

FORUM
για την ΥΓΕΙΑ & τις ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

24-26 ΙΟΥΝΙΟΥ, NAFPLIA PALACE, NAYPLION

Θανάσης Παπαμίχος, MSc, PhD

«Μεγιστοποίηση της κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας των νοσηλείων, με ανάπτυξη διαδικασιών κλινικού ελέγχου (Clinical Audit) στα Νοσοκομεία.»

Εισαγωγή

1

Την τελευταία δεκαετία ο τομέας της υγείας αναπτύχθηκε με στόχο την βελτίωση τόσο των υποδομών αλλά και της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και του δόθηκαν αρκετά κονδύλια για αυτό .

Σήμερα όμως με την οικονομική κρίση σε εξέλιξη και με τις δαπάνες για την υγεία σε υψηλά επίπεδα θα πρέπει ο κάθε πολιτικός, ο κάθε μάνατζερ, ο κάθε γιατρός να αναρωτηθεί πως θα μπορέσουμε να συνεχίσουμε να βελτιώνουμε την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών και παράλληλα να μειώσουμε τις δαπάνες υγείας.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να γίνουν περικοπές στις δαπάνες. Από αυτούς που αφορούν σε διακοπή λειτουργιών ή κατάργηση δομών μέχρι αυτούς που αφορούν σε αλλαγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Αλλά μεταξύ αυτών των προτάσεων οι οποίες δεν είναι ελκυστικές ούτε άμεσα εφικτές και για τις οποίες δεν υπάρχει κοινωνική συναίνεση, υπάρχουν λύσεις με μεγαλύτερες δυνατότητες στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο που το σύστημα πρέπει να αντιδράσει.

Οι λύσεις αυτές είναι διαθέσιμες σε αυτούς που εργάζονται στο σύστημα υγείας και προέρχονται από χώρους εκτός του τομέα υγείας αλλά χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο και προσαρμόζονται ώστε να βελτιώσουν την ιατρική φροντίδα και να την κάνουν πιο αποδοτική.

Βασίζονται σε απλές αρχές κοινής λογικής, έχουν επίκεντρο τον πελάτη-ασθενή, δίνουν μεγάλη σημασία στις διαδικασίες τα συστήματα και την σημασία των μετρήσεων και τελικά αναγνωρίζουν και επιβραβεύουν την εμπειρογνομωσύνη των λειτουργών του συστήματος υγείας.

Γνωρίζουμε ότι αυτή η προσέγγιση εμπλέκει προσωπικό και υπάρχει αρκετή τεκμηρίωση ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά. Μπορεί όμως η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρακτικών να βοηθήσει στον περιορισμό του κόστους?

Πως για παράδειγμα θα μειωθεί 10% η δαπάνη του ΕΣΥ? Με περικοπές υπηρεσιών ή μειώσεις προσωπικού? Με περικοπή άλλων δαπανών? Μπορεί να εξοικονομηθούν πόροι από βελτίωση της ποιότητας σε απλές καθημερινές υπηρεσίες υγείας αλλά και σε πολύπλοκες ιατρικές επεμβάσεις?

2

Ένας στους δέκα ασθενείς που εισάγεται σε νοσοκομείο έρχεται αντιμέτωπος με κακές πρακτικές που αφορούν στην νοσηλεία του και ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς χρειάζεται επιπλέον θεραπεία. Τέτοιες περιπτώσεις αφορούν για παράδειγμα σε ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις, χειρουργικές επιπλοκές από ιατρικά λάθη, ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής αγωγής κλπ

Η κακή χρήση η υπερκατανάλωση υπηρεσιών, και θεραπειών συμβάλει στην φτωχή ποιότητα και αυξάνει τις δαπάνες χωρίς λόγο. Δαπάνες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Η χρήση αναποτελεσματικών θεραπειών συμβάλλει επίσης στην φτωχή ποιότητα.

3

Πάντως, ανεξάρτητα από την ερμηνεία του φαινομένου, είναι γεγονός ότι η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων έχει

προσλάβει επικίνδυνες διαστάσεις. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 25% όλων των εισαγωγών στα νοσοκομεία, το 20% των χειρουργικών επεμβάσεων(καισαρικές τομές, οι υστερεκτομές, οι αμυγδαλεκτομές, οι χολοκυστεκτομές, οι βουβωνοκήλες και οι σκωληκοειδεκτομές) και το 50% του χρόνου νοσηλείας είναι άσκοπα.. Άσκοπο θεωρείται επίσης το 15% των επισκέψεων σε γιατρό και οι μισές περίπου διαγνωστικές εξετάσεις. Στις ΗΠΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, κρίθηκαν ως άσκοπες περίπου το 22% των στεφανιογραφιών και το 17% των γαστροσκοπήσεων. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή, ανάλογα με το σύστημα υγείας, το ιατρικό δυναμικό και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται σε χώρες όπου η ιατρική αμοίβεται κατά πράξη (ο δείκτης χειρουργικών επεμβάσεων είναι διπλάσιος στις ΗΠΑ απ' ό,τι στη Μ. Βρετανία), στις χώρες όπου ανθεί η παραοικονομία, όπου οι γιατροί είναι πολλοί ή ελλιπώς εκπαιδευμένοι, καθώς και στις περιπτώσεις όπου υπάρχει θεσμική ανεπάρκεια και άγνοια εκ μέρους των «καταναλωτών» υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της συνέργειας όλων αυτών των παραγόντων είναι η Ελλάδα, όπου, παρά τις ανεπάρκειες που παρουσιάζει το σύστημα υγείας σε πολλούς τομείς, καταγράφονται ιδιαίτερα υψηλοί δείκτες κατανάλωσης.

4.

Για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας το βασικότερο εργαλείο αποτελεί ο κλινικός έλεγχος (clinical audit). Επίσης αποτελεί σημαντικό συστατικό της κλινικής διακυβέρνησης (clinical governance).

Ο όρος **κλινική διακυβέρνηση** χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα πρέπει να λειτουργεί μια μονάδα υγείας ώστε να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλίζει υψηλά πρότυπα φροντίδας.

5

■ Η κλινική διακυβέρνηση περιλαμβάνει διαδικασίες:

- Εκπαίδευσης
- Κλινικού ελέγχου
- Κλινικής αποτελεσματικότητας
- Διαχείρισης κινδύνου
- Έρευνας και Ανάπτυξης
- Δημοσίευσης αποτελεσμάτων

6

Η κλινική διακυβέρνηση διασφαλίζει

την Ιατρική Καταλληλότητα (medical appropriateness) μιας θεραπείας (δηλαδή την παροχή της αναγκαίας φροντίδας με επιστημονική τεκμηρίωση, όφελος για τον ασθενή αύξηση της ικανοποίησης του και οικονομικά αποτελεσματική.)

την Ιατρική Αναγκαιότητα (medical necessity) δηλαδή την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας βασει:

- Της κάλυψης βασικών αναγκών περίθαλψης, σύμφωνα με την διάγνωση
- Της οικονομικής αποδοτικότητας
- Της κατάλληλης υποδομής υγείας
- Των κατάλληλων πρωτοκόλλων
- Της αποδεδειγμένης αξίας της

7

Απαραίτητα εργαλεία για την κλινική διακυβέρνηση είναι τα ιατρικά

Πρωτόκολλα τα οποία βοηθούν τον γιατρό στη λήψη βέλτιστων αποφάσεων συμβάλουν στην μείωση της διαφοροποίησης, στην μέτρηση της ποιότητας, είναι ιατρικά τεκμηριωμένα

8

Το NICE ορίζει τον κλινικό έλεγχο (clinical audit) ως μια διαδικασία η οποία επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή και κατ' επέκταση τα κλινικά αποτελέσματα μέσα από μια συστηματική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και την επιβολή αλλαγών όπου κρίνεται αναγκαίο. Η αξιολόγηση μπορεί να αφορά τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας. Όπου απαιτείται σχεδιάζονται και εφαρμόζονται παρεμβάσεις και επανελέγχονται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η βελτίωση στην παρεχόμενη φροντίδα.

9

Τα στάδια του κλινικού ελέγχου απεικονίζονται στη διαφάνεια :

- 1.** Κατ' αρχήν επιλέγεται το πρόβλημα ή η κατάσταση που πρέπει να ελεγχθεί.
- 2.** Στη συνέχεια καθορίζονται τα κριτήρια που θέτουν το περιεχόμενο του στόχου και τα πρότυπα τα οποία τον ποσοτικοποιούν
- 3.** προκειμένου να εξασφαλιστεί η ακρίβεια και η εγκυρότητα των δεδομένων θα πρέπει πριν την έναρξη του ελέγχου να διευκρινιστούν θέματα όπως:
 - i.** Ποια ομάδα αφορά ο στόχος;
 - ii.** Ποιοι θα συλλέξουν τα στοιχεία;
 - iii.** Κάθε πότε;
 - iv.** Υπάρχουν ηθικά ζητήματα; Απαιτείται έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής;
- 4.** Στη συνέχεια συγκρίνονται τα δεδομένα που συλλέχθηκαν με τα κριτήρια ώστε να βρεθούν οι περιοχές όπου υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.
- 5.** Γίνεται σχεδιασμός και εφαρμογή παρεμβάσεων όπου είναι αναγκαίο
- 6.** Και τέλος γίνεται ο επανέλεγχος του αρχικού προβλήματος έπειτα από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για να επιβεβαιώσει την επίτευξη των στόχων, να εξετάσει την ανάγκη περαιτέρω αλλαγών και παρεμβάσεων και να ολοκληρώσει επιτυχώς την διαδικασία του ελέγχου.

10

Πολύ σημαντική στην όλη διαδικασία είναι τέλος η δημοσίευση των αποτελεσμάτων του ελέγχου ή ακόμα και η δημοσίευση συγκριτικής βαθμολογίας μεταξύ διάφορων μονάδων υγείας που μπορεί να κινητοποιήσει τους γιατρούς και τα νοσοκομεία να συμμετάσχουν στον έλεγχο αλλά και να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους

11

Παράλληλα με τον κλινικό έλεγχο και στα πλαίσια της κλινικής διακυβέρνησης διεξάγετε και ο οικονομικός έλεγχος δηλαδή η διαδικασία αξιολόγησης της κατανομής και χρήσης των πόρων.

Ας δούμε τώρα πολύ σύντομα και κωδικοποιημένα τα σύν και πλήν της διαδικασίας του ελέγχου σε μια μονάδα υγείας όπως έχουν καταγραφεί από την διεθνή εμπειρία

12

Πλεονεκτήματα της διαδικασίας ελέγχου

- Βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και των αποτελεσμάτων για τον ασθενή.
- Βελτίωση της οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών.
- Διασφάλιση της αποδοτικής χρήσης των πόρων.
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση.

13

Μειονεκτήματα της διαδικασίας ελέγχου (όπως τα αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας)

1. Πρόσθετος φόρτος εργασίας εις βάρος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας
2. Περιορισμός στην ελευθερία του γιατρού

14

Εμπόδια στην διαδικασία ελέγχου

- Έλλειψη πόρων (ανθρώπινων, οικονομικών καθώς και χρόνου).
- Έλλειψη εξειδίκευσης (ελλιπής σχεδιασμός, αδυναμία καθορισμού προτύπων, ακατάλληλες μέθοδοι συλλογής δεδομένων, έλλειψη εξειδικευμένου και αποκλειστικού προσωπικού).
- Έλλειψη ενός οργανωμένου σχεδίου ελέγχου.
- Εμπόδια διοικητικής και οργανωτικής φύσης

15

Παράγοντες οι οποίοι διευκολύνουν την διαδικασία ελέγχου

- Ύπαρξη και χρήση πληροφοριακών συστημάτων.
- Εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με τον έλεγχο.
- Υποστηρικτικά εργαλεία και μηχανισμοί.
- Στρατηγικός σχεδιασμός για τη διαδικασία ελέγχου.
- Παρακολούθηση και υποστήριξη του προγράμματος ελέγχου.

16

Στο σημείο αυτό αξίζει νομίζω να περιγράψουμε τις

Διαδικασίες διαχείρισης ενός περιστατικού (Case Management) στα πλαίσια του κλινικού ελέγχου

- Καταρχην γίνεται αξιολόγηση της ανάγκης για νοσηλεία πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο με χρήση προκαθορισμένων κριτηρίων.
- Αξιολογείται η προτεινόμενη ιατρικής φροντίδας
- Γίνεται Συμπαρακολούθηση του περιστατικού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και αξιολογούνται οι υπηρεσίες που προσφέρονται.
- Τέλος γίνεται αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών για κατάλληλη μετανοσοκομειακή φροντίδα.

17

Οι Δείκτες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται είναι η

- Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ).
- Μείωση ημερών νοσηλείας και επισκέψεων στα Επείγοντα.
- Μείωση εισαγωγών.
- Αύξηση παραπομπών σε εξωτερικά ιατρεία ή δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Αύξηση διεπιστημονικής επικοινωνίας κι εκπαίδευσης.

18

Υπάρχει αρκετή εμπειρία στο εξωτερικό από εφαρμογή της κλινικής διακυβέρνησης και του κλινικού ελέγχου

Παράδειγμα η Μ. Βρετανία όπου (1)

- οι προτεραιότητες για τον έλεγχο καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο
- ενώ σε περιφερειακό επίπεδο, οι Strategic Health Authorities έχουν μια ομάδα κλινικής διακυβέρνησης που φροντίζει να διασφαλίσει την ύπαρξη προγράμματος κλινικού ελέγχου σε τοπικό επίπεδο.
- Ο υπεύθυνος κλινικού ελέγχου σε τοπικό επίπεδο ευθύνεται για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της στρατηγικής ελέγχου, την επιλογή των προτεραιοτήτων, το σχεδιασμό και την οργάνωση του προγράμματος ελέγχου και την εφαρμογή τους.

19

Ο κλινικός έλεγχος στο Ηνωμένο Βασίλειο (2)

- Επίσης η ομάδα κλινικού ελέγχου σχεδιάζει εκ των προτέρων το στρατηγικό σχέδιο ελέγχου το οποίο αντανακλά και τους στόχους του εθνικού και περιφερειακού στρατηγικού σχεδίου.
- Ο έλεγχος είναι προοπτικός.
- Η ομάδα κλινικού ελέγχου καθορίζει το χρονοδιάγραμμα και τις αρμοδιότητες κάθε μέλους.

- Ευθύνεται επίσης για το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή παρεμβάσεων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, όπου κρίνεται αναγκαίο.

20

Διεθνή παραδείγματα

Σε δημοσίευση του

1998, New England Journal of Medicine για αποτελέσματα μετά από εφαρμογή του κλινικού ελέγχου σε νοσοκομεία της Μασαχουσέτης παρατηρήθηκε

- 12,3% μείωση εισαγωγών**
- 8% μείωση σε ημέρες νοσηλείας**
- 8,3% μείωση σε κόστος νοσηλείας**
- Οι πόροι που εξοικονομήθηκαν/κόστος: 8/1**

1998, BMJ σε χειρουργική κλινική περιφερειακού νοσοκομείου σε διάρκεια ενός χρόνου με αύξηση περιστατικών 20% αλλά καλύτερη αξιοποίηση ανθρώπινων και υλικών πόρων

- 14% μείωση ΜΔΝ**
- 20% μείωση χρόνου αναμονής**
- 14% μείωση του κόστους**

21

Κλινικός έλεγχος – Η ελληνική πραγματικότητα

- **Δημόσιος Τομέας**
 - Ανύπαρκτος η προσηματικός ο κλινικός έλεγχος των νοσηλείων. Και υπάρχει πλήρης αδιαφορία για ουσιαστικές ελεγκτικές διαδικασίες.**

Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί των ταμείων και κυρίως του ΙΚΑ στηρίζονται σε αναδρομικούς ελέγχους και στον προσδιορισμό της ιατρικής αναγκαιότητας. Αυτό γίνεται με πρόσχημα την χρονοβόρα προσπάθεια που θα χρειάζονταν για την ενδελεχή ανάλυση των στοιχείων του ιατρικού φακέλου, και την υψηλή κατανάλωση πόρων για ειδικευμένους ελεγκτές- ιατρούς, καθώς και τα συνεχή προβλήματα διαφωνιών/ ανάγκης επίλυσης διαφορών.

■ **Στον Ιδιωτικό Τομέα**

- **Λειτουργεί από 10ετίας ο κλινικός αλλά και οικονομικός έλεγχος (clinical audit & medical bill audit), παρά τις αδυναμίες του, με κύριο προωθητικό «όχημα» τις ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.**

22

Αυτές συμβάλλονται με ιδιωτικές ανεξάρτητες εταιρείες που διενεργούν κλινικούς και οικονομικούς ελέγχους, με βασικές προβλέψεις για:

- τις νοσηλείες,
- τις τιμές,
- τις διαδικασίες,
- τον ασθενή,
- μετρήσιμα μεγέθη.

23

Κλινικός έλεγχος – Σημερινή λειτουργία

Σε κάθε Νοσοκομείο το Ελεγκτικό Ιατρείο παρακολουθεί, για λογαριασμό της Ασφαλιστικής Εταιρείας, όλα τα περιστατικά τόσο κατά την εισαγωγή τους

(προνοσηλευτικός έλεγχος) όσο και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους (ενδοноσοκομειακός έλεγχος). Επίσης ελέγχεται η πληρότητα και η τεκμηρίωση του ιατρικού φακέλου τόσο κατά τη διάρκεια νοσηλείας όσο και την ημέρα του εξιτηρίου (ή την επομένη

Ο σκοπός του Ελεγκτικού Ιατρείου είναι να εξασφαλίσει ιατρικώς τεκμηριωμένη νοσηλεία για τον ασφαλισμένο και αποφυγή της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό μπορεί να προβαίνει σε τεκμηριωμένη άρνηση πληρωμής εκ μέρους της Ασφαλιστικής εταιρείας είτε ολόκληρης της νοσηλείας είτε μέρους αυτής (με τη μορφή άρνησης πληρωμής είτε ημερών νοσηλείας είτε ιατρικών εξετάσεων ή και πράξεων). Η άρνηση έγκρισης ολόκληρης της νοσηλείας μπορεί να γίνει κατά τον προνοσηλευτικό έλεγχο ο οποίος αποσκοπεί στην βεβαίωση ή μη της αναγκαιότητας α) της εισαγωγής για νοσηλεία (και μιας καταρχήν εκτίμησης της διάρκειας νοσηλείας) και β) της διενέργειας όλων των ιατρικών εξετάσεων/ πράξεων που γραπτώς δηλώνει ότι επιθυμεί ο θεράπων ιατρός. Παρομοίως, ο ενδοноσοκομειακός έλεγχος επιβεβαιώνει ή όχι την αναγκαιότητα α) της μέχρι τότε διάρκειας και της συνέχισης της νοσηλείας και β) των ιατρικών εξετάσεων/ πράξεων που ήδη έγιναν στο νοσοκομείο.

Κατά το εξιτήριο του ασθενούς, ο έλεγχος του ιατρικού του φακέλου αλλά και ο λεπτομερής έλεγχος του Τιμολογίου της νοσηλείας του, προτού αυτό σταλεί για πληρωμή στην Ασφαλιστική εταιρεία, έχει ως σκοπό την οριστική τεκμηρίωση των αρνήσεων πληρωμών, την εξέταση τυχόν επανειλημμένων χρεώσεων εξετάσεων, πράξεων ή υλικών και την τελική εισήγηση πληρωμής προς την Ασφαλιστική εταιρεία.

Κατά τη διάρκεια όλης αυτής της ελεγκτικής διαδικασίας, οι ελεγκτές ιατροί αποστέλλουν προς την Ασφαλιστική εταιρεία τις ιατρικές τους πραγματογνωμοσύνες οι οποίες αφορούν την τεκμηρίωση της νοσηλείας και των εκτελουμένων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών πράξεων.

Οι διαφορετικές εκτιμήσεις που προκύπτουν μεταξύ των ελεγκτών ιατρών του ιατρείου και των θεραπόντων ιατρών του νοσοκομείου, παραπέμπονται σε ειδική μικτή Επιτροπή Διαιτησίας η οποία συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα και αποφασίζει οριστικά.

24

Κλινικός έλεγχος – Αναφορές

- Πλήρης Μηχανογράφηση, on line επικοινωνία, paperless λειτουργία.
- Καθημερινή συλλογή έως 36 στοιχείων ανά ασθενή (περιγραφικών και αριθμητικών).
- Προτυποποιημένος τρόπος αναφορών (επιδημιολογικά και οικονομικά στοιχεία) ώστε να εξαγονται συμπεράσματα και να επιτρέπεται η συγκρισιμότητα.

25

Στατιστικά

Τα Ελεγκτικά Ιατρεία λειτουργούν από 10ετίας περίπου στα μεγάλα ιδιωτικά Νοσοκομεία της Αθήνας (σε πολλά συνέπεσαν με την έναρξη λειτουργίας τους). Οι περικοπές εξόδων νοσηλείας ενώ αρχικά έφθαναν το 10 - 12% του συνολικού ετήσιου κόστους νοσηλείας, σήμερα έχουν περιορισθεί στο 3-5% λόγω της συμμόρφωσης των θεραπόντων ιατρών από τη πολυετή συνεργασία με τους ελεγκτές ιατρούς. Για τον ίδιο λόγο μειώθηκαν οι απορριψεις ολοκληρων νοσηλειών από 8% σε 1%. Επίσης σήμερα, η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας είναι 2,2 έως 2,5 ημέρες από 4,8 ημέρες προ δεκαετίας για τους ασθενείς των ιδιωτικών ασφαλιστικών όταν στα δημόσια νοσοκομεία έχουμε διπλάσια και τριπλάσια πολλές φορές ΜΔΝ

Οι περικοπές αυτές προέρχονται κυρίως από έλεγχο της διάρκειας νοσηλείας και των ιατρικών εξετάσεων.

Το ελεγκτικό ιατρείο δεν ασχολείται, παρότι θα μπορούσε, με τη φαρμακευτική δαπάνη διότι αυτή συνήθως καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Δημόσια Ταμεία και άρα δεν αποτελεί έξοδο των Ασφαλιστικών εταιρειών. Οσον αφορά τα ειδικά υλικά, οι τιμές τους έχουν προκαθορισθεί μεταξύ Ασφαλιστικών Εταιρειών και Ιδιωτικών Νοσοκομείων και άρα το Ελεγκτικό Ιατρείο απλώς γνωματεύει για την αναγκαιότητα ή μη χρήσης ειδικών υλικών. Γίνεται αντιληπτό ότι σε περίπτωση που δοθεί δυνατότητα στο Ελεγκτικό Ιατρείο να προβεί και στις ανωτέρω κατηγορίες περικοπών, τότε η συνολική νοσοκομειακή δαπάνη μπορεί να μειωθεί **σε ποσοστό έως 20%**, τουλάχιστον κατά τα πρώτα χρόνια εφαρμογής της ελεγκτικής διαδικασίας.

Υπενθυμίζουμε τέλος ότι στη παραπάνω "μετρήσιμη" εξοικονόμηση, πρέπει επιπρόσθετα να υπολογισθεί μια πιθανώς μεγαλύτερη "μη μετρήσιμη" που προκύπτει και περιλαμβάνει: α) το κόστος των εισαγωγών με σκοπό τη διενέργεια εξετάσεων και μόνο, που δεν προσέρχονται (και άρα δεν μετρώνται), β) το κόστος των παρατάσεων νοσηλείας που δεν γίνονται (και άρα δεν μετρώνται) λόγω της άρνησης των ελεγκτών ιατρών να εγκρίνουν περαιτέρω νοσηλεία, γ) το κόστος των περιστατικών που φεύγουν από το Νοσοκομείο μετά την γνωστοποίηση της απόφασης του Ιατρείου παρότι προσήλθαν για νοσηλεία και δ) το κόστος των εξετάσεων/ πράξεων που δεν γίνονται μετά από τυχόν διερευνητικό τηλεφώνημα των θεραπόντων ιατρών στους ελεγκτές ιατρούς.

Κόστος Ελεγκτικού Ιατρείου:

Λιγότερο από 1% του Κόστους Νοσηλείας! (χωρίς αμοιβές χειρουργών)

26

Ανάγκη εφαρμογής ελέγχου στο ελληνικό σύστημα υγείας

Η διαδικασία έλεγχου ως αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής διακυβέρνησης, όπως περιγράφηκε νωρίτερα, έχει αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα όχι μόνο για

τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση για την υγεία του ασθενή αλλά συμβάλλει θετικά και στην οργάνωση και τη διοίκηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην έρευνα και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ειδικότερα, στην περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας η εφαρμογή συστημάτων κλινικού ελέγχου αναμένεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα στη βελτίωση του συνολικά παραγόμενου έργου, δεδομένου ότι θα συνδράμει στην αντιμετώπιση χρονιζόντων αδυναμιών του συστήματος όπως:

- η απουσία συστηματικών καταγραφών στη βάση φακέλων των ασθενών σχετικά με το ιστορικό της νόσου, το ιστορικό και τα αποτελέσματα των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το παρελθόν κ.ά.
- η απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου και των ασθενών στο σύνολο των βαθμίδων φροντίδας/νοσηλείας
- η διενέργεια επαναλαμβανόμενων εξετάσεων λόγω μη καταγραφής και περιπτώσεων εξετάσεων στο πλαίσιο πρακτικών «αμυντικής ιατρικής»
- η ασυνέχεια της φροντίδας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- οι παρατηρούμενες ανομοιογένειες στην παρεχόμενη φροντίδα (κυρίως σε μονάδες υγείας με διαφορετικό βαθμό «αστικότητας», ακαδημαϊκού υποβάθρου κ.ά.)
- τα παρατηρούμενα φαινόμενα «κακής ιατρικής» (malpractice)
- η ανυπαρξία καθηκοντολογίου μεταξύ των λειτουργιών υγείας στο σύστημα

27

Σίγουρα την εφαρμογή θα δυσκολέψει η

- Απουσία πληροφοριακών Συστημάτων
- Έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στους κλινικούς ελέγχους
- Απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου
- Καθώς και οι Αντιδράσεις επαγγελματιών Υγείας και η Γραφειοκρατία

Όμως μπορούμε να βελτιώσουμε την ποιότητα της φροντίδας, να εξοικονομήσουμε πόρους να ευαισθητοποιήσουμε τους επαγγελματίες υγείας σε θέματα ελέγχου, να εφαρμόσουμε σύγχρονα εργαλεία κλινικής διακυβέρνησης όπως ιατρικά πρωτόκολα, σύστημα ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης κ.α. και να αξιοποιήσουμε και την εμπειρία από τον ιδιωτικό τομέα σχετικά με την εφαρμογή εσωτερικού ελέγχου

28

Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητή η ανάγκη συγκρότησης μιας ομάδας κλινικής διακυβέρνησης και εσωτερικού οικονομικού ελέγχου σε κάθε νοσοκομείο και μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Η ομάδα αυτή θα αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς υπαλλήλους, τους υπεύθυνους ποιότητας οι οποίοι απασχολούνται μέσα στη μονάδα υγείας ενώ **θα υποστηρίζεται και από εξωτερικούς συνεργάτες ειδικευμένους στον κλινικό και οικονομικό έλεγχο.** Η σύνθεση αυτή εξασφαλίζει τη διεπιστημονικότητα της ομάδας, απαραίτητο συστατικό για την επιτυχία καθώς η κλινική διακυβέρνηση δεν αφορά μόνο τον κλινικό έλεγχο αλλά και άλλους τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα σε μια μονάδα υγείας. Η ομάδα αυτή θα είναι υπεύθυνη τόσο για την κλινική διακυβέρνηση όσο και για τον εσωτερικό οικονομικό έλεγχο. Ειδικότερα, μέσα από τον περιοδικό και συστηματικό έλεγχο των φακέλων των ασθενών η ομάδα αυτή θα εντοπίζει τις περιοχές ή τους τομείς που έχουν περιθώρια βελτίωσης, θα θέτει τους στόχους και το χρονοδιάγραμμα για την επίτευξη τους, θα σχεδιάζει και θα εφαρμόζει συστάσεις, παρεμβάσεις και αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και των διαδικασιών με βάση τους καθορισμένους στόχους. Επιπρόσθετα παράλληλα με τον έλεγχο των φακέλων των ασθενών στο πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης θα αξιολογείται και η κατανομή και η χρήση των πόρων θα γίνεται δηλαδή και ο εσωτερικός οικονομικός έλεγχος. Ενδεικτικά η ομάδα κλινικής διακυβέρνησης και εσωτερικού ελέγχου θα ελέγχει τυχόν επανειλημμένες χρεώσεις εξετάσεων, πράξεων ή υλικών και θα συγκρίνει το κόστος της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης με το κόστος της βέλτιστης πρακτικής και των αντίστοιχων πράξεων σε άλλες μονάδες υγείας. Τέλος, η ομάδα αυτή θα έχει την ευθύνη της δημοσίευσης των αποτελεσμάτων του ελέγχου ανά τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό να

κινητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας και τους εργαζόμενους να συμμετάσχουν στον έλεγχο και να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους. Η κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού που θα συγκροτήσει την ομάδα κλινικής διακυβέρνησης αλλά και η μύηση των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας και υπαλλήλων της μονάδας υγείας στην έννοια του ελέγχου και της αξιολόγησης είναι μείζονος σημασίας για την επιτυχία της παρέμβασης.

Τέλος, το κλειδί της επιτυχίας όπως έχει ήδη επισημανθεί είναι ένα ολοκληρωμένο στρατηγικό σχέδιο ελέγχου. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμο να αναπτυχθούν πρωτόκολλα κλινικής διακυβέρνησης και ελέγχου τα οποία θα θέτουν τους στόχους, θα περιγράφουν αναλυτικά τη διαδικασία ελέγχου και τα κρίσιμα σημεία αυτής, το ρόλο και τις αρμοδιότητες της ομάδας κλινικής διακυβέρνησης καθώς και τη ροή των πληροφοριών ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες και τους φορείς υγείας.---

Βεβαία μένουν πολλά θέματα προς συζήτηση όπως

- *Ο έλεγχος θα είναι υποχρεωτικός; Ποιοι τομείς θα ελέγχονται; Ποιος θα θέτει τους στόχους; Ποιοι θα συμμετέχουν στη διαδικασία του ελέγχου; Πώς θα κινητοποιούνται οι μονάδες υγείας και οι επαγγελματίες υγείας ώστε να συμμετέχουν; Πού θα δημοσιεύονται τα αποτελέσματα;*