
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ
ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Αθανάσιος Πανουσάκης, Α.Μ.: ΔΥ/1234

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ
ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Αθανάσιος Πανουσάκης, Α.Μ.: ΔΥ/1234

Επιβλέπων: Ευάγγελος Σαμπράκος / Καθηγητής / ΠΑ.ΠΕΙ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**CLINICAL AUDIT AND CLINICAL GOVERNANCE IN
HEALTHCARE SERVICES**

Athanassios Panoussakis

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management
Piraeus, Greece, Year 2016

Σε όσους με στηρίζουν

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την ελεγκτική εταιρεία Accurate Health Auditing and Consulting για την παροχή πολύτιμων στοιχείων που βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντικοί όροι: Κλινικός έλεγχος, κλινική διακυβέρνηση, ελεγκτικές εταιρείες, ελεγκτικός κύκλος, ποιότητα, προκλητή ζήτηση.

Περίληψη

Το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον σε εθνικό και διεθνές επίπεδο παρουσιάζει αντίρροπες τάσεις. Η παγκόσμια οικονομία βρίσκεται σε ύφεση, ακόμη και με τις πλέον ισχυρές χώρες να αναζητούν τρόπους ανάταξης των οικονομιών τους, ενώ παράλληλα η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου αυξάνει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Ο κλινικός έλεγχος ως «εργαλείο» της κλινικής διακυβέρνησης επιχειρεί να αμβλύνει αυτές τις αντιθέσεις περιορίζοντας το κόστος μέσω της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρακτικών.

Ο κλινικός έλεγχος είναι η διαδικασία με την οποία επιδιώκεται η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας (Donabedian, 1996). Πρόκειται για μία κυκλική διεργασία κατά την οποία αρχικά τίθενται κριτήρια-στόχοι, στη συνέχεια μέσα από μια συστηματική αξιολόγηση ελέγχεται ο βαθμός ικανοποίησης αυτών των στόχων και τελικά προτείνονται αλλαγές, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα πρέπει να λειτουργεί μία μονάδα υγείας προκειμένου να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της εξασφαλίζοντας υψηλά πρότυπα φροντίδας. Οι στόχοι που θέτει σχετίζονται με την ιατρική καταλληλότητα και την ιατρική αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει ο ασθενής. Η θέσπιση πρωτοκόλλων, η ιατρική τεκμηρίωση και η ανάπτυξη μεθόδων μέτρησης της ποιότητας αποτελούν εκ των ων ουκ άνευ στοιχεία για την επιτυχή λειτουργία της.

Η συνεχής δημοσιονομική προσαρμογή και ο εξορθολογισμός των δαπανών που επιχειρείται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια καθιστούν απαραίτητη την υιοθέτηση των πρακτικών της κλινικής διακυβέρνησης και του κλινικού ελέγχου. Στον ιδιωτικό τομέα τα αποτελέσματα δείχνουν εντυπωσιακά ενώ οι προοπτικές επέκτασης και στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι ρεαλιστικές.

CLINICAL GOVERNANCE AND CLINICAL AUDIT IN HEALTHCARE SERVICES

Key-words: Clinical audit, clinical governance, auditing companies, audit cycle, quality of services, induced demand.

Abstract

The social and financial environment on a national and international level showcases conflicting trends. The international economy is in recession, with the most robust countries searching for ways to restore their former financial glory, while at the same time the progress of medicine in combination with the improvement of quality of life amplifies the demand for health services. Clinical audit as a “tool” of clinical governance attempts to bridge these contrasts by curbing the expenditure through the improvement of efficiency and effectiveness of clinical practice.

With clinical audit we aim to improve the provision of health services through ongoing assessment of infrastructure, procedures and results of the provided care (Donabedian, 1996). It is a cyclic process during which some criteria-goals are initially set, and after a systematic assessment, the degree of satisfaction is evaluated and, where necessary, changes are suggested.

Clinical governance constitutes the framework within which a healthcare unit should operate in order to constantly improve the quality of its services, thus guaranteeing high standards of healthcare. The goals are associated with the medical appropriateness and necessity of healthcare services which the patient receives. The establishment of protocols, the evidence-based medical practice and the development of quality assessment methods are sine qua non elements for its successful operation.

The continuous fiscal adjustment and the streamlining of expenditure which has been attempted in Greece lately call for the adoption of clinical governance and clinical audit practices. In the private sector the results appear more impressive while the prospects for extension in the public healthcare system seem realistic.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Αντικείμενο και στόχοι της εργασίας.....	1
Δομή της εργασίας	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	3
ΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	3
1.1 Εισαγωγή.....	3
1.2 Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οι συνέπειες των μνημονίων.	3
1.3 Οι δομικές αλλαγές που επέφερε η οικονομική κρίση στο ΕΣΥ	4
1.4 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	8
1.4.1 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας.....	9
1.4.2 Δείκτες ποιότητας.....	10
1.4.3 Παράγοντες ορθής εφαρμογής και αξιοποίησης των εργαλείων ποιότητας.	11
1.5 Η οικονομική αξιολόγηση ως μέσο λήψης αποφάσεων.....	11
1.6 QUALYs και DALYs	16
1.7 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αγαθού «φροντίδα υγείας» και οι κίνδυνοι που απορρέουν κατά την παροχή του	18
1.7.1 Κατάχρηση και προκλητή ζήτηση.....	19
1.7.2 Αβεβαιότητα και ασφάλιση	19
1.8 Ανακεφαλαίωση.....	21
Κεφάλαιο 2 ^ο	23
Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΥΛΩΝΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΠΛΑΙΣΙΩΝΟΥΝ.....	23
2.1 Εισαγωγή	23
2.2 Η κλινική διακυβέρνηση στις υπηρεσίες υγείας.....	23
2.2.1 Ιστορικό πλαίσιο ανάπτυξης της κλινικής διακυβέρνησης.....	24
2.2.2 Τα στοιχεία της κλινικής διακυβέρνησης.....	25
2.2.3 Εκπαίδευση	26
2.2.4 Κλινικός έλεγχος.....	26
2.2.5 Κλινική αποτελεσματικότητα	27
2.2.5 Η διαχείριση του κινδύνου.....	27
2.2.6 Μέθοδοι διαχείρισης κινδύνου	28
2.2.7 Έρευνα και ανάπτυξη	29
2.2.8 Κλινικά πρωτόκολλα.....	29
2.2.9 Κλινικός έλεγχος -Ιστορικά στοιχεία	31

2.2.10 Τα πέντε στάδια της εφαρμογής του κλινικού ελέγχου σε ένα σύστημα υγείας....	34
2.11 Ανακεφαλαίωση.....	42
Κεφάλαιο 3 ^ο	43
Ο ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΝΘΗΚΕΣ, ΔΙΑΔΙΑΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	43
3.1 Εισαγωγή	43
3.2 Περιβάλλον και συνθήκες ανάπτυξης του μοντέλου του «κλινικού ελέγχου» στην Ελλάδα.....	44
3.3 Τομείς και διαδικασία εφαρμογής του κλινικού ελέγχου στην Ελλάδα.....	53
3.3.1 Ιδιωτικός Τομέας	54
3.3.2 Δημόσιος Τομέας	58
3.4 Πληροφοριακά Συστήματα της Υγείας.....	59
3.5 Αρχές και αξίες που διέπουν την ελεγκτική διαδικασία.....	60
3.6 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας	61
3.7 Νομικό πλαίσιο προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα	62
3.8 Αποτελέσματα και προοπτικές του κλινικού ελέγχου στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα	63
3.9 Ανακεφαλαίωση	66
Σύνοψη, αδυναμίες της εργασίας και αφορμές για περαιτέρω έρευνα.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	ΣΕΛ
Πίνακας 1.1 Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών (out of pocket money)	5
Πίνακας 1.2 Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα	6
Πίνακας 3.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας	44
Πίνακας 3.2 Παράγοντες κινδύνου	48
Πίνακας 3.3 Ανάλυση πλεονεκτημάτων και αδυναμιών κλινικού ελέγχου, ευκαιριών και κινδύνων (Swot Analysis)	63

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	ΣΕΛ
Διάγραμμα 1.1 Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, έτη 2009-2014	4
Διάγραμμα 3.1 Πληθυσμός που καταναλώνει φάρμακα με ή χωρίς συνταγή γιατρού, 2014	43
Διάγραμμα 3.2 Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2013	43
Διάγραμμα 3.3 Ειδικευμένοι γιατροί ανά 1000 κατοίκους, το 2000 και το 2013	45
Διάγραμμα 3.4 Αριθμός τομογράφων και εξετάσεων στις χώρες του ΟΟΣΑ	46
Διάγραμμα 3.5 Ασφαλιστική κάλυψη για βασικές ιατρικές υπηρεσίες και Ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη, ανά τύπο, 2013	49

Εισαγωγή

Αντικείμενο και στόχοι της εργασίας

Ο 21^{ος} αιώνας βρίσκει τις χώρες του δυτικού κόσμου παρά τη δίνη της παρατεινόμενης ύφεσης και οικονομικής κρίσης να αναζητούν τρόπους βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών Υγείας προς τους πολίτες τους. Έννοιες όπως η ποιότητα και ο έλεγχος παροχής υπηρεσιών υγείας αναδεικνύονται σε μείζονα ζητήματα. Η εξισορρόπηση των πόρων μεταξύ αστικών και επαρχιακών περιοχών, ή μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων κοινωνικών ομάδων είναι ένα επιπλέον ζητούμενο της εποχής.

Η κλινική διακυβέρνηση μέσω των εργαλείων της, όπως ο κλινικός έλεγχος ποιότητας, αποτελούν τα μέσα της σύγχρονης εποχής για την απάντηση στα δύσκολα ζητήματα που θέτει. Όπως θα αναδειχθεί παρακάτω μέσω των εργαλείων αυτών η εξοικονόμηση πόρων είναι συνεχώς μεγαλύτερη, ενώ παράλληλα η παροχή υγείας βελτιώνεται καθώς γίνεται περισσότερο στοχευμένη, ακριβής και αιτιολογημένη.

Σε όλο το Δυτικό κόσμο με πρωτοπόρο το βρετανικό σύστημα υγείας και αργότερα τις ΗΠΑ, ο κλινικός έλεγχος έχει φέρει εντυπωσιακά αποτελέσματα. Την τελευταία δεκαετία εφαρμόζεται και στην Ελλάδα στον ιδιωτικό τομέα, ενώ σπασμωδικά έχει επιχειρηθεί να εφαρμοστεί και στο δημόσιο τομέα.

Με την εργασία αυτή επιδιώκεται να παρουσιαστούν στον αναγνώστη βασικές έννοιες και ζητήματα, τα οποία μελετούν οι επιστήμονες των Οικονομικών και της Διοίκησης της Υγείας όπως:

- Κλινική διακυβέρνηση
- Κλινικός έλεγχος
- Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας
- Ικανοποίηση ασθενών
- Κατάχρηση και προκλητή ζήτηση
- Κόστος-όφελος στην παροχή φροντίδας υγείας

Με τον τρόπο αυτό θα γίνουν ευκολότερα αντιληπτές οι παθογένειες του ελληνικού συστήματος, θα παρουσιαστούν λύσεις και προτάσεις, αλλά και θα δημιουργηθούν νέοι προβληματισμοί.

Δομή της εργασίας

Η εργασία αυτή δομείται σε τρία κύρια μέρη, θεματικές ενότητες, με επιμέρους κεφάλαια.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται το εθνικό σύστημα υγείας, όπως αρχικά δομήθηκε την δεκαετία του 80' και φυσικά τις μεταβολές που επέφερε σε αυτό η δημοσιονομική προσαρμογή των μνημονίων με την ΕΕ και το ΔΝΤ. Στη συνέχεια θα γίνει μία προσπάθεια ανάλυσης των βασικών εννοιών που αναφέρθηκαν και στην εισαγωγή της εργασίας και μέσω αυτών να γεννηθούν οι πρώτοι προβληματισμοί για την αναγκαιότητα χρήσης νέων μεθόδων προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή βέλτιστης παροχής υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Στο δεύτερο μέρος, το οποίο είναι και το κύριο μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται το εργαλείο του κλινικού ελέγχου ποιότητας, οι πτυχές και τα στάδια της εφαρμογής του. Η παρουσίαση θα γίνει σε θεωρητικό επίπεδο όπως αναπτύχθηκε στη Βρετανία, αλλά και σε μια πιο περιγραφική διάσταση όπως εφαρμόζεται σήμερα στην Ελλάδα από τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών στα περισσότερα ιδιωτικά Θεραπευτήρια της χώρας.

Στο τρίτο μέρος θα παρουσιαστούν ορισμένα αποτελέσματα από τη χρήση του κλινικού ελέγχου στο δημόσιο τομέα, στον αναδρομικό έλεγχο των νοσηλείων του ΕΟΠΥΥ το 2013, αλλά και από τον έλεγχο των νοσηλείων του ΟΠΑΔ το 2012. Επίσης θα παρουσιαστούν οι προοπτικές για την εφαρμογή του στο μέλλον σε ευρύτερη βάση, αλλά θα επιχειρηθεί και η αποτύπωση των προβληματισμών σχετικά με τις παθογένειες που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εφαρμογή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Το εθνικό σύστημα υγείας αποτελεί βασικό παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας μίας κοινωνίας. Η αύξηση της αποδοτικότητας των μερών που το απαρτίζουν και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει αποτελεί επιδίωξη των εκάστοτε κυβερνήσεων. Η εξοικονόμηση πόρων είναι μια διαρκής ανάγκη, η οποία πλέον καθίσταται ολοένα και πιο επιτακτική προκειμένου να μειωθούν οι κρατικές δαπάνες.

Η οικονομική επιστήμη παρέχει τα «εργαλεία» βελτιστοποίησης της ισορροπίας δαπάνης προς παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο υγείας των πολιτών μίας κοινωνίας είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθεί, να απεικονιστεί διαγραμματικά και να εκφραστεί συγκριτικά με τα δεδομένα άλλων κοινωνιών. Το γεγονός βελτιώνει τις δυνατότητες για τη χάραξη ορθών πολιτικών και βοηθά στην μείωση λήψης λανθασμένων επιλογών μέσω της προσφερόμενης προβλεψιμότητας.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα παρουσιαστεί η εξελικτική πορεία του ελληνικού συστήματος υγείας και οι παθογένειές του. Στη συνέχεια, θα γίνει μία σύντομη αποτύπωση της κατάστασης της υγείας στη χώρα σε σχέση με το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης. Τέλος, θα παρουσιαστούν τα βασικά μέσα που προσφέρει η οικονομική και ασφαλιστική επιστήμη ως βοήθεια στην επιλογή κατάλληλων παρεμβάσεων.

1.2 Η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οι συνέπειες των μνημονίων.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε το 1983 από τον Υπουργό της Κυβέρνησης Παπανδρέου, Παρασκευά Αυγερινό. Σκοπός του συστήματος ήταν η αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και η λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων δομών περίθαλψης, ώστε να υπάρξει καθολική νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη χώρα. Το αγαθό της υγείας θα προσφερόταν αδιακρίτως σε όλο τον

πληθυσμό που διέμενε στη χώρα. Τότε έγινε και η πρώτη προσπάθεια για τη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την ίδρυση Κέντρων Υγείας.

Το ΕΣΥ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μεικτό σύστημα με στοιχεία τόσο από το μοντέλο Bismarck όσο και από το μοντέλο Beveridge, στη δομή του οποίου συνυπάρχουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Η χρηματοδότησή του στηρίζεται στον κρατικό προϋπολογισμό τις ασφαλιστικές εισφορές και τις ιδιωτικές πληρωμές. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητα μια εξαιρετικά σοβαρή μεταρρυθμιστική προσπάθεια, που δυστυχώς όμως οι περισσότερες εξαιρετικά σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις του εφαρμόστηκαν πλημμελώς ή εγκαταλείφθηκαν άμεσα.

Το φιλόδοξο σχέδιο παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω της ίδρυσης και ενίσχυσης των Κέντρων Υγείας δεν εφαρμόστηκε ποτέ, διατηρώντας ένα σύστημα καθαρά «νοσοκομειοκεντρικό».. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων άργησε υπερβολικά και όταν άρχισε πρόσφατα να πραγματοποιείται έγινε με τρόπο ισοπεδωτικό και άνισο. Εν τέλει το κράτος συσσώρευε ολοένα και περισσότερες αρμοδιότητες, έχοντας φυσικά δυσκολίες στην εποπτεία των υπηρεσιών υγείας και την κατανομή των πόρων, δημιουργώντας συνεχώς ελλείματα.

Η οικονομική κρίση βρήκε το ΕΣΥ ανοχύρωτο, λόγω αναποτελεσματικότητας και μεγάλων δημοσιονομικών προβλημάτων. Η ανεπάρκεια του πλέον να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες ήταν φανερή με τη δυσαρέσκεια και την αμφισβήτησή του γενικευμένη.

1.3 Οι δομικές αλλαγές που επέφερε η οικονομική κρίση στο ΕΣΥ

Η Ελληνική κυβέρνηση το 2010 προκειμένου να συνεχίσει να είναι φερέγγυα προς οικονομικές της υποχρεώσεις στο εξωτερικό περιβάλλον αλλά και για να μπορεί να καταβάλει τις εγχώριες υποχρεώσεις της χρειαζόταν επιπλέον οικονομικούς πόρους. Για αυτό το λόγο ήρθε στην πρώτη συμφωνία-«μνημόνιο συνεργασίας» με έναν νεοσυσταθέντα «μηχανισμό στήριξης» (ESM/EFSF). Τροφοδότες αυτού του μηχανισμού ήταν η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, η ΕΕ μέσω της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ).

Η συμφωνία η οποία ήταν η πρώτη εκ των τριών που ακολούθησαν προέβλεπε επαρκή σταδιακή χρηματοδότηση από τους «δανειστές» και δημοσιονομική προσαρμογή μέσω δομικών μεταρρυθμίσεων από τους «δανειζόμενους». Στην πενταετία που ακολούθησε, σημαντικές νομοθετικές πρωτοβουλίες, στόχευσαν στον εκσυγχρονισμό και την βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος Υγείας.

Το 2011 δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος λειτούργησε ως πάροχος και αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας, απορροφώντας τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και συνενώνοντας την πλειονότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Το 2014, ο ΕΟΠΥΥ χάνει το ρόλο του παρόχου Υγείας, με σκοπό την άμβλυνση του οξύμωρου της παροχής και ταυτόχρονης αγοράς των ίδιων του των υπηρεσιών. Το κυριότερο θετικό επακόλουθο αυτής της αλλαγής εντοπίζεται στη μείωση της συγκέντρωσης πόρων και λειτουργιών σε έναν μόνο οργανισμό, αλλά κατά την άποψη αρκετών ερευνητών το χώρο της υγείας αποτελεί το άνοιγμα της «πόρτας» της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.

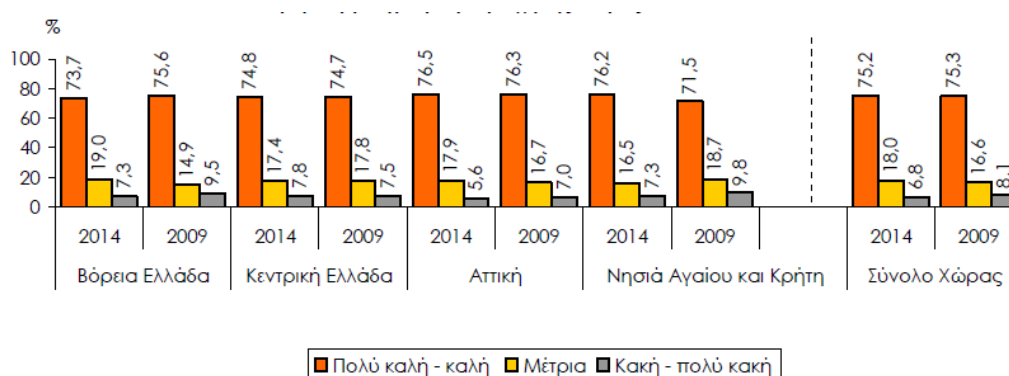
Η θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) το 2011, ήταν το πρώτο βήμα για τον εξορθολογισμό στον τρόπο υπολογισμού της αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Έννοιες όπως “claw back” και “rebate” εισήχθησαν ως εργαλεία αυτόματης αύξησης των εσόδων. Το μεν claw back είναι το μέτρο καθορισμού της μέγιστης μηνιαίας δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για του ιδιώτες παρόχους Υγείας και η υποχρέωση των τελευταίων να επιστρέφουν κάθε δαπάνη πάνω από αυτό το προκαθορισμένο πόσο. Το δε rebate, είναι η υποχρεωτική έκπτωση επί των τιμολογίων των ιδιωτών παρόχων υγείας.

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις λοιπόν στη Υγεία ήταν ιδιαίτερα αιχμηρές, με σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας των πολιτών, την πρόσβασή τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και την ενίσχυση της ήδη υψηλής προσφυγής των πολιτών σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Το μεγαλύτερο ερωτηματικό βρίσκεται στο βαθμό επίτευξης δημοσιονομικής σταθερότητας από την υιοθέτηση όλων αυτών των μεταρρυθμίσεων.

Στο παρακάτω διάγραμμα της ΕΛΣΤΑΤ φαίνεται ότι παρά τις παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας το ποσοστό του πληθυσμού της χώρας που δηλώνει ότι έχει πολύ καλή υγεία παραμένει σταθερό, ενώ πολύ μικρές αυξομειώσεις παρατηρούνται σε όσους δηλώνουν μέτρια ή κακή υγεία.

Διάγραμμα 1.1

Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, έτη 2009-2014



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Υγείας 2014

Αντίθετα στην κατηγορία των ψυχικών νοσημάτων, το 4,7% του γενικού πληθυσμού δηλώνει ότι βιώνει κατάθλιψη. Το ποσοστό είναι αυξημένο κατά 80,8% από το 2009. Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι οι αλλαγές στο χώρο της υγείας και οι μεταβολές στο βιοτικό επίπεδο των πολιτών έχει εν τέλει επιπτώσεις στην Υγεία των πολιτών που στον τομέα ειδικά της ψυχικής υγείας είναι ραγδαίες.

Στον Πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως παρά την πτώση της αγοραστικής δύναμης των Ελλήνων οι ιδιωτικές πληρωμές στην παροχή υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές, ξεπερνώντας τις 10 ποσοστιαίες μονάδες το μέσο όρο της δαπάνης μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 1.1

Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών
δαπανών για την υγεία (out of pocket money)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	19,0	19,1	20,4	19,2	19,9	..
Austria	17,5	17,4	17,7	17,9	17,5	17,4
Belgium	18,5	18,2	17,9	18,7	17,8	17,9
Canada	15,4	15,0	15,4	14,8	14,5	14,3
Chile	36,8	34,2	34,1	34,1	33,1	33,0
Czech Republic	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	14,7
Denmark	14,1	13,7	13,7	13,3	12,9	13,7
Estonia	20,5	21,2	18,7	17,8	20,7	21,8
Finland	19,9	19,8	20,3	19,7	19,1	19,3
France	7,9	7,8	7,7	7,1	6,9	6,7
Germany	14,1	13,9	14,1	14,1	14,1	13,5
Greece	37,9	28,4	29,4	28,7	28,8	30,7
Hungary	26,3	25,9	27,0	27,9	29,3	28,1
Iceland	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8
Ireland	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	..
Israel	25,0	24,8	23,2	23,3	24,1	25,8
Italy	21,3	20,7	20,5	22,0	22,0	21,7
Japan	15,2	15,2	14,6	14,1	14,0	..
Korea	37,9	36,1	35,7	36,0	36,5	36,9
Luxembourg	10,1	9,9	10,2	11,2	11,6	..
Mexico	51,9	50,8	48,9	45,9	45,8	44,7
Netherlands	6,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,3
New Zealand	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6
Norway	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6
Poland	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6
Portugal	25,8	24,6	24,8	26,7	28,8	28,0
Slovak Republic	26,1	26,9	22,8	23,6	23,2	23,3
Slovenia	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6
Spain	21,0	19,1	20,4	20,6	22,1	..
Sweden	16,9	16,9	17,0	14,1	14,5	14,8
Switzerland	24,8	24,7	26,4	26,4	27,2	25,8
Turkey	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9
United Kingdom	9,7	9,5	10,2	9,7	9,9	9,9
United States	13,3	12,8	12,5	12,5	12,4	12,3
OECD AVERAGE	20,2	19,4	19,5	19,3	19,5	19,9

Πηγή: OECD

Σε μία δεύτερη ανάγνωση του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι Έλληνες δαπανούν περισσότερα για υπηρεσίες υγείας από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες που βρίσκονται υπό καθεστώς δημοσιονομικής προσαρμογής(πχ. Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Η τάση του δείκτη της ιδιωτικής δαπάνης είναι έντονα αυξητική, λόγω της μείωσης της δημόσιας δαπάνης και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 1.2

Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα

	2009	2010	2011
Συνολική Δημόσια Δαπάνη (% Συνολικής Δαπάνης)	€16.11 70%	€14.14 68%	€12.38 66%
Συνολική Ιδιωτική Δαπάνη (% Συνολικής Δαπάνης)	€7.03 30%	€6.63 32%	€6.34 34%
Συνολική Δαπάνη (% ΑΕΠ)	€23.19 10%	€20.85 9.4%	€18.78 9%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, «Υγεία 2014-2020», Μάιος 2013.

Ο βασικός λόγος για τον οποίο υπάρχει αύξηση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι η μείωση στην ποιότητα των υπηρεσιών του δημοσίου τομέα. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι διαρκώς μειούμενος αυξάνοντας τις ευκαιρίες ανάπτυξης ιδιωτικών δομών υγείας.

1.4 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα είναι μία έννοια που βιώνεται και γίνεται εύκολα αντιληπτή. Αντίθετα, ο ορισμός της και η μεθοδολογία μέτρησής της είναι ιδιαίτερα απαιτητικές διαδικασίες. Κατά τον Donabedian «ποιότητα μπορεί να οριστεί οτιδήποτε και καθετί, αν και είναι, συνήθως, απλά μια αντιπροσώπευση των αξιών και στόχων που επικρατούν σε κάθε σύστημα υγείας». Όμως, ποιες είναι οι αξίες και οι στόχοι ενός συστήματος διαρκώς μεταβαλλόμενου λόγω της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής και του συστήματος υγείας.

Ποιότητα θα μπορούσε να σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003). Από διοικητική σκοπιά, υπεισέρχονται ο παράγοντας του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας, η οποία πρέπει να προσφέρεται αποτελεσματικά αλλά με τον κατά το δυνατόν οικονομικό τρόπο.

1.4.1 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας είναι ένα διαρκές ζητούμενο των κυβερνήσεων και όλων εν γένει των φορέων του συστήματος υγείας. Η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί το μέσο τόσο για την αξιολόγηση, όσο και τη βελτίωσή της. Ορισμένα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας είναι και τα παρακάτω:

- Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος, με το οποίο προσδιορίζονται οι αιτίες ενός προβλήματος
- Φύλλο ελέγχου, στο οποίο καταγράφεται η συχνότητα ορισμένων συμβάντων
- Διάγραμμα ελέγχου διαδικασιών, που βοηθά στην ποσοτικοποίηση και πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας
- Ιστόγραμμα, για την καταγραφή και σχηματική αποτύπωση της κατανομής των δεδομένων
- Διάγραμμα Pareto, που χρησιμοποιείται για την ανάλυση δεδομένων και την ανάδειξη των σημαντικότερων συμβάντων
- Διάγραμμα διασποράς, για τον καθορισμό, σχηματικά, της συσχέτισης δύο μεταβλητών
- Διαστρωμάτωση, για την ανάδειξη του υποστρώματος μιας κατάστασης, μέσω της κατηγοριοποίησης των δεδομένων

Τα εργαλεία αυτά αποτελούν τις τελευταίες δεκαετίες τα βασικά μέσα των επιστημόνων της υγείας με τα οποία εντοπίζονται οι παθογένειες και προκύπτουν λύσεις στα αναδεικνυόμενα προβλήματα.

1.4.2 Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας είναι επιπλέον εργαλεία για την ποσοτικοποίηση της ποιότητας και την σύγκριση των αποτελεσμάτων. Τα βασικά κριτήρια επιλογής δεικτών είναι:

- Η χρησιμότητα, δηλαδή η έκφραση τουλάχιστον μίας σημαντικής παραμέτρου που συνδέεται με την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων
- Η εγκυρότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά πράγματι αυτό που ισχυρίζεται (ανυπαρξία συστημικού σφάλματος)
- Η αξιοπιστία, δηλαδή η δυνατότητα εξαγωγής όμοιων συμπερασμάτων σε ανάλογη μέτρηση, υπό παρόμοιες συνθήκες, αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή (επιστημονικότητα).
- Η δυνατότητα σύγκρισης, δηλαδή η χρήση δεικτών ευρείας επιλογής διεθνώς προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερο πεδίο συνεκτίμησης και έρευνας.
- Η ανταποκρισιμότητα και η ευαισθησία. Η δυνατότητα του δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές, αλλά και ο βαθμός που ο ίδιος επηρεάζεται από την επαναλαμβανόμενες χρήσεις του ή μικροδιαφοροποιήσεις.

Οι δείκτες ποιότητας μπορούν να διακριθούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

- Δείκτες δομής, οι οποίοι αφορούν σε εγκαταστάσεις και στελέχωση. Ο νόμος και τα διεθνή πρότυπα ποιότητας κατηγοριοποιούν βάσει έκτασης, λειτουργικότητας, αισθητικής, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, αναλογία προσωπικού/ασθενών κλπ.
- Δείκτες διαδικασιών, για παράδειγμα αριθμός βλαβών ανά έτος και χρόνος επισκευής τους, χρόνος αναμονής ασθενών στο χώρο των επειγόντων, αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά ώρα κλπ.
- Δείκτες αποτελέσματος, όπως ποσοστό επιβίωσης ανά πάθηση, ικανοποίηση ασθενών, αριθμός επανεισαγωγών ασθενών κλπ.

1.4.3 Παράγοντες ορθής εφαρμογής και αξιοποίησης των εργαλείων ποιότητας

Η διοίκηση είναι ο φορέας αξιοποίησης των αποτελεσμάτων των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας. Η διοίκηση διακλαδώνεται με κορυφή την κεντρική κυβέρνηση και το υπουργείο υγείας, μέχρι τις διοικήσεις των οργανισμών και των νοσοκομείων.

Η ηγεσία, ως παράγοντας ποιότητας είναι ο πλέον σημαντικός. Ένας χαρισματικός ηγέτης μπορεί να συντονίζει τις διαδικασίες, να κατανοεί αποτελέσματα και παθογένειες τον οργανισμό που διοικεί. Επίσης, έχει την ικανότητα να επικοινωνεί τα μηνύματα που θέλει στα ανώτερα επίπεδα διοίκησης και να πείθει για τις αλλαγές που επιθυμεί. Ο «ηγέτης» πρέπει να είναι παρών, με ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, να εκχωρεί αρμοδιότητες, να προχωρά σε προληπτικές βελτιώσεις όταν χρειάζεται και να επενδύει στο ανθρώπινο δυναμικό ως ακρογωνιαίο λίθο της διατήρησης της ποιότητας.

Οι εργαζόμενοι, οφείλουν να επικεντρώνουν στον «ασθενή», ως πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών τους. Κάθε λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι η ικανοποίηση των πελατών του. Η ενεργός συμμετοχή και η επικοινωνία με τη διοίκηση κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να μεταφέρεται η ακριβής εικόνα της παρεχόμενης ποιότητας. Ακόμη πρέπει να συμμετέχουν και να συνδιαμορφώνουν τις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας, καθώς είναι ο ασφαλέστερος τρόπος ώστε να τις εφαρμόσουν μελλοντικά.

1.5 Η οικονομική αξιολόγηση ως μέσο λήψης αποφάσεων

Η παροχή ολοένα ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι το ζητούμενο όλων των επαγγελματιών της υγείας. Η βέλτιστη διαχείριση των διατιθέμενων πόρων, ή διαφορετικά η συνάρτηση του κόστους με το αποτέλεσμα είναι αυτή που μας διευκολύνει στην λήψη απόφασης κατανομής των πόρων.

Κάθε οικονομική αξιολόγηση μπορεί να οριστεί ως «μια συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών μεθόδων δράσης, με βάση τα κόστη και τα αποτελέσματά της». Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συγχέεται η οικονομική αποτελεσματικότητα με την ιατρική αποτελεσματικότητα. Η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιεί επιστημονικά στοιχεία για την αντιμετώπιση όμοιων καταστάσεων προσφέροντας τη δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε εναλλακτικές πράξεις με το ίδιο υγειονομικό αποτέλεσμα (Κυριόπουλος, Νιάκας 1994).

Είδη οικονομικών αξιολογήσεων:

1. Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους
2. Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας
3. Ανάλυση κόστους-οφέλους
4. Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας

Οι τέσσερις αυτές βασικές μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης και λήψης αποφάσεων έχουν κοινό παρονομαστή το κόστος, το οποίο υπολογίζεται με παρόμοιους τρόπους. Η ειδοποίησή τους διαφορά έγκειται στον «αριθμητή» τους και συγκεκριμένα στον προσδιορισμό και την μέτρηση εννοιών όπως η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα.

1. Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους

Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του κόστους μιας ιατρικής παρέμβασης. Απαντά κυρίως στο ερώτημα «πόσο κοστίζει», αλλά κυρίως πόσο κοστίζει σε σχέση με μία άλλη ή άλλες επιλογές. Το ζητούμενο είναι η εύρεση της πλέον οικονομικής επιλογής.

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους παρουσιάζει κινδύνους υποβάθμισης της ποιότητας. Για παράδειγμα μία χειρουργική τεχνική μπορεί να έχει ακριβώς την ίδια αξιοπιστία με μία άλλη, η οποία όμως δύναται να αυξήσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, το αίσθημα πόνου ή τον χρόνο αποθεραπείας.

Ένα επιπλέον πρόβλημα αυτής της μεθόδου οικονομικής ανάλυσης είναι ο προσδιορισμός και η αποτίμηση του κόστους. Ο ερευνητής οφείλει να υπολογίσει όχι

μόνο το άμεσο κόστος αλλά και τα παράπλευρα κόστη που απορρέουν από την εκάστοτε επιλογή. Επίσης, άλλα κόστη που υπολογίζονται σαν πρόσθετα ή μικρής τάξης σπουδαιότητας πρέπει να παραληφθούν προκειμένου να μην επηρεάσουν τις εκτιμήσεις της ανάλυσης. Σε κάθε περίπτωση πάντως, πρέπει πάντα να υπάρχει αιτιολογημένη αναφορά στο σκεπτικό υπολογισμό η παράλειψη ορισμένων ειδών κόστους.

Συμπερασματικά, η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες. Ως κυριότερη προβάλλει η απουσία υπολογισμού των αποτελεσμάτων της. Συνεπώς πρόκειται για μία ανάλυση που δεν αποτελεί συχνή επιλογή στο χώρο της Υγείας.

2. Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας

Η βασική διαφορά αυτής της μεθόδου ανάλυσης σε σχέση με την προηγούμενη είναι ο υπολογισμός και του αποτελέσματος σε σχέση με το κόστος της εκάστοτε επιλογής. Η ανάλυση αυτή είναι η συνηθέστερη στον χώρο της ιατρικής.

Η έκβασή της διατυπώνεται συνήθως σε όρους κόστους ανά μονάδα αποτελέσματος ή σε όρους αποτελέσματος ανά μονάδα κόστους (Drummond et al, 2002). Το αποτέλεσμα μετράται συνήθως σε κερδισμένα έτη ζωής. Με άλλα λόγια, προσπαθεί να απαντήσει το ερώτημα, ποια θεραπευτική παρέμβαση αποδίδει τα περισσότερα κερδισμένα έτη ζωής για κάθε χρηματική μονάδα που δαπανάται.

Η μονάδα μέτρησης αποτελέσματος φυσικά μπορεί να είναι κάθε τι μετρήσιμο μπορεί να προκύψει εξαιτίας μίας θεραπευτικής παρέμβασης. Έτσι εκτός από τα κερδισμένα έτη ζωής, άλλα παραδείγματα μέτρησης αποτελέσματος μπορεί να είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης μέσω θεραπείας για την υπέρταση, ο αριθμός ημερών χωρίς συμπτώματα κρίσης άσθματος, η μείωση της χοληστερόλης στο αίμα ως αποτέλεσμα θεραπευτικής παρέμβασης κλπ.

Το ζητούμενο σε αυτού του τύπου την οικονομική αξιολόγηση είναι να αποδοθεί η πραγματική διάσταση του αποτελέσματος και η σύγκριση να γίνεται στην ίδια βάση. Για παράδειγμα κερδισμένα έτη ζωής από θεραπευτική παρέμβαση για την μείωση της χοληστερόλης ή τη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο πρόβλημα στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας στο χώρο της Υγείας είναι ότι το κόστος υπολογίζεται από οικονομολόγους ενώ το αποτέλεσμα αποτιμάται κλινικά από τους ιατρούς, οι οποίοι δεν επιλέγουν κλινικές πρακτικές βάσει οικονομικών κριτηρίων. Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας δεν είναι άλλη μια μορφή ανάλυσης ελαχιστοποίησης του κόστους, αλλά η ανάλυση της επιδίωξης του μέγιστου αποτελέσματος που μπορεί να προκύψει από όσα είναι διατεθειμένη να πληρώσει η κοινωνία τη δεδομένη χρονική στιγμή (Brown et al, 2003).

3. Ανάλυση κόστους-οφέλους

Στην ανάλυση κόστους-οφέλους, τόσο κόστος όσο και το όφελος μετριούνται σε χρηματικές μονάδες. Συγκρίνονται δηλαδή τα χρήματα που δαπανώνται για μια ιατρική παρέμβαση με τα χρήματα που κερδίζονται από την εφαρμογή αυτής της παρέμβασης. Έτσι μπορούμε να ανακαλύψουμε αν υπάρχει καθαρό κοινωνικό όφελος από μία ιατρική παρέμβαση, αλλά και να την συγκρίνουμε με άλλες «ανταγωνιστικές» θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η ανάλυση αυτή είναι ευρέως διαδεδομένη στις οικονομικές αξιολογήσεις γιατί τα αποτελέσματα γίνονται περισσότερο κατανοητά λόγω της αποτύπωσής τους σε χρηματικές μονάδες. Το όφελος που προκύπτει σε χρηματικούς όρους υπολογίζεται από τις παρακάτω μεθόδους:

- Η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου, στην οποία τα αποτελέσματα που προκύπτουν μετρώνται ως ο χρόνος πλήρους υγείας που κερδίζει το άτομο από τη θεραπευτική παρέμβαση και μπορεί να τον εκμεταλλευτεί για να αποκομίσει κέρδη από τις κοινωνικές του δραστηριότητες (πχ. εργασία)
- Αντιστάθμιση υγείας-χρημάτων. Στη μέθοδο αυτή υπολογίζεται ο τρόπος που αποτιμούν τα άτομα την εργασία σε σχέση με τον κίνδυνο που προκύπτει για τη ζωή τους (πχ. καθορισμός ημερομισθίου βάσει της επικινδυνότητας της εργασίας)
- Ενδεχόμενη αποτίμηση υποθετικών σεναρίων. Με τη μέθοδο αυτή υπολογίζεται η καταναλωτική ζήτηση κοινωνικών αγαθών. Αφορά σε

υποθετικά σενάρια με υπαρκτό ενδεχόμενο εμφάνισης οφέλους σε περίπτωση ανάληψής τους.

Συμπερασματικά, η ανάλυση κόστους-οφέλους μπορεί να εφαρμοστεί σε έρευνες με μεγάλο μέγεθος δείγματος. Το δυνατό της σημείο είναι η ικανότητά της να ερμηνεύει ιατρικά θέματα ως επιλογές της αγοράς (Gerten, 2004). Το όφελος, αν και είναι μάλλον αδύνατο να δοθεί «τιμή» στην ανθρώπινη ζωή, μπορεί να μετρηθεί σε οικονομικές μονάδες. Μεγάλο της μειονέκτημα είναι ο ίδιος ο «κυνισμός» της και φυσικά η εξομοίωση ατόμων και καταστάσεων προκειμένου να εκφραστούν ως οικονομικές μεταβλητές

4. Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας

Η ανάλυση κόστους χρησιμότητας επιχειρεί να εντάξει ποιοτικά κριτήρια αλλά και τις προτιμήσεις των ατόμων στην έρευνα. Η ανάλυση αυτή μετρά με ποσοτικά κριτήρια όπως η θνησιμότητα αλλά και ποιοτικά όπως η νοσηρότητα τα αποτελέσματα μιας θεραπευτικής παρέμβασης σε μία ενιαία κλίμακα. Τα QUALYs είναι η κλίμακα μέτρησης των ποιοτικά σταθμισμένων ετών που κερδίζονται. Συνδυάζουν δηλαδή αριθμός ετών και επίπεδο ποιότητας ζωής.

Η συνηθέστερη μονάδα μέτρησης των αποτελεσμάτων της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας είναι τα \$/QUALY. Όσο εύκολο όμως είναι να μετρηθεί η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης σε έτη, τόσο δύσκολο είναι να τεθούν τα κατάλληλα κριτήρια προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός βελτίωσής της.

Η κρισιμότερη απόφαση σε μία τέτοια ανάλυση είναι ο ορισμός της χρησιμότητας. Θα μπορούσε να περιγραφεί ως έννοια ταυτόσημη με την προτίμηση. Ως μία κατάσταση υγείας, ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής που θα ήθελε το άτομο να βρεθεί. Ο ορισμός και η τιμή της χρησιμότητας αναμφισβήτητα ποικίλει μεταξύ κοινωνιών, ιατρών και ασθενών.

Κατά τον Υφαντόπουλο (Οικονομικά της Υγείας, 2003) οι προτιμήσεις των ατόμων χαρακτηρίζονται από μεταβατικότητα, ανεξαρτησία και συνέχεια.

Οι παρακάτω μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί με σκοπό τον προσδιορισμό της χρησιμότητας:

- Κλίμακα κατάταξης. Πρόκειται για μέθοδο βασισμένη στην κλίμακα Likert, στην οποία ζητείται από το άτομο να κατατάξει διαφορετικές εκβάσεις υγείας σε μια ενιαία κλίμακα.
- Κατάσταση ρίσκου. Το άτομο έρχεται αντιμέτωπο μεταξύ δύο επιλογών, την επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης με ενδεχόμενο το θάνατο ή την ίαση και η δεύτερη μια βέβαιη χρόνια κατάσταση υγείας.
- Μέθοδος παιγνίων. Στη μέθοδο αυτή εξετάζεται το ποσοστό κινδύνου και ρίσκου που διατίθεται να αναλάβει το άτομο προκειμένου να βρεθεί σε κατάσταση απόλυτης υγείας.
- Χρονικό αντιστάθμισμα. Σε αυτή τη μέθοδο εξετάζεται το χρονικό διάστημα που θα ήταν διατεθειμένο να θυσιάσει το άτομο από την παρούσα κατάσταση υγείας προκειμένου να βρεθεί σε κατάσταση απόλυτης υγείας.

1.6 QUALYs και DALYs

Οι παραπάνω αναλύσεις αποτελούν εργαλεία παρέμβασης για τη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Η ποσοτικοποίηση των μεταβλητών ζωής και ευημερίας εκφράζονται ευρέως διεθνώς από τη δεκαετία του '90 με τους όρους QUALYs (QUALITY-ADJUSTED LIFE YEARS), δηλαδή «ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής» και DALYs (DISABILITY-ADJUSTED LIFE YEARS) δηλαδή «έτη ζωής χωρίς αναπηρία».

Το QALY είναι το αριθμητικό προϊόν του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με κάποιο μέτρο για την ποιότητα των ετών που απομένουν. Ο υπολογισμός του είναι σχετικά απλός: ο χρόνος που πιθανώς θα περάσει ένα άτομο σε μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας σταθμίζεται από κάποιο σκορ χρησιμότητας που έχει προέλθει από πρότυπες αξιολογήσεις. Σε τέτοια συστήματα αξιολόγησης, το «1» αντιστοιχεί στην πλήρη υγεία και το «0» στο θάνατο. Καθώς συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας χαρακτηρίζονται από σοβαρή αναπηρία και πόνο, θεωρούνται χειρότερες από το θάνατο και λαμβάνουν αρνητικές τιμές.

Εάν μια παρέμβαση προσέφερε πλήρη υγεία για έναν επιπλέον χρόνο, θα παρήγαγε 1 QALY. Ομοίως, μια παρέμβαση που θα προσέφερε δύο επιπλέον χρόνια ζωής σε μια κατάσταση υγείας με τιμή χρησιμότητας 0,5, θα ήταν επίσης ίση με 1 QALY. Το

αποτέλεσμα αυτό σχετίζεται με το κόστος, το λεγόμενο κόστος ανά QALY. Για παράδειγμα, εάν μια νέα θεραπεία έδινε 0,5 QALY και το κόστος της ανά ασθενή ήταν 5000, τότε το κόστος ανά QALY θα ήταν 10000 (δηλ. $5000/0,5$).

Το έτερο εργαλείο μέτρησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι τα DALYs τα οποία αθροίζουν τα χρόνια που χάνονται (YLL, Years of Life Lost) εξαιτίας πρόωμης θνησιμότητας και τα χρόνια που ζει κανείς με αναπηρία ή νόσο (YLD, Years Lived in Disability/Disease).

Τα YLL υπολογίζονται ως ο αριθμός των θανάτων σε κάθε ηλικία, πολλαπλασιασμένων με το προσδόκιμο ζωής για κάθε ηλικία. Τα YLD αντιπροσωπεύουν τον αριθμό των περιστατικών με νόσο/αναπηρία σε μια περίοδο, πολλαπλασιασμένων με τη μέση διάρκεια της νόσου/αναπηρίας και σταθμισμένων από ένα παράγοντα ανικανότητας. Για παράδειγμα, μια γυναίκα με πρότυπο προσδόκιμο ζωής τα 82,5 έτη, η οποία πεθαίνει στα 50 έτη, έχει 32,5 YLL. Εάν επιπλέον τυφλωνόταν σε ηλικία 45 ετών, θα είχε 5 επιπλέον έτη σε μια κατάσταση αναπηρίας που αντιστοιχεί σε σταθμικό παράγοντα 0,33, οπότε θα είχε $0,33 * 5 = 1,65$ YLD. Συνολικά, αυτό θα σήμαινε 34,15 DALYs.

Για τα DALYs η κλίμακα που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την κατάσταση της υγείας αναστρέφεται σε μια κλίμακα «σοβαρότητας της νόσου», όπου το «0» σημαίνει πλήρη υγεία και το «1» σημαίνει θάνατο. Οι σταθμικοί δείκτες είναι προσαρμοσμένοι ηλικιακά, ώστε να αντανακλούν την κοινωνική προτίμηση για τα χρόνια ζωής ενός νεαρού ενήλικα (σε σχέση με ένα μεγαλύτερο σε ηλικία ενήλικα ή ένα μικρό παιδί). Επιπλέον, εκπίπτουν με το χρόνο, ευνοώντας τα άμεσα οφέλη για την υγεία έναντι των μακροχρόνιων.

Τα QALYs και DALYs δεν είναι συμπληρωματικά, και είναι σημαντικό να γίνονται κατανοητές οι διαφορές μεταξύ τους. Οι δύο αυτές μετρήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικά αποτελέσματα, ανάλογα με την ηλικία έναρξης και τη διάρκεια μιας νόσου, καθώς και με το εάν η ηλικία και η ανικανότητα σταθμίζονται.

Συμπερασματικά, τα QALYs και DALYs είναι εργαλεία, τα οποία, παρέχοντας μια μόνο μέτρηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης και θεραπείας. Η εφαρμογή τους στον τομέα της Δημόσιας Υγείας επιτρέπει στους φορείς χάραξης

πολιτικής να πάρουν εμπειριστατωμένες αποφάσεις και τις χώρες να διαλέξουν ζωτικής σημασίας, αποδοτικές λύσεις για την υγεία.

1.7 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αγαθού «φροντίδα υγείας» και οι κίνδυνοι που απορρέουν κατά την παροχή του

Η «φροντίδα υγείας» όπως αναλύθηκε αρκετά παραπάνω εκτός από ένα πολύτιμο αγαθό, είναι ένα προϊόν, εμπορεύσιμο, αντικείμενο μελέτης επιστημόνων πολλών ειδικοτήτων πέρα των επιστημόνων της υγείας και διέπεται από τους νόμους της αγοράς. Η ομοιότητα του με τα υπόλοιπα αγαθά έγκειται στο γεγονός ότι εξαρτάται από το εισόδημα και το κόστος. Η μεγάλη διαφορά του, όμως βρίσκεται στην ασυμμετρία πληροφόρησης και στην αβεβαιότητα που το χαρακτηρίζουν.

Στην πλειονότητα των αγαθών, υπάρχει η κυριαρχία του καταναλωτή. Δηλαδή, ο καταναλωτής έχει σαφή εικόνα της ποιότητας του προϊόντος που πρόκειται να αγοράσει, να βιώσει την εμπειρία χρήσης του και να αποφασίσει ο ίδιος στο μέλλον για την επανάληψη ή όχι της αγοράς του.

Στην υγεία η κυριαρχία αυτή ανατρέπεται. Ο γιατρός αναλαμβάνει να λειτουργήσει ως εκπρόσωπος του ασθενούς και να επιλέξει αυτός την κατάλληλη θεραπεία. Ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα ακόμη και εκ του αποτελέσματος να κρίνει την επιλογή της «αγοράς», καθώς η πληροφόρηση ή αλλιώς η γνώση του είναι σε μη συμβατό επίπεδο με τη γνώση του θεράποντος ιατρού του.

Η «ασυμμετρία πληροφόρησης» μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι το καθοριστικό στοιχείο της σχέσης τους. Ο ασθενής παύει να λειτουργεί σαν κυρίαρχος καταναλωτής και εμπιστεύεται το γιατρό σε καθεστώς μάλιστα, τις περισσότερες φορές, άκριτης μακροχρόνιας εμπιστοσύνης.

1.7.1 Κατάχρηση και προκλητή ζήτηση

Η ασυμμετρία πληροφόρησης είναι το πρώτο βήμα που καθορίζει τη σχέση του ασθενούς με το γιατρό του. Το επόμενο βήμα είναι ο τρόπος με τον οποίο θα επιλέξει να λειτουργήσει ο γιατρός ως εκπρόσωπος τους ασθενούς. Θα επιλέξει την οικονομικότερη για τον ασθενή θεραπεία, την καλύτερη αλλά κατά πολύ ακριβότερη από αυτή που μπορεί να αντέξει ο ασθενής, ή μια κάποια θεραπεία ακόμη κι αν δε χρειάζεται?

Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα θέτει και τα όρια μεταξύ αμυντικής ιατρικής και προκλητής ζήτησης. Η εμπειρική επαλήθευση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης είναι εξαιρετικά δύσκολη. Τα συστήματα αμοιβής κατά πράξη δίνουν, πάντως «κίνητρο» στους γιατρούς να επιλέξουν την παροχή θεραπειών μεγαλύτερης ποσότητας και υψηλότερου κόστους.

Ο ηθικός κίνδυνος, ο οποίος ορίζεται παρακάτω, σε συνδυασμό με την προκλητή ζήτηση επιτείνουν το πρόβλημα σε συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης. Η πρόκληση των ελεγκτικών μηχανισμών και των «εργαλείων» που αναπτύσσουν είναι η άμβλυνση αυτών των ζητημάτων.

1.7.2 Αβεβαιότητα και ασφάλιση

Η αβεβαιότητα στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι μεγάλη. Οι καταναλωτές δεν είναι σε θέση να προγραμματίσουν μελλοντικές δαπάνες ούτε χρονικά ούτε να τις κοστολογήσουν. Οι υπηρεσίες υγείας είναι ορισμένες φορές τόσο δαπανηρές που καθίστανται ως «ο πρώτος κίνδυνος οικογενειακών χρεοκοπιών στο δυτικό κόσμο τον 21^ο αιώνα»(Βοζίκης, 2010).

Την κάλυψη αυτής της αβεβαιότητας παρέχει ο μηχανισμός της «ασφάλισης». Η αποτελεσματική λειτουργία της ασφάλισης επιβάλλει τα ασφάλιστρα να είναι ανάλογα με (α) την πιθανότητα του κινδύνου και (β) το μέγεθος της ζημιάς έναντι των οποίων παρέχεται η ασφάλιση.

$$\pi_i = (1 + \alpha) p_i L$$

(π_i είναι το ασφάλιστρο που αντιστοιχεί στο άτομο i)

α είναι το ποσοστό προσαύξησης που αναλογεί στις διοικητικές δαπάνες και τα ανταγωνιστικά κέρδη της ασφαλιστικής εταιρείας

p_i είναι η πιθανότητα το άτομο i να ζητήσει αποζημίωση για

καλυπτόμενα έξοδα περίθαλψης

L είναι το αναμενόμενο ύψος της αποζημίωσης για καλυπτόμενα

έξοδα περίθαλψης).

Η ασφάλιση υγείας είναι εφικτή, άλλωστε ήδη υφίσταται. Το πρόβλημα είναι ότι η δυνατότητά της να προσφέρει λύσεις περιορίζεται από δύο ειδικά φαινόμενα:

- του *ηθικού κινδύνου*, δηλαδή της υπερκατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών εξαιτίας της ασφαλιστικής κάλυψης. Πιο αναλυτικά, πρόκειται για το φαινόμενο της ιδιαίτερα συχνής χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους, εξαιτίας της κάλυψής τους. Οι γιατροί πάλι, λόγω αυτής της κάλυψης των ασθενών-πελατών τους αυξάνουν «συνωμοτικά» τόσο τη συχνότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Έτσι προκαλείται ένα σπινάλι ανατιμήσεων στην αγορά που οδηγεί στην συνεπακόλουθη αύξηση των ασφαλιστρών.
- και της *δυσμενούς επιλογής*, η οποία προκαλείται από την αδυναμία των ασφαλιστικών εταιρειών να ξεχωρίσουν τα άτομα σε άτομα υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Κάθε άτομο δηλαδή, δεν έχει την ίδια πιθανότητα να νοσήσει με ένα άλλο άτομο. Γενετικοί, κοινωνικοί, σωματικοί και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν το βαθμό κινδύνου. Εξαιτίας της δυσκολίας αυτής, οι ασφαλιστικές εταιρείες κοστολογούν με βάση το μέσο κίνδυνο, θέτοντας ένα ενιαίο ασφάλιστρο. Το πρόβλημα συνίσταται στο ότι ορισμένα άτομα χαμηλού κινδύνου πιθανώς θα αποσυρθούν, θεωρώντας ότι με αυτό το ύψος ασφαλιστρών η ασφάλιση υγείας τους είναι πλέον ασύμφορη. Η απόφασή τους να αποσυρθούν έχει αλυσιδωτές αντιδράσεις: η αναλογία των ατόμων υψηλού κινδύνου θα αυξηθεί, συνεπώς και η μέση δαπάνη για αποζημιώσεις, άρα θα

αυξηθεί και το ενιαίο ασφάλιστρο. Περισσότερα άτομα χαμηλού κινδύνου είναι πιθανό να αποσυρθούν κ.ο.κ. Ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της δυσμενούς επιλογής στο σύστημα αγοράς είναι η μεροληπτική επιλογή δηλ. η προσπάθεια των ασφαλιστικών εταιρειών να διαπιστώσουν με διάφορους τρόπους τον ατομικό κίνδυνο κάθε ασφαλισμένου.

1.8 Ανακεφαλαίωση

Στο Α' Μέρος της εργασίας επιχειρήθηκε να γίνει μια θεωρητική προσέγγιση βασικών εννοιών της επιστήμης των Οικονομικών Υγείας και να τεθούν οι υποδοχές πάνω στους οποίους θα εδραιωθεί το επόμενο τμήμα της εργασίας.

Αρχικά έγινε μία περιληπτική ανασκόπηση στην λειτουργία του ΕΣΥ και τον τρόπο που αυτό μετεξελίχθηκε στην πορεία. Παρουσιάστηκαν επίσης, τα σημεία εκσυγχρονισμού του και η προσπάθεια προσαρμογής του στην νέα οικονομική πραγματικότητα, αλλά και επίτευξης βελτιωμένης ποιότητας υπηρεσιών.

Στη συνέχεια, έγινε η προσπάθεια ορισμού της έννοιας της ποιότητας της παροχής υγείας ως αγαθό, προσεγγίζοντας την τόσο από την πλευρά του ασθενούς, ο οποίος ζητά διαρκώς να αυξάνει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που λαμβάνει αλλά και ως προϊόν. Ως τέτοιο, χρήζει μελέτης και ιεράρχησης αναγκών.

Τέθηκαν κριτήρια και παρουσιάστηκαν μοντέλα σύγκρισης του κόστους με το όφελος, την χρησιμότητα ή την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης. Τέλος περιγράφηκαν οι αλυσιδωτές αντιδράσεις από την διάθεση του αγαθού της υγείας σε συστήματα μη πλήρους και δωρεάν παροχής υγείας, στα οποία ο ασθενής-καταναλωτής του προϊόντος της υγείας χάνει την κυριαρχία του.

Οι δυνατότητες προστασίας του θα επιχειρηθεί να παρουσιαστούν στο επόμενο μέρος της εργασίας. Η μετάβαση από το καθεστώς της διοικητικής διακυβέρνησης, στο νέο, της κλινικής είναι το επόμενο βήμα προάσπισης της υγείας του ασθενούς αλλά και εξορθολογισμού της διάθεσης των πόρων.

Κεφάλαιο 2^ο

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΥΛΩΝΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΠΛΑΙΣΙΩΝΟΥΝ

2.1 Εισαγωγή

Η κλινική διακυβέρνηση (clinical governance), το φάσμα δηλαδή των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα υγείας, με όρους αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών και αποδοτικής χρήσης των πόρων, αποτελεί το κέντρο της εθνικής πολιτικής υγείας στις χώρες του δυτικού κόσμου. Κύρια στοιχεία αυτής της παρέμβασης αποτελούν τα θεραπευτικά-κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες, ο κλινικός έλεγχος (Clinical Audit), η κλινική αποτελεσματικότητα και τεκμηριωμένη ιατρική φροντίδα (Evidence-based Medicine), η εφαρμογή προτύπων διασφάλισης της ποιότητας (Quality Assurance), η παρακολούθηση και διαχείριση ιατρικών λαθών και η υιοθέτηση δεικτών ποιότητας και αξιολόγησης της απόδοσης του κλινικού έργου, στο πλαίσιο μιας ηλεκτρονικής κλινικής διαχείρισης.

Το δεύτερο αυτό μέρος της εργασίας χωρίζεται σε δύο μεγάλες θεματικές ενότητες, την κλινική διακυβέρνηση και τον κλινικό έλεγχο στις υπηρεσίες υγείας. Ο δεύτερος αποτελεί πυλώνα της πρώτης αλλά και ένα νέο τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Η προσφορά του ιατρού μετατρέπεται από άμεση, σε έμμεση αφού μέσω του κλινικού ελέγχου η προσφορά του ιατρού στον ασθενή σχετίζεται με την προστασία του από κακές πρακτικές και την προκλητή ζήτηση.

Για το λόγο αυτό ο πυλώνας του κλινικού ελέγχου θα παρουσιαστεί, αναλυτικότερα από τους άλλους πυλώνες της κλινικής διακυβέρνησης. Αρχικά θα γίνει αναφορά στη μεθοδολογία εφαρμογής του σε θεωρητικό επίπεδο και στη συνέχεια θα περιγραφεί η μορφή με την οποία εφαρμόζεται στην Ελλάδα.

2.2 Η κλινική διακυβέρνηση στις υπηρεσίες υγείας.

Η κλινική διακυβέρνηση είναι μία σύγχρονη συστηματική προσέγγιση για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε ένα σύστημα

υγείας. Η έννοιά της παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με την εταιρική διακυβέρνηση. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν ως κοινό πυρήνα την προσπάθεια ελέγχου και βελτίωσης των δομών, των συστημάτων και των λειτουργιών που εξασφαλίζουν την ποιότητα.

Ο ευρύτερα γνωστός ορισμός της κλινικής διακυβέρνησης είναι ο ορισμός των Scally και Donaldson, ότι είναι:

«ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί υγείας στο εθνικό σύστημα υγείας είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών τους και τη διασφάλιση υψηλών σταθερών φροντίδας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο η αριστεία στην κλινική φροντίδα μπορεί να ακμάσει και να αναπτυχθεί».

Ο ορισμός περιλαμβάνει τις τρεις σημαντικές συνιστώσες-στόχους της κλινικής διακυβέρνησης, την «εμμονή» στη βελτίωση της ποιότητας, τη διασφάλιση των υψηλών κεκτημένων επιπέδων φροντίδας και μία σταθερή δυναμική προόδου.

2.2.1 Ιστορικό πλαίσιο ανάπτυξης της κλινικής διακυβέρνησης

Το 1990 στο Bristol στην Αγγλία αποκαλύφθηκε από τον νεοπροσληφθέντα αναισθησιολόγο στο νοσοκομείο Bristol Royal Infirmary, Stephen Bolsin ένα γεγονός γνωστό ως «Bristol heart scandal». Ο Bolsin διαπίστωσε σε σύντομο χρονικό διάστημα ότι στο νοσοκομείο που εργαζόταν πολλά μωρά πέθαιναν κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων καρδιάς. Στα επόμενα χρόνια εργάστηκε προς την κατεύθυνση της επιβεβαίωσης της υποψίας του (ότι δηλαδή υπήρχαν αυξημένα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας στο νοσοκομείο), αλλά και στην κατεύθυνση της μείωσης του ποσοστού θνησιμότητας.

Από την προσπάθειά του αυτή, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν από το 30% στο 5% μέσα στο διάστημα των 6 αυτών ετών. Από το 1989 ως το 1995 με πληθώρα ενεργειών και δημοσιεύσεων σχετικά με τα αποτελέσματα των ερευνών του οδήγησαν στην αφύπνιση των βρετανικών αρχών και τον εντοπισμό τόσο του προβλήματος αλλά και της νέας οδού προσέγγισης και επίλυσης των προβλημάτων του συστήματος υγείας.

Τα κύρια σημεία παθογένειας που εντοπίστηκαν ήταν η ελλείψεις σε προσωπικό, η έλλειψη ηγεσίας, η τάση συναδελφικής συγκάλυψης των ιατρών με έλλειψη επιστημονικής επάρκειας κλπ.

Από το 2000 θεσμοθετήθηκε στο βρετανικό σύστημα υγείας επιτροπή για τη βελτίωση της υγείας με στόχο την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Μέχρι τότε ο νόμος υποχρέωνε τις διοικήσεις των νοσοκομείων να ασκούν χρηστή διαχείριση με έλεγχο μόνο για τη διασφάλιση της ορθής οικονομικής διαχείρισης. Με την μετάβαση στη «κλινική διακυβέρνηση» εξισώθηκε η νομική ευθύνη της χρηστής οικονομικής διαχείρισης με την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

2.2.2 Τα στοιχεία της κλινικής διακυβέρνησης

Όπως προαναφέρθηκε η κλινική διακυβέρνηση είναι ένας νέος, ισχυρός και ολοκληρωμένος μηχανισμός για τη διασφάλιση της εφαρμογής υψηλών προτύπων κλινικής φροντίδας σε όλες ανεξαρτήτως τις δομές του συστήματος υγείας και η προσπάθεια συνεχούς βελτίωσής τους.

Τα στοιχεία που τη συνθέτουν είναι τα εξής:

- Η εκπαίδευση
- Ο κλινικός έλεγχος
- Η κλινική αποτελεσματικότητα
- Η διαχείριση του κινδύνου
- Η έρευνα και η ανάπτυξη

Εικόνα 2.1 Πυλώνες κλινικής διακυβέρνησης



Πηγή: Wikipedia

Το νέο σχήμα διοίκησης που αναπτύσσεται με κέντρο την κλινική διακυβέρνηση και τις πέντε συνιστώσες που την πλαισιώνουν αναπτύσσεται ραγδαία, σε όλη την Ευρώπη και ως ένα βαθμό και στην Ελλάδα. Η πλήρης διάχυσή του εναπόκειται στην συνέπεια των κυβερνήσεων και στην αποδοχή από τους επαγγελματίες της υγείας.

2.2.3 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό πυλώνα της κλινικής διακυβέρνησης. Η εκπαίδευση αφορά στην παροχή βασικών τίτλων σπουδών σε υψηλό επίπεδο και δυναμικό χαρακτήρα. Η δια βίου μάθηση είναι εκ των ων ουκ άνευ στοιχείο ενός επαγγελματία του χώρου της υγείας, εξαιτίας της ταχύτατης προόδου των επιστημών υγείας. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας απαιτούν και ενθαρρύνουν τη συνεχιζόμενη κατάρτιση.

Επιδότηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων για επιστήμονες υγείας, σεμινάρια κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού, ειδίκευσης των ιατρών στη χρήση νέων ιατρικών μεθόδων και μηχανημάτων είναι μερικά μόνο παραδείγματα ενθάρρυνσης της δια βίου μάθησης. Η υποχρέωση αυτή πρέπει να βαρύνει εξίσου τους κρατικούς προϋπολογισμούς, αλλά και τους ιδιωτικούς φορείς οι οποίοι πρέπει να μεριμνούν για την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού και των συνεργατών τους.

2.2.4 Κλινικός έλεγχος

Η δεύτερη συνιστώσα της κλινικής διακυβέρνησης είναι ο κλινικός έλεγχος. Με την διαδικασία του κλινικού ελέγχου μετράται η απόδοση, η αξιοπιστία και η τήρηση των διαδικασιών που έχει ορίσει η κλινική διακυβέρνηση. Με άλλα λόγια αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για την διαπίστωση εφαρμογής ορθών ιατρικών πρακτικών.

Ο αρχικός ρόλος του περιοριζόταν στον έλεγχο της ιατρικής πρακτικής. Στην πορεία όμως, η αντίληψη ότι την ευθύνη για την διατήρηση υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας είχαν μόνο οι γιατροί άλλαξε. Έτσι, ο ιατρικός έλεγχος, έγινε μια πιο σύνθετη διαδικασία που αφορά μεγαλύτερη μερίδα επιστημόνων της υγείας μετεξελισσόμενος σε κλινικό έλεγχο.

Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται είναι μία διαρκής κυκλική διαδικασία, στην οποία τίθεται ένα ζήτημα ελέγχου, περνά από συγκεκριμένα στάδια ελέγχου, καταλήγοντας σε συγκεκριμένα αποτελέσματα τα οποία ανατροφοδοτούν τη διαδικασία του επόμενου ελέγχου. Η εφαρμογή του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή του από τους επαγγελματίες υγείας. Δυστυχώς όμως δεν έχει την ίδια απήχηση σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης.

2.2.5 Κλινική αποτελεσματικότητα

Η κλινική αποτελεσματικότητα είναι το βήμα στο οποίο εξετάζεται η επιτυχία μίας παρέμβασης. Πληθώρα παραγόντων υπεισέρχονται σε αυτή τη φάση, όπως η καταλληλότητα της παρέμβασης και η μέτρηση του αποτελέσματος με βάση το κόστος.

Η κλινική αποτελεσματικότητα πρέπει να υπολογίζεται τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και του επαγγελματία της υγείας. Για το λόγο αυτό πλέον, στη σχέση ιατρού-ασθενούς υπεισέρχονται ομάδες άλλων επαγγελματιών. Επιδημιολόγοι, στατιστικοί, οικονομολόγοι και νομικοί επιστήμονες είναι μερικές μόνο από τις ειδικότητες που συμβάλλουν στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Κάθε ιατρική παρέμβαση εξετάζεται και ελέγχεται υπό το πρίσμα επιδημιολογικών μελετών, αναλύσεων, μετ-αναλύσεων και ανασκοπήσεων. Τα δεδομένα από τα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων ταξινομούνται και επεξεργάζονται με σκοπό τη σύνταξη ιατρικών πρωτοκόλλων. Η “evidence based” ιατρική αναπτύσσεται ταχύτατα, αντικαθιστώντας το «ιατρικό ένστικτο». Ο ιατρός τέλος καλείται όλο και συχνότερα να τεκμηριώνει τις αποφάσεις που λαμβάνει κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

2.2.5 Η διαχείριση του κινδύνου

Η διαχείριση του κινδύνου είναι ο εντοπισμός, η αξιολόγηση και η ιεράρχηση των κινδύνων, οι οποίοι προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας. Στόχος της διαχείρισης κινδύνου είναι επίσης η εξάλειψη αυτής της αβεβαιότητας. Η ανάπτυξη προτύπων ποιότητας είναι ένα μέσο προτυποποίησης των διαδικασιών, με αποτέλεσμα την μείωση της αβεβαιότητας και συνεπώς διαχείρισης του ρίσκου.

Στο τομέα της υγείας η διαχείριση κινδύνων περιλαμβάνει την εξέταση των παρακάτω στοιχείων:

- Κίνδυνοι για τους ασθενείς: Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων για τους ασθενείς επιτυγχάνεται μέσω της συμμόρφωσης των επιστημόνων υγείας με τα ισχύοντα πρωτόκολλα και διαδικασίες.
- Κίνδυνοι για τους επαγγελματίες: Η έκθεση ενός ιατρού σε μολυσματικό παράγοντα αποτελεί παράδειγμα κινδύνου για τους επαγγελματίες. Ο εμβολιασμός του προσωπικού θα μπορούσε να αποτελεί διαδικασία διαχείρισης ρίσκου σε αυτή την περίπτωση.
- Κίνδυνοι για την οργάνισμο: Η κακή ποιότητα είναι απειλή για κάθε οργανισμό. Κάθε οργανισμός, είτε πρόκειται για νοσοκομείο είτε οποιαδήποτε άλλη δομή υγείας οφείλει να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας, από άποψη τόσο υποδομών όσο και διαμόρφωσης συγκεκριμένων πλαισίων λειτουργίας.

2.2.6 Μέθοδοι διαχείρισης κινδύνου

Η διαχείριση του κινδύνου γίνεται μέσω συγκεκριμένων μεθόδων, με στόχο κάθε οργανισμός να φτάσει σε ένα συγκεκριμένο υψηλό επίπεδο, το οποίο έχει θέσει ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO). Σε γενικές γραμμές, η διαχείριση κινδύνου πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των διαδικασιών του οργανισμού και να αποτελεί μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Ο ανθρώπινος παράγοντας πρέπει πάντα να σταθμίζεται, να λειτουργεί υπό καθεστώς διαφάνειας, χωρίς αποκλεισμούς, με διαρκή ανατροφοδότηση.

Τα βήματα που πρέπει να ακολουθούνται είναι τα παρακάτω:

- Εντοπισμός των απειλών-κινδύνων
- Αξιολόγηση των κλυδωνισμών του συστήματος από τους συγκεκριμένους κινδύνους
- Τον προσδιορισμό με σαφήνεια του κινδύνου
- Την εξεύρεση τρόπων για τη μείωση του κινδύνου
- Χάραξη συγκεκριμένης στρατηγικής για τη μείωση της έκθεσης στον ίδιο κίνδυνο στο μέλλον

2.2.7 Έρευνα και ανάπτυξη

Η έρευνα και ανάπτυξη αποτελεί τον πέμπτο πυλώνα της κλινικής διακυβέρνησης. Κάθε οργανισμός που επιθυμεί να παραμένει σύγχρονος, πρέπει να παρακολουθεί και να διαμορφώνει τις εξελίξεις στο χώρο που δραστηριοποιείται. Η έρευνα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος αυτής της επιθυμίας.

Η σύνταξη και επικαιροποίηση διαδικασιών, προτύπων ποιότητας και κλινικών πρωτοκόλλων βρίσκονται στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων των τμημάτων έρευνας και ανάπτυξης των οργανισμών υγείας. Το κρίσιμο σημείο για την ορθή λειτουργία αυτού του πυλώνα είναι ο χρόνος. Ο άμεσος εντοπισμός και παραγωγή λύσεων αλλά και η κατά το δυνατόν εισαγωγής τους, με ασφάλεια, ως διαδικασίες στον οργανισμό υγείας έχουν άμεσα αντίκτυπο στην επιτυχή λειτουργία και πρόοδο του οργανισμού.

Συνοψίζοντας, η κλινική διακυβέρνηση είναι η μετάβαση από την διοικητική διακυβέρνηση σε μία νέα περισσότερο συμμετοχική. Για να λειτουργήσει καλά, απαιτείται συστηματική προσέγγιση και αποδοχή από τους επαγγελματίες της υγείας. Οι πυλώνες που την απαρτίζουν είναι εξίσου σημαντικοί για την λειτουργία της και την ενίσχυσή της. Δυστυχώς στις περισσότερες χώρες που επιδιώκουν αυτή τη μετάβαση, δίνεται ετεροβαρής σημασία στους πυλώνες που την απαρτίζουν.

2.2.8 Κλινικά πρωτόκολλα

Τα κλινικά πρωτόκολλα αποτελούν σύνολα προτάσεων που βοηθούν τους γιατρούς αλλά και τους ασθενείς στη λήψη βέλτιστων αποφάσεων σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η σύνταξη πρωτοκόλλων διεθνώς αναγνωρισμένων είναι μια καινοτόμα διαδικασία. Δυστυχώς η εφαρμογή τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένη σε πολλές χώρες, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας.

Η πρώτη εμφάνιση τους έγινε στη δεκαετία του 90 στις ΗΠΑ, με σκοπό την προτυποποίηση των διαδικασιών ώστε οι γιατροί να κινούνται βάσει καθορισμένου τρόπου ανά ασθένεια. Η συστηματοποίηση και η ένταξη της ιατρικής επιστήμης σε άξονες έκτοτε είναι ραγδαία. Η κωδικοποίηση των παθήσεων (icd-10) είναι ακόμη μία έκφανση αυτής τη προσπάθειας.

Τα οφέλη από αυτή τη συστηματοποίηση είναι προφανή τόσο για το γιατρό, όσο και για τον ασθενή. Οι γιατροί πλέον μπορούν να έχουν πιο ολοκληρωμένη εικόνα συντείνοντας έτσι στην επιλογή καταλληλότερης κλινικής απόφασης. Επιπλέον, αποτελούν ακόμη και νομικό επιχείρημα όταν απαιτείται να τεκμηριωθεί σε δικαστικό επίπεδο μια θεραπευτική επιλογή, έχοντας έρεισμα σε κάποιο έγκυρο και ευρέως αποδεκτό κλινικό πρωτόκολλο.

Φυσικά κύριος αποδέκτης της εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων είναι οι ίδιοι οι ασθενείς. Τα κλινικά πρωτόκολλα υπόκεινται στη «βάσανο» της διεθνούς επιστημονικής κριτικής. Έτσι έχοντας πλέον γίνει αποδεκτά, εφόσον τηρούνται ο ασθενής λαμβάνει επιστημονικά άριτες και σύγχρονες θεραπείες ανεξαρτήτως γεωγραφικής περιοχής ή επιλογής γιατρού (σε συνθήκες βέβαια ύπαρξης των ιατρικά αναγκαίων υποδομών).

Ένα επιπλέον όφελος των κλινικών πρωτοκόλλων για τον ασθενή είναι η άμβλυνση της ασυμμετρίας πληροφόρησης με τον γιατρό του. Τα περισσότερα πρωτόκολλα είναι δημοσιευμένα και ελεύθερα προς ανάγνωση από το ευρύ κοινό. Ο ασθενής λοιπόν έχει τη δυνατότητα να κρίνει υπό το πρίσμα της κοινής αντίληψης και να συμμετάσχει στο βαθμό που του αναλογεί στην διαδικασία απόφασης της δέουσας για τον εαυτό του θεραπείας.

Τέλος, η χρήση κλινικών πρωτοκόλλων έχει και οικονομικό όφελος. Η εξοικονόμηση πόρων για το εθνικό σύστημα υγείας γενικά και ειδικά για κάθε οργανισμό επιτυγχάνεται μέσω της βελτίωσης της σχέσης κόστους αποτελεσματικότητας τόσο σε διαγνωστικό, όσο και θεραπευτικό επίπεδο.

Εκτός όμως από τα πολλά θετικά ελλοχεύουν και ορισμένοι κίνδυνοι από την πιστή χρήση ιατρικών πρωτοκόλλων. Τα πρωτόκολλα δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως θέσφατα. Ο γιατρός δεν είναι δυνατόν να αντικατασταθεί από έναν «οδηγό θεραπείας ανά πάθηση». Κάθε άνθρωπος είναι ένας ξεχωριστός οργανισμός που χρήζει εξατομικευμένης θεραπείας.

Ο γιατρός είναι ο υπεύθυνος επιλογής θεραπείας, κατά κρίση και συνείδηση. Τα πρωτόκολλα αποτελούν «εργαλεία» με την πληθώρα των πλεονεκτημάτων που αναφέρθηκαν, αλλά και με τα ενδεχόμενα αρνητικά τους. Η αξιολόγηση των κλινικών πρωτοκόλλων εναπόκειται στους γιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, στο ίδιο το σύστημα υγείας και σε τελικό βαθμό από τους ασθενείς.

Οι λόγοι για τους οποίους δεν έχουν υιοθετηθεί επαρκώς τα κλινικά πρωτόκολλα στην Ελλάδα συνοψίζονται παρακάτω:

- Η άρνηση των γιατρών να τα ακολουθήσουν. Μία έστω μικρή διαφωνία με την ερμηνεία των μελετών που στοιχειοθετούν το πρωτόκολλο, ή αλλιώς η διφορούμενη ερμηνεία στην τεκμηρίωση ενός πρωτοκόλλου προκαλεί την κατά το δοκούν εφαρμογή του. Άλλωστε όλοι οι γιατροί δεν είναι βέβαιο ότι έχουν την διάθεση αλλά και την ικανότητα να μένουν ενήμεροι για τις εξελίξεις στον τομέα τους, καλλιεργώντας την κρίση τους.
- Προβλήματα στις υποδομές. Τα κλινικά πρωτόκολλα σπανίως μπορούν να εφαρμοστούν επακριβώς από την πρωτοβάθμιο ως ένα τριτοβάθμιο κέντρο υγείας. Δεν υπάρχει δηλαδή, πρόβλεψη εφαρμογής πρωτοκόλλων ανά μονάδα που τα εφαρμόζει.
- Προστιθέμενο κόστος από την εφαρμογή τους. Υπάρχει η εσφαλμένη αντίληψη ότι η χρήση πρωτοκόλλων συνεπάγεται χρήση υπηρεσιών υψηλότερου κόστους, ενώ αντίθετα η εμμονή σε αναχρονιστικές, παγιωμένες θεραπείες δύναται να είναι και ακριβότερη και λιγότερο αποτελεσματική.
- Ο φόβος των ασθενών. Η εφαρμογή ιατρικού πρωτοκόλλου ηχεί σε ορισμένους ασθενείς σαν την προσπάθεια εφαρμογής θεραπειών και τεχνικών μη ενδεδειγμένων, υψηλού ρίσκου. Αντίληψη δηλαδή, εκ διαμέτρου αντίθετη από τον σκοπό τη ύπαρξης των πρωτοκόλλων.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η διεύθυνση των πρωτοκόλλων παραμένει ακόμη στην Ελλάδα σε εμβρυικά επίπεδα.

2.2.9 Κλινικός έλεγχος -Ιστορικά στοιχεία

Ο κλινικός έλεγχος είναι ένα «συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας». Για την επίτευξη αυτού του εγχειρήματος χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί ένα καίριο στοιχείο του μοντέλου διαχείρισης που αναπτύχθηκε στη Βρετανία ως «κλινική διακυβέρνηση». Ο κλινικός έλεγχος είναι μια αδιάκοπη «κυκλική» διαδικασία πέντε βημάτων:

- Σχεδιασμός ελέγχου
- Ορισμός κριτηρίων
- Μέτρηση απόδοσης
- Επιλογή βελτιώσεων
- Διατήρησης βελτιώσεων

Η κυκλική αυτή διαδικασία που θα αναλυθεί εκτενώς παρακάτω ολοκληρώνεται και ξεκινά εκ νέου με το πέρας του πέμπτου σταδίου.

Εικόνα 2.2 Κύκλος κλινικού ελέγχου (audit cycle)



Πηγή: www.hse.ie

Ο κλινικός έλεγχος σε μία πρωτόλεια μορφή γεννήθηκε κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου (1853-1855). Η εφημερίδα TIMES επέκρινε τις βρετανικές αρχές, παρά τη νικηφόρα έκβαση των μαχών, για τις συνθήκες που επικρατούσαν στις ιατρικές εγκαταστάσεις. Ο Βρετανός υπουργός πολέμου Sidney Herbert, όρισε την Florence Nightingale ως διαχειριστή και επιβλέπουσα των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η Nightingale κατά την ανάληψη των καθηκόντων του διαπίστωσε συγκλονιστικές υγειονομικές παραβάσεις κατά την περίθαλψη των τραυματιών. Οι τραυματίες

στρατιώτες είχαν μάλιστα επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από ασθένειες όπως η χολέρα και ο τύφος στη νοσοκομειακή μονάδα από ότι στο πεδίο της μάχης.

Οι γνώσεις της Nightingale στα μαθηματικά της επέτρεπαν να εκφράζει ποσοστιαία τόσο την παρούσα κατάσταση, όσο και τη βελτίωση λόγω των παρεμβάσεών της. Το ποσοστό θνησιμότητας κατά την ανάληψη των καθηκόντων του βρισκόταν στο 60%, αλλά μειώθηκε σε 42,7% άμεσα βελτιώνοντας τις συνθήκες υγιεινής. Ο κλινικός έλεγχος όμως, τον οποίο είχε αρχίσει ήδη αρχίσει να εφαρμόζει, είναι μια αδιάκοπη διαδικασία εντοπισμού θεμάτων παρέμβασης, επίλυσης και ανατροφοδότησης προκειμένου να επιτυγχάνεται το μέγιστο της ποιότητας. Έτσι, προχωρώντας σε παρεμβάσεις στις προμήθειες φρέσκων φρούτων και λαχανικών, αλλά και με την εξασφάλιση της παροχής πόσιμου νερού, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν στο 2,2%.

Το 1912, παρουσιάστηκε ακόμη ένας θεμελιωτής του κλινικού ελέγχου και των διαδικασιών προτυποποίησης της παροχής φροντίδας υγείας. Πρόκειται για τον Αμερικανό Ernest Codman. Ο Codman κατέστρωσε ένα σχέδιο ώστε να είναι δυνατή η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των θεραπειών των ασθενών, ώστε να αναπτυχθεί μελλοντικά μια ευρεία βάση δεδομένων με κλινικές περιπτώσεις, προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα των ασθενών. Μάλιστα θεωρούσε πως αυτή η βάση δεδομένων θα έπρεπε να είναι δημοσιευμένη, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να τη χρησιμοποιούν ως οδηγό επιλογής νοσοκομείου αλλά και γιατρού. Για να υποστηρίξει την θεωρία του μάλιστα δημοσίευσε τα αποτελέσματα από τη δική του επαγγελματική δραστηριότητα στο νοσοκομείο της Βοστώνης (A Study in Hospital Efficiency, Codman, EA Boston, Mass (1916)). Αυτό ώθησε το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών το 1918 να δημιουργήσει το Πρόγραμμα Τυποποίησης Νοσοκομείων, που παρείχε κριτήρια και πρότυπα διαπίστευσης τα οποία υιοθετήθηκαν στη συνέχεια από την Κοινή Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Νοσοκομείων στις ΗΠΑ.

Η κατανόηση της χρησιμότητας του τρόπου προσέγγισης των διαδικασιών βελτίωσης της ποιότητας, παρά τα θεαματικά αποτελέσματα που παρουσίασαν οι προηγούμενες προσωπικότητες καθυστέρησε πολύ. Μόνο μια μικρή μειοψηφία της επιστημονικής κοινότητας αγκάλιασε την διαδικασία αυτή ως μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Η μετάβαση από την ιατροκεντρική σε

μια πιο ασθενοκεντρική άρχισε να πραγματοποιείται παγκοσμίως περίπου 130 χρόνια αργότερα και συντελείται ακόμη.

2.2.10 Τα πέντε στάδια της εφαρμογής του κλινικού ελέγχου σε ένα σύστημα υγείας.

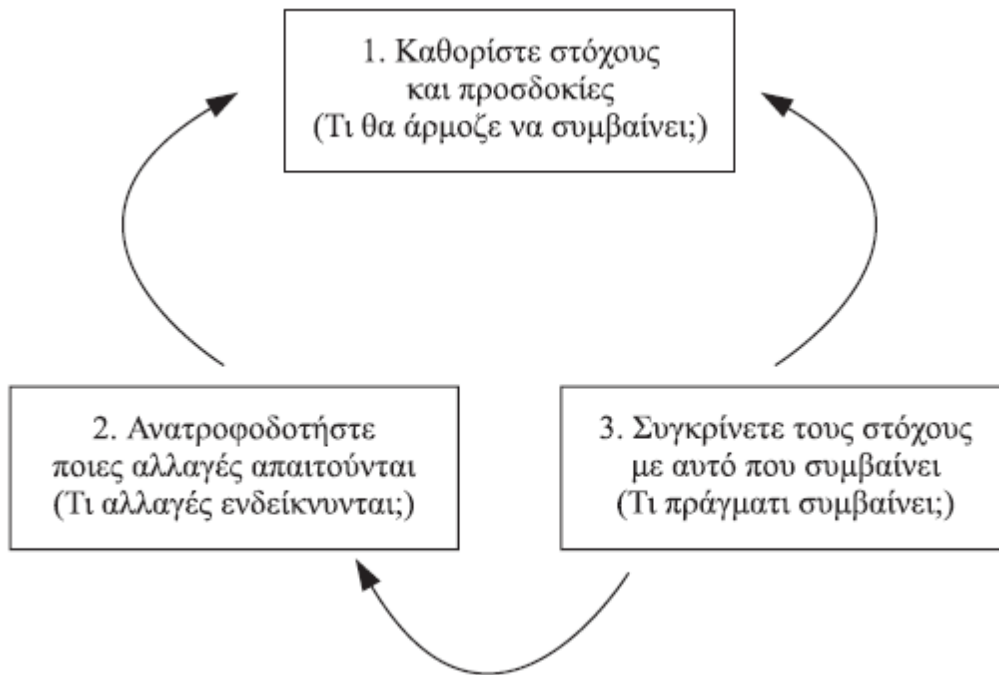
Ο κλινικός έλεγχος είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποκαλυφθεί το επίπεδο της κλινικής φροντίδας που παρέχεται, μελετώντας παράλληλα τις ευκαιρίες που ίσως υπάρχουν για βελτίωση. Η ειδοποιός διαφορά του με την έρευνα και ανάπτυξη είναι ότι αυτή ασχολείται με τρόπους βελτίωσης της παρεχόμενης ποιότητας, ενώ ο κλινικός έλεγχος εξετάζει αν η ποιότητα συναντά τα επίπεδα που έχουν τεθεί. Τα αποτελέσματά του μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως απόδειξη ότι η τρέχουσα πρακτική συναντά το αναμενόμενο επίπεδο ποιότητας.

Μια επιλογή λόγων για τους οποίους είναι χρήσιμος σε ένα σύστημα υγείας παρατίθεται παρακάτω:

- Προσφέρει έναν τρόπο για την αξιολόγηση της φροντίδας των ασθενών, να διατηρήσει τα επαγγελματικά πρότυπα και να αντιληφθεί κάθε μετέχοντας το «δέον πράττειν»
- Μέσω του κλινικού ελέγχου είναι δυνατόν να εντοπιστούν και να μετρηθούν οι περιοχές κινδύνου στο πλαίσιο των υπηρεσιών του
- Δημιουργεί κουλτούρα βελτίωσης της ποιότητας
- Η μελέτη των διαδικασιών του αποκτά εκπαιδευτικό χαρακτήρα για τους νέους επιστήμονες, ώστε να λειτουργούν βάσει των στοιχείων της ορθής πρακτικής
- Αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση
- Μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-χρησιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης

Τα στάδια του κλινικού ελέγχου είναι πέντε, με ορισμένα μεθοδολογικά βήματα κατά την εκπόνησή τους. Η ολοκλήρωση του κάθε σταδίου τροφοδοτεί το επόμενο και σηματοδοτεί την έναρξή του, ολοκληρώνοντας την κυκλική διαδικασία.

Εικόνα 2.3 Τροφοδότηση-Σύγκριση-Ανατροφοδότηση



Πηγή: Clinical Audit in Health Care; Axioms and Process of the Audit Cycle, Παρισσόπουλος 2007

Παρακάτω παρατίθεται μια συνοπτική παρουσίαση των σταδίων και των βημάτων τους τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια:

1. Σχεδιασμός του κλινικού ελέγχου
 - 1.1. Επιλογή των συμμετεχόντων
 - 1.2. Καθορισμός του θέματος ελέγχου
 - 1.3. Καθορισμός στόχων και σκοπών του ελέγχου
2. Επιλογή προτύπων και κριτηρίων
 - 2.1. Αναγνώριση προτύπων και κριτηρίων
 - 2.2. Επιλογή και ανάπτυξη κατάλληλων επιπέδων απόδοσης
 - 2.3. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού
 - 2.4. Εξαιρέσεις

3. Μέτρηση της απόδοσης

3.1. Συλλογή δεδομένων

3.2. Ανάλυση δεδομένων

3.3. Εξαγωγή συμπερασμάτων

3.4. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων

4. Πραγματοποίηση βελτιώσεων

4.1. Ανάπτυξη σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας

5. Υποστήριξη των βελτιώσεων

5.1. Παρακολούθηση του σχεδίου βελτίωσης της ποιότητας

5.2. Δείκτες απόδοσης

5.3. Διάδοση των αποτελεσμάτων

5.4. Ολοκλήρωση της διαδικασίας με την έναρξη της επανάληψης του ελέγχου

Στάδιο 1- Ο σχεδιασμός του ελέγχου

Στη διαδικασία αυτή που είναι μάλλον η πλέον καθοριστική, διότι θέτει τις βάσεις του ελέγχου διατυπώνεται το θέμα του ελέγχου, επιλέγονται τα εμπλεκόμενα μέρη και αποσαφηνίζονται οι στόχοι και ο σκοπός του ελέγχου.

Όσον αφορά στο θέμα του ελέγχου είναι σημαντικό, η επιλογή του αφορά ένα πρόβλημα του οποίου η λύση να είναι επιτεύξιμη με τις παρούσες συνθήκες και μέσα. Η εξασφάλιση της υποστήριξης των εμπλεκόμενων φορέων και γενικά όσων θα επηρεαστούν από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη. Η διασφάλιση της καλής επικοινωνίας των μερών είναι σημαντική και για την καλή απόδοση και των επόμενων σταδίων του ελέγχου.

Χρειάζεται λοιπόν, υποστήριξη από τους γιατρούς των μονάδων υγείας που θα εφαρμοστεί ο έλεγχος, έγκριση του προγράμματος από το γραφείο ποιότητας ή αν δεν

υπάρχει από διοίκηση του οργανισμού και ορισμός σαφούς χρονοδιαγράμματος έναρξης του προγράμματος και δημοσιοποίησης των στόχων.

Η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των ασθενών, των απλών εργαζομένων, ακόμη και των επισκεπτών των ασθενών, κρίνεται απαραίτητη σε ένα σύστημα υγείας που διέπεται από τις αρχές της κλινικής διακυβέρνησης. Ο έλεγχος πρέπει αν γίνεται αντιληπτός ως μια συμμετοχική διαδικασία.

Η καρδιά του ελέγχου είναι λοιπόν οι χρήστες του, αλλά όχι ως απλοί πληροφοριοδότες. Οι πληροφορίες συγκεντρώνονται από διάφορες πηγές όπως αναφορές συμβάντων, παρατήρηση και καταγραφή από ελεγκτές ιατρούς της κλινικής πράξης και φροντίδας, αλλά και από μεθόδους μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών.

Οι πιο κοινές μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών είναι η συλλογή και μελέτη των καταγγελιών και των δελτίων παραπόνων, η συνέντευξη με τους ίδιους τους χρήστες, η ανάλυση των σχολίων που αναρτώνται σε κοινωνικά fora στο διαδίκτυο, η δημιουργία ειδικών ομάδων εμπειρογνομόνων που θα επιφορτίζονται αποκλειστικά με το θέμα αυτό.

Ο Donabedian είχε προτείνει ένα σύστημα ιεράρχησης των θεμάτων που βασιζόταν στο τρίπτυχο Δομή-Διαδικασία-Αποτέλεσμα. Η δομή περιλαμβάνει τους πόρους που απαιτούνται για την περίθαλψη, τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και την τεκμηρίωση των θεραπευτικών επιλογών βάσει πρωτοκόλλων. Η διαδικασία περιλαμβάνει κάθε ενέργεια του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού και το αποτέλεσμα είναι οι εκβάσεις από την φροντίδα νοσηλείας, το επίπεδο υγείας και ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που έλαβαν.

Μερικά απλά παραδείγματα που θα μπορούσαν να αποτελέσουν θέματα κλινικού ελέγχου είναι το ενδεχόμενο έλλειμα στην παροχή φροντίδας, στο οποίο θα ερευνηθεί η ελλιπής λήψη ζωτικών σημείων, παράπονα ασθενών για υπέρογκες χρεώσεις νοσηλίων, στο οποίο θα ελεγχθούν τα τιμολόγια για υπερβολικές χρεώσεις στις χειρουργικές πράξεις ή στις εξετάσεις, σημαντικά συμβάντα στα οποία θα ερευνηθεί ο αριθμός των απροσδόκητων θανάτων λόγω έλλειψης προσωπικού κλπ. Σε κάθε περίπτωση η επιλογή του θέματος ελέγχου είναι μία ιδιαίτερα σοβαρή διαδικασία, η οποία θα πρέπει να αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παροχής φροντίδας υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, σημαντικό είναι το θέμα να επιλεγεί με γνώμονα τη μείωση του κόστους, τη δυνατότητα παρουσίασης μετρήσιμων και απτών αποτελεσμάτων και τη ρεαλιστική εφαρμογή του.

Στάδιο 2- Επιλογή προτύπων και κριτηρίων

Η επιλογή προτύπων και κριτηρίων αποτελεί το δεύτερο στάδιο του κλινικού ελέγχου. Τα πρότυπα καθορίζονται βάσει της κλινικής πρακτικής και της μελέτης των ιατρικής βιβλιογραφίας. Η ανάπτυξη προτύπων καθορίζει τα κλινικά κριτήρια και τους δείκτες ποιότητας. Δηλαδή, η πρόταση «κάθε ασθενής που διακομίζεται στο νοσοκομείο και υποβάλλεται σε άμεση στεφανιογραφία έχει βρεθεί με τροπονίνη μεγαλύτερη από 1 μονάδα στις αιματολογικές εξετάσεις που υποβλήθηκε στα επείγοντα του νοσοκομείου». Το κριτήριο λοιπόν για να υποβληθεί στην συγκεκριμένη εξέταση ήταν η αύξηση της τροπονίνης.

Τα κριτήρια είναι απαραίτητα για την διατύπωση αντικειμενικής ιατρικής άποψης. Η ανάπτυξη τέτοιων κριτηρίων είναι μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία, η οποία χρειάζεται μεγάλη ιατρική εμπειρία και γνώση προκειμένου να τεκμηριωθεί. Η επιλογή κριτηρίων που έχουν αναπτυχθεί από διεθνώς αναγνωρισμένους οργανισμούς είναι η πλέον ενδεδειγμένη προκειμένου να μην υπάρξουν αστοχίες στα αποτελέσματα του ελέγχου.

Η γενική μεθοδολογία ανάπτυξης ιατρικών κριτηρίων συμπίπτει με τον ευρέως εφαρμοζόμενο οδηγό “SMART” (specific, measurable, achievable, relevant, timely), δηλαδή τα κριτήρια πρέπει να σαφή, μετρήσιμα, επιτεύξιμα, σχετικά (δηλαδή υψηλής σπουδαιότητας) και επίκαιρα.

Τα κριτήρια επίσης πρέπει να εξετάζονται και να εκφράζονται ποσοστιαία βάσει της κλινικής σημασίας τους, του εφικτού στόχου και του αποδεκτού στόχου. Για παράδειγμα, το κριτήριο που αφορά στην μη λήψη πενικιλίνης σε ασθενείς με διαγνωσμένη αλλεργία έχει στόχο απόδοσης που θα πρέπει να αγγίζει το 100% των αλλεργικών ασθενών. Από την άλλη το κριτήριο που αφορά την ικανοποίηση από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, θα ικανοποιείται ενδεχομένως με την επίτευξη του στόχου στο 90% απόλυτης ικανοποίησης των ασθενών. Τέλος, πλήρωση του κριτηρίου του αποδεκτού στόχου έχουμε, όταν επί παραδείγματι, όταν το επίπεδο

της παρεχόμενης φροντίδας βρίσκεται μεταξύ της ελάχιστα αποδεκτής περίθαλψης και της καλύτερης δυνατής με τα υπάρχοντα μέσα ανεξαρτήτως κόστους.

Μία τελευταία διάκριση κριτηρίων μπορεί να γίνει μεταξύ κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού. Για παράδειγμα, στο προτεινόμενο θέμα κλινικού ελέγχου « σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σε ενήλικες και αντιμετώπιση στα εξωτερικά ιατρεία» κριτήριο ένταξης είναι η ηλικία σε άτομα με ΣΕΕ, ενώ κριτήριο αποκλεισμού είναι οι άλλες γαστρεντερικές παθήσεις σε ενήλικες.

Στάδιο 3-Μέτρηση της απόδοσης

Στο τρίτο στάδιο του κλινικού ελέγχου γίνεται η μέτρηση της απόδοσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το στάδιο αυτό πραγματοποιείται σε τέσσερα βήματα:

- Τη συλλογή των δεδομένων
- Την ανάλυση των στοιχείων
- Τα συμπεράσματα
- Την παρουσίαση των αποτελεσμάτων

Η συλλογή των δεδομένων πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένο τρόπο, με τη χρήση προκαθορισμένων κριτηρίων προκειμένου να διασφαλίζεται η ακρίβεια και η σχετικότητα με τον έλεγχο που πραγματοποιείται. Θα πρέπει λοιπόν να γίνεται από έμπειρους ιατρούς και διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι θα γνωρίζουν τα ήδη καθορισμένα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού δεδομένων, θα έχουν εξασφαλίσει τη συναίνεση των συμμετεχόντων και θα τα συλλέξουν εντός ορισμένου χρονικού πλαισίου.

Στη συνέχεια θα πρέπει να επιλεγεί το δείγμα του κλινικού ελέγχου, ο τρόπος και ο χρόνος συλλογής των δεδομένων. Το δείγμα πρέπει να αντιπροσωπευτικό του υπό εξέταση πληθυσμού, να μην είναι υπερβολικά μεγάλο σε σχέση με τις δυνατότητες της ομάδας εργασίας αλλά και ούτε υπερβολικά μικρό ώστε να μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Η συλλογή των καλό είναι να γίνεται από εξειδικευμένους

επαγγελματίες ώστε να συλλέγονται ακριβή στοιχεία και κατά το δυνατό με ηλεκτρονικά μέσα ώστε να εξοικονομηθεί χρόνος κατά την επεξεργασία τους.

Μετά συλλογή των δεδομένων έπεται η ανάλυσή τους. Βασικός στόχος της ανάλυσης είναι η μετατροπή των δεδομένων σε πληροφορίες που θα συγκριθούν με τα προκαθορισμένα πρότυπα. Τα δεδομένα μετατρέπονται μέσω κατάλληλων στατιστικών προγραμμάτων σε γραφικές παραστάσεις και ποσοστά, τα οποία θα οδηγήσουν σε συμπεράσματα για το βαθμό που η πραγματικότητα «συναντά» τα προκαθορισμένα πρότυπα ποιότητας.

Ο τρόπος παρουσίασης των αποτελεσμάτων εξαρτάται από το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Γραπτές εκθέσεις συνήθως υποβάλλονται προς τις αρμόδιες αρχές ενώ λεκτικές παρουσιάσεις με τη χρήση λογισμικών παρουσίασης συνηθίζεται για την υποστήριξη των αποτελεσμάτων σε συνέδρια ή εταιρικά περιβάλλοντα.

Στάδιο 4- Πραγματοποίηση βελτιώσεων

Στο τέταρτο στάδιο του κλινικού ελέγχου πραγματοποιείται ο σκοπός του, δηλαδή η αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης και η υποβολή προτάσεων βελτίωσης. Τα κλινικά αποτελέσματα μπορεί να επιβεβαιώσουν «περιοχές» τη φροντίδας με εξαιρετική απόδοση αλλά συνηθέστερα αποκαλύπτουν σημεία που χρήζουν περαιτέρω δράσης και επανελέγχου.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων είναι μια δυναμική διαδικασία. Η ομάδα του κλινικού ελέγχου οφείλει να εξηγήσει στα ελεγχόμενα μέρη τα αποτελέσματα του ελέγχου και να καταδεικνύει στους υπευθύνους τις σοβαρές παραλείψεις που διαπιστώθηκαν. Η ολοκλήρωση και αυτής της ενέργειας πραγματοποιείται με τις προτάσεις της ομάδας ελέγχου για τη βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους της φροντίδας.

Για το σκοπό αυτό καταρτίζονται σχέδια βελτίωσης της ποιότητας, στα οποία περιγράφεται λεπτομερώς ο τρόπος επίλυσης των προβλημάτων. Η στοχοθέτηση των σχεδίων ποιότητας πρέπει να γίνεται με κριτήριο τη διαθεσιμότητα των πόρων αλλά και τις εθνικές ή τοπικές προτεραιότητες. Τα σχέδια βελτίωσης ποιότητας περιέχουν σαφείς προτάσεις και στόχους και ενσωματώνονται στο σύστημα του υπό παρακολούθηση φορέα.

Η εφαρμογή των σχεδίων ποιότητας γίνεται σε προκαθορισμένα χρονικά πλαίσια με συγκεκριμένες συστάσεις σε μία ομάδα του ελεγχόμενου φορέα που θα έχει την εξουσία αλλά και την ικανότητα να τα εφαρμόσει. Όπως είναι εύκολα κατανοητό, η υποστήριξη αυτής της ομάδας από την κεντρική διοίκηση του οργανισμού είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την επιτυχία της εφαρμογής και επιτήρησης των αποτελεσμάτων του ελέγχου.

Στάδιο 5- Η υποστήριξη των βελτιώσεων

Η υποστήριξη των βελτιώσεων είναι το τελευταίο στάδιο του κλινικού ελέγχου. Με το στάδιο αυτό ολοκληρώνεται η κυκλική διαδικασία όπως περιγράφηκε παραπάνω και σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας διαδικασίας κυκλικού ελέγχου. Η νέα διαδικασία διαφοροποιείται από την προηγούμενη καθώς δίνει τη δυνατότητα της συγκριτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

Οι διαδικασίες των αλλαγών πρέπει να παρακολουθούνται από αρμόδιο όργανο και να συντάσσεται αναφορά προόδου ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Οι δείκτες απόδοσης ανά τομέα αλλαγής είναι ένα σύνηθες «εργαλείο» για την ποσοτικοποίηση του βαθμού προόδου της παρέμβασης ανά τομέα. Ο έλεγχος ολοκληρώνεται με τον εντοπισμό των ανεπίλυτων προβλημάτων, που αποτελούν την αιτία έναρξης νέου κύκλου ελέγχου.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι όλη η διαδικασία του κλινικού ελέγχου πρέπει να πραγματοποιείται σε περιβάλλον σεβασμού της ηθικής τάξης αλλά και εχεμύθειας τόσο κατά τη συλλογή όσο και την επεξεργασία τόσο ιδιαίτερων δεδομένων. Κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας πρέπει να διατηρεί το δικαίωμα να κάνει τις επιλογές που θεωρεί κατάλληλες για τη ζωή του, αλλά και οι γιατροί να μπορούν να πράττουν το καλύτερο για τους ασθενείς τους.

Για το λόγο αυτό, η προσέγγιση των μετεχόντων πρέπει να γίνεται με προσήκοντα τρόπο και να ενημερώνονται ότι η συμμετοχή στη διαδικασία δεν επηρεάζει ούτε μειώνει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας.

2.11 Ανακεφαλαίωση

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάστηκαν οι έννοιες της κλινικής διακυβέρνησης και του κλινικού ελέγχου. Αρχικά παρουσιάστηκε η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης ως ένα νέο σύστημα άσκησης διοικητικής λειτουργίας περισσότερο συμμετοχικό και σύγχρονο. Η σύνθεσή της δανείζεται χαρακτηριστικά και λειτουργίες και από άλλους τομείς διακυβέρνησης. Για παράδειγμα, η διαχείριση του ρίσκου (risk management), η οποία είναι σημαντικό στοιχείο της κλινικής διακυβέρνησης αναπτύχθηκε στα πλαίσια της εταιρικής διακυβέρνησης. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Η αξιολόγηση της κλινικής πράξης υπό το πρίσμα της αποδοτικότητας είναι απαραίτητη για την επιβίωση των υγειονομικών συστημάτων.

Ο κλινικός έλεγχος μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας. Παράλληλα γίνεται κατανοητό ότι για να πετύχει, πρέπει να διενεργείται σε περιβάλλον που τον αποδέχεται. Η εξασφάλιση καλής ηγεσίας, οι μηχανισμοί και υλικοτεχνικές υποδομές, ο προγραμματισμός σε κάθε στάδιο του ελέγχου και η έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχία στην εφαρμογή του.

Η Ελλάδα είναι μία χώρα που αν και με σπασμωδικές κινήσεις, επιχειρεί να μεταβεί στο σύστημα της κλινικής διακυβέρνησης. Ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα υγείας τα τελευταία 15 χρόνια ενώ κατά διαστήματα επιχειρείται και η εφαρμογή του στο δημόσιο τομέα.

Κεφάλαιο 3^ο

Ο ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΝΘΗΚΕΣ, ΔΙΑΔΙΑΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Εισαγωγή

Κάθε σύστημα στο φυσικό περιβάλλον υπόκειται στους νόμους της φύσης. Η αδράνεια είναι από τους ισχυρότερους νόμους που διέπουν τα συστήματα και συνεπώς και το κοινωνικοοικονομικό. Οι συνέπειες από αυτή την αδρανειακή λειτουργία μπορεί να είναι εξαιρετικά σοβαρές ιδίως αν οι παθογένειες του συστήματος είναι αυξημένες, οι πόροι μειωμένοι και η δυνατότητες βελτίωσης της υπάρχουσας κατάστασης περιορισμένες.

Ωστόσο, όπως εκτενώς αναλύθηκε προηγούμενα, η ανάπτυξη νέων μορφών διακυβέρνησης όπως η κλινική διακυβέρνηση παρέχουν τα κατάλληλα μέσα για ανάσχεση αυτής της κατάστασης και ρήξη των αγκυλώσεων που προκαλούνται από την παρατεταμένη αδράνεια. Τα αποτελέσματα μάλιστα από αυτά τα νέα «εργαλεία» διακυβέρνησης που εφαρμόζονται στις χώρες του δυτικού κόσμου ευρέως, αρχίζουν να διαφαίνονται και από την εφαρμογή τους στη χώρα μας.

Σε αυτό το μέρος της εργασίας θα επιχειρηθεί αρχικά η παρουσίαση του περιβάλλοντος, οικονομικού και κοινωνικού, στο οποίο εφαρμόζεται ο κλινικός έλεγχος στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, θα γίνει η παράθεση του συνόλου της ελληνικής νομοθεσίας που διέπει τη διαδικασίες του και των απαιτούμενων πιστοποιήσεων που οφείλει να κατέχει κάθε εταιρεία που τον εφαρμόζει προκειμένου να προασπίζονται τα δικαιώματα και η ασφάλεια των ασθενών. Στο τέλος θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και θα αναζητηθούν προοπτικές εμβάθυνσης και επέκτασης των διαδικασιών του.

3.2 Περιβάλλον και συνθήκες ανάπτυξης του μοντέλου του «κλινικού ελέγχου» στην Ελλάδα

Ο κλινικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας είναι μία διαδικασία η οποία άρχισε να εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα την τελευταία 20ετία με εντυπωσιακά αποτελέσματα, αλλά και αρκετές επιφυλάξεις, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, η ευρεία αποδοχή του ως εργαλείο μείωσης του κόστους, αλλά ταυτόχρονα και βελτίωσης της παρεχόμενης ποιότητας στο χώρο της Υγείας, ήρθε την τελευταία δεκαετία στον ιδιωτικό τομέα με πλήρη υιοθέτησή του από τις ασφαλιστικές εταιρείες, για τον έλεγχο των νοσηλείων των ασφαλισμένων τους.

Την τελευταία μάλιστα πενταετία και αρκετά δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, όπως και ο ΕΟΠΥΥ επιχείρησαν να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους χρησιμοποιώντας τον εν λόγω μηχανισμό. Η «τύχη» αυτής της επιλογής θα αναδειχθεί αφού απαντηθεί το ερώτημα «τι οδηγεί στην ανάγκη για ανάπτυξη ελεγκτικών μηχανισμών, όπως αυτού του κλινικού ελέγχου».

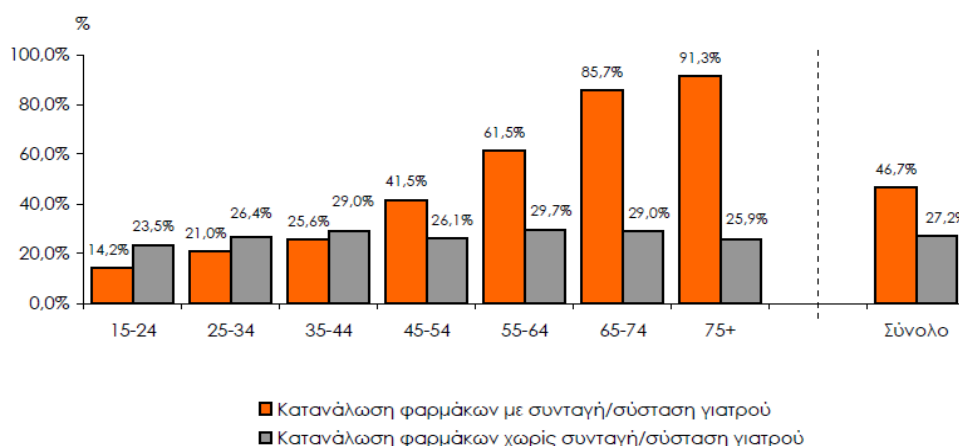
Η απάντηση είναι η εξισορρόπηση μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης. Στον κλάδο της Υγείας οι νόμοι της αγοράς οφείλουν να υποβάλλονται σε περιορισμό στα πλαίσια μιας περισσότερο αυστηρής κριτικής, για τους λόγους που παρατέθηκαν σε προηγούμενες ενότητες (ασυμμετρία πληροφόρησης, ηθικός κίνδυνος κλπ). Η σκιαγράφηση του υγειονομικού περιβάλλοντος και η αποτύπωση των παραγόντων που διαμορφώνουν την προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, που θα επιχειρηθεί στη συνέχεια, θα φανερώσει τους τομείς που επεμβαίνει ο κλινικός έλεγχος ως «ρυθμιστής» αυτής της ιδιότυπης αγοράς.

Σύμφωνα με την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ κατά τη διάρκεια του 2014, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που έκανε εισαγωγή σε νοσοκομείο με διανυκτέρευση, ανήλθε σε 9,5%. Οι ημέρες νοσηλείας κυμάνθηκαν από 1 μέχρι 300. Το 49,7% του πληθυσμού νοσηλεύτηκε 1 έως 3 ημέρες, ενώ περισσότερες από 3 και μέχρι 10 ημέρες το 34,7%., ενώ 13,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πριν τη διενέργεια της έρευνας, έκανε εισαγωγή σε νοσοκομείο για ημερήσια νοσηλεία (ΕΛΣΤΑΤ 2014). Αυτά τα στοιχεία δείχνουν σε αδρές γραμμές το πεδίο «εργασίας» του κλινικού ελέγχου και των περιθωρίων

συμπίεσης των ποσοστών χρήσης των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα πάντα την αναγκαιότητα και την αναζήτηση βελτίωσης της ποιότητας.

Όσον αφορά στην κατανάλωση φαρμάκων όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 1 στους 3 Έλληνες ανεξαρτήτως ηλικίας καταναλώνουν φάρμακα σε μόνιμη βάση χωρίς συνταγή γιατρού ενώ σχεδόν 1 στους 2 στην ηλικία των 50 ετών καταναλώνει φάρμακα με συνταγή γιατρού.

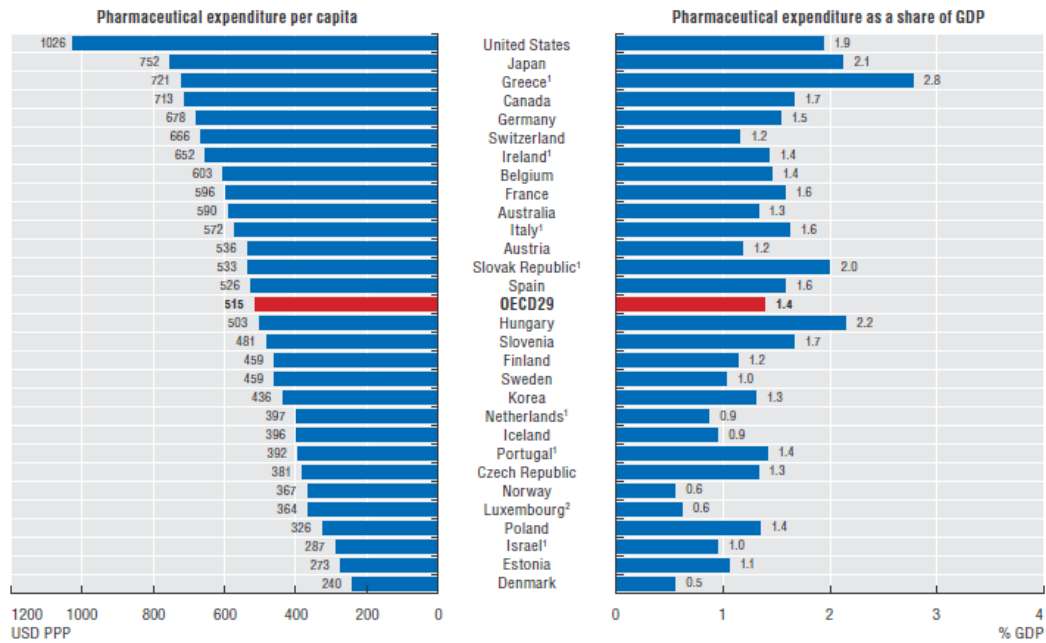
Διάγραμμα 3.1 Πληθυσμός που καταναλώνει φάρμακα με ή χωρίς συνταγή γιατρού, 2014



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Υγείας 2014

Εν πολλοίς, από το παραπάνω διάγραμμα της ΕΛΣΤΑΤ συμπεραίνεται και το γεγονός της ιδιαίτερα υψηλής κατά κεφαλήν δαπάνης για φάρμακα στην χώρα. Τόσο το γεγονός ότι ένας στους τρεις Έλληνες καταναλώνει φάρμακα χωρίς ιατρική καθοδήγηση αλλά και η πολυφαρμακία στην οποία υποβάλλουν οι γιατροί τους ασθενείς τους οδηγούν τη χώρα στην πρώτη θέση στην φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 3.2 Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2013



Πηγή: OECD, Health at a Glance 2015

Οι δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ευκολία επικοινωνίας του πάσχοντος με το γιατρό του και η ικανότητα του συστήματος υγείας να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού του είναι από τα απαραίτητα στοιχεία που καθορίζουν το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει στον τομέα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 3.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

- Top third performers (or between 95% and 100% for health care coverage)
- Middle third performers (or between 90% and 95% for health care coverage)
- Bottom third performers (or less than 90% for health care coverage)

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. For out-of-pocket medical expenditure, unmet care needs and the waiting times indicators, the top performers in terms of access are countries with the lowest expenditure as a share of household consumption, the lowest unmet care needs or lowest waiting times.

Indicator	Health care coverage	Share of out of pocket medical expenditure in household consumption	Unmet medical care needs*	Unmet dental care needs*	Waiting times for cataract surgery - median	Waiting times for knee replacement - median
Australia	1	22	n.a.	n.a.	8	12
Austria	1	18	1	2	n.a.	n.a.
Belgium	1	20	11	8	n.a.	n.a.
Canada	1	11	n.a.	n.a.	2	4
Chile	1	28	n.a.	n.a.	13	8
Czech Rep.	1	7	5	4	n.a.	n.a.
Denmark	1	14	7	10	4	1
Estonia	2	12	21	19	9	13
Finland	1	18	19	11	10	7
France	1	3	15	15	n.a.	n.a.
Germany	1	5	9	5	n.a.	n.a.
Greece	3	32	23	20	n.a.	n.a.
Hungary	1	30	14	9	1	6
Iceland	1	21	18	22	n.a.	n.a.
Ireland	1	22	17	17	n.a.	n.a.
Israel	1	16	n.a.	n.a.	3	3
Italy	1	22	20	21	n.a.	n.a.
Japan	1	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Korea	1	34	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	1	5	4	3	n.a.	n.a.
Mexico	1	30	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Netherlands	1	2**	1	1	n.a.	n.a.
New Zealand	1	9	n.a.	n.a.	7	5
Norway	1	16	8	15	12	10
Poland	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Slovak Rep.	2	22	11	6	n.a.	n.a.
Slovenia	1	7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Spain	1	26	3	18	11	9
Sweden	1	26	11	14	n.a.	n.a.
Switzerland	1	33	6	12	n.a.	n.a.
Turkey	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	1	3	9	7	4	2
United States	3	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

* Unmet medical or dental care needs may be for financial reasons, waiting times or long distance to travel to get access to services. The data only cover European countries because they are based on the EU-SILC survey.

** The ranking for the Netherlands is overrated as it excludes compulsory co-payments to health insurers (if these were included, this would move the Netherlands in the middle third category).

Source: Health at a Glance 2015.

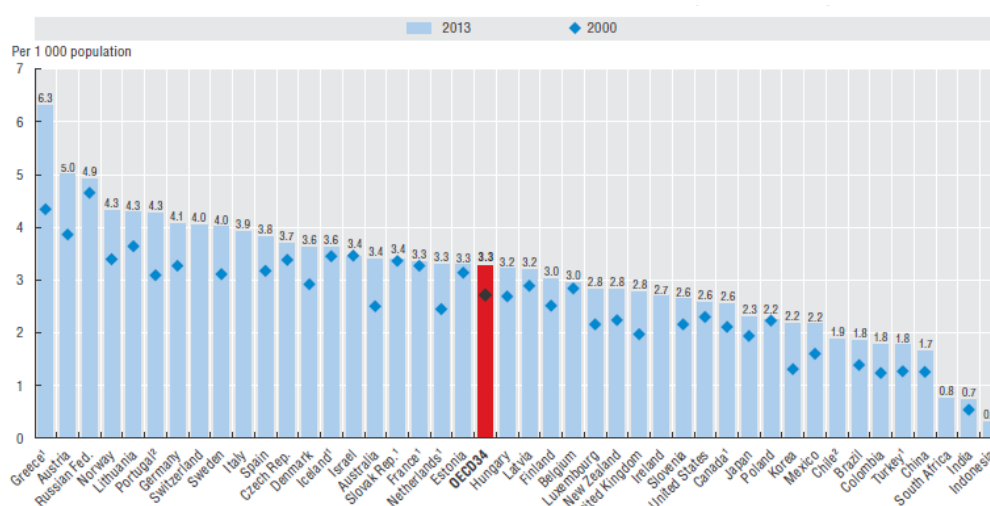
Πηγή:OECD, Health at a Glance 2015

Το μεγαλύτερο πρόβλημα της χώρας φαίνεται πως είναι οι ιδιωτικές πληρωμές. Οι Έλληνες προκειμένου να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δαπανούν περισσότερο σχεδόν από κάθε άλλη χώρα μεταξύ των μελών του ΟΟΣΑ. Παράλληλα, η επίδοση και στους υπόλοιπους μετρήσιμους τομείς είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Οι ανάγκες για ιατρική ή οδοντιατρική περίθαλψη ικανοποιούνται ανεπαρκώς, αφού η χώρα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τη χειρότερη επίδοση. Οι λόγοι αυτής της ανεπάρκειας στην εξυπηρέτηση σχετίζονται με τα οικονομικά του πληθυσμού, αφού

όπως προαναφέρθηκε η ιδιωτική δαπάνη είναι ιδιαίτερα υψηλή, οι χρόνοι αναμονής και η απόσταση που πρέπει να διανύσει ο ασθενής προκειμένου να δεχτεί υπηρεσίες περίθαλψης.

Σε αντίθεση με την κατάσταση όσον αφορά τους πόρους αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βρίσκονται τα στοιχεία που σχετίζονται με τον αριθμό των γιατρών ανά κάτοικο αλλά και ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός μαγνητικών και αξονικών τομογράφων. Ενώ λοιπόν υπάρχουν ελλείψεις σε δομές και δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, παράλληλα υπάρχει υπερπληθώρα γιατρών και μηχανημάτων ιδιαίτερα υψηλής διαγνωστικής αλλά και οικονομικής αξίας.

Διάγραμμα 3.3 Ειδικευμένοι γιατροί ανά 1000 κατοίκους, το 2000 και το 2013



Πηγή: OECD, Health at a Glance 2015

Όπως φαίνεται παραπάνω σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η Ελλάδα κατέχει με διαφορά την πρώτη θέση σε αριθμό γιατρών ανά 1000 κατοίκους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα κάθε 1000 κατοίκους αντιστοιχούν πάνω από 6 γιατροί, όταν ο μέσος όρος είναι λίγο πάνω από 3 γιατροί. Επίσης η τάση είναι ιδιαίτερα αυξητική καθώς ο αριθμός των γιατρών στη χώρα παρουσίασε αύξηση σχεδόν 60% την τελευταία δεκαετία.

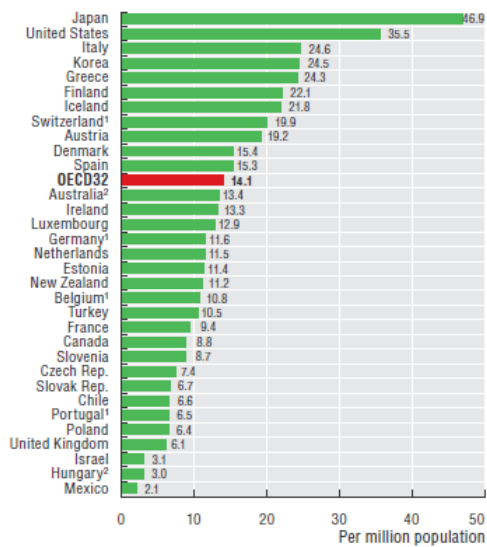
Επίσης, ιδιαίτερα υψηλός είναι ο αριθμός των μαγνητικών και αξονικών τομογράφων σε μία χώρα, που οι ελλείψεις σε βασικές υποδομές υγείας καθιστούν το γεγονός αυτό παράδοξο. Η αναφορά σε αυτό το στατιστικό στοιχείο, κατά την προσπάθεια

τεκμηρίωσης των λόγων ύπαρξης και επέκτασης του κλινικού ελέγχου στα πλαίσιο εφαρμογής του συστήματος της κλινικής διακυβέρνησης, γίνεται προκειμένου να αναδειχθούν όλοι οι παράγοντες που διαμορφώνουν την προσφορά στις υπηρεσίες υγείας και να ελεγχθεί το ποσοστό της αναγκαιότητάς τους.

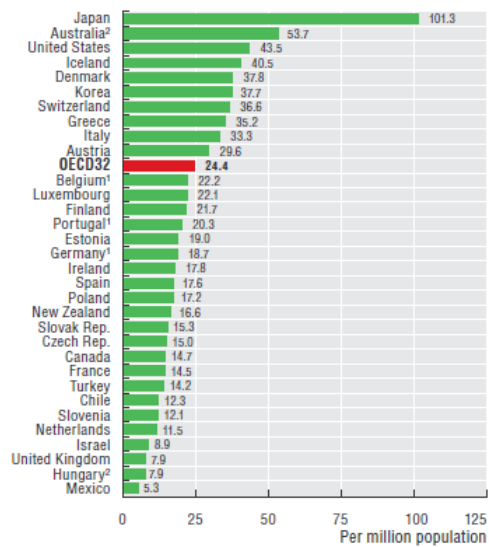
Όπως φαίνεται και στα παρακάτω διαγράμματα, η χώρα κατατάσσεται στην τρίτη θέση παγκοσμίως σε μαγνητικούς τομογράφους και στις πρώτες θέσεις, πολύ πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ σε αξονικούς. Το γεγονός αυτό προκαλεί αυτομάτως την αύξηση του αριθμού των εξετάσεων που γίνονται ετησίως, καθώς οι περισσότερες χώρες που βρίσκονται στις πρώτες θέσεις σε κατοχή εξοπλισμού βρίσκονται και στις πρώτες θέσεις σε αριθμό εξετάσεων χωρίς αυτό να σημαίνει κατά ανάγκη ότι η ιατρική αναγκαιότητα των εξετάσεων αυτών ήταν υψηλή.

Διάγραμμα 3.4 Αριθμός τομογράφων και εξετάσεων στις χώρες του ΟΟΣΑ

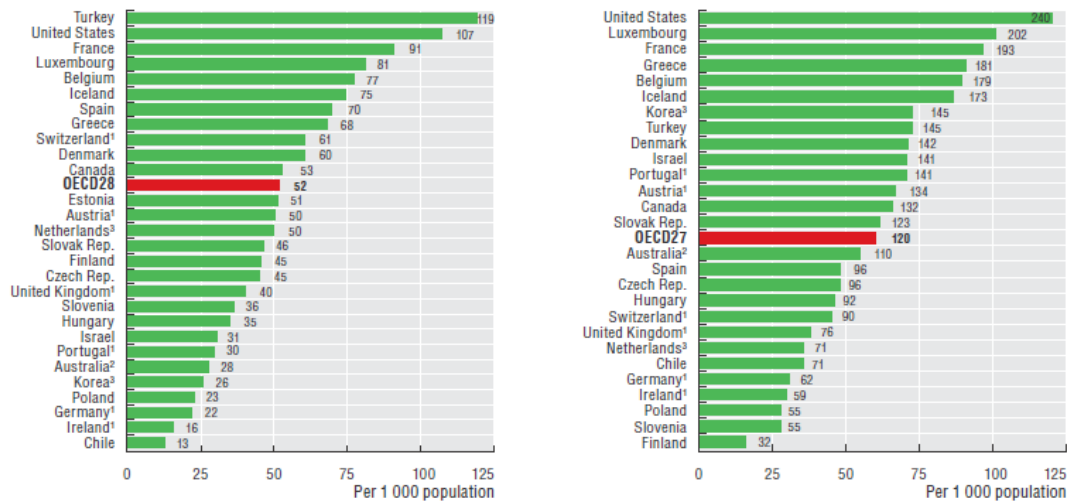
Μαγνητικοί τομογράφοι, 2013



Αξονικοί τομογράφοι, 2013



Αριθμός μαγνητικών(αριστερά) και αξονικών τομογραφιών (δεξιά), 2013



Πηγή: OECD, Health at a Glance 2015

Ολοκληρώνοντας την επισκόπηση του περιβάλλοντος στο οποίο ο κλινικός έλεγχος καλείται να δώσει λύσεις μειώνοντας το κόστος περίθαλψης, η εξέταση ορισμένων παραγόντων-στοιχείων της υγείας του πληθυσμού που διαμορφώνουν τη ζήτηση είναι εκ των ων ουκ άνευ ζήτημα. Η γενική υγεία του πληθυσμού και η εξέταση των χαρακτηριστικών που την επηρεάζουν αποτελεί στοιχείο έρευνας της διαδικασίας του κλινικού ελέγχου. Φυσικά, δεν πρέπει να αποτελεί κριτήριο περικοπής δαπανών από τους ασφαλιστικούς φορείς, δημόσιους ή ιδιωτικούς, αλλά τα συμπεράσματα από τη συλλογή των δεδομένων αποτελούν ένα καλό «εργαλείο» για τη διαμόρφωση πολιτικών παρέμβασης στην κοινότητα.

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζονται οι δείκτες της παχυσαρκίας, της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος. Οι δείκτες αυτοί αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τον πληθυσμό και επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας αφού σχετίζονται με τις περισσότερες ασθένειες που απειλούν τη δημόσια υγεία. Οι παράγοντες αυτοί μελετώνται, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, και στα πλαίσια της διαδικασίας του κλινικού ελέγχου. Η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις όσον αφορά στο κάπνισμα και την παιδική παχυσαρκία, ενώ σε λίγο καλύτερη, αλλά όχι καλή, θέση στα ποσοστά παχυσαρκίας στον ενήλικο πληθυσμό. Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοόλ βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στη χώρα και αποτελεί παράγοντα κινδύνου που βρίσκεται στο καλύτερο επίπεδο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 3.2 Παράγοντες κινδύνου

■ Top third performers
■ Middle third performers
■ Bottom third performers

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available.

Indicator	Smoking in adults	Alcohol consumption	Obesity in adults*	Overweight and obesity in children**
Australia	4	22	30*	20
Austria	26	34	8	14
Belgium	15	20	9	5
Canada	6	11	29*	21
Chile	33	10	28*	28
Czech Rep.	25	32	20*	5
Denmark	12	17	10	23
Estonia	31	33	18	7
Finland	10	14	26	17
France	30	30	11	13
Germany	23	28	25*	3
Greece	34	7	19	33
Hungary	32	30	31*	24
Iceland	2	6	21	9
Ireland	16	26	24*	11
Israel	11	2	13	18
Italy	24	4	4	31
Japan	17	7	1*	15
Korea	19	12	2*	16
Luxembourg	9	29	23*	19
Mexico	3	3	33*	30
Netherlands	13	14	6	7
New Zealand	8	16	32*	27
Norway	7	5	3	1
Poland	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Slovak Rep.	18	22	16*	3
Slovenia	22	17	17	22
Spain	29	20	15	26
Sweden	1	7	7	9
Switzerland	21	22	4	11
Turkey	27	1	22*	n.a.
United Kingdom	20	19	27*	32
United States	5	13	34*	29

* Data on obesity in adults are based on measured height and weight for all the countries marked with an *. These result in more accurate data and higher obesity rates compared with all other countries that are providing self-reported height and weight.

** Data on overweight or obesity in children are all based on measured data, but refer to different age groups across countries.

Source: Health at a Glance 2015.

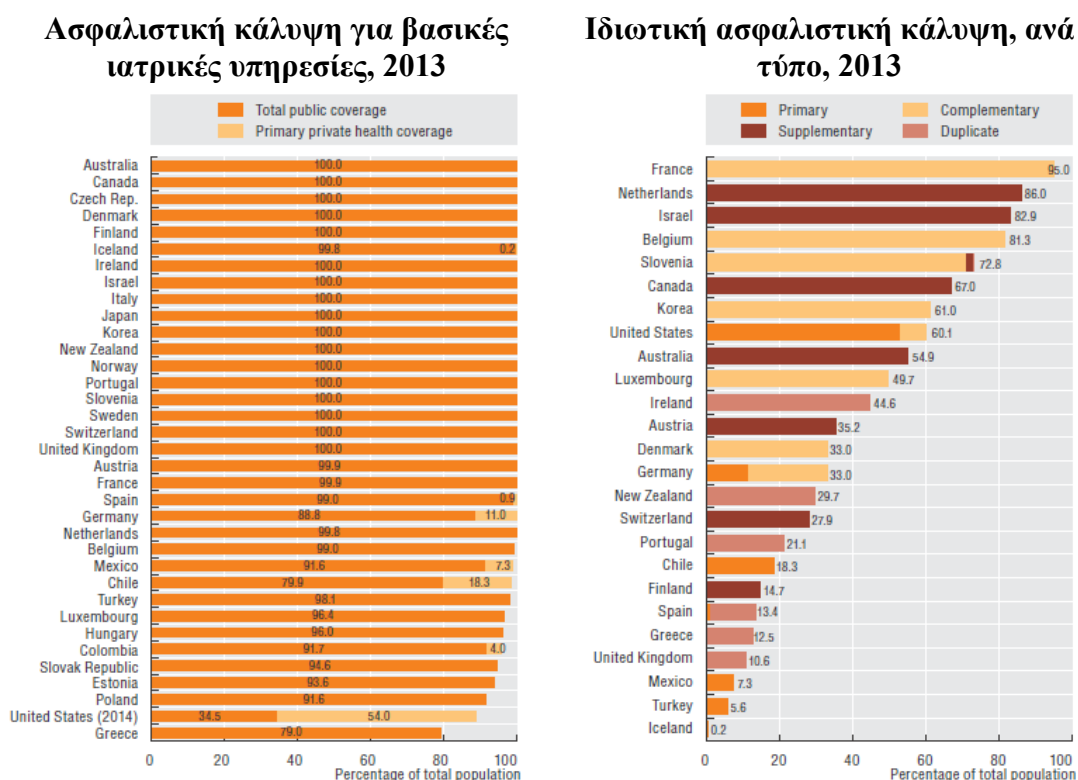
Πηγή: OECD, Health at a Glance 2015

Η προσφορά και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας λαμβάνει μέρος εντός των πλαισίων που περιγράφηκαν προηγουμένως. Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι αυτή που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο και το είδος των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι πολίτες. Η ασφάλιση διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Στον ευρωπαϊκό χώρο

επικρατούν οι αρχές του κράτους πρόνοιας, δηλαδή, εν πολλοίς, της καθολικής δημόσιας περίθαλψης. Εντούτοις, η ιδιωτική ασφάλιση ως υποκαθιστούσα ή συμπληρωματική της δημόσιας αποκτά ολοένα και ισχυρότερο ρόλο.

Η δημόσια ασφαλιστική κάλυψη στην Ελλάδα άγγιζε το 80% του πληθυσμού της Ελλάδας το 2013 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση ως συμπληρωματική της δημόσιας είχε μικρή διείσδυση που δεν ξεπερνούσε τις 12,5 ποσοστιαίες μονάδες κατά το ίδιο έτος.

Διάγραμμα 3.5



Πηγή: OECD, Health at a Glance 2015

Η κατάσταση αυτή δείχνει να ανατρέπεται την διετία που ακολούθησε. Το ποσοστό των Ελλήνων που επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση είναι διαρκώς αυξανόμενο πιθανότατα λόγω της δυσαρέσκειας των πολιτών από τις υπηρεσίες που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ. Μάλιστα, τρεις στους πέντε πολίτες δηλώνουν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι από τη δημόσια ασφάλισή τους. Το ποσοστό μερικής ασφαλιστικής κάλυψης αγγίζει το 21,8% και πλήρους κάλυψης 16,9% το 2015, από 8,9% και 14,9% αντίστοιχα το 2012(Κυριόπουλος, 2014).

3.3 Τομείς και διαδικασία εφαρμογής του κλινικού ελέγχου στην Ελλάδα

Ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται την τελευταία δεκαπενταετία στην Ελλάδα στον ιδιωτικό τομέα και την τελευταία πενταετία περιστασιακά και στο δημόσιο τομέα. Η εφαρμογή του γίνεται από ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρείες που εξειδικεύονται στην παροχή ιατρικών-συμβουλευτικών υπηρεσιών. Πελάτες των εταιρειών αυτών κατά κύριο λόγο είναι οι ασφαλιστικές εταιρείες, τα ασφαλιστικά ταμεία και κατά το έτος 2013 και ο ΕΟΠΥΥ. Οι εταιρείες με το μεγαλύτερο πελατολόγιο στη χώρα που έχουν αναλάβει το σύνολο σχεδόν της ελέγχου των νοσηλειών των ασφαλισμένων των ασφαλιστικών εταιρειών στα ιδιωτικά Θεραπευτήρια της χώρας είναι η MEDNET GREECE SA, η ACCURATE HEALTH AUDITING & CONSULTING και η TOTAL CARE NETWORK (TCN).

Οι εταιρείες αυτές έχουν μία κεντρική εταιρική διοίκηση και δομή, αλλά διαφοροποιούνται στο τρόπο άσκησης των λειτουργιών τους. Τα κεντρικά γραφεία των εταιρειών έχουν το συντονιστικό ρόλο των αποκεντρωμένων γραφείων-ιατρείων που εδρεύουν στα ιδιωτικά Θεραπευτήρια της χώρας. Τα τελευταία παραχωρούν άνευ ανταλλάγματος χώρο στέγασης του γραφείου της ελεγκτικής εταιρείας και μία σειρά επιπλέον διευκολύνσεων, οι οποίες θα παρατεθούν στη συνέχεια, προκειμένου να επιτελείται απρόσκοπτα το ελεγκτικό έργο, η ροή λειτουργίας του οποίου δεν διαφοροποιείται δραματικά σε σχέση με αυτή του Θεραπευτηρίου.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του κλινικού ελέγχου στον ιδιωτικό τομέα που αποτελεί και τη μεγαλύτερη διαφορά σε σχέση με την εφαρμογή του στον δημόσιο είναι ότι στον ιδιωτικό ο έλεγχος γίνεται σε πραγματικό χρόνο. Θεράπων και Ελεγκτής ιατρός εργάζονται παράλληλα, ανταλλάσσουν επιστημονικές απόψεις και συνεργάζονται με σκοπό την βέλτιστη παροχή φροντίδας. Ο Θεράπων έχει την απόλυτη ευθύνη της ιατρικής απόφασης και απρόσκοπτης κατά τη δική του αποκλειστικά επιλογή θεραπείας για τον ασθενή του ενώ ο ελεγκτής έχει την ευθύνη της διαχείρισης των ιατρικών πρωτοκόλλων και της τεκμηρίωσης της δικής του γνώμης στην ασφαλιστική εταιρεία.

3.3.1 Ιδιωτικός Τομέας

Η διαδικασία του κλινικού ελέγχου στον ιδιωτικό τομέα λοιπόν επιτελείται από τα ελεγκτικά ιατρεία που λειτουργούν στα ιδιωτικά Θεραπευτήρια που συνεργάζονται με ασφαλιστικές εταιρείες, προκειμένου να γίνεται ο κλινικός έλεγχος και η οικονομική διαχείριση των πελατών-ασθενών τους. Για το σκοπό αυτό το Θεραπευτήριο παρέχει χώρο, υλικοτεχνική υποστήριξη και απρόσκοπτη πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών στο εξουσιοδοτημένο προσωπικό της ελεγκτικής εταιρείας. Κάθε ελεγκτικό ιατρείο αποτελείται από διοικητικό και ιατρικό προσωπικό με διακριτούς ρόλους και αρμοδιότητες.

Ο κλινικός έλεγχος, με μικρές διαφοροποιήσεις που έγκεινται στις διαδικασίες που επιλέγει η κάθε ελεγκτική εταιρεία, ασκείται στα ακόλουθα στάδια:

- Έλεγχος πριν την εισαγωγή του ασθενούς
- Έλεγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς
- Έλεγχος μετά το εξιτήριο του ασθενούς και την τιμολόγηση της νοσηλείας
- Επιτροπή Διαιτησίας

Έλεγχος πριν την εισαγωγή του ασθενούς

Διοικητική διαδικασία: Το θεραπευτήριο ενημερώνει τη διοικητική υπηρεσία του ελεγκτικού ιατρείου για την επικείμενη εισαγωγή ασθενούς. Ο ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο με αναλυτική γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό που αναφέρει την αιτία εισαγωγής και τις εξετάσεις που θεωρεί ο Θεράπων ότι πρέπει να γίνουν κατά την εισαγωγή. Αρχικά γίνεται ο έλεγχος της ταυτότητας του ασθενούς και της ύπαρξης ενεργού συμβολαίου στο όνομά του. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η πιθανότητα εισαγωγής ασθενούς με τη χρήση ασφαλιστηρίου συμβολαίου που δεν του ανήκει. Κατόπιν καταχωρείται ο ασθενής, ανοίγει νέος ηλεκτρονικός φάκελος ή ενημερώνεται ο ήδη υπάρχων στο ηλεκτρονικό σύστημα της εταιρείας και ενημερώνεται η ασφαλιστική εταιρεία για την επικείμενη εισαγωγή ασθενούς-πελάτη της.

Ιατρική διαδικασία: Ο ελεγκτής ιατρός λαμβάνει λεπτομερώς το ιστορικό του ασθενούς. Στη συνέχεια συλλέγει πληροφορίες που βοηθούν στην τεκμηρίωση της

άποψης του για την εισαγωγή του ασθενούς. Η γνώση της χροάνου έναρξης των συμπτωμάτων και η γνώση των παραγόντων που πιθανόν προκάλεσαν την πάθηση έχουν ιδιαίτερο ελεγκτικό ενδιαφέρον. Στη φάση αυτή συλλέγονται αρκετά στοιχεία και με επιδημιολογικό ενδιαφέρον. Ο γιατρός ρωτά τον ασθενή για το οικογενειακό ιστορικό του, το ύψος και το βάρος του, ακόμη και τις συνήθειές του, όπως αν και πόσο καπνίζει ή καταναλώνει αλκοόλ.

Στη συνέχεια χωρίς να οχλείται ο ασθενής ενημερώνεται ο Θεράπων ιατρός για την γνωμοδότηση του Ελεγκτή για την αναγκαιότητα ή μη της νοσηλείας και την συμφωνία ή διαφωνία επί των εξετάσεων που ζητά ο Θεράπων. Σε αυτή αλλά και σε κάθε επόμενη φάση της ελεγκτικής διαδικασίας ισχύουν οι αρχές της μη όχλησης του ασθενούς και της απρόσκοπτης επιλογής του θεράποντος να παρέχει στον ασθενή του ό,τι αυτός κρίνει απαραίτητο. Ο θεράπων αποφασίζει και ο ελεγκτής γνωμοδοτεί. Άλλωστε, στην ελεγκτική ιατρική υπάρχει η δυνατότητα αναθεώρησης άποψης σε οποιαδήποτε στιγμή της νοσηλείας, καθώς αλλάζουν τα δεδομένα και μία μη αναγκαία νοσηλεία να αποδειχθεί ως αποδεκτή. Φυσικά όμως μπορεί να ισχύσει και το αντίθετο, δηλαδή μία νοσηλεία απαραίτητη να αποδειχθεί μη αναγκαία, αποδεικνυόμενη ως ιατρική κατάχρηση ή απάτη. Ένα τέτοιο παράδειγμα θα μπορούσε να αποτελεί μία ρινοπλαστική ως επέμβαση διόρθωσης στραβού διαφράγματος.

Έλεγχος κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς

Διοικητική διαδικασία: Το διοικητικό προσωπικό στη φάση αυτή συντονίζει και κατευθύνει με περιοδικό τρόπο τις επισκέψεις των ελεγκτών ιατρών στους θαλάμους των ασθενών και ενημερώνει το Θεραπευτήριο και τις ασφαλιστικές εταιρείες για το αποτέλεσμα των επιθεωρήσεων των φακέλων αλλά και της φυσικής εξέτασης των ασθενών από τους ιατρούς. Επίσης στη φάση αυτή συλλέγονται έγγραφα από τους φακέλους των ασθενών, όπως πρακτικά χειρουργείου, αποτελέσματα εξετάσεων και γνωματεύσεις ώστε να ενισχύεται η πληροφόρηση του ελεγκτή ιατρού με σκοπό την ακριβέστερη τεκμηρίωση της άποψής του.

Ιατρική διαδικασία: Μετά την επίσκεψη του ελεγκτή στο θάλαμο των ασθενών, ενημερώνεται ο ηλεκτρονικός φάκελος κάθε ασθενούς με βάση την κλινική εικόνα που συνέλεξε ο ιατρός για τον καθένα και από τα στοιχεία που βρήκε στους φακέλους

των ασθενών. Στη συνέχεια γνωμοδοτεί για τη διάρκεια της νοσηλείας και τη συμφωνία ή διαφωνία του με τις εξετάσεις που ήδη έγιναν ή πρόκειται να γίνουν.

Αυτό το στάδιο ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την οργάνωση και συστηματοποίηση των διαδικασιών των Θεραπευτηρίων. Υπό την πίεση και τον έλεγχο των ιατρών της ελεγκτικής περιορίζεται κατά πολύ ο άσκοπος χρόνος νοσηλείας, περιορίζοντας τα «ξενοδοχειακά» κόστη. Επί παραδείγματι, η καθυστέρηση στην χειρουργική αντιμετώπιση ενός νοσηλευόμενου που χρειάζεται αρθροπλαστική ισχίου μπορεί να μην έχει να κάνει με ιατρικούς λόγους αλλά με μη ύπαρξη διαθέσιμου χειρουργικού κρεβατιού ή κωλυσιεργίας από τον θεράποντα. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας είναι θεαματική λόγω του μέτρου του κλινικού ελέγχου. Στα ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι περίπου το 50% της διάρκειας νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία.

Έλεγχος μετά το εξιτήριο του ασθενούς και την τιμολόγηση της νοσηλείας

Ιατρική διαδικασία: Στη φάση αυτή δίνεται η τελική πραγματογνωμοσύνη για το περιστατικό. Ο ελεγκτής ιατρός προβαίνει σε πλήρη ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου του ασθενή, όπως αυτός συμπληρώνεται από το θεραπευτήριο, του εξιτηρίου και του τιμολογίου που εκδίδεται από το λογιστήριο ασθενών.

Ο ελεγκτής αποφαινεται με βάση τις εγγραφές του τιμολογίου και επισημαίνει τις μη αποδεκτές χρεώσεις κατά την κρίση του, οι οποίες αφορούν στον αριθμό ημερών νοσηλείας, στις χρεώσεις ειδικών υλικών και στη βαρύτητα των επεμβάσεων που πιθανόν είναι χρεωμένες. Οι ενστάσεις του αποτυπώνονται με την μορφή πρότασης «περικοπών» σε αυτές τις χρεώσεις που κρίνει περιττές. Η ιατρική ελεγκτική λειτουργία ολοκληρώνεται με τον σχολιασμό της κατηγοριοποίησης της πάθησης με βάση την διεθνή ορολογία icd-10 και τον σχολιασμό του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (KEN) που αναφέρει το εξιτήριο και χρεώνει το τιμολόγιο.

Διοικητική διαδικασία: Στην τελική φάση, η διοικητική υπηρεσία του ιατρείου παραλαμβάνει το τιμολόγιο του θεραπευτηρίου από τον ελεγκτή ιατρό και ενημερώνει το σύστημα της εταιρείας με τις προτεινόμενες από τον ελεγκτή ιατρό περικοπές που περιλαμβάνονται στο τιμολόγιο του θεραπευτηρίου, αλλά και πιθανές μη

τιμολογημένες υπηρεσίες (πχ. εξετάσεις) που αποφεύχθηκαν ως περιττές ύστερα από πρόταση του ελεγκτή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Το στάδιο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι πραγματοποιείται η μέτρηση των αποτελεσμάτων του κλινικού ελέγχου ένα βήμα πριν το κλείσιμο της διαδικασίας. Στη φάση αυτή οι ιατρικές περικοπές μετατρέπονται σε στατιστικά δεδομένα, ώστε να καθοριστούν στη συνέχεια οι στόχοι για τον επόμενο «κύκλο» αυτής της συνεχούς διαδικασίας.

Επιτροπή Διαιτησίας

Η επιτροπή διαιτησίας είναι το στάδιο της διευθέτησης των διαφωνιών των θεραπόντων με τους ελεγκτές ιατρούς. Οι περικοπές των ελεγκτών ιατρών που δεν γίνονται αποδεκτές από το θεραπευτήριο συζητούνται σε μία συνεδρίαση που πραγματοποιείται περιοδικά προκειμένου να βρεθεί συναίνεση.

Τα μέλη της επιτροπής αποτελούνται από το ανώτερο διοικητικό προσωπικό και τους αρχιάτρους της ελεγκτικής εταιρείας, της ασφαλιστικής εταιρείας και του θεραπευτηρίου. Η συζήτηση γίνεται ξεχωριστά για κάθε περιστατικό που υπήρξαν διαφωνίες στην διαχείρισή του και συνεπώς «περικοπές» εκ μέρους των ελεγκτών που δεν έγιναν τελικά αποδεκτές από τους θεράποντες. Αν η απόφαση της επιτροπής Διαιτησίας δικαιώσει τον ελεγκτή ιατρό τις χρεώσεις των περικοπών αναλαμβάνει το θεραπευτήριο, ενώ σε αντίθετη περίπτωση η ασφαλιστική εταιρεία.

Το σημαντικό στοιχείο σε αυτή την διαδικασία είναι ό,τι συμβαίνει μετά το εξιτήριο του ασθενούς αφού του έχει παρασχεθεί το μέγιστο, κατά την κρίση του θεράποντα ιατρού του, της δυνατής φροντίδας. Επίσης, από τα αποτελέσματα της επιτροπής δε βαρύνεται ποτέ ο ασθενής. Αντίθετα ο θεράπων ιατρός καλείται να αποδείξει ότι δρα χωρίς να προκαλεί άσκοπες και ανούσια δαπανηρές χρεώσεις, ενώ ο ελεγκτής ότι δεν υπερβάλει με επίπτωση στην ποιότητα της παροχής φροντίδας.

3.3.2 Δημόσιος Τομέας

Ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται με διαφορετικό τρόπο και στο δημόσιο τομέα τα τελευταία χρόνια. Σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα, εδώ ο έλεγχος γίνεται κατά κύριο λόγο αναδρομικά. Ασφαλιστικά ταμεία όπως το ΤΥΠΕΤ και ο ΟΠΑΔ έχουν επιχειρήσει να εφαρμόσουν τον κλινικό έλεγχο των νοσηλειών των ασφαλισμένων τους με την ανάθεση της διαδικασίας σε ανεξάρτητη ιδιωτική ελεγκτική εταιρεία. Η μεγαλύτερη προσπάθεια όμως εφαρμογής του στον ευρύτερο δημόσιο τομέα έγινε πριν από περίπου 3 χρόνια σε μία προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών του ΕΟΠΥΥ.

Συγκεκριμένα, το 2014 ολοκληρώθηκαν οι διαδικασίες ελέγχου των χρεώσεων για υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης που υποβλήθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από τις συμβεβλημένες με τον Οργανισμό Ιδιωτικές Γενικές Κλινικές, για το έτος 2013. Ο έλεγχος έγινε με τη σύμπραξη ελεγκτικών και ιατρικών ελεγκτικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στη χώρα.

Οι συμφωνημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διαδικασίες διακρίνονταν σε δύο τμήματα:

- Διαδικασίες **Διοικητικής Εκκαθάρισης** των εντύπων παραστατικών-δικαιολογητικών, οι οποίες εκτελούνταν από τις Ελεγκτικές Εταιρείες και αφορούσαν τον καθολικό έλεγχο του συνόλου των δικαιολογητικών που είχαν υποβληθεί από τους παρόχους υγείας. Η διοικητική εκκαθάριση περιλάμβανε:
 1. Μεταφορά των φυσικών παραστατικών των υποβολών από τις Περιφερικές Διευθύνσεις σε κτίριο του ΕΟΠΥΥ, που παραχωρήθηκε στις ελεγκτικές εταιρείες.
 2. Οριστικοποίηση των διαδικασιών εκκαθάρισης ανά είδος εγκατάστασης, ανά υποβολή και ανά περιστατικό, και έγκριση τους από τον ΕΟΠΥΥ.
 3. Έλεγχο του συνόλου των εντύπων παραστατικών-δικαιολογητικών που είχαν υποβληθεί από τους παρόχους υγείας και εκκαθάριση των απαιτήσεων τους με τη χρήση εξειδικευμένης πληροφορικής εφαρμογής.

- Διαδικασίες **Ιατρικού Ελέγχου**, οι οποίες εκτελούνταν από τις Ιατρικές Ελεγκτικές Εταιρείες και περιλάμβαναν:
 1. Οικονομική – ιατρική ανάλυση με την χρήση στατιστικού μοντέλου (1^ο επίπεδο ελέγχου)
 2. Ειδικό ιατρικό έλεγχο, ο οποίος αφορούσε την διερεύνηση συγκεκριμένων περιστατικών (2^ο επίπεδο ελέγχου)
 3. Στοχευμένο ιατρικό έλεγχο ο οποίος αφορούσε την εύρεση και καταγραφή ιατρικών φακέλων εντός των Κλινικών προς περαιτέρω διερεύνηση (3^ο επίπεδο ελέγχου)

Ειδικά για τις διαδικασίες Ιατρικού ελέγχου, λόγω της αναδρομικότητας του ελέγχου και των στενών χρονικών περιθωρίων πραγματοποίησής του, χρησιμοποιήθηκε στατιστική μέθοδος διαλογής των περιστατικών, ώστε να παραπεμφθούν προς περαιτέρω έλεγχο η πλειονότητα των περιπτώσεων που από ιατρικής και οικονομικής πλευράς έχουν συγκριτικά αυξημένη σημασία για τον Οργανισμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι από το σύνολο των περιστατικών που ελέγχθηκαν με την χρήση στατιστικού μοντέλου περίπου το 30% παραπέμφθηκαν στο 2^ο επίπεδο ελέγχου, καθώς και ότι δεν έγινε προβολή των αποτελεσμάτων του Ιατρικού ελέγχου στο σύνολο του πληθυσμού των περιστατικών λόγω μη αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος.

Από τα αποτελέσματα αυτής της ιατρο-διοικητικής διαδικασίας προέκυψε και το ύψος του claw back (επανάκτηση) και του rebate (επιβράβευση?) που επέβαλε ο ΕΟΠΥΥ στους γιατρούς και προμηθευτές του.

3.4 Πληροφοριακά Συστήματα της Υγείας

Για την υλοποίηση του κλινικού ελέγχου είναι απαραίτητη η ανάπτυξη σύγχρονων και λειτουργικών πληροφοριακών συστημάτων υγείας. Ειδικότερα για την πραγματοποίηση συστηματικού ελέγχου σε πραγματικό χρόνο χρειάζεται η ανάπτυξη συστημάτων φιλικών στο μέσο χρήστη ώστε να διευκολύνεται η μέγιστη πληροφόρηση και επικοινωνία μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών.

Τα πλέον σύγχρονα είναι τα συστήματα που λειτουργούν σε περιβάλλον διαδικτύου (web-based). Στόχος του είναι η αυτοματοποίηση των διαδικασιών μέσω της ανάπτυξης ροών ηλεκτρονικών διαδικασιών (electronic workflows development), η online ενημέρωση των ενδιαφερόμενων μερών (πχ. ασφαλιστική εταιρεία, ΕΟΠΥΥ) σχετικά με την εξέλιξη των νοσηλείων και όπου επιτρέπεται η αποδοχή άμεσης απάντησης (παροχή feedback).

Τα πληροφοριακά συστήματα της υγείας παρέχουν εξελιγμένες δυνατότητες που μπορούν να συνεισφέρουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στην χάραξη πολιτικών πέρα από τα στενά πλαίσια της ελεγκτικής διαδικασίας. Παρέχουν τη δυνατότητα οργάνωσης και επεξεργασίας στατιστικών και επιδημιολογικών δεδομένων με σκοπό τη συγκριτική ανάλυση και τη λήψη ασφαλέστερων αποφάσεων-παρεμβάσεων.

Τέλος, παρέχουν υψηλά επίπεδα ασφάλειας στη διαχείριση των πληροφοριών. Η πρόσβαση στις πληροφορίες και τα δεδομένα δύναται να περιοριστεί στις αρμοδιότητες και το ρόλο που επιτελεί ο εκάστοτε χρήστης, ο οποίος ενεργεί εντός του συστήματος με αποκλειστική ταυτότητα αναγνώρισης του. Με τον τρόπο αυτό περιορίζεται η άκριτη διάχυση των πληροφοριών που μπορεί να επιφέρει καταπάτηση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών.

3.5 Αρχές και αξίες που διέπουν την ελεγκτική διαδικασία

Ο κλινικός έλεγχος είναι μία διαδικασία μείωσης του κόστους ταυτόχρονα με την βελτιστοποίηση στην παροχή φροντίδας. Αυτή η μίξη οικονομικών και ιατρικών όρων δημιουργεί κινδύνους εξαιτίας της ποσοτικοποίησης του αγαθού της υγείας και της έκφρασης με οικονομικούς όρους της σχέσης κόστους-αποτελέσματος. Ο έλεγχος αυτών των κινδύνων πραγματοποιείται μέσω της υιοθέτησης και ανάπτυξης εταιρικών αρχών και αξιών που διέπουν το σύνολο των λειτουργιών τους, την απόκτηση πιστοποιήσεων των διαδικασιών τους βάσει των αναγνωρισμένων διεθνώς προτύπων και η θέσπιση νομοθεσίας από την πολιτεία που προστατεύει την προσωπικότητα και εν γένει τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των ασθενών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.

Εταιρικές αρχές :

- Η αρχή της εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Σύμφωνα με αυτή ο ασθενής δε απαιτείται να έχει την απόλυτη γνώση και δε φέρει καμία ευθύνη για τη διάγνωση και θεραπεία της πάθησής του. Συνεπώς, η ελεγκτική εταιρεία αναγνωρίζει το τεκμήριο αθωότητας του ασθενούς, αποδεχόμενη ότι δεν δύναται να προκύψει καμία υποχρέωση που απορρέει από τις επιλογές του θεράποντα ιατρού.
- Η αρχή της τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence based medicine), σύμφωνα με την οποία θεράπων και ελεγκτής ιατρός φέρουν το βάρος της επιστημονικής τεκμηρίωσης των επιλογών τους. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να ενημερώνει επαρκώς για τις επιλογές του και ο ελεγκτής ιατρός φέρει το βάρος της τεκμηρίωσης της δικής του άποψης βάσει των αναγνωρισμένων ιατρικών πρωτοκόλλων και να ενημερώνει καταλλήλως τους φορείς που επιβαρύνονται με την κάλυψη των εξόδων της νοσηλείας.
- Η αρχή της κυριαρχίας του καταναλωτή, σύμφωνα με την οποία ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ο ασθενής, πρέπει να γνωρίζει στο σωστό χρόνο τις επικείμενες θεραπευτικές επιλογές και ιατρικές ενέργειες που υπάρχουν, διατηρώντας το δικαίωμα να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει σε συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή.
- Η εχεμύθεια, η εμπιστευτικότητα και η προσπάθεια για συνεχή ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών ολοκληρώνουν το σύμπλεγμα των αρχών που πρέπει να διέπουν τους επαγγελματίες της υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία του κλινικού ελέγχου.

3.6 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας

Ένα σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας αποσκοπεί στο να ενοποιήσει όλα τα στοιχεία που επηρεάζουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που προσφέρει μια επιχείρηση.

Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που έχουν σχέση με την ικανότητά του να ικανοποιεί τις σαφείς ανάγκες αλλά και τις σιωπηρές απαιτήσεις, μιας συγκεκριμένης αγοράς (δηλαδή ενός συνόλου πελατών),

προς την οποία απευθύνεται ή για την οποία κατασκευάστηκε. Τα συστήματα ποιότητας (ISO) που εν γένει χρησιμοποιούνται για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών των φορέων που εμπλέκονται με την ελεγκτική ιατρική αφορούν στη διαχείριση και ασφάλεια των πληροφοριών που διακινούνται και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων διαδικασιών.

Παραδείγματα συστημάτων ποιότητας που εφαρμόζει το σύνολο των ελεγκτικών εταιρειών είναι τα παρακάτω:

- Το **ISO 9001** αποτελεί το υπόδειγμα, για τη διασφάλιση της ποιότητας στο σχεδιασμό, ανάπτυξη, παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση. Το εν λόγω πρότυπο χρησιμοποιείται για τη δέσμευση των μερών στην τήρηση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Στοχεύει στην συνεχή εξέλιξη των διαδικασιών και την εκπαίδευση του προσωπικού με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του.
- Το **ISO 27001** είναι το διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο πιστοποίησης συστημάτων διαχείρισης της ασφάλειας των πληροφοριών. Στόχος του είναι να αποτρέπονται αποτελεσματικά οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ασφάλεια των πληροφορικών συστημάτων και να εξασφαλίζεται η ορθή διαχείριση των ευαίσθητων προσωπικών και σημαντικών πληροφοριών που διακινούνται κατά την ελεγκτική διαδικασία. Με το ISO αυτό, πιστοποιείται ότι η ασφάλεια των πληροφοριών έχει ενσωματωθεί σε κάθε πεδίο της ελεγκτικής διαδικασίας, έχοντας εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα, η διαθεσιμότητα και η ακεραιότητα όλων των πληροφοριών που βρίσκονται στην κατοχή της ελεγκτικής εταιρείας.

3.7 Νομικό πλαίσιο προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Η ελληνική νομοθεσία με τον νόμο 2472/97 ορίζει τις έννοιες των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ευαίσθητων δεδομένων του ατόμου και θέτει το πλαίσιο εντός του οποίου δικαιούνται να κινούνται τόσο οι ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες όσο και οι κρατικοί φορείς που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο νόμος λοιπόν ορίζει ως «δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα», κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων. Όμως δεν αποτελούν δεδομένα

προσωπικού χαρακτήρα τα πάσης φύσεως στατιστικά συγκεντρωτικά στοιχεία από τα οποία δεν μπορούν πλέον να προσδιοριστούν τα υποκείμενα των δεδομένων.

Επίσης, ως «ευαίσθητα δεδομένα» ορίζονται όσα αφορούν στη φυλετική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια, στις ερωτικές επιλογές και γενικά σε ό,τι απορρέει από την κοινωνική ζωή του ατόμου.

Κατά τα άρθρα 11 και 13 του παρόντος νόμου ο ασθενής που μετέχει έμμεσα στη διαδικασία του κλινικού ελέγχου έχει δικαίωμα στην ενημέρωση και φυσικά αντίρρησης συμμετοχής στη διαδικασία-τουλάχιστον όσον αφορά τον κλινικό έλεγχο σε πραγματικό χρόνο στον ιδιωτικό τομέα-. Ο ασθενής λοιπόν δικαιούται να γνωρίζει τον υπεύθυνο της επεξεργασίας και της συλλογής των προσωπικού χαρακτήρα δεδομένων του τουλάχιστον όσον αφορά στην ταυτότητα του λήπτη των στοιχείων του σκοπού της επεξεργασίας και τους αποδέκτες των δεδομένων του. Τέλος, το υποκείμενο των δεδομένων διατηρεί σε κάθε φάση το δικαίωμα να προβάλλει αντιρρήσεις για τη συμμετοχή του στην διαδικασία του κλινικού ελέγχου και να υπαναχωρήσει από την αρχική του απόφαση.

3.8 Αποτελέσματα και προοπτικές του κλινικού ελέγχου στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα

Ο κλινικός έλεγχος όπως εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα -σε πραγματικό χρόνο- έχει αποφέρει εντυπωσιακά αποτελέσματα. Από την άλλη στο δημόσιο τομέα -όπου έχει εφαρμοστεί αναδρομικά- τα αποτελέσματα είναι απλώς ενθαρρυντικά. Συνεπώς, η αποτροπή της υπερβάλλουσας χρέωσης ή ιατρικής πράξης είναι δυνατή καλύτερα όταν ο έλεγχος είναι «παρών» τη στιγμή που γίνεται η νοσηλεία.

Στον ιδιωτικό τομέα λοιπόν το μετρήσιμο κόστος των περικοπών ανερχόταν σε 10-12% του κόστους νοσηλείας. Σήμερα λόγω της συμμόρφωσης των νοσοκομείων-ιατρών στην παρουσία και τις διαδικασίες που έχουν ορίσει οι ελεγκτικές εταιρείες το ποσοστό των περικοπών βρίσκεται περίπου στο 5% του κόστους νοσηλείας. Επίσης, προ 10ετίας το 8% του συνόλου των εισαγωγών απορριπτόταν ως μη αναγκαίες νοσηλείες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σήμερα είναι περί το 1%. Στα ποσοστά αυτά φυσικά, δεν υπολογίζεται το ποσοστό των μη τιμολογημένων περικοπών, δηλαδή όσων περικοπών έγιναν σε εξετάσεις, νοσηλείες ή ιατρικές πράξεις επειδή απορρίφθηκαν

κατόπιν συνεννόησης θερράποντα και ελεγκτή ιατρού και εξαιτίας αυτού δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ. Ακόμη και η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε από 4,8 ημέρες περίπου μια 10ετία νωρίτερα σε περίπου 2,2 ημέρες σήμερα.

Στο δημόσιο τομέα, μερικά παραδείγματα εφαρμογής των διαδικασιών του κλινικού ελέγχου είναι ο έλεγχος των ανεξόφλητων οφειλών του ΟΠΑΔ σε ιδιωτικά νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε το 2011, ο έλεγχος των νοσηλείων των ασφαλισμένων του ΤΥΠΕΤ σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία από το 2012 και ο έλεγχος των νοσηλείων του ΕΟΠΥΥ κατά το 2013, που ήταν και η μεγαλύτερη και πλέον σύνθετη προσπάθεια κλινικού ελέγχου που διενεργήθηκε με τη σύμπραξη των μεγαλύτερων ελεγκτικών εταιρειών της χώρας.

Όσον αφορά στον έλεγχο των νοσηλείων του ΟΠΑΔ, ο οποίος έγινε για πρώτη φορά στα χρονικά της κοινωνικής ασφάλισης, έγινε με τη συγκατάθεση των ιδιωτικών νοσοκομείων προκειμένου να πληρωθούν τα οφειλόμενα από τον ΟΠΑΔ. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε για 1200 νοσηλείες συνολικής αξίας 12,2 εκατ. Ευρώ με οικονομικά οφέλη από τις περικοπές της ελεγκτικής να ανέρχονται σε 2,1 εκατ. Ευρώ, ποσοστό δηλαδή περί το 17,5%. Οι περικοπές έγιναν αποδεκτές στο σύνολο τους από τα νοσοκομεία.

Το ΤΥΠΕΤ έχει συνάψει σύμβαση με ελεγκτική εταιρεία από το 2012 με σκοπό τον έλεγχο των νοσηλείων των ασφαλισμένων του στα ιδιωτικά αλλά και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Ο έλεγχος εδώ γίνεται σε πραγματικό χρόνο αλλά κυρίως αναδρομικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, σύμφωνα με την ελεγκτική εταιρεία σε έλεγχο περίπου 2500 νοσηλείων από το 2012 η μείωση του κόστους για το ΤΥΠΕΤ ανέρχεται σε περίπου 20%.

Η μεγαλύτερη προσπάθεια ελέγχου των νοσηλείων και εξορθολογισμού των δημοσίων δαπανών έγινε το 2013 με σκοπό τον έλεγχο του συνόλου των νοσηλείων του ΕΟΠΥΥ. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ανέρχονταν με βάση την προηγούμενη εμπειρία στον ΟΠΑΔ και το ΤΥΠΕΤ σε περίπου 400 εκατ. το χρόνο.

Στο πρώτο πόρισμα των ιδιωτικών ελεγκτικών κλινικών, κρίθηκε αναγκαίος ο περαιτέρω έλεγχος μεταξύ άλλων για:

- 17.547 περιστατικά με χρεώσεις ανοιχτής περίθαλψης κατά τη διάρκεια νοσηλείας. Το συνολικό ποσό χρεώσεων για τα περιστατικά αυτά ανέρχεται στα 2.523.132 ευρώ.

- 34.331 περιστατικά με χρεώσεις πέραν του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (KEN) λόγω παράτασης νοσηλείας. Το συνολικό ποσό ανέρχεται στα 14.199.298 ευρώ, εκ των οποίων τα 7,5 εκατ. αφορούσαν πράξεις που εκτελέστηκαν εντός της διάρκειας νοσηλείας που προβλέπεται από το KEN.
- 31.301 περιστατικά όπου χρεώθηκαν διπλά KEN. Οι συνολικές χρεώσεις των περιστατικών αυτών ανήλθαν στα 49.500.697 ευρώ, ενώ το ποσό που «αμφισβητείται» είναι 10.981.828 ευρώ με το οποίο χρεώθηκε το δεύτερο KEN.
- 61.102 περιστατικά με χρεώσεις εκτός Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, ύψους 53.528.256 ευρώ (13,76% ποσοστό στο σύνολο των χρεώσεων).
- 30.928 περιστατικά εικονικών εξαγωγών. Οι επιπλέον χρεώσεις για τις εικονικές εξαγωγές στον ΕΟΠΥΥ ανέρχονται σε 18.812.805 ευρώ.
- 55.058 περιστατικά KEN με επανεισαγωγή των ασθενών εντός 30 ημερών. Το συνολικό ποσό των επιπλέον χρεώσεων σε αυτά τα περιστατικά είναι 25.665.050 ευρώ.

Παρά τις αρχικές εξαγγελίες και το πρώτο πόρισμα των ελεγκτικών εταιρειών, για υπερβάλλουσες δαπάνες και περικοπές της τάξεως των 100 εκατ. ευρώ, το επίσημο πόρισμα του υπουργείου υγείας δεν ανέδειξε εξίσου ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Έτσι, όπως αναφέρεται στο πόρισμα, κατόπιν ελέγχου 444.041 περιστατικών σε 101 κλινικές της χώρας οι καταφανώς υπερβάλλουσες δαπάνες αφορούν ένα ποσό που προσεγγίζει τα 5εκατ. ευρώ.

Σε κάθε περίπτωση ο κλινικός έλεγχος προκαλεί συρρίκνωση της οικονομικής δαπάνης και ορθολογικότερη οργάνωση και χρήση των πόρων, οικονομικών ιατρικών. Σε συνδυασμό με το ιδιαίτερα χαμηλό κόστος ελέγχου, το οποίο σύμφωνα με τις ελεγκτικές εταιρείες, δε ξεπερνά το 1% του συνολικού κόστους νοσηλείας καθιστούν τον κλινικό έλεγχο μία οικονομικά αποδοτική επιλογή.

Στην ανάλυση που ακολουθεί (SWOT) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα θετικά σημεία αλλά και οι αδυναμίες στην εφαρμογή του κλινικού ελέγχου. Επίσης εντοπίζονται οι ευκαιρίες και οι κίνδυνοι που υπάρχουν σήμερα. Σε κάθε περίπτωση, η

συγκριτική ανάλυση των περιεχομένων του πίνακα της ανάλυσης, καθώς και τα σημεία που επιχειρείται να αναδειχθούν κάθε φορά ενισχύουν ή αποδυναμώνουν εν τέλει τα επιχειρήματα για την εφαρμογή του ελέγχου στην Ελλάδα.

Πίνακας 3.3 Ανάλυση πλεονεκτημάτων και αδυναμιών κλινικού ελέγχου, ευκαιριών και κινδύνων (Swot Analysis)	
<p style="text-align: center;"><u>Πλεονεκτήματα</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση οργάνωσης και διοίκησης • Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας • Καλύτερη κατανομή των πόρων και περιορισμός των δαπανών • Παροχή κινήτρων για συνεχή εκπαίδευση • Η εμπειρία από τον ιδιωτικό τομέα, οδηγός για τον δημόσιο 	<p style="text-align: center;"><u>Αδυναμίες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη πρωτοκόλλων διαχείρισης των νόσων • Έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού και διοικητικού προσωπικού • Απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων • Μικρή αγορά ως κίνητρο για ιδιωτική πρωτοβουλία
<p style="text-align: center;"><u>Ευκαιρίες</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης • Ευαισθητοποίηση και ευκολότερη αποδοχή σε θέματα ελέγχου • Η οικονομική κρίση ως εφελκυστικό αλλαγών 	<p style="text-align: center;"><u>Κίνδυνοι</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Γραφειοκρατία • Αντιδράσεις των επαγγελματιών της Υγείας • Ασυνέχεια του κράτους σε κάθε κυβερνητική αλλαγή • Ασταθές οικονομικό περιβάλλον

3.9 Ανακεφαλαίωση

Ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται ευρέως στην Ελλάδα στον ιδιωτικό τομέα και εξαιτίας των αποτελεσμάτων που έχει φέρει, επιχειρείται κατά καιρούς να εφαρμοστεί και στο δημόσιο τομέα. Οι αντιθέσεις και οι ακρότητες στα ποσοστά των περικοπών, όπως προαναφέρθηκαν, καταδεικνύουν τα περιθώρια βελτίωσης στην εφαρμογή της διαδικασίας του ελέγχου.

Ο κλινικός έλεγχος έχει αναμφίβολα πολλά πλεονεκτήματα και πολλά περιθώρια διεύρυνσης στις υπηρεσίες υγείας. Συνοψίζοντας τα οφέλη, θα λέγαμε ότι:

- Βελτιώνει την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (θεράποντες-ελεγκτές ιατροί)

- Βοηθά στην οργάνωση της διοίκησης των υπηρεσιών, οι οποίες βρίσκονται υπό συνεχή εποπτεία
- Απαιτεί διαρκή εκπαίδευση προκειμένου να παρέχεται επαρκής και επιστημονική τεκμηρίωση των θεραπευτικών επιλογών
- Διασφαλίζει ότι γίνεται ορθή και λελογισμένη χρήση των πόρων

Από την άλλη πλευρά, η κριτική κατά του κλινικού ελέγχου στρέφεται κυρίως στον ενδεχόμενο περιορισμό της ελευθερίας του γιατρού και την επιφόρτιση της διοικητικής λειτουργίας με περισσότερη «γραφειοκρατία». Η έλλειψη εξειδίκευσης των επιστημόνων υγείας καθώς επίσης και η μη ύπαρξη ασυμβίβαστου μεταξύ ελεγκτικής και «μάχιμης» άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος αποτελούν ενδεχόμενα πλήγματα στην αξιοπιστία της εφαρμογής του κλινικού ελέγχου.

Παρά τις παθογένειες και τις αντιφάσεις, τις δυσκολίες στην εφαρμογή και την σκωπτική διάθεση με την οποία αντιμετωπίζει κυρίως η ιατρική κοινότητα την ελεγκτική διαδικασία δεν παύει να παρουσιάζει σημαντικά οφέλη. Η οικονομική συγκυρία που βρίσκεται η χώρα, που την οδηγεί σε ευκολότερη υιοθέτηση αλλαγών οι οποίες προκαλούν αύξηση της αποδοτικότητας, δημιουργεί επιπλέον προϋποθέσεις επέκτασης της εφαρμογής του κλινικού ελέγχου. Η πλήρης εφαρμογή του, σε πραγματικό χρόνο, σε κάθε νοσοκομειακή δομή του συστήματος υγείας δείχνει σήμερα περισσότερο εφικτή από ποτέ.

Σύνοψη, αδυναμίες της εργασίας και αφορμές για περαιτέρω έρευνα

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει αδυναμίες ενώ ταυτόχρονα υπάρχει ανάγκη για μείωση των δαπανών του. Τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε φάση διαρκούς μεταρρύθμισης, ανάπτυξης νέων δομών και υπηρεσιών. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτελούν παραδείγματα αυτής της προσπάθειας μεταρρύθμισης. Βασική επιδίωξη σε κάθε μεταρρύθμιση αποτελεί η διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας ή καλύτερα η βελτίωση της σχέσης ποιότητα προς κόστος.

Ο ορισμός της έννοιας της ποιότητας, των εργαλείων μέτρησής της και η παράθεση των παραγόντων, οι οποίοι την επηρεάζουν αποτελεί εκ των ων ουκ άνευ ζήτημα για την υιοθέτηση των κατάλληλων επιλογών παρέμβασης. Η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί μία επιλογή παρέμβασης με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, λειτουργώντας ως μία νέα φιλοσοφία διοίκησης και ο κλινικός έλεγχος ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της.

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάδειξη της χρησιμότητας του κλινικού ελέγχου και οι προοπτικές επέκτασης του στον δημόσιο τομέα. Παρουσιάστηκαν στοιχεία από τον ΟΟΣΑ και την ΕΛΣΤΑΤ που τεκμηριώνουν την γενικότερη αίσθηση περί παθογένειας στη χρήση υπηρεσιών υγείας και στρεβλώσεων στην κατανομή των πόρων. Στη συνέχεια, προτάθηκε ο κλινικός έλεγχος ως μέτρο αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών και διερευνήθηκε αν και πως εφαρμόζεται στην Ελλάδα και αναφέρθηκαν αναλυτικά τα στάδια της διαδικασίας (κυκλική διαδικασία 5 βημάτων). Από τη σύγκριση των στατιστικών στοιχείων της έρευνας φάνηκε ότι ο κλινικός έλεγχος εφαρμόζεται με εξαιρετική επιτυχία στον ιδιωτικό τομέα παρουσιάζοντας συνέχεια στην λειτουργία του, ενώ αντίθετα εφαρμόζεται σπασμωδικά στο δημόσιο τομέα παρουσιάζοντας μεγάλη διακύμανση στα αποτελέσματά του σε αυτόν.

Επίσης, σημαντικό τμήμα της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση των αρχών και αξιών, του νομικού πλαισίου και των συστημάτων ποιότητας που διασφαλίζουν τη προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Τέλος, στην ανάλυση SWOT (Πίνακας 3.3) έγινε μια συγκεντρωτική προβολή όλων εκείνων των σημείων που ευνοούν την εμπάθυνση του ελέγχου, κυρίως στο δημόσιο τομέα, που τον έχει ανάγκη.

Η αντίληψη προσφερόμενων ευκαιριών και η καταπολέμηση των αδυναμιών θα επιταχύνουν σε μεγάλο βαθμό την ενδεχόμενη υιοθέτησή του.

Στην μελέτη αυτή δεν εξετάστηκε ενδελεχώς το κόστος εφαρμογής αυτών των διαδικασιών και αν ικανοποιείται εν γένει η σχέση κόστους-οφέλους από μία τέτοια αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Συνεπώς, πέρα από την έρευνα του νομικού και κοινωνικού πλαισίου που αναλύθηκε προηγούμενα, υπάρχει ένα ευρύ περιθώριο περαιτέρω μελέτης του οικονομικού πλαισίου και των δυνατοτήτων εφαρμογής των διαδικασιών που ορίζουν την κλινική διακυβέρνηση.

Σε κάθε περίπτωση η κλινική διακυβέρνηση είναι η πλέον σύγχρονη τάση διακυβέρνησης διεθνώς και ο κλινικός έλεγχος αποτελεί βασικό πυλώνα της. Η θετική εμπειρία από τον ιδιωτικό τομέα αποτελεί λόγο επέκτασης και στο δημόσιο τομέα. Η σημερινή τεχνολογία μέσω της ανάπτυξης σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων καθιστά εφικτή την άμεση και με χαμηλό κόστος ανάπτυξης βασικής υποδομής. Συνεπώς, βάσει της μέχρι σήμερα εμπειρίας η υιοθέτηση και εμβάθυνση στις διαδικασίες που ορίζει η κλινική διακυβέρνηση αποτελεί αναμφίβολα μία επιλογή θετικού προσήμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W, επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ. (2002). *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Αθήνα: Κριτική
2. Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999). *Υγεία : οριοθετήσεις και προοπτικές*, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιουπίες και Προκλήσεις. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
3. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
4. Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., (1994). *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
5. Λιαρόπουλος, Λ. Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος. Αθήνα: εκδ. Βήτα.
6. Σουλιώτης Κ., (2003). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο
7. Υφαντόπουλος Ι., (2003). *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Δαρδάνος.

Ξενόγλωσση

1. Anderson DR, O'Brien BJ, Levine LM et al.(1993). *Efficacy and cost of low-molecular-weight heparin compared with standard heparin for the prevention of deep vein thrombosis after total hip arthroplasty*. UK: Ann Intern Med
2. Brown M.M., Brown G.C., Sharma S., Landy J. (2003). *Health care economic analyses and value based medicine*. Survey of Ophthalmology
3. Chambers N, Jolly A (2002). *Essence of care: making a difference*.UK: Nurs Standard.
4. Cooper J, Benjamin M. (2004). *Clinical audit in practice*. UK: Nurs Standard
5. Currie L, Loftus-Hills A. (2002). *The nursing view of clinical governance*. UK: Nurs Standard.
6. Department of Health (1999). *Clinical governance. Quality in the new NHS*. Leeds: NHS Executive

7. Department of Health (1998). *The new NHS: modern, dependable*. London: Stationery Office.
8. Donabedian A. (1988). *The quality of care: How can it be assessed?* Chicago: American Medical Association
9. Donabedian A (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. QRB Qual Rev Bull
10. Getzen T. (2004). *Health Economics. Fundamentals and Flow of Funds*. New York: Wiley
11. Graham Copeland (2005) *A Practical Handbook for Clinical Audit*. NHS Clinical Governance Support Team
12. Ian Callanan (2013). *A Practical Guide To Clinical Audit*. UK: Dr. Steevens Hospital.
13. Leizorovicz A, Simmonneau G, Decousus H, Boissel JP. (1994). *Comparison of efficacy and safety of low molecular weight heparin and unfractionated heparin in initial treatment of deep venous thrombosis: a meta-analysis*. BMJ
14. Morrell C, Harvey G. (1999). *The clinical audit handbook: improving the quality of health care*. London: Baillière Tindall.
15. Ross Scrivener, Clare Morrell (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Leicester: Radcliffe Medical Press
16. Rycroft-Malone J, Morrell C, Bick D.(2004). *The research agenda for protocol-based care*.UK: Nurs Standard.
17. Van Zwanenberg T, Harrison J. (2000). *Clinical Governance in Primary Care*. Oxford: Radcliffe Press.

Διαδοκτικακές πηγές

1. www.ygeia360.gr/el/news/item/5480-athwos-o-klinikos-elegxos-sta-nosokomeia
2. www.kathimerini.gr/782137/article/epikairothta/ellada/idiwtikes-klinikes-yperxrewnan-ton-eopyy
3. www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/2833-synenteyksh-typoy-gia-to-porisma-elegxoy-twn-idiwtikwn-elegktikwn-etaireiwn
4. <http://insuranceworld.gr/14769/archive>

5. <http://www.healthreport.gr>
6. www.kathimerini.gr/785114/article/epikairothta/ellada/strofh-sthn-idiwtikh-asfalish-ygeias