή: Δείκτες AR-DRGs από Αυστραλία και ίδιες εκτιμήσεις

Συμπερασματικά, υπάρχει ομοιότητα σε ορισμένους σχετικούς δείκτες βαρύτητας προσδιορισμού κόστους των δυο χωρών, γεγονός που συνηγορεί στην ενδεχόμενη εφαρμογή και χρήση των Αυστραλιανών δεικτών στην περίπτωση της Ελλάδας. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι οι αναλύσεις μας βασίστηκαν σε ελάχιστα περιστατικά και νοσοκομεία. Συνεπώς, παρά την τεκμηρίωση, δεν προτείνεται από την Επιτροπή γενικευμένη χρήση των Αυστραλιανών δεικτών, χωρίς επιπρόσθετες αναλύσεις και στοιχεία.

Συγκεκριμένα, προκειμένου να γίνει χρήση και προσαρμογή των Αυστραλιανών δεικτών βαρύτητας κόστους και αποζημίωσης απαιτείται να επαναληφθεί η ανάλυση της Επιτροπής, με στοιχεία από ικανοποιητικό και αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων και περιστατικών. Το παραπάνω ωστόσο δεν είναι δύσκολο εγχείρημα και η Επιτροπή, στο σχετικό παράρτημα της έκθεσης, υποδεικνύει την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ώστε να ολοκληρωθούν οι αναλύσεις του πίνακα 1 εντός σύντομου χρονικού διαστήματος.

Εάν ακολουθηθεί παρόμοια προσέγγιση δύναται να γίνει κοστολόγηση πολλών εναλλακτικών περιπτώσεων με ακρίβεια και αποτελεσματικά. Για να συγκεντρωθούν γρήγορα στοιχεία από εύρος αντιπροσωπευτικών νοσοκομείων και να γίνουν οι σχετικές αναλύσεις μπορεί να αναπτυχθεί και να συμπληρωθεί ειδική φόρμα σε ιστοσελίδα στο ιντερνέτ ή σε αρχείο excel και στην συνέχεια να αποσταλεί στην ομάδα που θα εκπονήσει την οικονομική αξιολόγηση.

Παράλληλα πρέπει να επισημανθεί ότι οι εκτιμήσεις του πίνακα 1 αφορούν το τελευταίο τρίμηνο του 2010. Ωστόσο οι αμοιβές του προσωπικού και οι τιμές του υγειονομικού υλικού και των φαρμάκων αναπροσαρμόζονται συνεχώς, γεγονός που σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει ένας μόνιμος μηχανισμός συνεχούς επανεκτίμησης του κόστους και ανανέωσης του συντελεστών και των συναφών τιμών αποζημίωσης.

Με βάση τα παραπάνω, η Επιτροπή συμπεραίνει ότι υπάρχουν τεκμήρια που συνηγορούν στην χρήση των συντελεστών βαρύτητας κόστους της Αυστραλίας, ενδεχόμενα σε μια μεταβατική φάση, όπως και στην περίπτωση άλλωστε πολλών άλλων χωρών που έχουν ακολουθήσει μια παρόμοια διαδικασία. Ωστόσο, εφόσον η ηγεσία του ΥΥΚΑ αποφασίσει να προχωρήσει στην υιοθέτηση συστήματος αποζημίωσης με DRGs μέσω της προσαρμογής του Αυστραλιανού συστήματος, προτείνεται να γίνει μέσω ομάδος ειδικών (panel of experts) ή μέσω μικρό-

κοστολόγησης προσαρμογή των δεικτών του AR-DRGs ή ανάπτυξη από μηδενική βάση Ελληνικών δεικτών βαρύτητας.

Το παραπάνω επιβάλλεται από την σπουδαιότητα των συντελεστών για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις δαπάνες των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και την κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας. Παράλληλα, όπως κατέδειξε η εμπειρία της Επιτροπής δεν θα είναι δύσκολο εγχείρημα η εκτίμηση δεικτών και μάλιστα κατά τρόπο ώστε οι δείκτες να προσαρμόζονται διαχρονικά και ανάλογα να αντανακλούν διαφοροποιήσεις στην μισθοδοσία του προσωπικού, την τοποθεσία, το μέγεθος και τον τύπο του νοσοκομείου.

Τέλος τονίζεται ότι τυχόν εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος χρηματοδότησης θα είχε ως αποτέλεσμα την αποζημίωση των δημοσίων νοσοκομείων στην βάση του πραγματικού κόστους λειτουργίας τους και άρα την εξάλειψη των δομικών ελλειμμάτων τους. Επίσης θα είχε ως επίπτωση την εξάλειψη της γραφειοκρατίας και την αποδέσμευση ανθρωπίνων πόρων από την απλούστευση των διαδικασιών.

3.) Η υποβολή ολοκληρωμένης και εμπειριστατωμένης πρότασης, στην βάση της διεθνούς εμπειρίας για την εφαρμογή για την ανάπτυξη Ελληνικού συστήματος DRGs .

Δεδομένης της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης, των δεσμεύσεων του μνημονίου και της ανάγκης για άμεση τροποποίηση και εκσυγχρονισμό του υφιστάμενου συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, προτείνεται μια ενδιάμεση αλλά ταυτόχρονα αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική λύση.

Συγκεκριμένα, με βάση τα παραπάνω και δεδομένων των όσων προέκυψαν από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής και των αναλύσεων της Επιτροπής, προτείνεται, όπως σε αντίστοιχες περιπτώσεις άλλων χωρών, η χρηματοδότηση από το ΥΥΚΑ σχετικού προγράμματος, με χρονικό ορίζοντα 6-12 μήνες, ανάπτυξης και εφαρμογής GR-DRGs, με προσαρμογή υφιστάμενου συστήματος άλλης χώρας και συγκεκριμένα της Αυστραλίας.

Στα πλαίσια αυτά, προτείνεται να γίνει άμεσα επαφή με τις αρμόδιες υπηρεσίες και αρχές της Αυστραλίας, ώστε να βρεθεί και να δοθεί πιλοτικά το Αυστραλιανό

σύστημα σε ομάδα ειδικών εμπειρογνομόνων προς αξιολόγηση, ανάλυση και προσαρμογή για εφαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα.

Στα πλαίσια του άνω σχεδίου, θα πρέπει να γίνει επιδιωχθεί η επίσημη προμήθεια της λίστας των AR-DRGs, των αλγορίθμων ταξινόμησης των περιστατικών, των αντίστοιχων συντελεστών βαρύτητας, της κωδικοποίησης των νόσων και διαδικασιών κατά ICD-10-AM, και των αλγορίθμων αντιστοίχισης από το ICD-10 απλό, που είναι διαθέσιμο στην χώρα μας, στο ICD-10-AM της Αυστραλίας.

Ως δεύτερη εναλλακτική λύση θα μπορούσε να γίνει αντίστοιχη προσπάθεια με το Γερμανικό μοντέλο, δεδομένης και της υφιστάμενης συνεργασίας μεταξύ των δύο χωρών σε τεχνικό επίπεδο σε θέματα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Ανεξάρτητα από το αρχικό σύστημα η διαδικασία προσαρμογής είναι ίδια.

Συγκεκριμένα, επιτροπή εμπειρογνομόνων θα αναπτύξει δια μέσω ομάδων εργασίας και με χρήση μέσων ηλεκτρονικής διαβούλευσης λίστα επιλεγμένων GR-DRGs, η οποία αρχικά θα μπορούσε να είναι περιορισμένη και θα περιλαμβάνει το πολύ έως 100 βασικές ομάδες και σε δεύτερη φάση στην συνέχεια να αναπτυχθεί, όπως στην περίπτωση της πλειοψηφίας των χωρών με αντίστοιχα συστήματα. Σε κάθε περίπτωση η λίστα και οι αλγόριθμοι θα αντνακλούν τα υγειονομικά δεδομένα της χώρας μας.

Παράλληλα με τις ομοιογενείς ομάδες ασθενών, η επιτροπή κυρίως θα επιλέξει, θα προσαρμόσει και θα αναπτύξει Ελληνικούς αλγόριθμους ταξινόμησης των ασθενών με βάση τυποποιημένα πρωτόκολλα διαχείρισης τους, καθώς και τα στοιχεία και τα δεδομένα στα οποία θα βασίζονται αυτοί οι αλγόριθμοι.

Επιπλέον παράλληλα θα αναπτυχθούν μεθοδολογίας και συστήματα εκτίμησης δεικτών βαρύτητας για κάθε ομάδα χωριστά και οι δείκτες αυτοί θα πρέπει να διατίθενται σε δυο εκδόσεις, με και χωρίς την δαπάνη του προσωπικού, ώστε να χρησιμοποιηθούν για τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα αντίστοιχα. Επίσης δύναται να αντνακλούν το μέγεθος, τον τύπο και την τοποθεσία του νοσοκομείου. Η κοστολόγηση αυτή πρέπει να βασιστεί σε ικανοποιητικό δείγμα νοσοκομείων, τα οποία θα εισάγουν σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την αποτίμηση.

Παράλληλα θα πρέπει να αναπτυχθεί από εξειδικευμένη εταιρεία το αντίστοιχο λογισμικό για την ταξινόμηση των ασθενών και την αποζημίωση των νοσοκομείων, το οποίο θα εφαρμοστεί αρχικά πιλοτικά και στην συνέχεια στο σύνολο των νοσοκομείων, μετά τις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις και την επιλογή και εκπαίδευση του προσωπικού που θα αναλάβει την λειτουργία του συστήματος.

Το σύστημα αυτό θα αποτελέσει τη βάση για να αναπτυχθεί μεσοπρόθεσμα ένα πιο αναλυτικό σύστημα GR-DRGs και μόνιμες δομές λειτουργίας και αναθεώρησης του με βάση αναλυτικότερα στοιχεία και αποτιμήσεις και συνεχιζόμενες διαδικασίες. Όπως ειπώθηκε ήδη, η παραπάνω πρόταση είναι εφικτό να υλοποιηθεί γρήγορα και αποτελεσματικά και έχει μειωμένο κόστος και να αποτελέσει τη βάση για την μετέπειτα πλήρη ανάπτυξη και συνεχή λειτουργία και ανανέωση του συστήματος.

Τέλος εφόσον αποφασιστεί ότι οι χρονικές και λοιπές δεσμεύσεις της χώρας μας δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη ολοκληρωμένου συστήματος βασισμένο στα DRGs, οι ομάδες εμπειρογνομόνων και η σχετική διαδικασία κοστολόγησης και ανάπτυξης λογισμικού που περιγράφηκε παραπάνω μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αναπτυχθούν τιμές αποζημίωσης για αντίστοιχα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, τα οποία κατά κύριο λόγο θα βασίζονται στο νόσημα και την παρέμβαση στον ασθενή και ενδεχόμενα σε μια πιο διευρυμένη έκδοση τους στις τυχόν επιπλοκές και σύννοδες παθήσεις, όπως περιγράφεται παρακάτω. Οι ασθενείς θα κατατάσσονται σε αυτά με απλή αξιολόγηση χωρίς σύνθετους αλγορίθμους.

4.) Η αντιστοίχιση των GR-DRGs και των κοστολογήσεων τους α.) με την πρόσφατη μετάφραση του ICD-10 και β.) τις κατηγορίες της Υπουργικής Απόφασης του 1998, που αποτελεί τη υπάρχουσα βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων

Τέλος η Επιτροπή προχώρησε σε αντιστοίχιση των κατηγοριών της Υπουργικής Απόφασης του 1998 με τα GR-DRGs και τα Ελληνικά ICD-10 και η αντιστοίχιση αυτή παρουσιάζεται σε σχετικό παράρτημα της έκθεσης (πίνακας 14). Επίσης υπολόγισε τον κόστος ανά περίπτωση ασθενούς με βάση τους δείκτες των AR-DRGs και των συντελεστών της ανάλυσης των μελών της Επιτροπής προκειμένου να αξιολογηθεί το κατά πόσο ανταποκρίνονται στα σημερινά δεδομένα.

Πίνακας 2. Αναπροσαρμογή των νοσηλίων της ΥΑ 1998 με δυο μεθοδολογίες

	ΝΟΣΗΛΙΟ ΥΑ 1998	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΜΔΝ	ΚΟΣΤΟΣ AR-DRGs	ΚΟΣΤΟΣ AR- DRGs*
A1. ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	4.989	6.774	7	6.895	9.552
A2. ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ & ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	7.337	12.718	16	13.440	19.155
A3. ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΆΘΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	5.896	12.134	13	12.053	18.533
A4. ΑΟΡΤΙΚΑ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	7.337	15.504	13	14.217	14.230
A5. ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΑΡΥΘΜΙΟΓΟΝΩΝ ΕΣΤΙΩΝ - ΔΕΜΑΤΙΟΥ HISS	2.935	9.920	6	0	0
B1. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΛΗ	2.935	3.315	4	1.698	2.268
B2. ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΣΤΕΝΤ	4.989	4.671	2	2.074	3.136
Γ. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	1.321	1.943	4	1.840	3.590
Δα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.668	4.435	7	5.521	7.750
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.842	5.345	7	5.521	7.750
Εα. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	2.788	3.874	7	4.458	7.491
Εβ. ΗΜΙΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΥΟΥ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	3.228	4.726	7	4.458	7.491
ΣΤα. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	4.696	4.971	7	5.275	6.169
Δβ. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΜΕΝΤΟ	5.429	5.992	7	5.275	6.169
Ζα. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ	7.337	12.305	8	9.603	9.603
Ζβ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	8.804	17.482	16	15.396	15.396
Ζγ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ- ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	11.739	18.587	16	15.396	15.396
Ζδ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	22.010	26.047	26	39.865	39.865
Ζε. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	13.206	39.783	30	27.631	27.631
Ζστ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	11.739	25.982	20	37.351	37.351
Ζζ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ	14.674	27.842	35	37.351	37.351
Ζη. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ	1.614	4.000	3	1.996	3.797
Ια. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	181	181
Ιβ. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	147	200	1	402	402
Ιγ. ΑΙΜΟΔΙΟΗΣΗ	147	200	1	181	181
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	6.158	10.758	11	10.723	12.018

*Περιστατικά με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή/και επιπλοκές

Για την αξιολόγηση αυτή οι επεμβάσεις ή ομάδες των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) κοστολογηθήκαν με δύο εναλλακτικούς τρόπους και συγκεκριμένα με μικρό-κοστολόγηση και με εφαρμογή των δεικτών βαρύτητας των αντιστοιχών

κατηγοριών των AR-DRGs της Αυστραλίας στο μέσο λειτουργικό κόστος ανά περιστατικό στο ΕΣΥ το 2010.

Στην πρώτη στήλη του πίνακα 2 παρουσιάζονται οι κατηγορίες των ΚΕΝ και στην δεύτερη το υφιστάμενο νοσήλιο-αποζημίωση με βάση την Υπουργική Απόφαση του 1998. Στην τρίτη στήλη παρουσιάζεται το κόστος που προέκυψε από τις αναλύσεις της Επιτροπής, βάσει των στοιχείων Ελληνικών νοσοκομείων και στην τέταρτη και πέμπτη στήλη το κόστος που προκύπτει από την εφαρμογή των δεικτών κόστους των αντιστοίχων AR-DRGs στο μέσο κόστος περιστατικού στην Ελλάδα, για απλά περιστατικά και περιστατικά με σύνοδες επιπλοκές και παθήσεις αντίστοιχα.

Είναι προφανές πως στις περισσότερες περιπτώσεις το κόστος παροχής των υπηρεσιών είναι υψηλότερο από την αποζημίωση των νοσοκομείων, γεγονός που συμβάλει στην δημιουργία ελλειμμάτων. Συνεπώς η αντικατάσταση του υπάρχοντος συστήματος με ένα σύστημα προοπτικής αποζημίωσης ανά περίπτωση με βάση το πραγματικό τωρινό κόστος των νοσοκομείων θα μείωνε τα ελλείμματα των νοσοκομείων, ενώ επιπρόσθετα θα είχε σοβαρά διοικητικά και λειτουργικά οφέλη και θα εξοικονομούσε σημαντικούς ανθρώπινους πόρους.

Για το λόγο αυτό θα μπορούσε κανείς να προτείνει την άμεση αντικατάσταση της υπάρχουσας Υπουργικής Απόφασης με μια νέα. Ωστόσο προτείνεται πως η αποτίμηση του κόστους ανά περίπτωση ασθενούς θα πρέπει να προέλθει είτε από panel of experts το οποίο θα προσαρμόσει δείκτες βαρύτητας όπως αυτοί των AR-DRDs, είτε προτιμότερα θα κατασκευάσει καινούριους με βάση κοστολογήσεις που θα διενεργηθούν σε ικανοποιητικό δείγμα Ελληνικών νοσοκομείων, κάτι που είναι και απόλυτα εφικτό και γρήγορο στην εφαρμογή.

Σε κάθε περίπτωση αυτό το σενάριο θα πρέπει να είναι ένα ενδιάμεσο και προσωρινό, δεδομένου ότι όπως προκύπτει και από σχετικό πίνακα της έκθεσης (πίνακας 15), μια τέτοια προσπάθεια θα ήταν ημιτελής, καθόσον υπάρχουν πολλά άλλα περιστατικά ασθενών και DRGs που απορροφούν σημαντικούς πόρους και η ενδεδειγμένη προσπάθεια να συμπεριληφθούν στο σύστημα χρηματοδότησης, επί της ουσίας παραπέμπει στο επόμενο σενάριο πλήρους ανάπτυξης εφαρμογής των DRGs στην χώρα μας, όπως αυτό προτάθηκε στο προηγούμενο μέρος του πορίσματος.

4. Συμπέρασμα

Η μελέτη της Επιτροπής έδειξε ότι πλέον υπάρχει καθολική χρήση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs) στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων στις ανεπτυγμένες αλλά και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Το επικρατέστερο μοντέλο είναι εκείνο της Αυστραλίας το οποία έχει πλέον εφαρμοστεί σε είκοσι χώρες. Στα πλαίσια του έργου της Επιτροπής, τα DRGs της συγκεκριμένης χώρας μεταφράστηκαν στα Ελληνικά και μια πρώτη ανάλυση κατέδειξε ότι ενδεχόμενα τόσο η ονοματολογία όσο και οι συντελεστές βαρύτητας και κόστους και αποζημίωσης να είναι εφαρμόσιμοι και στην περίπτωση της χώρας μας.

Τα παραπάνω ωστόσο χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και αξιολόγησης στα πλαίσια ενεργειών που θα υλοποιηθούν σύμφωνα με τις υποδείξεις του συγκεκριμένου πορίσματος, που αναλύει πως είναι εφικτό σύντομα και με περιορισμένους πόρους να εφαρμοστεί ένα παρόμοιο σύστημα στην χώρα μας και στην συνέχεια να αναπτυχθεί μεσοπρόθεσμα. Η Επιτροπή επίσης υπέδειξε το πως θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα απλούστερο σύστημα χωρίς περίπλοκους αλγορίθμους ταξινόμησης των ασθενών.

5. Αγγλική Περίληψη – Summary

A new methodology was developed in the 70's by researchers at Yale University in the USA for the classification of the health services provided by Hospital Facilities. This method was the categorization of services in accordance with the diagnosis, complications and comorbidities, age and sex of patients all of which formed a matrix for the sorting of patients into casemix groups called Diagnosis Related Groups (DRGs). The purpose of this classification was the simplified means of describing healthcare products for the purposes of effectively measuring hospital effectiveness, outcomes and consequently for improving management and productivity.

From the mid 80's onwards, DRGs took on the role of becoming a means of Hospital reimbursement and financing by both private insurance and government subsidising entities in the US. More specifically, for each of the individual categories a cost-reimbursement price was attached and financiers began to compensate hospitals for each individual case a fixed amount according to the DRG in which the patient was

classified. Very soon this system led to the containment of production costs, improvements in productivity and efficiency of hospitals.

DRGs prospective payment systems were eventually adopted in the late 90's by most European Countries including Germany, France, the Netherlands, Denmark, Spain and Portugal, after having been introduced by countries such as Australia who's methodology revolutionized reimbursement of it's health system. Countries neighboring Greece such as Italy, Turkey , Bulgaria, Cyprus, Serbia, Bosnia, Slovenia, FYROM and Croatia have also recently commenced the adoption of this system of health care managerial and financial reimbursement system.

Each of these countries has its own characteristics with regard to their health system and as such has determined the way that DRGs have been implemented albeit though, the method and process of the introduction of DRGs has been similar. It is important to assess and take advantage of the experience of these countries in their introduction of DRGs.

Presently the Greek health system is financed through a highly complex and obsolete model, which cannot support effectively and respond adequately to the developments and the functioning of modern health care services. In this context the Secretary General of the Ministry of Health and Social Solidarity introduced a Committee with a mandate to explore the possibility of implementing the DRGs as a method of management and financing of Greek NHS Hospitals and to establish a Greek list of DRGs.

In response to this mandate the Committee undertook a search of the related literature and the internet and communication with faculties of Medicine and Management Schools and Colleges of other countries to gather information and data on the subject. Following an analytical review and assessment of the international literature and advice by prominent Health Management sources regarding the global experience in implementing similar systems, the Committee suggested that the Australian AR-DRG Classification system, being the preferred classification system of most countries, may be the best means to initiate a process of implementing similar mechanisms in Greece.

The Committee translated and modified appropriately, in collaboration with experts, the AR-DRGs into Greek and developed proposals for the development and quick

implementation of the system, taking into account the strengths, weaknesses and priorities of the Greek social security and health care system.

Because of the urgency to reform the health care system, and reimburse hospitals at their true production cost and hence to eliminate structural deficits, the Committee evaluated the option to use the cost weights of the AR-DRGs cases in Greece.

In this context several patient cases from selected Greek NHS hospitals were used to undertake micro costing. The cost for each case was divided with the average across the country cost per case to estimate weight indices for the selected cases. These indices were in most cases extremely close to those of the matched AR-DRGs, which imply that the relative resource consumption per case may be comparable in the two countries.

In this light, the Committee proposed that Greek Ministry of Health request from the Australian Government the license and tools to its system so that coupled with a panel of Health Care Experts in Greece, it would be possible to rapidly introduce, initially on a pilot basis with a select sample of Hospitals being micro costed this system so that eventually with a reasonably short period correct and modify this system to be appropriate as an accurate reflection of resource consumption in Hospital Health Delivery and as a such form the basis of prospective payment of the Greek hospital system. Alternatively the above can be implemented on the basis of another system such as that of Germany.

The Committee stressed that this panel of experts by means of micro costing should also be deployed to provide a less sophisticated modal of casemix financing compared to DRGs one without classification algorithms, a basic Fees schedule of total services provided for individual health care products based on a Greek Disease grouping with a DRG type description and weighted to the average separation cost.. A rough estimate of these group costs – (fees) has been prepared by the committee and this is available for fine tuning by the proposed panel of experts.

This a.) would eliminate the system from a lot of bureaucratic burden and would release administrative personnel, b) it would also eliminate the financial deficit of the health care system c) it would aid the process of budgeting and the implementation of

global budgets in hospitals and c) it would aid hospital management, accountability and organization.

Given the urgency in which these reforms need to be implemented, to show the gap between true production cost and present reimbursement tariff and to illustrate the methodology that needs to be followed, the Committee reevaluated the cost for certain selected patient groups that fall with a Ministerial Decree from 1998, which is used for the reimbursement of hospital services at present. The Committee used micro costing and also the weights from the AR-DRGs.

Both estimates were very close with very few exceptions. The analysis considered all costs excluding labor cost being a cost covered by the Public Service Employee State Budget. It is notable that there is significant gap between true production cost and reimbursement cost, which alongside other parameters, explains the present hospital deficit.

The proposals of the Committee are presented in executive summary paper, which is accompanied by an extensive report, which presents in detail, the outcome of the review of the international literature and the related data and analyses undertaken and by the Committee which support its proposals.

Αθήνα..... 2011

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής

Ν. Μανιαδάκης

Η Γραμματέας

Μ. Τσακαλία

Τα Μέλη της Επιτροπής

Δ. Μπαρτσώκας

Δ. Γούναρης

Κ. Καρράς

Μ. Βουδούρη

Α. Κουφάκης

Α. Λαναράς

Χ. Καρανίκας

Γ. Πετρίκκος

Σ. Φούσας

Χ. Δερβένης