



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας με την εφαρμογή διαδικασιών Κλινικού Ελέγχου στα Ελληνικά Νοσοκομεία»

ΚΑΤΑΡΑΧΙΑ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οικονομικών της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.

Χρήστος Κόλλιας, Καθηγητής Τμήματος Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λορένα Ανδρούτσου, Οικονομολόγος Υγείας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



THESIS

**“To maximize the clinical effectiveness and cost- efficiency of
implementing procedures Clinical Audit in Greek Hospitals”**

Περίληψη

Σε μία εποχή στην οποία οι Δαπάνες Υγείας αυξάνονται διεθνώς με δυσθεώρητα υψηλούς ρυθμούς, η Κλινική Διακυβέρνηση είναι κρίσιμης σημασίας και μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια για μια ιδιωτική ή δημόσια μονάδα περίθαλψης, διότι συντελεί στον εξορθολογισμό των δαπανών της Υγείας, καταστρώντας τη βιώσιμη. Βασικότερο χαρακτηριστικό της είναι ο Κλινικός Έλεγχος (ΚΕ) που τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει διάφορα Εθνικά Συστήματα Υγείας, όπως είναι για παράδειγμα εκείνα της Μ. Βρετανίας και των ΗΠΑ. Στην Ελλάδα, τον συναντάμε κυρίως στον Ιδιωτικό Τομέα. Πιο συγκεκριμένα, οι διαδικασίες του ΚΕ στη χώρα μας αφορούν τον προνοσηλευτικό, ενδονοσηλευτικό και μετανοσηλευτικό έλεγχο, οι οποίες διενεργούνται από τον Ελεγκτή Ιατρό της Ιδιωτικής Ελεγκτικής Εταιρείας για λογαριασμό των Ασφαλιστικών Εταιρειών.

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η ανάδειξη της αναγκαιότητας ύπαρξης ελεγκτικού μηχανισμού, καθώς και η διερεύνηση του τρόπου που οι διαδικασίες ΚΕ οδηγούν στη παροχή υπηρεσιών υγείας με μείωση του κόστους, μέσω του καθημερινού ιατρικού ελέγχου των περιστατικών σε ατομικό επίπεδο με χρήση προτύπων, διασφαλίζοντας την Ιατρική Αναγκαιότητα (Medical Necessity) και την Ιατρική Καταλληλότητα (Medical Appropriateness), τόσο στον Ιδιωτικό όσο και στον Δημόσιο Τομέα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα επιχειρεί την ανάδειξη τεχνικών αναφορικά με τη μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας των νοσηλείων, εφαρμόζοντας διαδικασίες Κλινικού Ελέγχου (ΚΕ) στα νοσοκομεία της Ελλάδος.

Για την υλοποίηση της μελέτης, πραγματοποιήθηκε τυχαία συλλογή δεδομένων και έγινε αυτούσια εξαγωγή των παρατηρήσεων (νοσηλείων) που εισήχθησαν στη βάση δεδομένων από τους Ελεγκτές Ιατρούς της ιδιωτικής ελεγκτικής εταιρείας Accurate Health Auditing & Consulting.

Για την υλοποίηση της μελέτης, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα σε τυχαίο δείγμα 400 νοσηλείων. Επίσης, έγινε αυτούσια εξαγωγή των παρατηρήσεων (νοσηλείων) που εισήχθησαν στη βάση δεδομένων από τους Ελεγκτές Ιατρούς της ιδιωτικής ελεγκτικής εταιρείας Accurate Health Auditing & Consulting. Παράλληλα, τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι ο προνοσηλευτικός έλεγχος όταν διενεργείται, οδηγεί σε σημαντική μείωση του μοναδιαίου κόστους ανά νοσηλεία κατά 110 ευρώ περίπου. Επίσης, ο ενδονοσηλευτικός έλεγχος οδηγεί στη μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας κατά 0,7 ημέρες περίπου, αλλά και σε σημαντική μείωση του μοναδιαίου κόστους ανά νοσηλεία κατά 124 ευρώ. Ανάλογα ευρήματα υπάρχουν και στο μετανοσηλευτικό έλεγχο, καθώς ο τελευταίος οδήγησε σε περιορισμό του κόστους 156 ευρώ.

Συνοψίζοντας, ο κλινικός έλεγχος και κατ' επέκταση η κλινική διακυβέρνηση οδηγεί στη μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Συνεπώς,

κρίνεται σημαντικό οι νοσηλευτικές μονάδες τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα να ενσωματώσουν ανάλογες πρακτικές που θα διέπουν τη λειτουργία, φιλοσοφία και την οργάνωσή τους.

Λέξεις – Κλειδιά: κλινική διακυβέρνηση, κλινικός έλεγχος, νοσοκομείο, αποδοτικότητα (efficiency), αποτελεσματικότητα (effectiveness).

Abstract

In a time where Health Care Expenditures rise in a highly disproportionate rate globally, Clinical Governance is of critical importance and could be a 'lifesaver' for both Private and Public Patient Care Units, since it fosters rationalization of health costs, thus making quality health care viable. The main trait of Clinical Governance is Clinical Audit (henceforth CA). CA has been at the top of the agenda of many National Health Systems (e.g. in the UK and US). In the case of Greece, CA is mostly evidenced on the Private Health sector. More specifically, CA in Greece includes *pre-admission as well as both admission and post-admission assessments. These assessments are carried out by Medical Auditors of Private Audit Companies which act on behalf of Insurance Companies.*

The aim of the present study is twofold: first, to highlight the necessity for audit mechanisms; secondly, to investigate the ways in which CA procedures promote reduced-cost healthcare services by means of day-to-day assessment of medical incidents that is both at the individual level and standardized, thus ensuring Medical Necessity and Medical Appropriateness in both Private and Public Health Sectors. More specifically, the present study purports to highlight the techniques which optimize both the clinical effectiveness and cost-efficacy of hospitalization through the implementation of CA in Greek hospitals.

The study was conducted by *random sampling survey and by unconsolidated extraction of the observations (hospitalizations) that had been imported into the database by the Medical Auditors of the Accurate Health Auditing & Consulting private audit company.*

In order to conduct the study we performed a quantitative research on a random sample of 400 hospitalization cases. In addition, we performed *unconsolidated extraction of the observations (hospitalizations) that had been imported into the database by the Medical Auditors of the Accurate Health Auditing & Consulting (a private audit company).* The findings suggest that, once performed, pre-admission assessment could lead to a significant reduction of the unit cost of hospitalization by approximately EUR110. What is more, in-admission assessment could lead both to a reduction of the Average Length of Stay in Hospital by approximately 0,7 days and to an equally significant reduction of unit cost of hospitalization by approximately EUR124. Similar findings are also reported with regard to post-admission assessment, as the latter has led to a cost reduction by EUR156.

In conclusion: Clinical Audit and, by extension, Clinical Governance, contribute to the optimization of both clinical effectiveness and cost-efficiency. As a result, it is crucial that both private and public patient care units incorporate similar practices which will govern their medical services as well as their vision, values and objectives.

Keywords: Clinical Governance, Clinical Audit, Hospital, Clinical Effectiveness Cost-Efficiency.

Πίνακας περιεχομένων

| | |
|--|-----------|
| Κεφάλαιο 1 – Εισαγωγή..... | 8 |
| Κεφάλαιο 2 – Βιβλιογραφική Επισκόπηση | 12 |
| 2.1 Κλινική Διακυβέρνηση και Εταιρική Διακυβέρνηση | 12 |
| 2.2 Η Σπουδαιότητα της Κλινικής Διακυβέρνησης | 15 |
| 2.3 Διεθνή Συστήματα Υγείας και Κλινική Διακυβέρνηση | 16 |
| 2.4 Τα στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης και Δείκτες Αξιολόγησης..... | 18 |
| 2.5 Κλινικός Έλεγχος και παράγοντες εξάπλωσης | 20 |
| 2.6 Επιτροπή Κλινικής Διακυβέρνησης | 22 |
| 2.7 Κλινικός Έλεγχος και Διαδικασίες Διαχείρισης Περιστατικών | 23 |
| 2.8 Ο Κλινικός έλεγχος στην Ελλάδα | 24 |
| Κεφάλαιο 3 – Ερευνητική Μεθοδολογία..... | 27 |
| 3.1 Εισαγωγή..... | 27 |
| 3.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων | 27 |
| 3.3 Μέσα Συλλογής Δεδομένων | 29 |
| Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα Έρευνας..... | 31 |
| 4.1 Δημογραφική Σύνοψη Δείγματος | 31 |
| 4.2 Περιγραφικά Στοιχεία Προνοσηλευτικού Ελέγχου..... | 38 |
| 4.3 Περιγραφικά Στοιχεία Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου | 41 |
| 4.4 Περιγραφικά Στοιχεία Μετανοσηλευτικού Ελέγχου..... | 43 |
| 4.5 Περιγραφικά Περικοπών ελεγκτικού ιατρείου | 45 |
| 4.6 Επαγωγική Ανάλυση | 51 |
| 4.6.1 Διαδικασίες προνοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 51 |
| 4.6.2 Διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 57 |
| 4.6.3 Διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου και βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 59 |

| | |
|--|-----------|
| 4.6.4 Διαδικασίες μετανοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 61 |
| Κεφάλαιο 5 – Συμπεράσματα - Συζήτηση - Προτάσεις | 63 |
| Βιβλιογραφία – Πηγές..... | 67 |

Ευχαριστίες

Θα ήθελα καταρχήν να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια Μαίρη Κοντούλη – Γείτονα για την επίβλεψη αυτής της διπλωματικής εργασίας και για την ευκαιρία που μου έδωσε να την εκπονήσω στα πλαίσια του μαθήματος της, Οικονομία της Υγείας. Για το γεγονός ότι ήταν πάντα πρόθυμη να μου προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία της για τη βαθύτερη κατανόηση και οριοθέτηση της έννοιας των οικονομικών στην υγεία, της οφείλω από καρδιάς, την ευγνωμοσύνη μου και την εκτίμησή μου.

Στη συνέχεια, ευχαριστώ τους υπευθύνους της εταιρείας Accurate Health Auditing & Consulting και ιδιαίτερα τον κ. Θανάση Παπαμίχο, Πρόεδρο και Διευθύνων Σύμβουλο, για την εξαιρετική συνεργασία. Μέσα στον τελευταίο χρόνο ήταν πάντα διαθέσιμος να ασχοληθεί με κάθε απορία μου, εντός και εκτός των πλαισίων της παρούσας εργασίας και με κάθε δισταγμό μου, όσο ασήμαντος και να ήταν. Τον ευχαριστώ θερμά για τις ιδέες που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Βέβαια, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στους γονείς μου, των οποίων η πίστη στις δυνατότητες μου αποτέλεσε αρωγός σε όλους τους στόχους και τα όνειρά μου, και οι οποίοι με στερήσεις, ενισχύουν τις προσπάθειές μου καθ' όλη τη διάρκεια των μαθητικών αλλά και ακαδημαϊκών μου Σπουδών.

Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στα αδέρφια μου, Γιάννα και Βαγγέλη,

καθώς, και στον άντρα μου Αλέξανδρο για την υπομονή του.

Κεφάλαιο 1 – Εισαγωγή

Σκοπός της εν λόγω μελέτης είναι η διερεύνηση των τρόπων, με τους οποίους οι διαδικασίες Κλινικού Ελέγχου, δηλαδή προνοσηλευτικού, ενδονοσηλευτικού και μετανοσηλευτικού, οδηγούν σε περιορισμό του μοναδιαίου κόστους νοσηλείας στα ελληνικά νοσοκομεία.

Μεγάλη προσοχή έχει δοθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και στη δυνατότητα διασφάλισης και αναβάθμισης της ποιότητας αυτών. Τα συνεχώς αυξανόμενα κρούσματα ιατρικών σφαλμάτων τραβούν ιδιαίτερα την προσοχή και ωθούν τα νοσοκομεία να αναζητήσουν πιθανές λύσεις, χωρίς όμως να προκύπτουν σε κάθε περίπτωση τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η ραγδαία τεχνολογική πρόοδος, από τη μία, δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας ποιοτικότερων ιατρικών υπηρεσιών και από την άλλη, προσφέρει δαπανηρές λύσεις στα ποικίλα προβλήματα αυτών των υπηρεσιών.

Σημαντικό ρόλο στα προηγούμενα διαδραματίζει η οικονομική της υγείας, η οποία εμφανίζει κοινά χαρακτηριστικά με την οικονομική επιστήμη που τα εφαρμόζει στα πλαίσια της κλινικής ιατρικής, της ιατρικής τεχνολογίας και της διοίκησης. Από τη μία πλευρά, η οικονομική επιστήμη αναλύει τα προβλήματα και παρέχει εναλλακτικές λύσεις για αυτά, ενώ η οικονομική της υγείας αναλύει εις βάθος τη φύση του προβλήματος, αφού εφαρμόζει πρακτικές από διάφορα επιστημονικά πεδία στα οποία επεκτείνεται (Γείτονα, 1997). Ως αντικείμενο της οικονομικής της υγείας θεωρείται η ιεράρχηση της κατανομής των υγειονομικών πόρων και η αξιολόγηση του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας και των ατόμων που τις παρέχουν. Επιπρόσθετα, η κάλυψη των αναγκών υγείας συντελείται μέσα από την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, η οποία σχετίζεται με το είδος των υπηρεσιών που πρέπει να παραχθούν και συναρτάται από τα επερχόμενα κόστη και οφέλη. Τα προαναφερόμενα κόστη σχετίζονται με τον τρόπο που παράγονται οι υπηρεσίες και γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο να υπάρχει πληροφόρηση για τις κατάλληλες μεθόδους και για την ύπαρξη έλλειψης ή σπατάλης (McPake et al., 2003). Εντούτοις, κρίνεται σημαντικό να υπάρχει και γνώση των επικείμενων ωφελειών που προκύπτουν από την μέτρηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων στην υγεία (health outcomes).

Αξιοσημείωτο είναι ακόμη το γεγονός ότι σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεσπίζεται ως υποχρεωτική η συγγραφή μελετών οικονομικής ανάλυσης και αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας με απώτερο σκοπό τον έλεγχο της κλινικής αποτελεσματικότητας, δηλαδή της αξιοπιστίας της μελέτης, της ασφάλειας και της οικονομικής αποδοτικότητας (Γείτονα και Κυριόπουλος, 2000). Οι πιο γνωστές μέθοδοι τέτοιας αξιολόγησης είναι οι αναλύσεις κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας. Επιπλέον, στο πεδίο αξιολόγησης της κλινικής ιατρικής από την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας, εντάσσεται η σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών (clinical guidelines) σχετικά με τις αποδεκτές και αποτελεσματικές ιατρικές πρακτικές.

Η εξεύρεση της χρυσής τομής, ανάμεσα στη ποιότητα και το κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών, γίνεται συνεχώς πιο επιτακτική και φέρνει στην επιφάνεια την ανάγκη εφαρμογής του Κλινικού Ελέγχου (ΚΕ) και της Κλινικής Διακυβέρνησης (ΚΔ) στις νοσοκομειακές μονάδες. Κατά τον Som (2007) η διασφάλιση και βελτίωση αυτής της ποιότητας περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία της ΚΔ (Six Pillars), αλλά η ίδια η ΚΔ είναι που προωθεί μία ενιαία προσέγγιση για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και βασικός της στόχος είναι να ενσωματωθούν όλα αυτά σε μία ολιστική και σφαιρική προσέγγιση (Scully and Donaldson, 1998).

Επίσης, κρίνεται σημαντικό η ΚΔ να μην συγχέεται με την Εταιρική Διακυβέρνηση (ΕΔ), λόγω των πολλών ομοιοτήτων που παρουσιάζουν (McCahery, 2002). Με τον όρο ‘‘Διακυβέρνηση’’ ορίζεται η διαδικασία, με την οποία οι κοινωνίες ή οι οργανισμοί προβαίνουν στη λήψη αποφάσεων, προσδιορίζοντας ποιούς θα εμπλέξουν στις διαδικασίες και στις διεργασίες τους και πώς οι τελευταίοι, θα δημιουργήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Maddock, 2006). Οι πέντε βασικές αρχές της ΕΔ ονομαστικά, είναι η νομιμότητα, η κατεύθυνση, η απόδοση, η υπευθυνότητα και η τιμιότητα. Αυτές οι αρχές, παρουσιάζονται σε μερικά από τα πλαίσια βελτίωσης της ποιότητας (quality frameworks), αλλά και στις διαστάσεις της Κ.Δ.

Πρωτοπόρος στην εφαρμογή της ΚΔ αλλά και του ΚΕ είναι, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS) της Μεγάλης Βρετανίας κατά το τέλος της δεκαετίας του 1980, δημιουργώντας εθνικά πεδία παροχής υπηρεσιών, όπως είναι το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας ή κατ’ άλλους NICE (National Institute of Clinical Excellence) και η Επιτροπή για την προστασία της παρεχόμενης υγείας, η Commission for Health Improvement (CHI). Με άλλα λόγια γίνεται αντιληπτό, ότι έχουν κατανοήσει την σπουδαιότητα της ΚΔ και του ΚΕ, η οποία εντοπίζεται και στο γεγονός, ότι χρησιμοποιείται για να παρέχει τις καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς, ικανοποίηση στους εργαζομένους και έσοδα στη νοσοκομειακή μονάδα (Τσιότρας, 2002).

Στον αντίποδα, βρίσκονται τα συστήματα υγείας των ΗΠΑ και της Ελλάδας. Το πρώτο δεν αξιοποιεί σχεδόν ποτέ την κλινική διακυβέρνηση και παρόλο που υπάρχουν σε όλα τα τμήματα της, συστήματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ο Κλινικός Έλεγχος γίνεται από εξωτερικές εταιρείες. Δηλαδή, δεν διαθέτουν εσωτερικές διαδικασίες ΚΕ όπως έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS). Το δεύτερο, χρησιμοποιεί με ελλιπή τρόπο τον ΚΕ και την ΚΔ, μέσω των ιδιωτικών ιατρικών ελεγκτικών εταιρειών, οι οποίες διενεργούν ελέγχους εντός των νοσοκομείων (προνοσηλευτικούς, ενδονοσηλευτικούς και μετανοσηλευτικούς) για λογαριασμό των Ασφαλιστικών Εταιρειών (Πολύζος, 1999). Εκτενέστερη αναφορά για αυτά τα συστήματα υγείας θα γίνει παρακάτω στη Βιβλιογραφική Επισκόπηση.

Μετά τις αλλαγές, της δεκαετίας του 1990, που παρατηρήθηκαν στον τομέα της υγείας διεθνώς, οι οποίες στόχευαν κατά κύριο λόγο στην αναβάθμιση της κλινικής αποτελεσματικότητας (μηχανισμοί χρηματοδότησης και αποζημίωσης), το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής

κοινότητας φαίνεται να στρέφεται στο ζήτημα της ποιότητας και της παρεχόμενης φροντίδας (Κυριόπουλος et al., 2003). Για αυτόν τον λόγο θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική η ίδρυση μιας Επιτροπής Κλινικής Διακυβέρνησης και η υιοθέτηση Διαδικασιών Διαχείρισης Περιστατικών (Case Management). Έτσι, με την αποτελεσματική εφαρμογή τους, μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας και οι επισκέψεις στα Επείγοντα Περιστατικά, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και η μέση διάρκεια νοσηλείας, ενώ αυξάνονται, οι παραπομπές στα εξωτερικά ιατρεία, η διεπιστημονική επικοινωνία και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι το θεωρητικό μοντέλο που εφαρμόστηκε στην παρούσα μελέτη, είναι το μοντέλο Six Pillars της Κλινικής Διακυβέρνησης, που εφαρμόστηκε αρχικά κατά το 1980 στη Μεγάλη Βρετανία και έπειτα από τις ΗΠΑ (Halligan και Donaldson, 2001). Το τελευταίο, αναλύεται σε βάθος σε επόμενο κεφάλαιο.

Το κενό που καλύπτει στη βιβλιογραφία, είναι σημαντικό, επειδή είναι η πρώτη έρευνα που πραγματεύεται την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας στις ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες και της οικονομικής αποδοτικότητας της υγείας, μέσω της ανάπτυξης διαδικασιών Κλινικού Ελέγχου, στις Ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες. Παράλληλα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στην εν λόγω μελέτη, αφορούν αρχικά την διερεύνηση του τρόπου, που οι διαδικασίες προνοσηλευτικού ελέγχου οδηγούν σε μείωση του κόστους ανά νοσηλεία, διασφαλίζοντας παράλληλα την ποιότητα της νοσηλείας. Πρόσθετο, ερευνητικό ερώτημα αποτελεί η εύρεση των μεθόδων, με τις οποίες οι διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου, οδηγούν αφενός, σε περιορισμό του μοναδιαίου κόστους νοσηλείας και αφετέρου, στην ελαχιστοποίηση των ημερών νοσηλείας. Τέλος, η διερεύνηση του τρόπου, που οι διαδικασίες μετανοσηλευτικού ελέγχου, οδηγούν σε ελαχιστοποίηση του κόστους νοσηλείων, αποτελεί το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα.

Αναφορικά με την δομή της εργασίας, στο δεύτερο κεφάλαιο -''Βιβλιογραφική Επισκόπηση''-, αναλύονται με περισσότερες λεπτομέρειες, η Κλινική και Εταιρική Διακυβέρνηση, η Σπουδαιότητα και τα Στοιχεία της ΚΔ (Six Pillars), τα Διεθνή Συστήματα Υγείας, οι Δείκτες Αξιολόγησης, ο Κλινικός Έλεγχος και οι Παράγοντες Εξάπλωσής του, η Επιτροπή Κλινικής Διακυβέρνησης, οι Διαδικασίες Διαχείρισης Περιστατικών και ο Κλινικός Έλεγχος στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο, που αφορά τη μεθοδολογία της έρευνας, παρουσιάζονται η διαδικασία, με βάση την οποία συλλέχθηκαν τα πρωτογενή δεδομένα της μελέτης, καθώς και η περιγραφή της Δημογραφικής Σύνθεσης του Δείγματος. Στο αμέσως επόμενο (4^ο κεφάλαιο), παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας, δηλαδή τα Περιγραφικά Στοιχεία των Νοσηλείων και η Επαγωγική Ανάλυση. Στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα Συμπεράσματα της μελέτης ανά ερευνητικό ερώτημα, η Συζήτηση και οι Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα. Τέλος, παρατίθεται η Βιβλιογραφία όλης της έρευνας.

Κεφάλαιο 2 – Βιβλιογραφική Επισκόπηση

2.1 Κλινική Διακυβέρνηση και Εταιρική Διακυβέρνηση

Η Κλινική Διακυβέρνηση, είναι μια συστηματική προσέγγιση, για να διατηρηθεί και να βελτιωθεί, η ποιότητα στη φροντίδα των ασθενών μέσα σε ένα σύστημα υγείας. Έγινε σημαντική, στον τομέα της υγείας, μετά το καρδιοχειρουργικό σκάνδαλο στο Bristol της Αγγλίας το 1995, κατά το οποίο, ο αναισθησιολόγος Dr Stephen Bolsin αποκάλυψε το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας στη παιδιατρική καρδιοχειρουργική επέμβαση, στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο ‘‘Bristol Royal Infirmary’’. Αρχικά, εκπονήθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), και ο κατ'εξοχήν επίσημος ορισμός της, είναι ο εξής:

‘‘Είναι ένα σύστημα, μέσω του οποίου, το ΕΣΥ(Εθνικό Σύστημα Υγείας) ή οι μεμονωμένοι οργανισμοί, είναι υπεύθυνοι, για την ακατάπαυστη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων περιθαλψης, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο, η υπεροχή στην κλινική φροντίδα, θα ανθίσει’’ (Scully and Donaldson 1998).

Η εισαγωγή της κλινικής διακυβέρνησης, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία, αντιπροσωπεύει μια θεμελιώδη αλλαγή, στη σχέση μεταξύ του κράτους και των ιατρικών επαγγελματιών. Από την ημερομηνία της ίδρυσης του ΕΣΥ, έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά όργανα και συστήματα, για τη ρύθμιση της επαγγελματικής ιατρικής εκπαίδευσης και της κατάρτισης, της κλινικής πρακτικής, της χρήσης των πόρων, και των πρότυπων των επιδόσεων στο ΕΣΥ. Πολλά από τα παραπάνω μέτρα, έχουν αναλάβει επαγγελματικές οργανώσεις, όπως παραδείγματος χάρη το ‘‘Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο’’ και το ‘‘Royal College’’, ενώ άλλα, αφορούσαν απόπειρες, στην επιβολή άμεσων και έμμεσων γραφειοκρατικών και διαχειριστικών ελέγχων. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, καθώς οι πιέσεις για μείωση του κόστους και της γενικής διαχείρισης, η αξιοποίηση των πόρων και ο κλινικός έλεγχος, επέφεραν μια μεταβολή στα όρια της ιατρικής αυτονομίας, παρόλο που η έκταση και οι επιπτώσεις αυτών των τάσεων, αμφισβητείται (Flynn 1992, Harrison 1988, Harrison και Ahmad 2000).

Κατά μία ευρεία έννοια, η κλινική διακυβέρνηση, δημιουργεί μια οργανωτική προσέγγιση, με σκοπό την αποδοτική λειτουργία των μηχανισμών βελτίωσης, της υγειονομικής περιθαλψης (Som, 2004). Επομένως, παρέχει ένα ενιαίο πρότυπο διακυβέρνησης, που μπορούν να μιμηθούν οι οργανισμοί, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας, με σκοπό την αρίστευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση της φροντίδας των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, παρατηρούνται πολλές αλλαγές στη Διοίκηση των μονάδων υγείας (*clinical management*), κυρίως, εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας, στο χώρο της υγείας (Αποστολάκης,2005). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την όξυνση της πολυπλοκότητας, για τον προσδιορισμό του όρου ‘‘παροχή ανώτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας’’ (Moran,2003). Κλειδί σε αυτόν τον ορισμό, θεωρείται η κλινική διακυβέρνηση(ΚΔ), μέσω της οποίας, τα

νοσοκομεία, είναι υποχρεωμένα να λογοδοτούν, για να τηρείται το προαναφερόμενο πρότυπο διακυβέρνησης και αποτελεί το βασικότερο «όχημα», για τη συνεχή βελτίωσή του, μέσα από τη φροντίδα των ασθενών (Halligan, *et al.*, 2000).

Παγκοσμίως, ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας, αντιμετωπίζει περισσότερες δυσκολίες, οι οποίες έχουν επιπτώσεις στη φροντίδα υγείας. Η ποιότητα, είναι μία έννοια άμεσα συνυφασμένη, με την διατήρηση κάθε οργανισμού ή επιχείρησης. Βέβαια, συχνά υποστηρίζεται, ότι η ποιότητα σε υπηρεσίες υγείας, είναι μια αόριστη έννοια και συχνά υποκειμενική. Ένας από τους υποστηρικτές αυτής της άποψης, είναι ο Deming, σημαντικός διαμορφωτής του εννοιολογικού πλαισίου της ποιότητας, σε προϊόντα και υπηρεσίες (Deming, 1994).

Οι ενέργειες, που άπτονται της ΚΔ, δεν είναι πρωτάκουστες. Το προσωπικό υγείας, πάντα, επιχειρούσε να διαθέτει ανώτερες υπηρεσίες φροντίδας, στους ασθενείς του. Το συγκεκριμένο γεγονός, μαρτυρείται από τις δράσεις των γιατρών, δηλαδή, να ελέγχουν την ατομική τους πρακτική και τα αποτελέσματα των ασθενών τους, αλλά και να συνεχίζουν την επαγγελματική τους εκπαίδευση και εξέλιξη. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας, συγκρίνουν τις συνήθειες πρακτικές τους, με γνώμονα τα πρότυπα αποτελεσματικότητας, εν αντιθέσει με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις νοσοκομειακές μονάδες, που παράγουν έργο, με στόχο τη μείωση και τον έλεγχο του κλινικού κινδύνου.

Πολλές φορές, εντούτοις, οι παρούσες ενέργειες, αναπτύσσονται αποσπασματικά και πρόχειρα, με αποτέλεσμα να οξύνεται η αίσθηση της δυσαρέσκειας. Οι φόβοι για νομική αντιπαράθεση, οδηγούν σε βραδύτητα, ως προς την αναγνώριση των λαθών και τη μάθηση μέσω αυτών. Αυτή διογκώνεται, λόγω της νοοτροπίας που επικρατεί σε κάθε νοσοκομείο, βάση του οποίου τα λάθη, αποδίδονται σε ανθρώπινες παραλείψεις. Με αυτόν τον τρόπο, οι έρευνες των κλινικών λαθών, επιχειρούν την εύρεση ενός ενόχου, αντί να δείχνουν κατανόηση στο γεγονός, ότι οι επαγγελματίες υγείας, προσπαθούν να προσφέρουν τις καλύτερες υπηρεσίες, μερικές φορές, σε ακατάλληλο περιβάλλον.

Οι ριζικές αλλαγές, έχουν ασκήσει επιρροή στην μέθοδο, που οι νοσοκομειακές μονάδες οργανώνουν, διαμορφώνουν και αναθεωρούν τα πρότυπα φροντίδας τους. Επίσης, με βάση την οικονομική θεωρία, ο υγιής ανταγωνισμός ανάμεσα σε οργανισμούς και επιχειρήσεις, αναβαθμίζει τον τρόπο διοίκησης και την παραγωγικότητα. Παρόλα αυτά, δεν έχει αποδειχτεί, ότι ο ανταγωνισμός βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας, αλλά σίγουρα καλυτερεύει το χρηματοοικονομικό πεδίο, μέσα στο οποίο, μπορεί να ανθίσει η υψηλή ποιότητα (Thompson, 1998). Συνεπώς, μερικά από τα παραπάνω επέφεραν δομικές βελτιώσεις των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στο κλινικό προσωπικό και στη κατάτμηση του νοσοκομείου σε διευθυντικά τμήματα. Αποτέλεσμα, των προαναφερόμενων βελτιώσεων, είναι να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον των ειδικών, στο δικό τους τομέα, οδηγώντας σε ανταγωνισμό, για πόρους και λιγότερη συνεργασία.

Συνοψίζοντας, η ΚΔ έχει ως στόχο, τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια ενός οργανισμού, με την εφαρμογή της κωδικοποίησης, της προτυποποίησης οργανωτικών πολιτικών και προσεγγίσεων και κατ'επέκταση, της κλινικής και εταιρικής λογοδοσίας.

Η έννοια της ΚΔ, έχει κάποιες ομοιότητες με την ευρύτερα γνωστή έννοια, την Εταιρική Διακυβέρνηση(ΕΔ). Η εταιρική διακυβέρνηση, παρόλο που δεν έχει έναν συγκεκριμένο ορισμό, καθώς η κάθε χώρα την αντιλαμβάνεται διαφορετικά και την προσαρμόζει στα δικά της δεδομένα, αναφέρεται στο σύστημα, με το οποίο οι εταιρείες διοικούνται και ελέγχονται (OECD, 2004). Η δομή της καθορίζει, την κατανομή των δικαιωμάτων και των ευθυνών, μεταξύ των διαφόρων συμμετεχόντων στην εταιρία, όπως του διοικητικού συμβουλίου, των διαχειριστών, των μετόχων, των πιστωτών και άλλους ενδιαφερόμενους, καθώς και είναι αυτή, που καθορίζει τους κανόνες και τις διαδικασίες, για τη λήψη αποφάσεων στις εταιρικές υποθέσεις. Επίσης, παρέχει τη δομή, μέσω της οποίας, οι επιχειρήσεις επιδιώκουν τους στόχους τους, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη, τις συνθήκες της αγοράς (Tricker et al., 2009). Η ΕΔ, παράλληλα, είναι ένας μηχανισμός για την παρακολούθηση των δράσεων και των αποφάσεων των επιχειρήσεων και αφορά, την ευθυγράμμιση των συμφερόντων, μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών (Zabihollah, 2002).

Με την έννοια Διακυβέρνηση ,επιπλέον, ορίζεται και εκείνη η διαδικασία, κατά την οποία οι κοινωνίες ή οι οργανισμοί, προβαίνουν στη λήψη αποφάσεων, προσδιορίζοντας ποιους θα εμπλέξουν στις διαδικασίες και στις διεργασίες τους και πώς οι οργανισμοί θα δημιουργήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Maddock, et al.,2006).

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί, ότι η ομοιότητα των δύο αυτών όρων, είναι αρκετά σημαντική στην επιτυχία της κλινικής διακυβέρνησης. Αυτό συμβαίνει, επειδή, πρέπει να διέπεται από τα ίδια στοιχεία που συνθέτουν την εταιρική διακυβέρνηση, δηλαδή να εφαρμόζεται αυστηρά, να εστιάζει σε ολόκληρη της επιχείρησης/οργανισμού, να υπάρχει λογοδοσία, να αναπτύσσεται διαρκώς κατά την εφαρμογή της και να έχει θετικά αποτελέσματα.

Λαμβάνοντας υπόψη, τις αρχές του “Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης” (ΟΟΣΑ) και με όσα προαναφέρθηκαν, αναφορικά με την ΕΔ, οι καλά διοικούμενοι οργανισμοί, που σε κάθε πεδίο, διαθέτουν ένα οργανωμένο σύστημα χρηματοοικονομικού ελέγχου, είναι αποδοτικότεροι ως προς τις υπηρεσίες και την ποιότητα που προσφέρουν (Thompson, 1998).

Δεδομένου ότι και η Εταιρική Διακυβέρνηση, αλλά και η Κλινική Διακυβέρνηση ασχολούνται με τις δομές, τα συστήματα και τις διαδικασίες, που εξασφαλίζουν την ποιότητα, τη λογοδοσία και την ορθή διαχείριση της λειτουργίας ενός οργανισμού και την παροχή των υπηρεσιών, ωστόσο, δεν πρέπει να συγχέονται, καθώς η ΚΔ ισχύει μόνο για την υγεία, τις οργανώσεις κοινωνικής περίθαλψης, και μόνο, για ορισμένες πτυχές αυτών των οργανώσεων, που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους. Ενώ παράλληλα, δεν ασχολείται με τις άλλες επιχειρηματικές διαδικασίες του οργανισμού, εφόσον δεν επηρεάζει την παροχή περίθαλψης.

2.2 Η Σπουδαιότητα της Κλινικής Διακυβέρνησης

Οι συγγραφείς Scally και Donaldson (1998), Harvey (1998) και Swage (1998) αποδίδουν, την σπουδαιότητα της κλινικής διακυβέρνησης, στο γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια παρουσιάστηκε ραγδαία επιδείνωση στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και για αυτό κρίνεται σημαντική η εφαρμογή της. Παράλληλα και στις δημοσιεύσεις, αναφορικά με κενά ή ελλείψεις της υγειονομικής ποιότητας, που έχουν προκαλέσει αμφιβολίες στην εμπιστοσύνη των ασθενών, σχετικά με το συνολικό επίπεδο της φροντίδας που μπορούν να λάβουν (DH, 1997,σελ 5).

Η αναγκαιότητα της ΚΔ εντοπίζεται και στο γεγονός, ότι χρησιμοποιείται, για να παρέχει τις καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς, ικανοποίηση στους εργαζομένους και έσοδα στη νοσοκομειακή μονάδα. Έτσι, με τις διαδικασίες που τηρούνται στο νοσοκομείο, πριν την εισαγωγή κάποιου ασθενή, επιτυγχάνεται η καλύτερη εξυπηρέτηση. Τέτοιες διαδικασίες, είναι ο έλεγχος του βιβλιαρίου του κάθε ασθενή, για την αποφυγή πληρωμής κάποιου χρηματικού ποσού και ο έλεγχος του ατομικού φακέλου, για το ιστορικό του, ώστε να γνωρίζει ο επαγγελματίας υγείας, τι περιστατικό έχει να αντιμετωπίσει κάθε φορά, για να προσφέρει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες του. Επίσης, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, υπάρχει αξιολόγηση μεθόδων νοσηλείας, απολύμανση χώρων για αποφυγή λοιμώξεων και άλλα πανομοιότυπα, με στόχο ξανά, την καλύτερη εξυπηρέτηση του νοσηλευθέντος. Σε τελικό στάδιο, αφού λήξει η νοσηλεία του ασθενή, η διοίκηση του νοσοκομείου ακολουθεί μια μετεγχειρητική πορεία, που οδηγεί σε μείωση του κόστους νοσηλείας και παράλληλα στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας, λιγότερες μέρες νοσηλείας και μικρότερη ταλαιπωρία ασθενών.

Για να επιτευχθούν, ωστόσο, τα παραπάνω πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία, στο προσωπικό του κάθε νοσοκομείου, γιατί αυτό είναι η ‘‘καρδιά’’ του και χωρίς εκείνο, τίποτα δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά. Άρα με την ΚΔ, δίνεται η δυνατότητα στο προσωπικό αυτό, να αναπτύξει και να αξιολογήσει αποτελεσματικότερα τα προσόντα του, με ατομικό, αλλά και ομαδικό τρόπο, ξεκαθαρίζοντας έτσι, το όραμα και την αποστολή του (Τσιότρας, 2002). Ως εκ τούτου, το ανθρώπινο δυναμικό, μέσω της ΚΔ, αντιμετωπίζεται με μεγάλη φροντίδα, ενώ οι εργαζόμενοι εξελίσσονται, ξεκινώντας με μία πολύ σχολαστική διαδικασία (Storey, 2001).

Από την άλλη, χωρίς την ύπαρξη της ΚΔ, οι γιατροί απογοητεύονται, όταν οι στόχοι τους δεν είναι κλινικοί και δεν επιτυγχάνονται, οι νοσηλευτές έχουν την αίσθηση ότι δεν υπάρχει αναγνώριση της επιστημονικής τους ταυτότητας και οι ασθενείς, μένουν ανικανοποίητοι, καθώς αντιμετωπίζονται από διαφορετικούς επαγγελματίες και διαφορετικούς τομείς υγείας, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (ICGN, 1998). Επιπλέον, με την ανυπαρξία της ΚΔ, η παρεχόμενη φροντίδα είναι κακής ποιότητας, εξαιτίας κάποιου λάθους ή παράλειψης, με αντίκτυπο πάνω στους ασθενείς, τους εργαζόμενους, αλλά και τη μονάδα υγείας. Οι ασθενείς, αντί να αναρρώσουν με σωστό τρόπο, αναγκάζονται να υποστούν, τον ψυχικό και σωματικό πόνο, καθώς και το αβέβαιο μέλλον, για την

καλύτερευση της υγείας τους, που επιφέρει η κακή διοίκηση και κατ' επέκταση, η ελλιπής λειτουργία του νοσοκομείου. Αξιοσημείωτο, είναι και το γεγονός, ότι η κοινωνία πληρώνει με χρήματα, που δεν δίνονται τελικά στη πρόνοια για την ομαλή λειτουργία της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα, να χάνεται η αξιοπιστία στο Σύστημα Υγείας και να κυριαρχεί, η έλλειψη εμπιστοσύνης στα μάτια της κοινωνίας (ICGN, 1998). Τέλος, χωρίς την κλινική διακυβέρνηση, τα ιατρικά λάθη και η κακή λειτουργία των νοσοκομείων, λαμβάνουν μεγάλη δημοσιότητα, απασχολώντας τα δελτία ενημέρωσης των ΜΜΕ, καθιστώντας τη χώρα αναξιόπιστη και ελλειμματική.

Επομένως, η ΚΔ είναι εξέχουσας σημασίας, καθώς φροντίζει την ομαλή λειτουργία των μονάδων υγείας και συνεπώς, προσφέρει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας, με πολλές πιθανότητες επαγγελματικής επιτυχίας στους εργαζόμενους και έσοδα στην μονάδα υγείας και σε επόμενο στάδιο στο κράτος.

2.3 Διεθνή Συστήματα Υγείας και Κλινική Διακυβέρνηση

Σύμφωνα με τον ευρέως γνωστό ορισμό, του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, το Σύστημα Υγείας (WHO, 2007) καθορίζεται, ως ένα σύστημα, αποτελούμενο από οργανισμούς και ανθρώπους, με βασικό τους στόχο την προώθηση, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της Υγείας. Άλλος ένας στόχος, είναι να επηρεάσουν τις δραστηριότητες, που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας. Επομένως, ένα σύστημα Υγείας, είναι κάτι παραπάνω, από μία πυραμίδα εγκαταστάσεων δημόσιας ιδιοκτησίας που προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ περιλαμβάνει ιδιωτικούς παρόχους, καμπάνιες ελέγχου φορέων και οργανισμούς ασφάλισης.

Τα Συστήματα Υγείας, είναι πολλά και διαφορετικά για κάθε χώρα, εντούτοις τα πιο γνωστά, είναι αυτά της Μεγάλης Βρετανίας, των ΗΠΑ, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Έκπληξη όμως, δημιουργεί το γεγονός, ότι οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ, δεν αξιοποιούν σχεδόν ποτέ, την κλινική διακυβέρνηση και κυρίως, το μέρος που αφορά τον Κλινικό Έλεγχο, ενώ υπάρχει και περιορισμός της κλινικής ηγεσίας των γιατρών (Institute of Medicine, 2000). Οι πρωτοβουλίες στη ποιότητα των υπηρεσιών, είναι πάρα πολλές στο αμερικάνικο σύστημα υγείας, αλλά τραβούν το ενδιαφέρον, κυρίως των μάντζερ και έχουν σχέση με τα συστήματα ανάπτυξης των επιχειρηματικών δράσεων. Τέτοια, είναι τα πρότυπα ISO 9000, που σχετίζονται με την προτυποποίηση, την τεκμηρίωση και την εμπιστοσύνη, στις διαδικασίες διοίκησης. Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, το αμερικάνικο σύστημα, έχει ελλιπή και μερικές φορές, ανύπαρκτη κλινική ηγεσία από τους γιατρούς. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα, το προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας, να ασκεί ελάχιστη επιρροή και να διαθέτει, λίγες κοινές αξίες με τους μάντζερ.

Αξίζει να τονιστεί ακόμα, ότι στις ΗΠΑ επιτελείται σημαντικό έργο, για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, στις διάφορες πολιτείες των ΗΠΑ, σημαντικές και φιλόδοξες

πρωτοβουλίες, προσπαθούν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, να επεκτείνουν την κάλυψη του συστήματος, να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες και να συμβάλουν στην προαγωγή ενός υγιέστερου τρόπου ζωής (New York State Department of Health). Παράλληλα, το αμερικάνικο σύστημα υγείας, διαθέτει πολλές αντιθέσεις. Από τη μία πλευρά, προσφέρει μια σειρά από τις πιο προηγμένες υπηρεσίες παγκοσμίως, διαθέτει παρόχους άρτια εκπαιδευμένους και χρησιμοποιεί συχνά τις πλέον σύγχρονες τεχνολογίες. Από την άλλη πλευρά, καταναλώνουν περισσότερα χρήματα ανά κεφαλή στον τομέα της υγείας, από οποιαδήποτε άλλη ανεπτυγμένη χώρα, παρέχοντας όμως, ίσα ή και χειρότερα αποτελέσματα, αναφορικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, οι ΗΠΑ, είναι τελευταίες σε θανάτους παιδιών, ανάμεσα σε 23 βιομηχανοποιημένες χώρες. Επιπλέον, αποτελέσματα από μια ανάλυση του 2006, για την απόδοση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, εγείρουν αρκετές ανησυχίες, για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που λαμβάνει ένας μέσος Αμερικανός. Συμπερασματικά, λοιπόν, χρειάζεται να βελτιώσουν την απόδοσή τους σε δείκτες-κλειδιά, όπως η πρόληψη, ο έλεγχος χρόνιων ασθενειών και γενικότερα, την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, με μόνο λίγο πάνω από το 50% να πετυχαίνει τους σχετικούς στόχους (Washington State Department of Health).

Σε πλήρη αντίθεση, βρίσκεται το σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας, καθώς είναι καλύτερα εξελιγμένο και οργανωμένο. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της - National Health Service (NHS) – έχει καταστήσει τη κλινική διακυβέρνηση βασικό συστατικό του, δημιουργώντας εθνικά πεδία παροχής υπηρεσιών, όπως είναι το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας ή κατ' άλλους NICE (National Institute of Clinical Excellence) και η Επιτροπή για την προστασία της παρεχόμενης υγείας, η Commission for Health Improvement (CHI). Η τελευταία, αναλαμβάνει να εξετάσει τις καταγγελίες, αναφορικά με την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και τα σχετικά με αυτή, με στόχο την ανανέωση των κανονισμών της κλινικής διακυβέρνησης, σε δημόσιο και ιδιωτικό πλαίσιο. Επίσης η CHI, με χιλιάδες ανανεώσεις στη κλινική διακυβέρνηση, κατέληξε στη διαμόρφωση ενός νέου κώδικα εθνικής κλινικής φροντίδας.

Αυτό που δεν πρέπει να παραληφθεί, είναι το γεγονός, ότι η νοσοκομειακή διοίκηση της Αγγλίας, έχει ως άμεση προτεραιότητά της, την κλινική διακυβέρνηση με σκοπό, την άμεση διαχείριση κινδύνου με ταυτόχρονη εξοικονόμηση πόρων.

Παρόλα αυτά, αν και η Μ. Βρετανία ήταν πρωτοπόρος στη κλινική διακυβέρνηση και εκείνη έδωσε τον πρώτο επίσημο ορισμό στην έννοια (Sally and Donaldson 1998) και άλλες χώρες ακολούθησαν το σύστημα βελτίωσης στην υγεία της, συμπεριλαμβανόμενες την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

Επομένως, τα διεθνή συστήματα υγείας και οι διεθνείς οργανισμοί, είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και ανοιχτοί στην έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης, γιατί τους επιφέρει κέρδος, αξιοπιστία και άριστο εργασιακό περιβάλλον.

2.4 Τα στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης και Δείκτες Αξιολόγησης

Η κλινική διακυβέρνηση (ΚΔ), όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενους παραγράφους, είναι ένα ενιαίο πλαίσιο διακυβέρνησης, πάνω στο οποίο, αναπτύσσονται οι οργανισμοί/επιχειρήσεις που ειδικεύονται στον τομέα της υγείας, με στόχο να βελτιώνουν συνεχώς, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να επιτύχουν τα πρότυπα ποιότητας, όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών.

Επειδή η ΚΔ, είναι αναγκαία για τη σωστή λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας, ιδιαίτερη βάση, θα δοθεί παρακάτω, στα έξι βασικά χαρακτηριστικά της, όπως επίσημα ορίζονται, από την Επιτροπή για τη Βελτίωση της Υγείας (Commission for Health Improvement). Αυτά ονομαστικά, είναι ο κλινικός έλεγχος, η οργανωμένη και αδιάκοπη εκπαίδευση και κατάρτιση, η διαχείριση ενός πιθανού κινδύνου, η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων, η έρευνα και εξέλιξη και η κλινική αποτελεσματικότητα.

Σε αναλυτικότερη προσέγγιση, η εκπαίδευση και η κατάρτιση, αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Λόγω της επιρροής που έχει η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων, το καθιστά σημαντικό στα οργανωτικά χαρακτηριστικά, όπως η δομή, η στρατηγική και η κουλτούρα (Schuler, Jackson and Storey, 2000), ενώ ο όρος «διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού», χρησιμοποιείται συχνά και δεν περιορίζεται σε ορισμένες λειτουργίες του «προσωπικού» ενός συγκεκριμένου τμήματος.

Σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, δεν είναι αποδεκτό για τον επαγγελματία υγείας να απέχει από τη συνεχή εκπαίδευση, μετά την απόκτηση του πιστοποιητικού άσκησης, του επαγγέλματός του. Παράλληλα, δεν είναι δυνατόν να θυμάται κανείς, όλα όσα έμαθε, μέσα από ένα πανεπιστήμιο ή σχολή και για αυτό είναι απαραίτητη, η δια βίου εκπαίδευση. Επίσης, από την αδιάκοπη εκπαίδευση του κλινικού προσωπικού επωφελείται και η μονάδα υγείας, καθώς όσο πιο εξειδικευμένο είναι το προσωπικό, τόσο πιο πολλά έσοδα αποκτά. Για αυτό η εκπαίδευση, πρέπει να υποστηρίζεται και να αποτελεί μέρος, του προγράμματος κατάρτισης και εξέλιξης του κάθε νοσοκομείου.

Το άλλο στοιχείο της ΚΔ, είναι η κλινική αποτελεσματικότητα, που αποτελεί το μέτρο διάγνωσης του ποσοστού λειτουργίας, μέσω μιας συγκεκριμένης παρέμβασης. Από τη μία, το μέτρο αυτό, είναι απαραίτητο και από την άλλη, αποκτά μεγαλύτερη αξία, όταν γίνεται εκτίμηση του βαθμού καταλληλότητας της παρέμβασης και όταν υπάρχει λειτουργική σχέση, μεταξύ ποιότητας και κόστους. Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η κλινική πρακτική, είναι εξέχουσας σημασίας και χρειάζεται αναβάθμιση, εξαιτίας των αποδεικτικών στοιχείων που εμφανίζονται, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, των ζητημάτων αποτελεσματικότητας, κόστους, ασφάλειας του κάθε ασθενή και των υπεύθυνων στην κοινωνία.

Η έρευνα και η εξέλιξη, βοηθούν στη προώθηση της ερευνητικής πρακτικής, με μέσα, όπως είναι η συνεχή αξιολόγηση των εργασιών, των στρατηγικών εφαρμογής και η εξέλιξη οδηγιών. Οι παρούσες οδηγίες, πρέπει να βελτιώνονται συνεχώς, ανάλογα με την έρευνα και τη λήψη αποφάσεων,

από τον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή, σε σχέση με την κατάλληλη παρεχόμενη φροντίδα, σε κάθε περιστατικό. Επιπλέον, η σωστή επαγγελματική πρακτική, μεταμορφώνεται, ανάλογα με τα αποδεικτικά στοιχεία που γεννά κάθε έρευνα.

Εξέχουσας σημασίας, είναι ο κλινικός έλεγχος, ένα από τα πιο αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά της ΚΔ, για τον οποίο, εξονυχιστική περιγραφή θα γίνει παρακάτω, σε ξεχωριστή ενότητα. Παρόλα αυτά, ο κλινικός έλεγχος αφορά τις δομές (structure), τις διαδικασίες (process) και τα αποτελέσματα (outcome) της παρεχόμενης φροντίδας (Donabedian, 1996).

Η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων ενός ελέγχου, δεν μπορεί να παραληφθεί, από τα χαρακτηριστικά της ΚΔ. Αυτή η δράση, μπορεί να δραστηριοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας και τις νοσοκομειακές μονάδες, να λάβουν μέρος στον έλεγχο και να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.

Το τελευταίο χαρακτηριστικό, η διαχείριση κινδύνου (risk management) περιλαμβάνει την εξέταση των ακόλουθων στοιχείων:

Αρχικά είναι οι κίνδυνοι για τους ασθενείς, δηλαδή, η συμμόρφωση μέσω των καταστατικών διατάξεων μπορούν να βοηθήσουν, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι για τους ασθενείς. Επιπλέον, αυτοί οι κίνδυνοι, μπορούν να ελαχιστοποιηθούν, με την διαβεβαίωση ότι τα συστήματα επανεξετάζονται τακτικά. Τα ιατρικά ηθικά πρότυπα, είναι επίσης, ένας βασικός παράγοντας για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και της δημόσιας ασφάλειας και ευημερίας.

Ύστερα ακολουθούν οι κίνδυνοι για τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή, η διασφάλιση ότι οι κλινικοί γιατροί, έχουν εμβολιαστεί κατά των λοιμωδών νόσων και ότι εργάζονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Αυτά είναι σημαντικότερα μέρη, της διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία.

Τέλος, ακολουθούν οι κίνδυνοι για τα νοσοκομεία. Η κακή ποιότητα, αποτελεί απειλή για κάθε οργανισμό. Εκτός από τη μείωση των κινδύνων, για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες, οι οργανισμοί πρέπει να μειώσουν τους δικούς τους κινδύνους, με την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας, στην πρακτική απασχόληση (συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών αντικαταστάτης και σχόλια από την ατομική και ομαδική απόδοση), με ένα ασφαλές περιβάλλον, και με καλά σχεδιασμένες πολιτικές συμμετοχής του κοινού.

Η εξισορρόπηση των παραπάνω συστατικών κινδύνου, μπορεί να είναι απαραίτητη, αλλά είναι δύσκολο να επιτευχθεί στην πράξη. Πρόσφατη έρευνα, από τον Fischer και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, διαπιστώνει, ότι οι εντάσεις μεταξύ της «πρώτης τάξης» κινδύνων και της «δεύτερης τάξης», μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αντιφάσεις, συγκρούσεις, και ακόμη να δημιουργήσουν οργανωτικές κρίσεις (Fischer et al. 2013, Fischer, Michael D 2012).

Οι δείκτες αξιολόγησης της ΚΔ, είναι η ελαχιστοποίηση των ημερών νοσηλείας και επισκέψεων στα Επείγοντα, καθώς και η μείωση των εισαγωγών σε μια νοσοκομειακή μονάδα. Επίσης, η αύξηση της διεπιστημονικής επικοινωνίας και εκπαίδευσης τοποθετείται στους δείκτες αξιολόγησης από κοινού, με την ελαχιστοποίηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας ενός ασθενή. Τέλος,

άλλος ένας δείκτης είναι η αύξηση των παραπομπών σε εξωτερικά ιατρεία ή μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.5 Κλινικός Έλεγχος και παράγοντες εξάπλωσης

Ο Κλινικός Έλεγχος (ΚΕ), είναι ένα από τα βασικότερα στοιχεία, που συνθέτουν την Κλινική Διακυβέρνηση, από κοινού με την Εκπαίδευση και Κατάρτιση, την Κλινική Αποτελεσματικότητα, την Έρευνα και Ανάπτυξη, την Διαφάνεια και την Διαχείριση Κινδύνου, όπως αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο. Το “National Institute for Clinical Excellence” (NICE), ορίζει τον ΚΕ (clinical audit) ως την διαδικασία, η οποία έχει στόχο να αναβαθμίσει την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας στον ασθενή και στη συνέχεια να βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα. Το τελευταίο, πετυχαίνεται μέσα από την αδιάκοπη αξιολόγηση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και επιβολή μεταρρυθμίσεων, όπου κρίνεται αναγκαίο. Ως οδηγία σημεία στην αξιολόγηση, τίθενται οι δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους. Σε τελική φάση, όπου απαιτείται, σχεδιάζονται και εφαρμόζονται παρεμβάσεις και επανελέγχονται, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας (Thomas, 1999).

Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του ΚΕ, αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων, για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στη Μεγάλη Βρετανία (Cooper και Benjamin, 2004). Εντούτοις, η έννοια του Κλινικού Ελέγχου συντάσσεται για πρώτη φορά στο αγγλικό έγγραφο, ονομαζόμενο “White Paper”, φέροντας τον τίτλο “Δουλεύοντας για τους Ασθενείς”, του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας το 1989. Σύμφωνα με αυτό, ο ΚΕ περιγράφεται, ως μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή (Department of Health, 1989).

Οι στόχοι του ΚΕ, που συμβαδίζουν με την γενική στρατηγική των νοσοκομειακών μονάδων, περιλαμβάνουν τον έλεγχο που πραγματοποιείται σύμφωνα με τους κανόνες του κράτους, που στην περίπτωση της Ελλάδας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης, ο έλεγχος για λάθη και καταστροφές των διαδικασιών του Συστήματος Υγείας, αλλά και η διαφύλαξη των ιατρικών δεδομένων των ασθενών με τη νοσοκομειακή μονάδα, δεν μπορούν να λείπουν από τους στόχους. Παράλληλα, στα προαναφερόμενα συμπεριλαμβάνονται η διαχείριση του κλινικού κινδύνου, η διασφάλιση της παρεχόμενης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, μέσα από την εφαρμογή προτύπων ποιότητας και τα γνωστά στο εργατικό δυναμικό πρότυπα, για την συνολική παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την άριστης ποιότητας ιατρική περίθαλψη (Αποστολάκης, 2005).

Παρόλα αυτά, ο αποτελεσματικός ΚΕ είναι ο καταλυτικός παράγοντας, για την ορθή λειτουργία του νοσοκομείου, την ικανοποίηση του ασθενή και του νοσοκομειακού προσωπικού και την μείωση των σφαλμάτων, που έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία. Για να υπάρχει αποτελεσματικός κλινικός έλεγχος, κρίνεται αναγκαίο, να αποτελεί το κυριότερο γνώρισμα της κουλτούρας του νοσοκομείου, να εφαρμόζει τεκμηριωμένα πρότυπα, να προστατεύει το απόρρητο των ασθενών, να είναι μια αδιάκοπη διαδικασία, να έχει διδακτικό ύφος, να λαμβάνει υπόψη την αποδοτικότητα, να ενσωματώνει πολλές επιστήμες και να σχετίζεται με την διοίκηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεσματικού κλινικού ελέγχου, είναι αυτός που εφαρμόζεται στην Μεγάλη Βρετανία (Grol και Lawrence, 1995). Σύμφωνα με εκείνον, οι προτεραιότητες για τον έλεγχο, καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο και η ομάδα κλινικού ελέγχου διαμορφώνει το στρατηγικό σχέδιο ελέγχου, ο οποίος είναι προοπτικός. Ταυτόχρονα, εκείνη καθορίζει το χρονοδιάγραμμα από κοινού με τις αρμοδιότητες του κάθε μέλους, ενώ ευθύνεται για τον σχεδιασμό, την εξέλιξη και την εφαρμογή παρεμβάσεων με σκοπό την αναβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας (Irvine και Irvine, 1991).

Στο αντίθετο άκρο, βρίσκονται οι ΗΠΑ και η Ελλάδα που υστερούν στην εφαρμογή του ΚΕ, σε σχέση με την Αγγλία. Αρχικά, παρόλο που οι πρωτοβουλίες για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ποικίλουν στο Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας, εντούτοις συγκεντρώνουν μόνο το ενδιαφέρον των μάνατζερ και αφορούν κυρίως συστήματα βελτίωσης των εμπορικών επιχειρηματικών δραστηριοτήτων (Σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας). Η Ελλάδα με την σειρά της, στον δημόσιο τομέα υγείας παρουσιάζει ανύπαρκτη ή προσχηματική λειτουργία ιατρικού ελέγχου νοσηλειών και πλήρη αδιαφορία για ουσιαστικές ελεγκτικές διαδικασίες. Από την άλλη, στον ιδιωτικό τομέα υγείας, λειτουργεί, παρά τις αδυναμίες του τα τελευταία χρόνια, ο ΚΕ με κύριο προωθητικό σχήμα, τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Οι παράγοντες που συντελούν στην διευκόλυνση της εφαρμογής και εξάπλωσης του ΚΕ είναι, αρχικά, η ύπαρξη και χρήση πληροφοριακών νοσοκομειακών συστημάτων, για την συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση όλων των δεδομένων και των πληροφοριών που δημιουργούνται και διακινούνται σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα (Winter και Haux, 1995). Στην περίπτωση της ελληνικής δημόσιας υγείας, τα πληροφοριακά νοσοκομειακά συστήματα δεν είναι συνήθως σύγχρονα. Για παράδειγμα, οι ιατρικοί φάκελοι στα περισσότερα νοσοκομεία εξακολουθούν να είναι χειρόγραφοι, ογκώδεις, ασαφείς, δυσεύρετοι, δυσανάγνωστοι ενώ πολλές φορές χάνονται, φθείρονται και αλλοιώνονται. Επίσης, η αναζήτηση ιστορικών και κλινικών δεδομένων που αφορούν τους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς είναι πολύ δύσκολη, ενώ η εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων εντελώς αβέβαιη και πολύπλοκη, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εφαρμοστεί ο ΚΕ.

Πρόσθετοι παράγοντες που συντελούν στα προηγούμενα, είναι το εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο ασχολείται μεμονωμένα με τον έλεγχο, τα υποστηρικτικά εργαλεία και μηχανισμοί, ο στρατηγικός σχεδιασμός για την διαδικασία κλινικού ελέγχου, καθώς και η παρακολούθηση από

κοινού με την υποστήριξη του προγράμματος ελέγχου. Όλα αυτά εφαρμόζονται εν μέρει, ενώ κάποια καθόλου από το ελληνικό και το αμερικάνικο σύστημα υγείας.

2.6 Επιτροπή Κλινικής Διακυβέρνησης

Το βασικότερο συστατικό στοιχείο για την αποτελεσματική κλινική διακυβέρνηση, είναι η δημιουργία μιας Επιτροπής Κλινικής Διακυβέρνησης (ΕΚΔ). Η έννοια της ΕΚΔ αναφέρεται, στην εξάπλωση και υιοθέτηση της κλινικής διακυβέρνησης από τις νοσοκομειακές μονάδες. Η αιτία της σύστασής της, κρύβεται στην ανάγκη, για διασφάλιση της αδιάκοπης εξέλιξης της παρεχόμενης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και κλινικής φροντίδας (Ellis και Whittington, 1993).

Οι αρμοδιότητές της, περιλαμβάνουν την δημιουργία ενός προγράμματος για τις κλινικές δραστηριότητες των νοσοκομείων, με την προϋπόθεση να μην αντικαθιστά το διοικητικό τμήμα αυτών των νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, είναι αναγκαίο, να παρέχει υποστήριξη στη διοίκηση τους, μέσω της σύνθεσης προτάσεων αναφορικά με τον ενστερνισμό των απαραίτητων διορθωτικών μέτρων και της χορήγησης συμβουλών, που έχουν σχέση με ζητήματα κλινικής διακυβέρνησης.

Αναμφισβήτητα, η Επιτροπή Κλινικής Διακυβέρνησης είναι κρίσιμο να συσταθεί, μέσα από έναν τρόπο που να παρέχει, αξιόλογη ισορροπία ανάμεσα στις σχέσεις του κλινικού προσωπικού και του διοικητικού τμήματος της νοσοκομειακής μονάδας. Εκτός από το τελευταίο, είναι απαραίτητο, να αποτελεί τον χώρο όπου πραγματοποιείται η συνάντηση μεταξύ του διοικητικού τμήματος του νοσοκομείου και των εκπροσώπων της ιατρικής φροντίδας. Σε αυτό το μέρος, συναντώνται, έχοντας θεσπίσει από κοινού κάποιους όρους, ώστε να συζητήσουν με ανοιχτό τρόπο ζητήματα που αφορούν και τις δύο πλευρές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων ζητημάτων είναι η διαχείριση των νοσηλειών με επαγγελματικό ύφος, παραλείποντας την επίρριψη κατηγοριών και ευθυνών στη μία μόνο πλευρά, όσον αφορά κάποιο κρίσιμο περιστατικό.

Τέλος, αξίζει να τονιστεί, ότι η ΕΚΔ εφαρμόζεται ελλιπώς και σε ορισμένες περιπτώσεις καθόλου, από το Αμερικάνικο και το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με μελέτη της “Juran Institute”, το 30% των δαπανών στον τομέα της υγείας, ανέφερε, ότι προέρχεται από άσκοπη και κακή χρήση εξοπλισμών και φαρμάκων, αλλά και από τη σπατάλη διοικητικών ενεργειών. Ας σημειωθεί ακόμη, ότι το αμερικάνικο κλινικό προσωπικό ενώ συμμετέχει στα περισσότερα ζητήματα νοσηλείας παρόλα αυτά δεν ασκεί σχεδόν καθόλου επιρροή στον οικονομικό τομέα. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο στην Μεγάλη Βρετανία, διότι εκεί, η ανάγκη της ύπαρξης και σωστής λειτουργίας της ΕΚΔ, είναι καλύτερα διαδεδομένη. Η αρμόδια Επιτροπή Κλινικής Διακυβέρνησης για την βελτίωση της υγείας, είναι η “Commission for Health Improvement”. Αυτή εξετάζει σημαντικές καταγγελίες, αναφορικά με την παρεχόμενη ποιότητα υγείας και έχει συνθέσει ένα πρόγραμμα επιθεωρήσεων, για την ανανέωση των κανονισμών της κλινικής διακυβέρνησης, σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.

2.7 Κλινικός Έλεγχος και Διαδικασίες Διαχείρισης Περιστατικών

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, ο Κλινικός Έλεγχος (ΚΕ) είναι το σημαντικότερο στοιχείο της κλινικής διακυβέρνησης, παρόλα αυτά δεν παύει να παρουσιάζει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και εμπόδια στην εφαρμογή του.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα που εμφανίζονται μέσω των διαδικασιών ΚΕ, είναι η αναβάθμιση της οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, η βελτίωση της επικοινωνίας και του πνεύματος συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη της παρεχόμενης ποιότητας υγείας και των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Παράλληλα, οι περισσότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα υγείας και η διασφάλιση της αποδοτικής χρήσης των πόρων, δεν μπορούν να λείπουν από τα προαναφερόμενα πλεονεκτήματα (Norman και Redfern, 1995).

Τα ουσιωδέστερα μειονεκτήματα που παρουσιάζονται από τις διαδικασίες ΚΕ, είναι ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου των επαγγελματιών υγείας και οι επιπλέον ώρες εργασίας, που συνεπάγονται σε πρόσθετο φόρτο εργασίας, με σοβαρό αντίκτυπο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Norman και Redfern, 1995).

Μερικά από τα εμπόδια, αναφορικά με την εφαρμογή ΚΕ, μπορεί να είναι η αδυναμία καθορισμού προτύπων, ο ελλιπής σχεδιασμός και οι ακατάλληλες μέθοδοι συλλογής δεδομένων, που φανερώνουν την απουσία της εξειδίκευσης. Πρόσθετα εμπόδια, μπορεί να είναι η έλλειψη οικονομικών, ανθρώπινων και χρηματικών πόρων, τα εμπόδια που σχετίζονται με διοικητικούς και οικονομικούς τομείς και η απουσία οργανωμένου σχεδίου κλινικού ελέγχου.

Η Διαχείριση Περιστατικών (Case Management) στο πλαίσιο του κλινικού ελέγχου, ορίζεται από τις ΗΠΑ, ως η συλλογική διαδικασία αξιολόγησης, σχεδιασμού και υπεράσπισης των υπηρεσιών υγείας, ώστε να καλυφθούν οι υγειονομικές ανάγκες ενός ατόμου, μέσω της επικοινωνίας και των διαθέσιμων πόρων, με στόχο την προώθηση της ποιοτικής αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών (Case Management Society of America, 2011). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, το κλινικό προσωπικό, προσδιορίζει τις κατάλληλες υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται στον κάθε ασθενή, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα, ότι οι διαθέσιμοι πόροι χρησιμοποιούνται με αποδοτικό τρόπο, μειώνοντας έτσι τα κόστη για την νοσοκομειακή μονάδα και τον ασθενή.

Όσον αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην προσπάθειά τους να ελέγξουν την οικονομική κρίση που κατακλύζει τον κόσμο τα τελευταία χρόνια, έδωσαν μεγαλύτερη βάση στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Παρατήρησαν ότι είχαν επικεντρωθεί κυρίως στην τεχνολογική καινοτομία (Gelijns και Rosenberg, 1994), με αποτέλεσμα, να αυξάνονται οι διοικητικές δαπάνες, να υπάρχει έλλειψη αυστηρών μέτρων ελέγχου του κόστους (Woolhandler et al., 2003) και αυξημένη άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Evans et al., 1991). Για αυτόν τον λόγο, εφάρμοσαν

αποτελεσματικά την Διαχείριση Περιστατικών. Συγχρόνως, το ίδιο συμβαίνει και με τη Μεγάλη Βρετανία, ενώ εφαρμόζεται με ελλιπή σημεία στην Ελλάδα.

Οι Διαδικασίες που περιλαμβάνει η Διαχείριση Περιστατικών, είναι σε πρώτο στάδιο, η αξιολόγηση με ειδικά κριτήρια της ανάγκης για νοσηλεία, πριν την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Στη συνέχεια, εάν κριθεί ότι απαιτείται νοσηλεία, γίνεται αξιολόγηση της επιθυμητής ιατρικής φροντίδας και παρακολουθείται από τους αρμόδιους γιατρούς, κατά τη διάρκειά της. Ύστερα, αξιολογούνται οι υπηρεσίες που προσφέρθηκαν από τους προαναφερόμενους γιατρούς, από κοινού με τις ανάγκες των ασθενών, για κατάλληλη φροντίδα, αφότου εξέλθουν από το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω διαδικασίες, γίνονται, για να μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας και επισκέψεων στα Επείγοντα Περιστατικά, να ελαττωθεί ο μέσος όρος διάρκειας της νοσηλείας και των εισαγωγών. Ας σημειωθούν τέλος, και η αύξηση των παραπομπών στα εξωτερικά ιατρεία και η ανάπτυξη της διεπιστημονικής επικοινωνίας και εκπαίδευσης του νοσοκομειακού προσωπικού. Συνεπώς, εάν εφαρμοστούν τα προαναφερόμενα επωφελούνται οι ασθενείς και τα νοσοκομεία, διότι μειώνεται το κόστος νοσηλείας, αλλά και το προσωπικό υγείας, καθώς έχει την δυνατότητα, να αφιερώσει περισσότερο χρόνο στην περαιτέρω εκπαίδευσή του.

2.8 Ο Κλινικός έλεγχος στην Ελλάδα

Αναφορικά με την βελτίωση της ποιότητας της υγείας, καθώς και της εφαρμογής του απαιτούμενου κλινικού ελέγχου, αρμόδια όργανα για τον Δημόσιο Τομέα, είναι κυρίως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.) και ο ΕΟΠΥΥ. Στον Ιδιωτικό τομέα η διενέργεια κλινικών ελέγχων γίνεται κυρίως από Εταιρείες εξειδικευμένες στον Κλινικό έλεγχο, οι οποίες λειτουργούν Ελεγκτικά Ιατρεία για λογαριασμό Ασφαλιστικών Εταιρειών, σε κάθε συμβεβλημένο με αυτές νοσοκομείο. Μερικοί από τους στόχους του Υ.Υ.Κ.Α., είναι η ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στο κοινωνικό σύνολο, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, καθώς και η εκπαίδευση σε συνδυασμό με τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας. Οι στόχοι του Ελεγκτικού Ιατρείου, που λειτουργεί σε κάθε νοσοκομείο για λογαριασμό των Ασφαλιστικών Εταιρειών, είναι η παρακολούθηση όλων των περιστατικών κατά την εισαγωγή (προνοσηλευτικός έλεγχος), την χρονική διάρκεια της νοσηλείας εντός αυτού (ενδονοσηλευτικός έλεγχος). Τέλος, στους προαναφερόμενους στόχους, δεν μπορεί να λείψει η αναλυτική εξέταση του ιατρικού φακέλου των ασθενών, αλλά και η παρακολούθησή τους, μετά την ημέρα του εξιτηρίου (μετανοσηλευτικός έλεγχος) τους (Πολύζος, 1999).

Επειδή το Ελεγκτικό Ιατρείο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον ΚΕ, ακολούθως θα γίνει εκτενέστερη ανάλυση. Έχει συσταθεί για να παρέχει εγγυημένη νοσηλεία, για όποιον έχει ασφαλιστεί σε κάποιο ταμείο ή εταιρεία, ώστε να αποφευχθούν οι σκόπιμες αυξήσεις της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, από τους γιατρούς που στοχεύουν, στην άμεση και έμμεση αύξηση των αποδοχών τους

(Τούντας, 2010). Επομένως, μπορεί να προβαίνει, σε τεκμηριωμένη άρνηση πληρωμής μέρους ή ολόκληρης της νοσηλείας. Το τελευταίο, μπορεί να εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του προνοσηλευτικού ελέγχου, που αποσκοπεί την έγκριση ή απόρριψη της εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και της διεξαγωγής των ιατρικών εξετάσεων, που συστήνει ο υπεύθυνος γιατρός (Κυριακόπουλος, 2007).

Ακόμη, παρόμοιες αρμοδιότητες εμφανίζει και ο ενδονοσηλευτικός έλεγχος, ο οποίος εγκρίνει ή απορρίπτει την συνέχιση της διάρκειας της νοσηλείας εντός της νοσοκομειακής μονάδας, καθώς και των νοσοκομειακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν.

Ο μετανοσηλευτικός έλεγχος, ύστερα ή κατά του εξιτηρίου του ασθενούς, περιλαμβάνει τον έλεγχο του ιατρικού του φακέλου και τον εξονυχιστικό έλεγχο του Κόστους της νοσηλείας του, πριν αποσταλεί στην Ασφαλιστική Εταιρεία για πληρωμή. Σκοπός της όλης διαδικασίας, είναι η έγκριση ή άρνηση των πληρωμών και η εξέταση προηγούμενων οφειλών από τους ασθενείς, ώστε σε τελική φάση να αποσταλούν για πληρωμή από την αρμόδια Ασφαλιστική Εταιρεία.

Εν τω μεταξύ, όσο διαρκούν οι προαναφερόμενοι έλεγχοι, οι αρμόδιοι για τον έλεγχο γιατροί, συλλέγουν και στέλνουν τις ιατρικές τους πραγματογνωμοσύνες, στην αρμόδια εταιρεία ασφάλισης. Οι εν λόγω πραγματογνωμοσύνες, αφορούν την διαβεβαίωση της αναγκαιότητας της νοσηλείας, των ιατρικών εξετάσεων και των πράξεων ίασης. Σε περίπτωση όμως, που προκύψει κάποια ασυμφωνία στις εκτιμήσεις των ελεγκτών ιατρών των νοσοκομειακών μονάδων, αρμόδια για την εξέταση αυτών των διαστάσεων είναι η ειδική μικτή Επιτροπή Διαιτησίας. Εκείνη, μέσα σε συχνά χρονικά διαστήματα, καλεί συνεδρίαση και λαμβάνει καθοριστικές αποφάσεις.

Τα προαναφερόμενα, παρά τη θέσπισή τους από το κράτος, εφαρμόζονται ελλιπώς στον ελληνικό Δημόσιο Τομέα υγείας και με κάποιες δυσκολίες στον Ιδιωτικό. Εκτενέστερα, στον Δημόσιο Τομέα είναι ανύπαρκτη ή προσχηματική η λειτουργία όλων των φάσεων ιατρικού ελέγχου των νοσηλειών, ενώ παρατηρείται μια πλήρης αδιαφορία αναφορικά με τις ουσιαστικές ελεγκτικές διαδικασίες (Κυριόπουλος και Σουλιώτης, 2002). Στον Ιδιωτικό Τομέα, ο οποίος παρουσιάζει τα τελευταία 12 χρόνια ανοδική πορεία στις υπηρεσίες υγείας, εφαρμόζει τον κλινικό έλεγχο ανεξαρτήτως των αδυναμιών που παρουσιάζονται, έχοντας ως κύρια βάση τις Ασφαλιστικές Εταιρείες ιδιωτικών συμφερόντων (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000).

Παράδειγμα αποτελεσματικής εφαρμογής ΚΕ αποτελεί η Μεγάλη Βρετανία. Σύμφωνα με την ‘‘New England Journal of Medicine’’ (1998), η Αγγλία με την εφαρμογή του ΚΕ παρατήρησε 8% μείωση στις ημέρες νοσηλείας, εξοικονόμηση πόρων, ελάττωση των ασθενών που εισήχθησαν στα νοσοκομεία κατά 12,3% και μείωση του κόστους νοσηλείας κατά 8,3%.

Ανακεφαλαιώνοντας τα όσα αναφέρθηκαν, η ανάγκη εφαρμογής του Κλινικού Ελέγχου στον ελλαδικό χώρο κρύβεται, στα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, την υγεία του ασθενή, την διοίκηση και οργάνωση του νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας.

Επίσης, συνδράμει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση χρόνιων αδυναμιών του ελληνικού συστήματος. Ενδεικτικά, τέτοιες αδυναμίες είναι η έλλειψη προγραμμάτων διαχείρισης των ασθενών και τρόπων συστηματικών καταγραφών στη βάση των ιατρικών φακέλων τους, η εξαγωγή ίδιων και περιτών εξετάσεων, εξαιτίας της παράλειψης καταγραφή τους και τέλος, η ανυπαρξία προγράμματος καθηκόντων ανάμεσα στους λειτουργούς υγείας στο σύστημα.

Κεφάλαιο 3 – Ερευνητική Μεθοδολογία

3.1 Εισαγωγή

Η ερευνητική μεθοδολογία είναι εξέχουσας σημασίας, διότι σχετίζεται με τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της έρευνας, έχοντας ως απώτερο στόχο, την εξασφάλιση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δεδομένων που κρίθηκαν κατάλληλα. Βέβαια, για να συλλεχθούν δεδομένα που διέπονται από ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας, κρίνεται αναγκαία, σε πρώτο στάδιο, η εξεύρεση του κατάλληλου τρόπου συλλογής δεδομένων και στη συνέχεια η σχεδίαση ενός χρήσιμου εργαλείου για τη συγκέντρωσή τους. Οι σημαντικότεροι και πιο διαδεδομένοι τρόποι συλλογής δεδομένων, είναι ο συνδυασμός της ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας, αλλά και η αξιοποίηση της καθεμίας έρευνας ξεχωριστά (Creswell, 2003). Εν αντιθέσει, το κατάλληλο εργαλείο, με το οποίο γίνεται η έρευνα, περιλαμβάνει στοιχεία προηγούμενων ερευνών, προερχόμενα από την βιβλιογραφία και συνδέεται άμεσα, με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης που συμβάλλουν στην σωστή συλλογή των δεδομένων. Τέλος, η ερευνητική μεθοδολογία, συμβάλλει στην επιλογή του δείγματος, με ποιοτικό ή ποσοτικό τρόπο και στην μέθοδο συλλογής του (Creswell, 2003).

3.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Ο τρόπος με τον οποίο διενεργείται η συγκέντρωση δεδομένων, επηρεάζεται άμεσα, από τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος. Στη παρούσα μελέτη, αυτές είναι οι τυχαίες παρατηρήσεις που προέρχονται από την βάση δεδομένων, η οποία τηρείται από ιδιωτική συμβουλευτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών υγείας για λογαριασμό Ασφαλιστικών Εταιρειών αλλά και ο χρόνος που αφιερώνεται για τη συλλογή τους και την ύπαρξη άλλων ερευνών σχετικά με την αύξηση της αποτελεσματικότητας των Ελληνικών Νοσοκομείων και της οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής διαδικασιών Κλινικού Ελέγχου στα προαναφερόμενα νοσοκομεία.

Επίσης, η συλλογή δεδομένων, επηρεάζεται και από την ύπαρξη πρόσφατων στοιχείων σχετικά με το θέμα που εξετάζεται σε κάθε περίπτωση, δίνοντας την δυνατότητα, σε περίπτωση που υπάρξουν, να επεξεργαστούν μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση. Δεδομένου, ότι το προαναφερόμενο θέμα της παρούσης έρευνας, είναι μοναδικό και δεν έχουν διενεργηθεί πανομοιότυπες μελέτες, αξιοποιείται η πρωτογενής μέθοδος συγκέντρωσης δεδομένων.

Η πηγή των πρωτογενών δεδομένων της παρούσης ή διαφορετικά το δειγματοληπτικό πλαίσιο, έγκειται στη βάση δεδομένων για τη δειγματοληψία που προέρχεται από το αρχείο των ελεγκτών γιατρών, οι οποίοι διενεργούν ελέγχους (προνοσηλευτικός, ενδονοσηλευτικός και μετανοσηλευτικός) για λογαριασμό των Ασφαλιστικών Εταιρειών.

Αξίζει να τονιστεί, ότι η πρωτογενής μέθοδος διακλαδώνεται σε ποσοτική και ποιοτική, αλλά και σε συνδυασμό αυτών των δύο (Johnstone, 2004). Η μέθοδος που εφαρμόζεται στην παρούσα έρευνα, είναι η ποσοτική για λόγους σαφήνειας, καθώς επιτρέπονται δομημένες μέθοδοι στατιστικής (Moffatt et al., 2006). Η εν λόγω μέθοδος, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, διότι γίνεται εφικτή η συγκέντρωση των παρατηρήσεων με αντικειμενικό τρόπο, ακόμα και στην περίπτωση των ερευνητών που χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα εμπειρίας (Sale et al., 2002).

Η ανάλυση των προαναφερόμενων παρατηρήσεων μπορεί να γίνει, μέσω της επαγωγικής ή αναλυτικής στατιστικής και της περιγραφικής στατιστικής (Johnstone, 2004). Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιείται, προκειμένου να αποδειχθεί ή να απορριφθεί ο ισχυρισμός/υπόθεση ότι μια κλίμακα επηρεάζει μια άλλη ή σχετίζεται με κάποια. Σε περίπτωση που ασκεί επιρροή, η κλίμακα χαρακτηρίζεται ως ανεξάρτητη μεταβλητή, η δε κλίμακα που επηρεάζεται ονομάζεται εξαρτημένη μεταβλητή και μπορεί να είναι περισσότερες από μία. Η περιγραφική στατιστική αναφέρεται, στην ανάλυση των δεδομένων με τη μορφή πινάκων ή διαγραμμάτων, με χαρακτηριστικές τιμές και ιδιότητες (McKibbon και Gadd, 2004).

Εν αντιθέσει, η ποιοτική έρευνα, διενεργείται χάρη στην ενεργό συμμετοχή των δειγματοληπτικών μονάδων, ώστε να συλλεχθούν τα απαραίτητα δεδομένα (Doyle et al., 2009). Αυτοί οι μελετητές, κρίνεται απαραίτητο, να είναι εξειδικευμένοι στο χώρο της έρευνας και να διαθέτουν κατάλληλες εγκαταστάσεις. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι η ανάλυση των χρήσιμων δεδομένων γίνεται μέσα από την σημειωτική ανάλυση, την ερευνητική ανάλυση και τις μεταφορές.

Στο στάδιο της δειγματοληψίας, εξαιτίας του ανέφικτου της προσέγγισης όλου του πληθυσμού των νοσηλείων, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα από αυτές. Το τελευταίο συντελέστηκε, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα πιθανολογικό δείγμα, για το οποίο η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων θα επιτρέψει τη χρήση κανόνων και μεθόδων επαγωγικής στατιστικής. Παρόλα αυτά, αξιοσημείωτη σημασία έχουν τα κυριότερα είδη δείγματος, που είναι τα “Τυχαία Δείγματα”, τα οποία διακρίνονται σε απλά και συστηματικά τυχαία δείγματα, καθώς και σε στρωματοποιημένα και πολυσυστατικά δείγματα. Παράλληλα, ένα βασικό είδος, είναι αυτό των “Μη Τυχαίων Δειγμάτων” που χωρίζονται σε αναλογικό, εύκολο και υποκειμενικό δείγμα.

Για λόγους παράληψης σφαλμάτων, που επιφέρουν τα μη τυχαία δείγματα, προτιμήθηκε η εφαρμογή των τυχαίων δειγμάτων στην συγκεκριμένη έρευνα. Επομένως, με τυχαίο τρόπο επιλέχθηκαν τα περιστατικά νοσηλείας από διάφορα νοσοκομεία στην Ελλάδα, ενώ το μέγεθος τους δείγματος ανήλθε σε 400 νοσηλείες. Το δειγματοληπτικό πλαίσιο, δηλαδή η βάση άντλησης των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας, ήταν η βάση δεδομένων της εταιρείας Accurate Health Auditing & Consulting. Η εν λόγω εταιρεία, αποτελεί συνδυαστικό κρίκο μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των νοσοκομείων, διενεργώντας κλινικούς ελέγχους, για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών. Τέλος, οι παρατηρήσεις εισήχθησαν στη βάση δεδομένων από τους προαναφερόμενους γιατρούς, ενώ

αξιοποιήθηκαν αυτούσια, χωρίς να υπάρξει κάποια αλλαγή. Εκτενέστερη ανάλυση όλων των περιγραφικών στοιχείων παρουσιάζεται στην αμέσως επόμενη παράγραφο.

3.3 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, η μέθοδος με την οποία συλλέχθηκαν τα δεδομένα, ήταν τυχαία και έγινε αυτούσια εξαγωγή των παρατηρήσεων, που εισήχθησαν στη βάση δεδομένων, από τους ελεγκτές γιατρούς. Ενώ, ο πληθυσμός από τον οποίο αντλήθηκε το τυχαίο δείγμα, είναι όλες οι νοσηλείες ή τα περιστατικά που παρατηρήθηκαν κατά τα τρία τελευταία έτη, δηλαδή τη περίοδο από το 2011 μέχρι το 2013. Ο τρόπος χαρακτηρίζεται τυχαίος, διότι ο πληθυσμός ταξινομήθηκε σε υπολογιστικό φύλλο, κατά άξοντα χρονικό τρόπο, από το πρώτο μέχρι το τελευταίο περιστατικό που σημειώθηκε.

Πιο αναλυτικά, συλλέχθηκε απλό, τυχαίο δείγμα, από 400 άτομα που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία εντός της Ελλάδας, όπως τα κατέγραψαν οι ελεγκτές γιατροί, στις διαδικασίες νοσηλευτικών ελέγχων, που αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφική επισκόπηση. Το μέγεθος αυτό (N=400), επιλέχθηκε, προκειμένου οι τυχαίες παρατηρήσεις να ικανοποιούν ή να οδηγούν στην κανονική κατανομή (Johnstone, 2004). Παράλληλα, ο ελάχιστος αριθμός τυχαίων παρατηρήσεων που οδηγεί σε κανονική κατανομή, μπορεί να ανέρχεται στα 300 άτομα, όμως για την εγγυημένη εξασφάλιση ορθών αποτελεσμάτων επιλέχθηκαν 100 παραπάνω.

Το εύρος της τυχαίας επιλογής των νοσηλειών, προέκυψε από την διαίρεση του συνολικού πληθυσμού, που στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν τα 40.000 περιστατικά, με το συνολικό δείγμα που το αποτελούν 400 περιπτώσεις νοσηλειών. Σύμφωνα με την προαναφερόμενη διαίρεση, προέκυψε ότι τα δεδομένα των νοσηλειών, συλλέχθηκαν ανά 100 παρατηρήσεις, αμέσως μετά την επιλογή μιας τυχαίας αφετηρίας (πχ η 100^η νοσηλεία, η 201^η νοσηλεία, η 301^η νοσηλεία κοκ).

Τέλος, για να διεγερθεί η επαγωγική στατιστική, κρίθηκε αναγκαίο, να αξιοποιηθεί η μέθοδος χρησιμοποίησης ψευδομεταβλητών για κάθε ποιοτικό στοιχείο, το οποίο θα φέρει απαντήσεις ‘‘Ναι’’ και ‘‘Όχι’’ (1=Ναι, 2=Όχι). Ενώ, σύμφωνα με τις διαδικασίες νοσηλευτικού ελέγχου, που αναπτύχθηκαν στη βιβλιογραφική επισκόπηση, ως εξαρτημένες μεταβλητές, αξιοποιήθηκαν οι ημέρες νοσηλείας και όλα τα κόστη νοσηλείας, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές, οι προνοσηλευτικοί έλεγχοι, οι ενδονοσηλευτικοί έλεγχοι και οι μετανοσηλευτικοί έλεγχοι. Η βασική ανάλυση, η οποία χρησιμοποιήθηκε πέραν της περιγραφικής, σε επίπεδο επαγωγικής στατιστικής, ήταν αυτή της T-test. Αυτή η μέθοδος, αναφέρεται ως η ενδεδειγμένη, κατά τη διερεύνηση της επίδρασης μιας διχοτομικής ψευδομεταβλητής, η οποία είναι ονομαστική (πχ Έλεγχος/Απουσία Ελέγχου, ΝΑΙ/ΟΧΙ κλπ), επάνω σε μια αναλογική κλίμακα (πχ Ημέρες Νοσηλείας, Αξία Περικοπών κλπ) (Johnstone, 2004). Η προαναφερόμενη ανάλυση, χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση του κατά πόσο διαφέρουν οι μέσοι

όροι ανά διχοτομική κατηγορία (πχ, αν η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας διαφέρει στις περιπτώσεις, που ακολουθήθηκε ο ενδοноσηλευτικός έλεγχος, σε σχέση με τις περιπτώσεις απουσίας του).

Τα κριτήρια αξιολόγησης των διαδικασιών του ΚΕ είναι σημαντικά για την κατανόηση του τρόπου διενέργειας αυτών των διαδικασιών. Κατά την διαδικασία του Προνοσηλευτικού Ελέγχου, η γραμματεία του ελεγκτικού ιατρείου, ενημερώνεται από το αρμόδιο τμήμα της νοσοκομειακής μονάδας, για την παραπομπή προς εισαγωγή του ασθενούς. Με τη σειρά της η γραμματεία, ενημερώνει τον ελεγκτή ιατρό για την προσέλευση του ασθενούς, στο ιατρείο. Ο Ελεγκτής Ιατρός υποδέχεται τον ασθενή, παραλαμβάνει τα Αντικειμενικά στοιχεία, δηλαδή τα Έντυπα (Παραπεμπτικό Νοσοκομείου, Έντυπο Θεράποντος Ιατρού), το Βιβλιάριο Υγείας, καθώς και τα αποτελέσματα από τις προηγούμενες ιατρικές εξετάσεις ή από τις ιατρικές πράξεις, που συνηγορούν για την ανάγκη νοσηλείας. Στη συνέχεια, προχωρά σε απλή επισκόπηση ή σε κλινική εξέταση του ασθενούς, επικεντρωμένη στην αιτία εισαγωγής που περιγράφεται από τον θεράποντα ιατρό, ώστε να τεκμηριώσει τα προσκομιζόμενα αντικειμενικά στοιχεία και καταγράφει τα ευρήματά του στο αντίστοιχο πεδίο του προνοσηλευτικού ελέγχου (κλινικά σημεία/ διάγνωση- διαφοροδιάγνωση). Έπειτα, ζητά από τον ασφαλισμένο να του περιγράψει το πλήρες μεν, αλλά βασικό ιατρικό ιστορικό του (με κατά το δυνατόν πιο συγκεκριμένες ημερομηνίες) καθώς και τα αίτια που τον οδήγησαν στο Θεραπευτήριο, τα οποία και καταγράφει επακριβώς στο Έντυπο Προνοσηλευτικού Ελέγχου το οποίο εν συνεχεία εκτυπώνεται και υπογράφεται από τον ελεγκτή ιατρό και από τον ασφαλισμένο. Τέλος, γνωμοδοτεί τεκμηριωμένα, περί αποδοχής νοσηλείας ή μη, κρίνοντας αποκλειστικά την αναφερόμενη αιτία εισαγωγής από τον θεράποντα ιατρό, σύμφωνα μόνο με τα αντικειμενικά στοιχεία και παραδίδει το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο στη Γραμματεία.

Ιδιαίτερης σημασίας, στην διαδικασία του προνοσηλευτικού ελέγχου, αποτελεί το έντυπο θεράποντος, με το οποίο ο Θεράπων Ιατρός κοινοποιεί τεκμηριωμένα στην ασφαλιστική εταιρεία, την αναγκαιότητα εισαγωγής του ασφαλισμένου στο νοσοκομείο. Στο έντυπο αναγράφονται, πέραν των δημογραφικών στοιχείων του ασφαλισμένου, τα αίτια εισαγωγής, η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων, εάν έγινε προηγούμενος διαγνωστικός έλεγχος και τα αποτελέσματά του, ο προτεινόμενος ενδοноσοκομειακός εργαστηριακός/απεικονιστικός έλεγχος, ο εκτιμώμενος χρόνος νοσηλείας, η πιθανή διάγνωση/ διαφοροδιάγνωση, η προτεινόμενη θεραπεία, το ονοματεπώνυμο και η ειδικότητα του θεράποντος ιατρού καθώς και η υπογραφή του. Τα συγκεκριμένα στοιχεία δίνουν τη δυνατότητα στον Ελεγκτή Ιατρό κατά τη διαδικασία του προνοσηλευτικού ελέγχου να γνωμοδοτήσει τεκμηριωμένα για την αποδοχή της νοσηλείας ή μη.

Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα Έρευνας

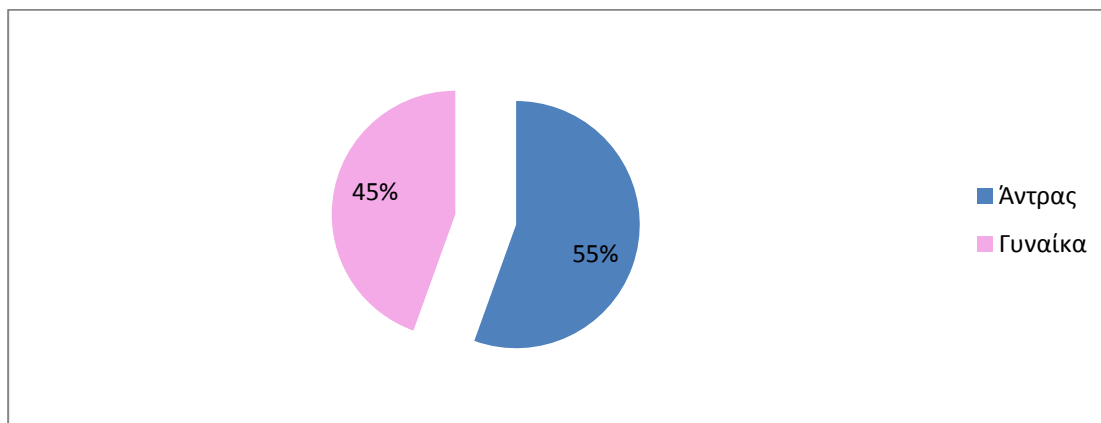
Η περιγραφική στατιστική ανάλυση, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, στοχεύει στη περιγραφή των τυχαίων παρατηρήσεων, μέσω της χρήσης κύριων περιγραφικών μεγεθών, για κάθε μία μεταβλητή χωριστά (Johnstone, 2004). Τέτοια μεγέθη, μπορεί να είναι οι συχνότητες, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις. Βασικότερος σκοπός της περιγραφικής ανάλυσης, είναι η διερεύνηση και απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται επί της παρούσης, σχετίζονται με τον τρόπο που οι διαδικασίες κλινικού (προνοσηλευτικός, ενδονοσηλευτικός και μετανοσηλευτικός) ελέγχου οδηγούν σε μείωση του κόστους ανά νοσηλεία. Με άλλα λόγια, πώς οι τελευταίες οδηγούν στην μεγιστοποίηση της οικονομικής και κλινικής αποτελεσματικότητας. Στις παραγράφους 4.1 μέχρι και την 4.5, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των μεταβλητών κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας, οι οποίες μετρήθηκαν κατά την δειγματοληψία, για κάθε προαναφερόμενο στάδιο κλινικού ελέγχου.

4.1 Δημογραφική Σύνθεση Δείγματος

Στη δημογραφική σύνθεση του δείγματος, αξιοσημείωτο ρόλο διαδραματίζει, η περιγραφική στατιστική ανάλυση διότι χρησιμεύει στην περιγραφή του δείγματος, μέσω της βοήθειας κύριων μεγεθών, για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά. Παραδείγματα τέτοιων μεγεθών, είναι οι συχνότητες και τα ποσοστά (Johnstone, 2004).

Αναφορικά με τη σύνθεση του δείγματος, κατά φύλο νοσηλευθέντων, αποδείχθηκε ότι το 55% ήταν άντρες, ενώ το 45% γυναίκες. Τα τελευταία ποσοστά αντιπροσωπεύουν εξίσου την πραγματική σύνθεση των ατόμων που νοσηλεύτηκαν κατά τα έτη 2011, 2012, 2013 σε νοσοκομεία της Ελλάδος. Το Διάγραμμα 4.1 με τον ομώνυμο Πίνακα που ακολουθούν απεικονίζουν τα όσα αναφέρθηκαν.

Διάγραμμα 4.1: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Φύλο Νοσηλευθέντων

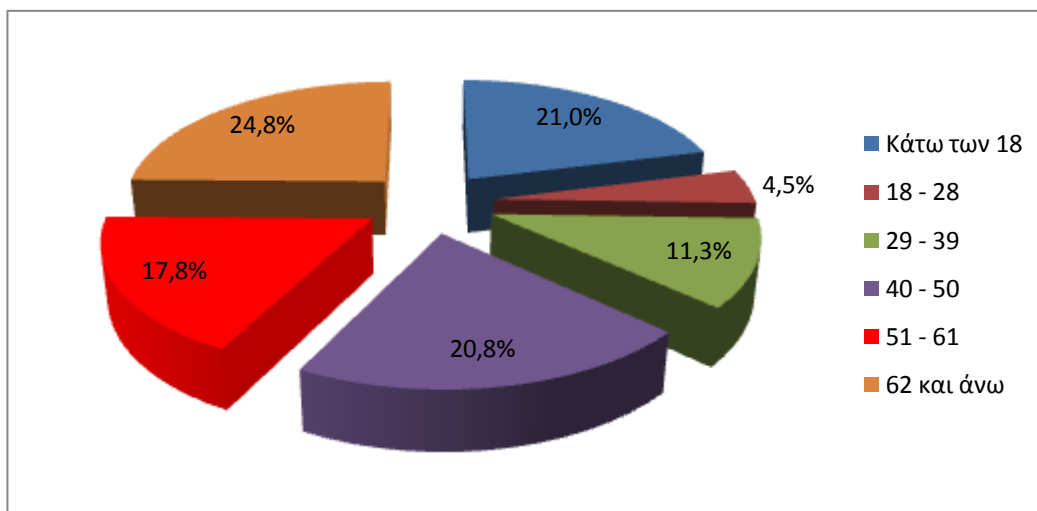


Πίνακας 4.1: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Φύλλο Νοσηλευθέντων

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Άντρας | 222 | 55,5 |
| Γυναίκα | 178 | 44,5 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σχετικά με την ηλικιακή σύνθεση του δείγματος των νοσηλευθέντων, ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 21% βρέθηκε ότι βρίσκεται σε ηλικία κάτω των 18 ετών. Εν αντιθέσει, το μικρότερο ποσοστό (4,5%) αποδείχθηκε πως βρίσκεται σε ηλικία, ανάμεσα στα 18 έως 28 έτη. Επίσης, το 11,3% σε ηλικία μεταξύ των 29 έως 39, το 20,8 % μεταξύ των 40 έως 50 και το 17,8% μεταξύ των 51 έως 61 χρόνων. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευθέντων, με ηλικία άνω των 62 χρόνων, βρέθηκε στο 24,8%, με συχνότητα εμφάνισης N= 99 άτομα. Στη συνέχεια παρέχονται το Διάγραμμα 4.2 με τον Πίνακα 4.2 για περισσότερες πληροφορίες.

Διάγραμμα 4.2: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ηλικία Νοσηλευθέντων

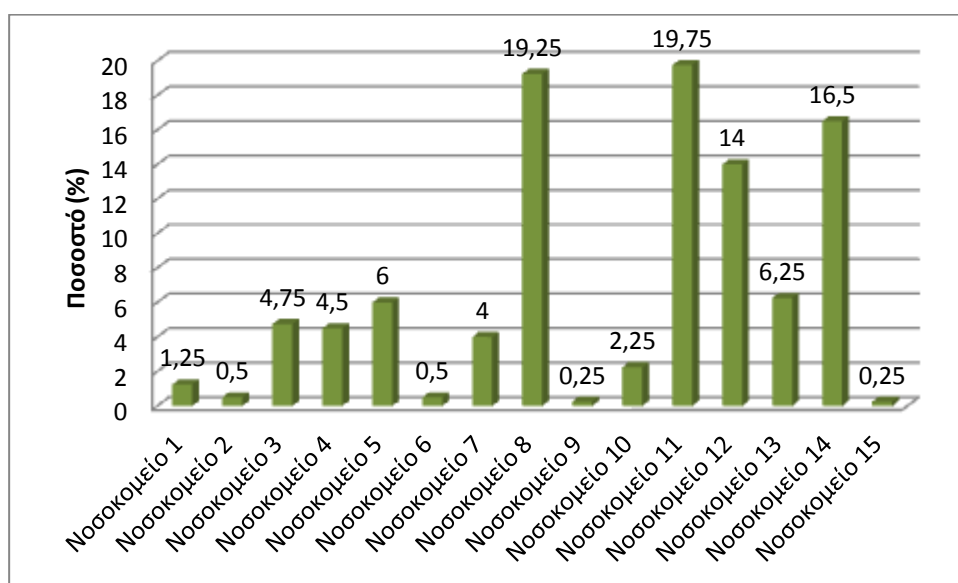


Πίνακας 4.2: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ηλικία Νοσηλευθέντων

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Κάτω των 18 | 84 | 21,0 |
| 18 – 28 | 18 | 4,5 |
| 29 – 39 | 45 | 11,3 |
| 40 – 50 | 83 | 20,8 |
| 51 – 61 | 71 | 17,8 |
| 62 και άνω | 99 | 24,8 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σε σχέση με τα ονόματα των νοσοκομείων που νοσηλεύθηκαν οι τυχαίες παρατηρήσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό της κλίμακας των 19,75%, παρουσιάστηκε στο Νοσοκομείο 11. Το δεύτερο μεγάλο ποσοστό (19,25%), με συχνότητα εμφάνισης N=77 από τα 400 άτομα που νοσηλεύτηκαν, βρέθηκε στο Νοσοκομείο 8. Το τρίτο από τα μεγαλύτερα ποσοστά, παρουσιάστηκε στο Νοσοκομείο 14 με 16,5%, ενώ το τέταρτο και τελευταίο από αυτά (14%) παρατηρήθηκε στο Νοσοκομείο 12, κατέχοντας συχνότητα εμφάνισης 56 νοσηλευθέντες. Έπονται, το Διάγραμμα 4.3 με τον ομώνυμο Πίνακα, που παρουσιάζουν αναλυτικότερα τα προαναφερόμενα, καθώς και τα υπόλοιπα νοσοκομεία που εμφάνισαν ποσοστά κάτω των 7%.

Διάγραμμα 4.3: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Νοσοκομείο

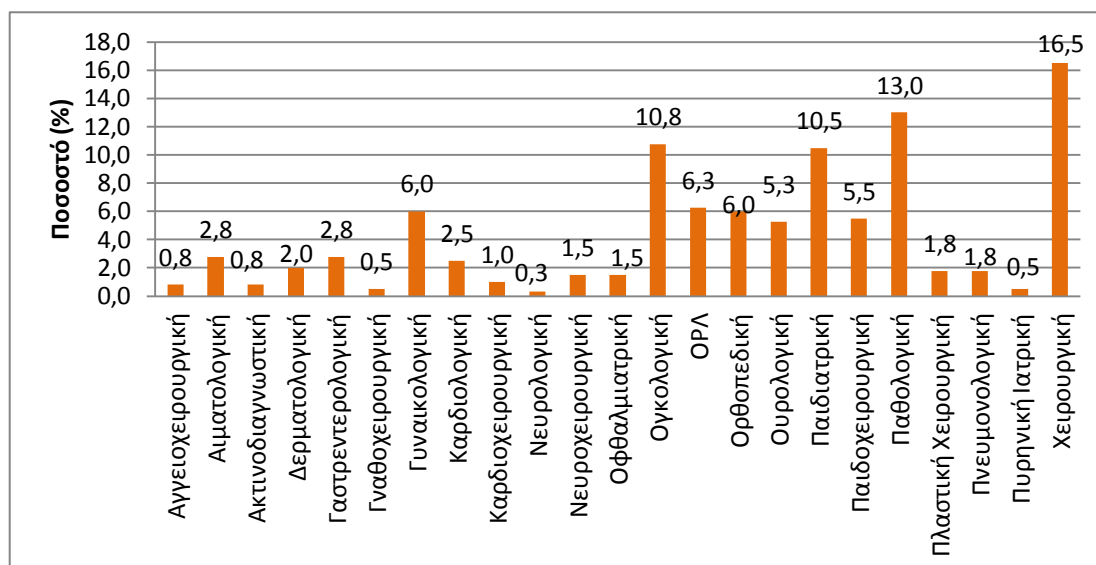


Πίνακας 4.3: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Νοσοκομείο

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------------|--------------------|
| Νοσοκομείο 1 | 5 | 1,25 |
| Νοσοκομείο 2 | 2 | 0,50 |
| Νοσοκομείο 3 | 19 | 4,75 |
| Νοσοκομείο 4 | 18 | 4,50 |
| Νοσοκομείο 5 | 24 | 6,00 |
| Νοσοκομείο 6 | 2 | 0,50 |
| Νοσοκομείο 7 | 16 | 4,00 |
| Νοσοκομείο 8 | 77 | 19,25 |
| Νοσοκομείο 9 | 1 | 0,25 |
| Νοσοκομείο 10 | 9 | 2,25 |
| Νοσοκομείο 11 | 79 | 19,75 |
| Νοσοκομείο 12 | 56 | 14,00 |
| Νοσοκομείο 13 | 25 | 6,25 |
| Νοσοκομείο 14 | 66 | 16,50 |
| Νοσοκομείο 15 | 1 | 0,25 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Αναφορικά με την ειδικότητα των θεραπόντων ιατρών, υπήρξε ποικιλότητα, αλλά για λόγους συντομίας θα παρουσιαστούν τα τέσσερα μεγαλύτερα ποσοστά. Πιο συγκεκριμένα, το επικρατέστερο ποσοστό, 16,5%, παρουσιάστηκε στην «Χειρουργική» ειδικότητα, με ποσοστό εμφάνισης N= 66 άτομα. Το δεύτερο αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξεως του 13% βρέθηκε στην «Παθολογική» ειδικότητα, ενώ το τρίτο στην «Ογκολογική» με ποσοστό εμφάνισης το 10,8%. Τέλος, το 10,5% αναφέρθηκε στην «Παιδιατρική» ειδικότητα, με συχνότητα N= 42 άτομα από το σύνολο των 400. Παρατίθενται το Διάγραμμα 4.4 με τον Πίνακα 4.4 για περισσότερες πληροφορίες και για τις υπόλοιπες ειδικότητες που έδειξαν ποσοστό κάτω του 7%.

Διάγραμμα 4.4: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ειδικότητα Θεράποντος Ιατρού



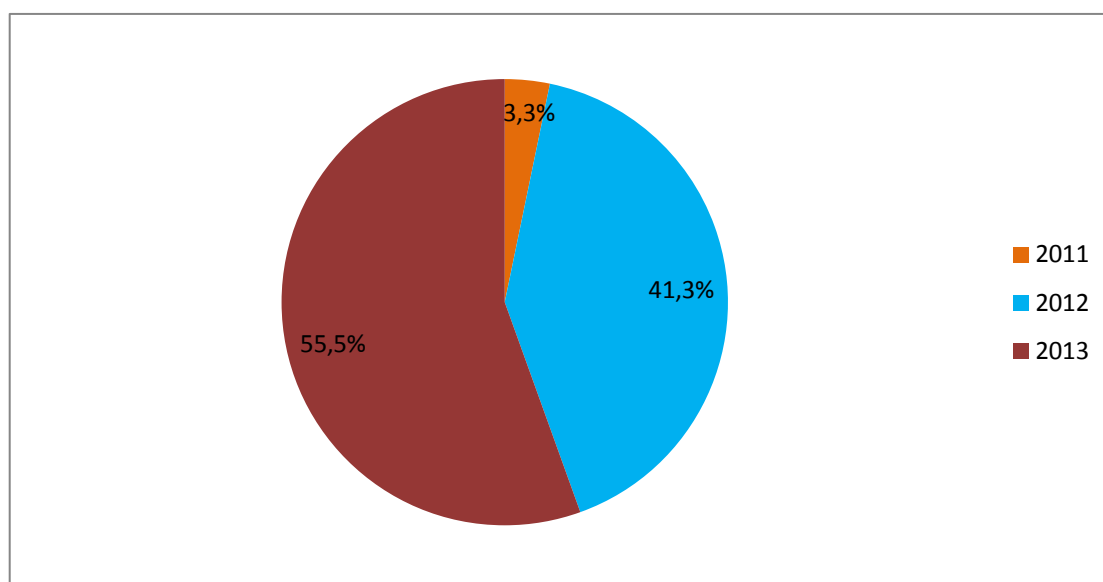
Πίνακας 4.4: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ειδικότητα Θεράποντος Ιατρού

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|-------------------|-----------|-------------|
| Αγγειοχειρουργική | 3 | 0,8 |
| Αιματολογική | 11 | 2,8 |
| Ακτινοδιαγνωστική | 3 | 0,8 |
| Δερματολογική | 8 | 2,0 |
| Γαστρεντερολογική | 11 | 2,8 |
| Γναθοχειρουργική | 2 | 0,5 |
| Γυναικολογική | 24 | 6,0 |
| Καρδιολογική | 10 | 2,5 |
| Καρδιοχειρουργική | 4 | 1,0 |
| Νευρολογική | 1 | 0,3 |
| Νευροχειρουργική | 6 | 1,5 |
| Οφθαλμιατρική | 6 | 1,5 |
| Ογκολογική | 43 | 10,8 |
| ΟΡΛ | 25 | 6,3 |
| Ορθοπαιδική | 24 | 6,0 |
| Ουρολογική | 21 | 5,3 |
| Παιδιατρική | 42 | 10,5 |
| Παιδοχειρουργική | 22 | 5,5 |

| | | |
|----------------------|------------|--------------|
| Παθολογική | 52 | 13,0 |
| Πλαστική Χειρουργική | 7 | 1,8 |
| Πνευμονολογική | 7 | 1,8 |
| Πυρηνική Ιατρική | 2 | 0,5 |
| Χειρουργική | 66 | 16,5 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σχετικά με τα ημερολογιακά έτη των παρατηρήσεων του δείγματος, αυτά περιλάμβαναν νοσηλείες από το 2011, 2012 και 2013. Ειδικότερα, το επικρατέστερο ποσοστό (55,5%) αφορούσε το 2013. Στη συνέχεια, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εμφάνισε μεγάλη είσοδο κατά τη χρονική περίοδο του 2012, με συχνότητα εμφάνισης N=165 από τους 400 νοσηλευθέντες. Τέλος, μόλις το 3,3% αφορούσε περιστατικά του 2011. Το Διάγραμμα 4.5 και ο Πίνακας 4.5 που ακολουθούν επιβεβαιώνουν τα προαναφερόμενα λεπτομερώς.

Διάγραμμα 4.5: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ημερομηνία Περιστατικού

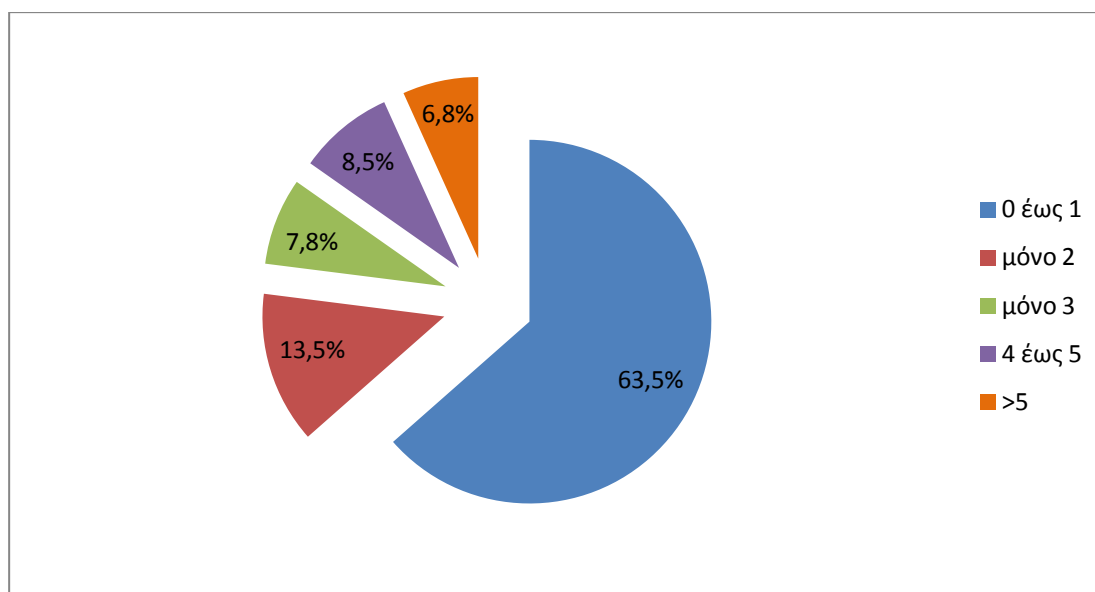


Πίνακας 4.5: Η Σύνθεση του Δείγματος κατά Ημερομηνία Περιστατικού

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| 2011 | 13 | 3,3 |
| 2012 | 165 | 41,3 |
| 2013 | 222 | 55,5 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σε ότι αφορά τη σύνθεση του δείγματος κατά τη διάρκεια νοσηλείας, το υψηλότερο ποσοστό των 63,5%, από τις τυχαίες παρατηρήσεις, παρουσίασε από καθόλου έως 1 ημέρα νοσηλείας, κατέχοντας συχνότητα εμφάνισης ίση με $N= 254$. Στη συνέχεια, το δεύτερο μεγάλο ποσοστό (13,5%), παρουσίασε νοσηλεία εντός του νοσοκομείου 2 ημερών, με συχνότητα $N= 54$ τυχαίες παρατηρήσεις. Επίσης, το 7,8% είχε διάρκεια νοσηλείας 3 ημέρες, ενώ το 8,5% νοσηλεύτηκε εντός του νοσοκομείου από 4 έως 5 ημέρες. Τέλος, το 6,8% αντιπροσωπεύει τις βαριές περιπτώσεις περιστατικών, που σημείωσαν νοσηλεία παραπάνω από 5 ημέρες. Από τα προαναφερόμενα, γίνεται αντιληπτό, ότι τα $\frac{3}{4}$ των νοσηλειών, αφορούν περιστατικά έως και 3 ημέρες. Ακολούθως, παρατίθενται το Διάγραμμα 4.6 και ο ομώνυμος Πίνακας που επιβεβαιώνουν και προσθέτουν πληροφορίες στα παραπάνω.

Διάγραμμα 4.6: Η Σύνθεση του Δείγματος σύμφωνα με τη διάρκεια της νοσηλείας



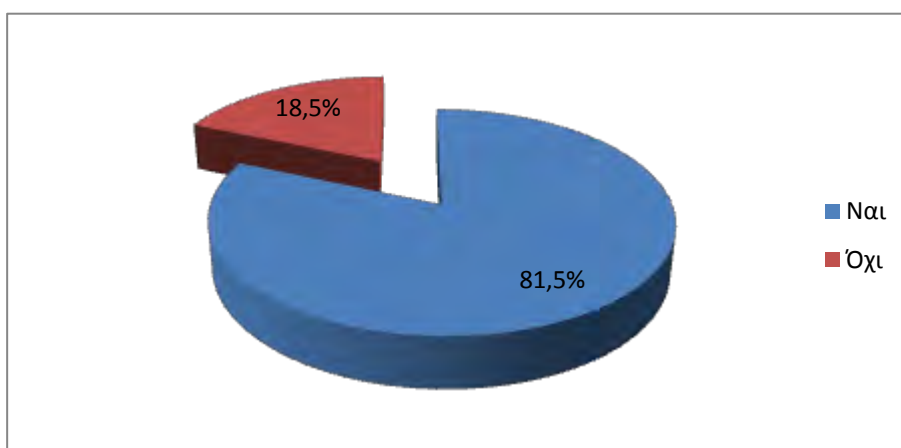
Πίνακας 4.6: Η Σύνθεση του Δείγματος σύμφωνα με τη διάρκεια της νοσηλείας

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| 0 έως 1 | 254 | 63,5 |
| μόνο 2 | 54 | 13,5 |
| μόνο 3 | 31 | 7,8 |
| 4 έως 5 | 34 | 8,5 |
| >5 | 27 | 6,8 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

4.2 Περιγραφικά Στοιχεία Προνοσηλευτικού Ελέγχου

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων, το 81,5% των νοσηλειών εμπεριείχε έντυπο θεράποντος κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, παρουσιάζοντας συχνότητα εμφάνισης N= 326 (από το 400 περιστατικά που παρατηρήθηκαν). Ενώ το εναπομείναν 18,5%, δεν προσκόμιζε το έντυπο, κατέχοντας συχνότητα ίση με 74 περιστατικά από το παραπάνω σύνολο. Τα σχετικά αποτελέσματα παρατίθενται στο Διάγραμμα 4.7 και στον Πίνακα 4.7, που ακολουθούν.

Διάγραμμα 4.7: Λήψη Εντύπου Θεράποντος

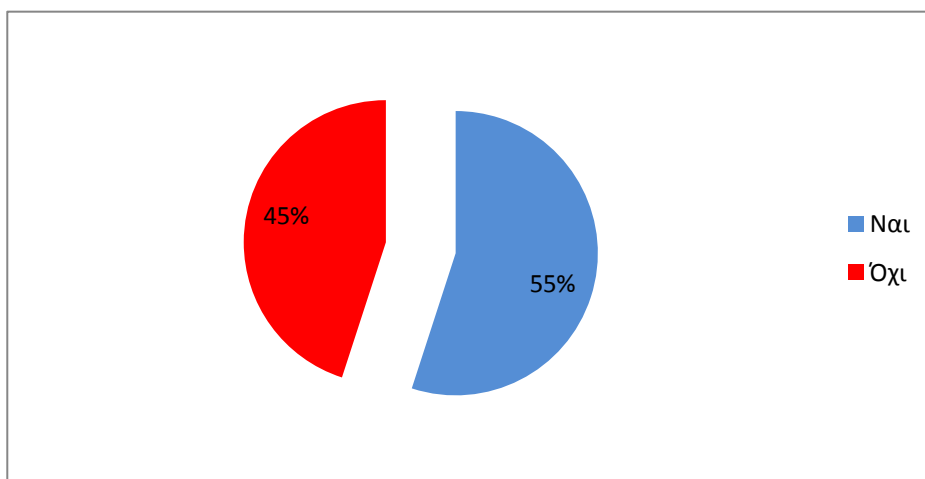


Πίνακας 4.7: Λήψη Εντύπου Θεράποντος

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 326 | 81,5 |
| Όχι | 74 | 18,5 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σχετικά με τον έλεγχο του βιβλιαρίου, των τυχαίων περιστατικών που εισήχθησαν στα νοσοκομεία και στο οποίο αναγράφονται οι βασικές ιατρικές πληροφορίες (πχ διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργεία, νοσηλείες, χρόνιες φαρμακευτικές αγωγές), καθώς και τα ακριβή χρονικά διαστήματα που πραγματοποιήθηκαν τα προαναφερόμενα, παρατηρήθηκε ότι το 55% αυτών πέρασε από τον εν λόγω έλεγχο, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 45% που δεν υποβλήθηκε σε εκείνον. Σύμφωνα με το τελευταίο, γίνεται αμέσως αντιληπτό, ότι σχεδόν στα μισά περιστατικά δεν πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος των βιβλιαρίων ασθενείας (είτε γιατί ο ασθενής δεν επιθυμούσε να το προσκομίσει, είτε γιατί δεν το έφερε μαζί του). Στο Διάγραμμα 4.8, καθώς και στον Πίνακα 4.8 παρουσιάζονται αναλυτικά τα ποσοστά και οι συχνότητες, όσον αφορά τον έλεγχο των βιβλιαρίων.

Διάγραμμα 4.8: Έλεγχος Βιβλιαρίων

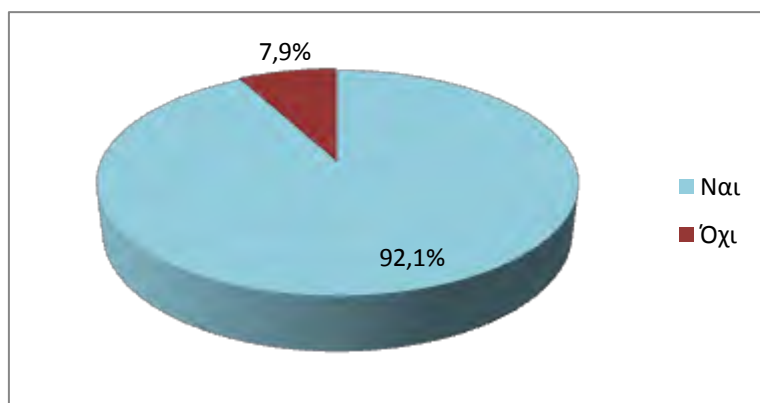


Πίνακας 4.8: Έλεγχος Βιβλιαρίων

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 206 | 55,0 |
| Όχι | 175 | 45,0 |
| Σύνολο | 381 | 100,0 |

Σε ότι αφορά την διαδικασία του προνοσηλευτικού ελέγχου, στα 351 τυχαία περιστατικά από τα 381, που εισήχθησαν για νοσηλεία εντός της νοσοκομειακής μονάδας, διενεργήθηκε ο συγκεκριμένος έλεγχος. Αξιοποιώντας τα όσα αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφική επισκόπηση, ο προνοσηλευτικός έλεγχος, καθώς και ο ενδονοσηλευτικός από κοινού με τον μετανοσηλευτικό, αποτελούν τα σημαντικότερα εργαλεία για τη βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας, αλλά και την μεγιστοποίηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας. Επίσης, όπως αναδεικνύεται από την επεξεργασία των δεδομένων, μόνο το 7,9% των νοσηλειών δεν ελέγχθησαν σε προνοσηλευτικό επίπεδο, είτε γιατί προσήλθαν σε ώρες μη λειτουργίας του ελεγκτικού ιατρείου, είτε γιατί λανθασμένα, δεν παραπέμφθηκαν από το αρμόδιο τμήμα της νοσοκομειακής μονάδας στο ελεγκτικό ιατρείο, κατά την διαδικασία της εισαγωγής. Παρακάτω, απεικονίζονται το Διάγραμμα 4.9 και ο ομώνυμος Πίνακας, με τις σχετικές πληροφορίες.

Διάγραμμα 4.9: Διαδικασία Προνοσηλευτικού Ελέγχου



Πίνακας 4.9: Διαδικασία Προνοσηλευτικού Ελέγχου

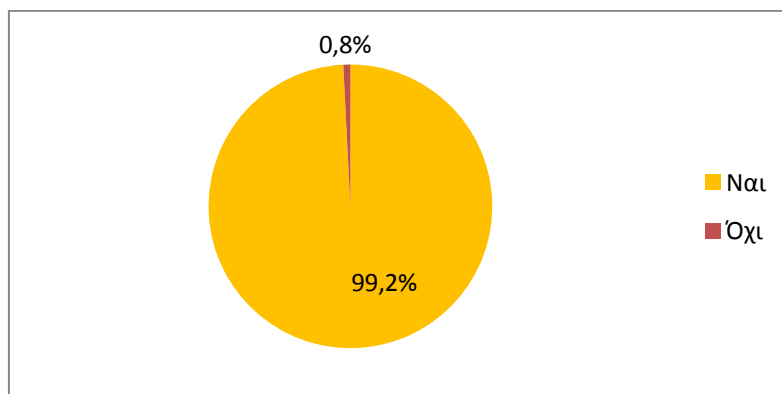
| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------------|--------------------|
| Ναι | 351 | 92,1 |
| Όχι | 30 | 7,9 |
| Σύνολο | 381 | 100,0 |

4.3 Περιγραφικά Στοιχεία Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου

Κατά τη διαδικασία του Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου, ο ελεγκτής ιατρός, πέραν της κλινικής επανεξέτασης του ασθενούς, μελετά τον ιατρικό του φάκελο και καταγράφει τα στοιχεία, που θα τον βοηθήσουν να συμπληρώσει το Έντυπο Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου με τη γνωμοδότησή του, για τεκμηριωμένη περικοπή τυχόν εξετάσεων ή πράξεων, καθώς και για παράταση της νοσηλείας ή έξοδο του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό, στον ιατρικό φάκελο, θα πρέπει να ανευρίσκονται συμπληρωμένα από τον θεράποντα ιατρό, το ιστορικό, η παρούσα νόσος καθώς και η πορεία της, οι γνωματεύσεις και τα αποτελέσματα των ιατρικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών εξετάσεων και πράξεων που έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη μέχρι τότε, διάρκεια της νοσηλείας.

Τα στοιχεία που προέκυψαν από την ανάλυση των νοσηλειών, σε σχέση με τον έλεγχο του ιατρικού φακέλου των ασθενών (ενδονοσηλευτικός, μετανοσηλευτικός έλεγχος), αρχικά ανέδειξαν, ότι από τις 400 περιπτώσεις, οι 381 κρίθηκε απαραίτητο να κάνουν εισαγωγή στη νοσοκομειακή μονάδα για νοσηλεία. Από αυτές, σχεδόν όλες πέρασαν από έλεγχο του ιατρικού τους φακέλου, με ποσοστό να αγγίζει το 99,2% και με μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (0,8%), δεν υποβλήθηκε σε έλεγχο. Τέλος, παρατίθενται το Διάγραμμα 4.10 και ο Πίνακας 4.10 με τις σχετικές πληροφορίες.

Διάγραμμα 4.10: Έλεγχος Ιατρικού Φακέλου

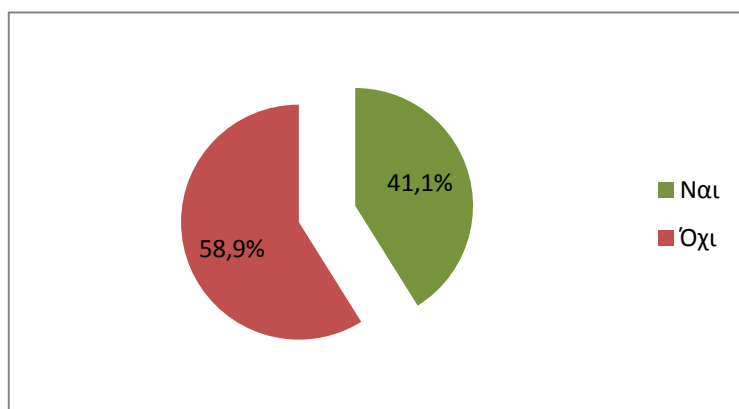


Πίνακας 4.10: Έλεγχος Ιατρικού Φακέλου

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 378 | 99,2 |
| Όχι | 3 | 0,8 |
| Σύνολο | 381 | 100,0 |

Αναφορικά με τον ενδονοσηλευτικό έλεγχο, στο 41,1% των νοσηλειών διενεργήθηκε ενδονοσηλευτικός έλεγχος, σε αντίθεση με το 58,8%, όπου δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος. Ειδικότερα, η πλειοψηφία των 146 περιστατικών δεν υπέστησαν το συγκεκριμένο έλεγχο, διότι αφορούν περιστατικά με ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο (ODC). Στα ODC (ONE DAY CLINIC) περιστατικά δεν εφαρμόζεται ο ενδονοσηλευτικός έλεγχος διότι δεν κρίνεται αναγκαίος τη στιγμή που θα ελεγχθεί το περιστατικό στα πλαίσια του προνοσηλευτικού ελέγχου. Η σπουδαιότητα του ενδονοσηλευτικού ελέγχου διαφαίνεται σε περιστατικά με διάρκεια νοσηλείας 3 ημερών και άνω. Στο Διάγραμμα 4.11 και τον Πίνακα 4.11 που έπονται, ακολουθούν οι συχνότητες εμφάνισης ελέγχου (ΝΑΙ/ΟΧΙ).

Διάγραμμα 4.11: Διαδικασία Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου



Πίνακας 4.11: Διαδικασία Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------------|--------------------|
| Ναι | 102 | 41,1 |
| Όχι | 146 | 58,9 |
| Σύνολο | 248 | 100,0 |

4.4 Περιγραφικά Στοιχεία Μετανοσηλευτικού Ελέγχου

Κατά τη διαδικασία του Μετανοσηλευτικού Ελέγχου (κατά το εξιτήριο), το νοσοκομείο αποστέλλει στο Ελεγκτικό Ιατρείο:

- Τελικό Ιατρικό Φάκελο (σε έντυπη ή σε ηλεκτρονική μορφή)
- Εξιτήριο
- Προτιμολόγιο

Ο Ελεγκτής Ιατρός, κατά την προετοιμασία της τελικής πραγματογνωμοσύνης, λαμβάνει υπόψη τον τελικό και πλήρως συμπληρωμένο Ιατρικό Φάκελο του ασφαλισμένου, ο οποίος βρίσκεται στο Ελεγκτικό Ιατρείο για τον έλεγχο του τελικού κόστους της νοσηλείας (που συνάγεται από το προτιμολόγιο και τις τυχόν ενδεχόμενες γνωματεύσεις). Η εξέταση του φυσικού τελικού Ιατρικού Φακέλου γίνεται πάντοτε στο Ελεγκτικό Ιατρείο, εκτός και αν έχει γίνει εφικτή η σύνδεση του ιατρείου με το ηλεκτρονικό σύστημα του Νοσοκομείου.

Επίσης, ελέγχει το τελικό προτιμολόγιο και τις τυχόν γνωματεύσεις για αμοιβές ιατρών με ΔΠΥ και προχωράει σε περικοπές όπου κρίνει ότι οι χρεώσεις είναι περιττές ή έστω και αδικαιολόγητες. Ο Ελεγκτής Ιατρός κρίνει την αναγκαιότητα και την ποσότητα (και όχι το κόστος ανά μονάδα) των εξής: νοσηλεία γενικά, ημέρες νοσηλείας, ιατρικές πράξεις, διαγνωστικές εξετάσεις, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό και ειδικά υλικά σε χειρουργικά περιστατικά. Το κόστος ανά μονάδα, των στοιχείων που αναγράφονται στο προτιμολόγιο, ελέγχεται από την γραμματεία του Ελεγκτικού Ιατρείου, βάσει των τιμών που εμπεριέχονται στη σύμβαση.

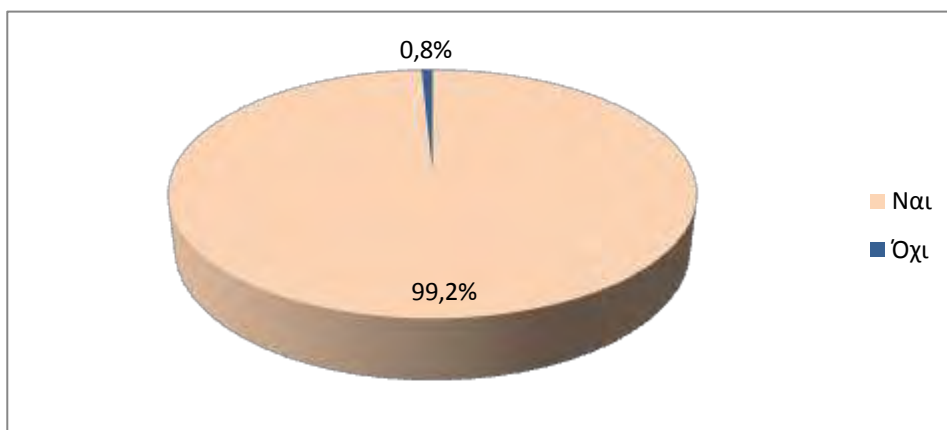
Συνήθως, ο χρόνος παραγωγής της τελικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης είναι η επομένη εργάσιμη ημέρα, από την ημέρα του εξιτηρίου του ασθενούς, και το αργότερο (τεκμηριωμένα) έως 3 εργάσιμες ημέρες από τη λήψη του εξιτηρίου, του προτιμολογίου και του ιατρικού φακέλου.

Επειδή συχνά, η τελική ιατρική πραγματογνωμοσύνη αποτελεί ταυτόχρονα την τελική απόφαση της ασφαλιστικής όσον αφορά το ιατρικό σκέλος των οικονομικών εξόδων που θα καταβάλει (εφόσον υπάρχει αντίστοιχη εξουσιοδότηση από την ασφαλιστική εταιρεία), είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εκδίδεται τεκμηριωμένα και με τρόπο ολοκληρωμένο και όχι αποσπασματικό. Η συγκεκριμένη διαδικασία γίνεται μια και μόνη φορά. Η μοναδική επόμενη διαδικασία που προβλέπεται μετά από την Τελική Ιατρική Πραγματογνωμοσύνη είναι μόνο η Επιτροπή Διαιτησίας.

Επομένως, στην περίπτωση όπου η Ασφαλιστική Εταιρεία έχει εξουσιοδοτήσει τη Διαχειρίστρια Εταιρεία για το τελικό κλείσιμο του περιστατικού, η διαδικασία ολοκληρώνεται με την έκδοση της τελικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης από τον Ελεγκτή Ιατρό και στη συνέχεια το Νοσοκομείο τιμολογεί ή παραπέμπει μέρος ή όλο το κόστος του περιστατικού στην Επιτροπή Διαιτησίας, ενώ αντίστοιχα την περίπτωση που δεν υπάρχει τέτοια εξουσιοδότηση, η Ασφαλιστική Εταιρεία, με τη λήψη του Προτιμολογίου και της Τελικής Ιατρικής Πραγματογνωμοσύνης, εντός χρονικού διαστήματος λίγων ημερών, ενημερώνει τη Διαχειρίστρια Εταιρεία μέσω του Online συστήματος για τις τελικές της αποφάσεις σε σχέση με την κάλυψη του περιστατικού. Τότε, το Ελεγκτικό Ιατρείο ενημερώνει άμεσα το Θεραπευτήριο προκειμένου αυτό να εκδώσει το οριστικό Τιμολόγιο ή/και να παραπέμψει μέρος ή όλο το κόστος του περιστατικού στην Επιτροπή Διαιτησίας.

Συγκεκριμένα, αξίζει να αναφερθεί ότι στη διαδικασία μετανοσηλευτικού ή τελικού ελέγχου υποβλήθηκε το 99,2% των περιστατικών, δηλαδή σχεδόν όλα (N= 378 περιστατικά από το σύνολο των 381 που εισήχθησαν). Μόλις το 0,8% δεν ελέγχθηκε σε επίπεδο μετανοσηλευτικού ελέγχου, προκαλώντας ενδεχομένως αύξηση στα νοσήλια (περισσότερα στην επαγωγική ανάλυση). Το Διάγραμμα 4.12 και ο Πίνακας 4.12 παρουσιάζουν λεπτομερώς τα προαναφερόμενα.

Διάγραμμα 4.12: Διαδικασία Μετανοσηλευτικού Ελέγχου



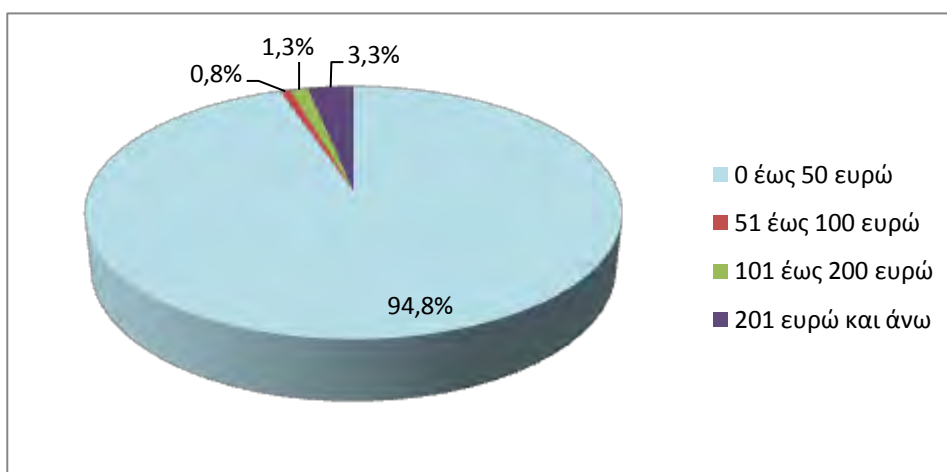
Πίνακας 4.12: Διαδικασία Μετανοσηλευτικού Ελέγχου

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 378 | 99,2 |
| Όχι | 3 | 0,8 |
| Σύνολο | 381 | 100,0 |

4.5 Περιγραφικά Περικοπών ελεγκτικού ιατρείου

Αναφορικά με τις περικοπές κατά τον προνοσηλευτικό έλεγχο, όπως προαναφέρθηκε, το Ελεγκτικό Ιατρείο αναλαμβάνει τον συγκεκριμένο έλεγχο και ο Ελεγκτής Ιατρός γνωμοδοτεί εάν έγκειται αναγκαιότητα εισαγωγής των ασφαλισμένων που πρότειναν οι Θεράποντες Ιατροί ή εάν θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί το περιστατικό σε εξωνοσοκομειακή βάση. Στη διάρκεια του εν λόγω ελέγχου, έκριναν σημαντικό να γίνουν περικοπές σε 379 περιστατικά, οι οποίες ανέρχονταν σε ποσά μέχρι 50 ευρώ (Ποσοστιαία Συχνότητα εμφάνισης = 94,8%). Επιπλέον, το 0,8% των νοσηλίων υποβλήθηκε σε περικοπές μεταξύ 50 και 100 ευρώ, ενώ στο 1,3% των περιπτώσεων οι περικοπές ήταν μεταξύ 100 και 200 ευρώ. Τέλος, στο 3,3% των τυχαίων παρατηρήσεων σημειώθηκε περιορισμός νοσηλίων αξίας άνω των 200 ευρώ κατά τη διάρκεια του προνοσηλευτικού ελέγχου (Βλέπε Διάγραμμα 4.13 και Πίνακα 4.13).

Διάγραμμα 4.13: Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου

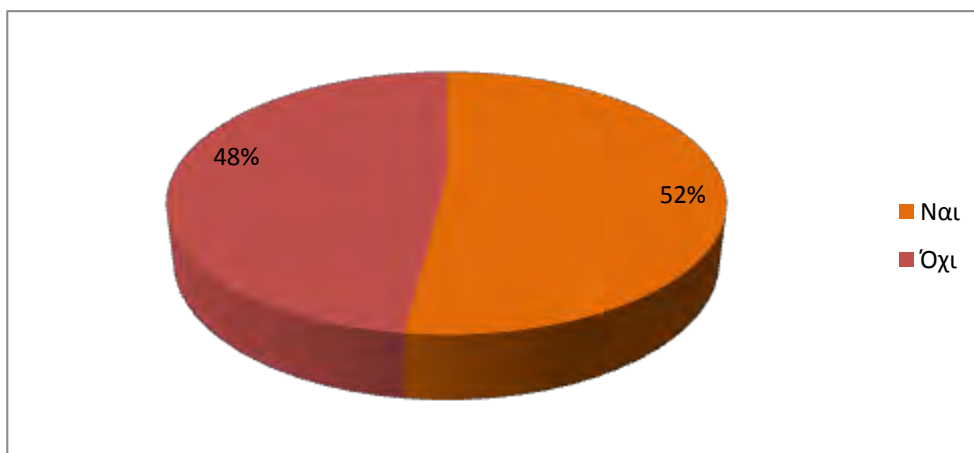


Πίνακας 4.13: Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|------------------|------------|--------------|
| 0 έως 50 ευρώ | 379 | 94,8 |
| 51 έως 100 ευρώ | 3 | 0,8 |
| 101 έως 200 ευρώ | 5 | 1,3 |
| 201 ευρώ και άνω | 13 | 3,3 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Όπως αποδεικνύεται από τη μελέτη των 400 περιστατικών που απευθύνθηκαν στα Ελεγκτικά Ιατρεία των συγκεκριμένων νοσοκομείων, έγινε περικοπή εξόδων στα 208 περιστατικά πρό της έκδοσης του τιμολογίου, κατέχοντας ποσοστό ίσο με 52%. Το υπόλοιπο 48%, ποσοστό παραπλήσιο με το προηγούμενο, δεν εμφάνισε περικοπή εξόδων, με συχνότητα εμφάνισης N= 192 περιστατικά από το προαναφερόμενο σύνολο. Το Διάγραμμα 4.14 και ο Πίνακας 4.14 που παρατίθενται στη συνέχεια, επιβεβαιώνουν και συμπληρώνουν τα όσα αναφέρθηκαν.

Διάγραμμα 4.14: Περικοπή Εξόδων από το Ιατρείο Προ Έκδοσης Τιμολογίου



Πίνακας 4.14: Περικοπή Εξόδων από το Ιατρείο Προ της Έκδοσης της ΑΠΥ

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 208 | 52,0 |
| Όχι | 192 | 48,0 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

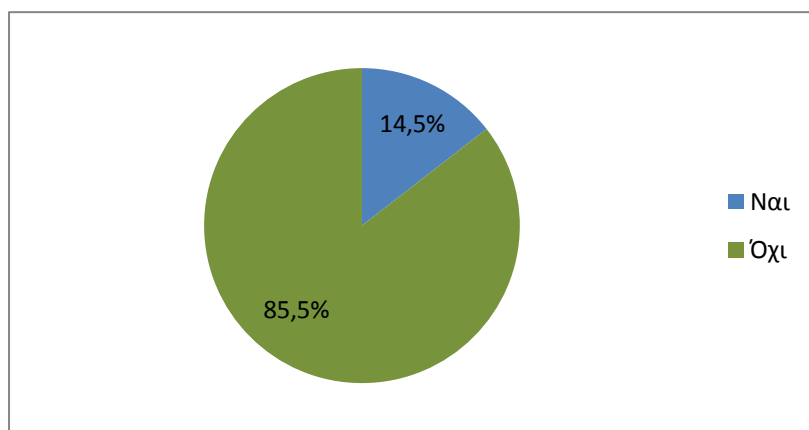
Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι στις παραπάνω περικοπές από το ελεγκτικό ιατρείο (παρατήρηση ΝΑΙ, Συχνότητα Εμφάνισης = 52%), οι περικοπές αυτές αφορούν ύψος περικοπών με μέσο όρο 66,73 ευρώ. Το 90,9% των περιπτώσεων όμως, αφορούν ποσά έως 100 ευρώ, ενώ η μέγιστη περικοπή από το ιατρείο που αφορά το δείγμα έφτασε μέχρι και τα 3.500 ευρώ. Ο Πίνακας 4.15 που ακολουθεί παρουσιάζει τα προαναφερόμενα.

Πίνακας 4.15: Το Περιστατικό Συζητήθηκε στην Επιτροπή Διαιτησίας

| | Περιπτώσεις | Ελάχιστη Τιμή | Μέγιστη Τιμή | Μ.Ο. | Τυπ. Αποκλ. |
|--|-------------|---------------|--------------|--------|-------------|
| Αξία Περικοπής Εξόδων από το Ελεγκτικό Ιατρείο | 208 | 0€ | 3500€ | 66,73€ | 346,94€ |
| Παρατηρήσεις με Περικοπές | 208 | | | | |

Αναφορικά με το πλήθος των περιστατικών, για τα οποία υπήρχε περικοπή, παραπέμφθηκαν ή όχι για συζήτηση στην επιτροπή διαιτησίας μόλις το 14,5%. Αυτές οι περιπτώσεις εμφάνισαν συχνότητα N=58 νοσηλείες, ενώ το επικρατέστερο ποσοστό των 85,5% των τυχαίων περιστατικών φαίνεται πως δεν θεωρήθηκε απαραίτητη η συζήτησή τους σε αυτή (N= 342 νοσηλείες από το σύνολο των 400 παρατηρήσεων). Από το τελευταίο, εξάγεται το συμπέρασμα ότι το νοσοκομείο ακολούθησε πιστά την τελική ιατρική πραγματογνωμοσύνη του ελεγκτή ιατρού, στην πλειοψηφία των νοσηλείων προς παραπομπή, διότι από τα στοιχεία που προσκόμισαν οι θεράποντες ιατροί δεν προέκυψε η αναγκαιότητά τους ή θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σε εξωνοσοκομειακή βάση. Παρακάτω, δίνονται το Διάγραμμα 4.16 και ο ομώνυμος Πίνακας για επιβεβαίωση των ήδη αναφερθέντων.

Διάγραμμα 4.16: Το Περιστατικό Συζητήθηκε στην Επιτροπή Διαιτησίας

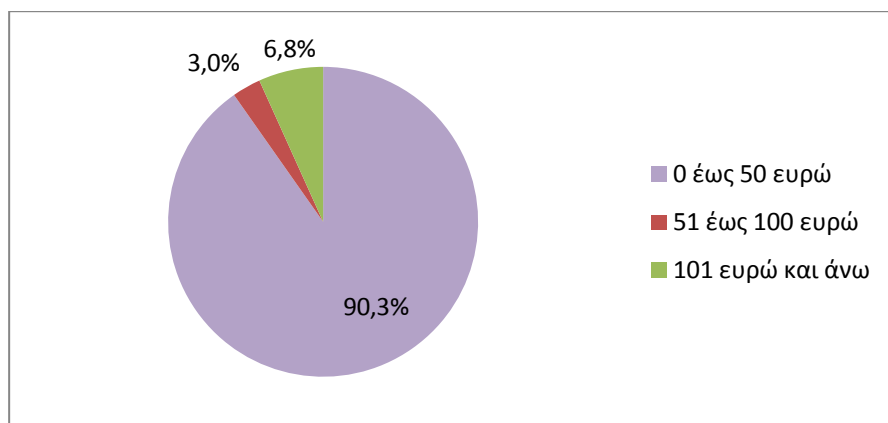


Πίνακας 4.16: Το Περιστατικό Συζητήθηκε στην Επιτροπή Διαιτησίας

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------|------------|--------------|
| Ναι | 58 | 14,5 |
| Όχι | 342 | 85,5 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Επιπλέον, αξιοσημείωτη είναι και η περιγραφική ανάλυση των περικοπών που σημειώθηκαν στις νοσηλείες κατόπιν συζήτησεως στην επιτροπή διαιτησίας. Σε σχέση με αυτές τις περιπτώσεις, 361 περιστατικά εμφάνισαν περικοπές έως 50 ευρώ (συχνότητα εμφάνισης περικοπής = 90,3%). Παράλληλα, το 3% των περιπτώσεων συζήτησης με την επιτροπή διαιτησίας, παρουσίασε περικοπές νοσηλίων μεταξύ 50 και 100 ευρώ. Τέλος, 27 νοσηλείες κρίθηκαν κατάλληλες για περικοπή ποσών άνω των 100 ευρώ από την Επιτροπή Διαιτησίας (ποσοστιαία συχνότητα εμφάνισης 6,8%). Για περισσότερες πληροφορίες παρατίθενται παρακάτω σχετικό Διάγραμμα 4.17 και Πίνακας 4.17.

Διάγραμμα 4.17: Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας

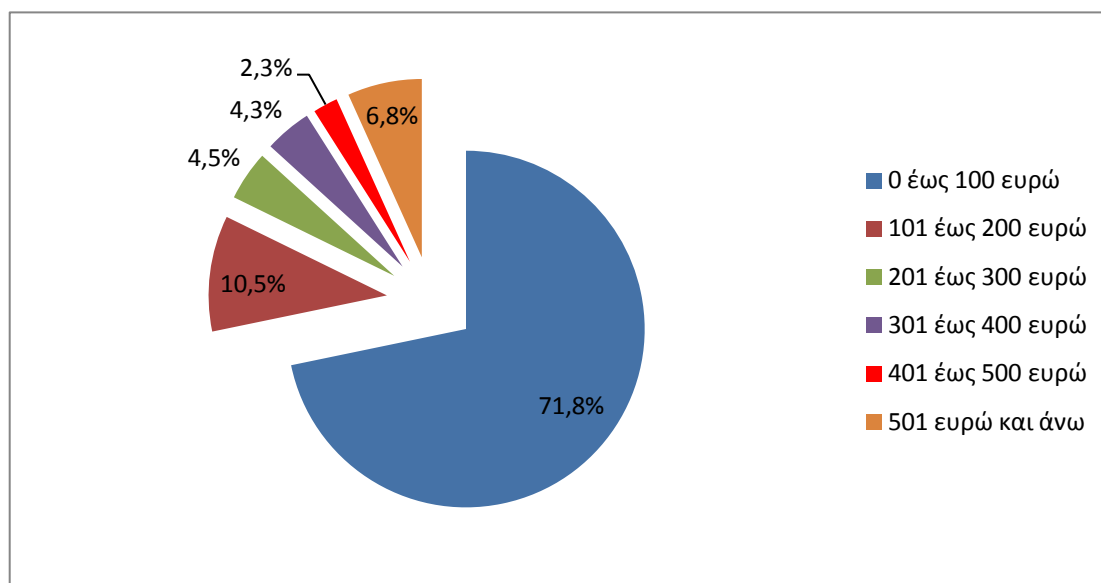


Πίνακας 4.17: Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|------------------|------------|--------------|
| 0 έως 50 ευρώ | 361 | 90,3 |
| 51 έως 100 ευρώ | 12 | 3,0 |
| 101 ευρώ και άνω | 27 | 6,8 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

Σχετικά με τις συνολικές περικοπές εξόδων στα νοσήλια που παρουσιάστηκαν, το 71,8% των περιστατικών υποβλήθηκε σε τέτοιου είδους περιορισμό, ύψους 0 – 100 ευρώ. Παράλληλα, εξοικονομήθηκαν νοσήλια που ξεκινούν από τα 101 και ανέρχονται στα 200 ευρώ για το 10,5% των περιστατικών, καθώς και από 201 μέχρι 300 ευρώ για το 4,5% των 400 νοσηλίων. Επιπροσθέτως, σε 17 νοσηλείες έγινε συνολική περικοπή που αρχίζει από τα 301 ευρώ και αγγίζει τα 400. Το μικρότερο ποσοστό (2,3%) βέβαια φαίνεται να βρίσκεται στη τέταρτη κατηγορία περιορισμού των εξόδων που κυμαίνεται από 401 μέχρι 500 ευρώ. Τέλος, το 6,8% των περιστατικών κρίθηκε κατάλληλο για περικοπές άνω των 501 ευρώ. Παρακάτω δίνονται το Διάγραμμα 4.18 και ο ομώνυμος Πίνακας για περαιτέρω πληροφορίες.

Διάγραμμα 4.18: Συνολικές Περικοπές Εξόδων



Πίνακας 4.18: Συνολικές Περικοπές Εξόδων

| | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|------------------|------------|--------------|
| 0 έως 100 ευρώ | 287 | 71,8 |
| 101 έως 200 ευρώ | 42 | 10,5 |
| 201 έως 300 ευρώ | 18 | 4,5 |
| 301 έως 400 ευρώ | 17 | 4,3 |
| 401 έως 500 ευρώ | 9 | 2,3 |
| 501 ευρώ και άνω | 27 | 6,8 |
| Σύνολο | 400 | 100,0 |

4.6 Επαγωγική Ανάλυση

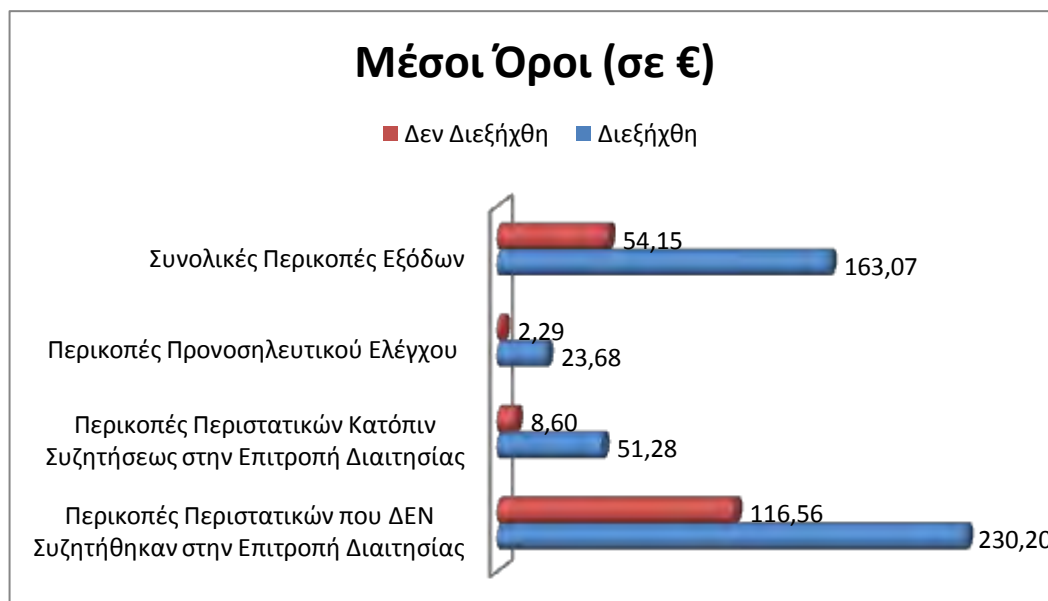
4.6.1 Διαδικασίες προνοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Αναφορικά με την επαγωγική ανάλυση, πραγματοποιήθηκε ανάλυση T-Test ανάμεσα στον Προνοσηλευτικό Έλεγχο (ΝΑΙ/ΟΧΙ) και στις Περικοπές Περιστατικών που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια αυτού. Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης ήταν να τεκμηριωθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των περικοπών που να οφείλονται στον προνοσηλευτικό έλεγχο (ή να επηρεάζονται από αυτόν). Σύμφωνα με την πρώτη ανάλυση βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των περικοπών, οι οποίες οφείλονταν σε καταγεγραμμένες διαδικασίες προνοσηλευτικού ελέγχου. Ειδικότερα, οι προαναφερόμενες περικοπές (είτε συζητήθηκαν είτε όχι στην Επιτροπή Διαιτησίας) ήταν περισσότερες κατά την εφαρμογή του προαναφερόμενου ελέγχου σε σχέση με την μη εφαρμογή του. Το τελευταίο αποδεικνύεται στατιστικά από το γεγονός ότι στις περιπτώσεις που συζητήθηκαν στην επιτροπή διαιτησίας, εξοικονομήθηκαν κατά μέσον όρο 51 ευρώ, λόγω του προνοσηλευτικού ελέγχου, έναντι περίπου 9 ευρώ στις περιπτώσεις που δεν υπήρξε έλεγχος ($Sig = 0,02 < 0,05$). Εναλλακτικά, ο μέσος όρος των περικοπών που δεν συζητήθηκαν στην παραπάνω επιτροπή, διαφέρει όταν υπάρχει προνοσηλευτικός έλεγχος και πιο συγκεκριμένα είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τις περιπτώσεις απουσίας αυτού. Αντίστοιχα, μεγαλύτερα ήταν τα οφέλη στις περιπτώσεις που δεν συζητήθηκαν στην επιτροπή διαιτησίας. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των περικοπών ανήλθε στα 230 ευρώ στις περιπτώσεις που συνδέονταν με προνοσηλευτικό έλεγχο, έναντι του μέσου όρου περικοπών των 116 ευρώ που δεν υπήρχε αντίστοιχη διαδικασία ελέγχου ($Sig = 0,02 < 0,05$). Με άλλα λόγια, ο μέσος όρος των περικοπών που δεν συζητήθηκαν από την επιτροπή διαιτησίας διαφέρει όταν υπάρχει έλεγχος και πιο συγκεκριμένα είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τις περιπτώσεις που δεν υπήρξε προνοσηλευτικός έλεγχος. Το παραπάνω είναι λογικό, αν αναλογιστεί κανείς ότι αφορά πασιφανείς περιπτώσεις περικοπών, για τις οποίες δεν υπήρξε ένσταση.

Επίσης, οι περικοπές κατά τη φάση του προνοσηλευτικού ελέγχου αγγίζουν κατά μέσον όρο τα 24 ευρώ σε σχέση με τα 2,29 ευρώ άνευ ελέγχου και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($Sig = 0,02 < 0,05$). Δηλαδή, ο μέσος όρος των περικοπών που γίνονται κατά τη φάση του προνοσηλευτικού ελέγχου διαφέρει όταν υπάρχει έλεγχος και πιο συγκεκριμένα είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τις περιπτώσεις που δεν υπήρξε προνοσηλευτικός έλεγχος. Επιπρόσθετα, οι συνολικές περικοπές εξόδων που συνδέονται με την εφαρμογή προνοσηλευτικού ελέγχου φτάνουν κατά μέσο όρο τα 163 ευρώ περίπου, ποσό το οποίο είναι στατιστικά μεγαλύτερο από τον μέσο όρο περικοπών ύψους 54 ευρώ, για τις οποίες δεν υφίσταται προνοσηλευτικός έλεγχος ($Sig = 0,00 < 0,05$). Συνεπώς, ο μέσος όρος των συνολικών περικοπών διαφέρει όταν υπάρχει προνοσηλευτικός έλεγχος και πιο συγκεκριμένα είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τις περιπτώσεις απουσίας του εν λόγω

ελέγχου. Ακόμα αξίζει να σημειωθεί ότι ο προνοσηλευτικός έλεγχος επηρεάζει σε θετικό και μεγάλο βαθμό τις περικοπές ($\text{sig} < 0,05$), αφού με την εφαρμογή του εξοικονομούνται περισσότερα χρήματα από το σύστημα υγείας. Στη συνέχεια παρατίθενται στο Διάγραμμα 4.19 και στον Πίνακα 4.19, οι μέσοι όροι των ομάδων, ενώ στον Πίνακα 4.20 παρουσιάζονται οι επαγωγικοί έλεγχοι με τη μέθοδο του T-Test.

Διάγραμμα 4.19: Ο Προνοσηλευτικός Έλεγχος και Περικοπές



Πίνακας 4.19: Στατιστικά Ομάδων για τον Προνοσηλευτικό Έλεγχο

| Διαδικασία Προνοσηλευτικού Ελέγχου | | N | Μ.Ο Περικοπών | Τυπική Αποκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|---|--------------|-----|---------------|---------------|--------------------|
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΝ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας | Διεξήχθη | 123 | 230,20 | 438,51 | 39,54 |
| | Δεν Διεξήχθη | 9 | 116,56 | 72,13 | 24,04 |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Διεξήχθη | 351 | 51,28 | 310,26 | 16,56 |
| | Δεν Διεξήχθη | 30 | 8,60 | 32,75 | 5,98 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού | Διεξήχθη | 351 | 23,68 | 163,80 | 8,74 |
| | Δεν | 30 | 2,29 | 12,56 | 2,29 |

| | | | | | |
|----------------------------|--------------|-----|--------|--------|-------|
| Ελέγχου | Διεξήχθη | | | | |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Διεξήχθη | 351 | 163,07 | 487,37 | 26,01 |
| | Δεν Διεξήχθη | 30 | 54,15 | 90,65 | 16,55 |

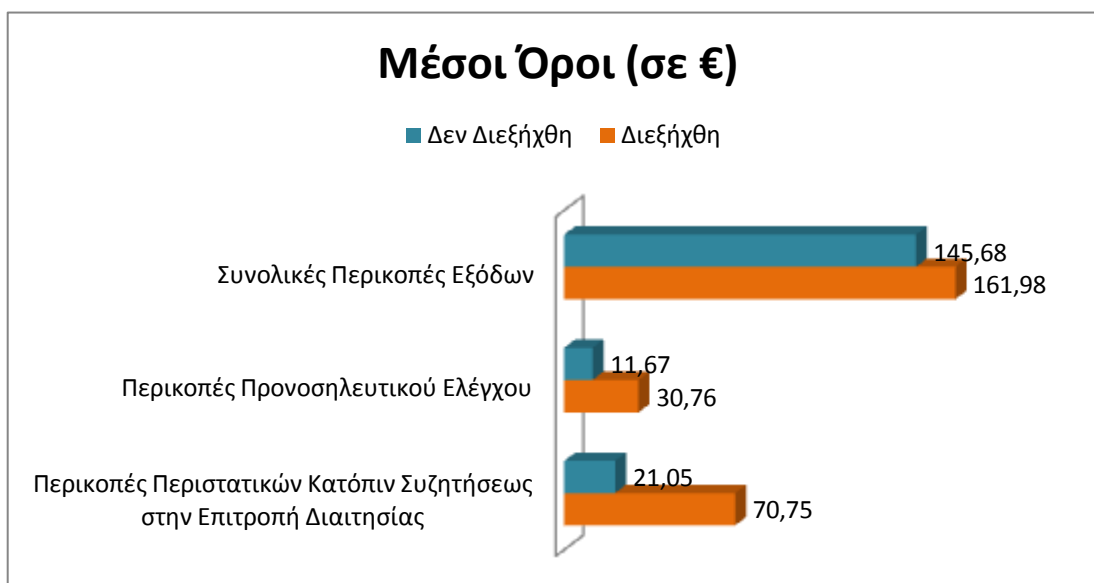
Πίνακας 4.20: Σχεδιάγραμμα T-Test - Ο Προνοσηλευτικός Έλεγχος ως προς τις Περικοπές

| | | Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΝ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 1,83 | 0,18 | 0,77 | 130,00 | 0,44 | 113,65 | 146,82 | -176,82 | 404,12 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,46 | 74,20 | 0,02 | 113,65 | 46,28 | 21,45 | 205,85 |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 1,90 | 0,17 | 0,75 | 379,00 | 0,45 | 42,68 | 56,74 | -58,89 | 154,24 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,42 | 371,10 | 0,02 | 42,68 | 17,61 | 8,06 | 77,30 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Equal variances assumed | 1,96 | 0,16 | 0,71 | 379,00 | 0,48 | 21,38 | 29,95 | -37,50 | 80,27 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,37 | 378,22 | 0,02 | 21,38 | 9,04 | 3,81 | 38,16 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Equal variances assumed | 3,51 | 0,06 | 1,22 | 379,00 | 0,22 | 108,92 | 89,22 | -56,50 | 284,35 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,53 | 231,98 | 0,00 | 108,92 | 30,83 | 48,18 | 169,67 |

Αναφορικά με την επίδραση του Ελέγχου των Βιβλιαρίων στις Περικοπές των εξόδων νοσηλείας παρουσιάστηκε εξίσου διαφορά στα ποσά που εξοικονομήθηκαν με την εφαρμογή ή μη αυτού του ελέγχου. Ειδικότερα, κατά μέσον όρο περικόπηκαν 71 ευρώ στα περιστατικά που συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας και για τα οποία υπήρχε καταγεγραμμένος έλεγχος βιβλιαρίου ασθενείας. Στον αντίποδα βρίσκεται το ποσό των 21 ευρώ περίπου που φαίνεται να περικόπηκε χωρίς τον αναλυόμενο έλεγχο. Η διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ποσών αγγίζει σχεδόν τα 50 ευρώ, η οποία με βάση το T-test κρίνεται στατιστικά σημαντική (Sig = 0,03<0,05- βλέπε Πίνακα 4.22). Επίσης, με τον έλεγχο βιβλιαρίου εξοικονομούνται έξοδα και στον προνοσηλευτικό έλεγχο που αγγίζουν κατά μέσον όρο τα 31 ευρώ, έναντι των 12 στην αντίθετη περίπτωση. Αυτές οι διαφορές τεκμηριώνονται και στατιστικά από το T-test (Sig = 0,03<0,05 - βλέπε Πίνακα 4.22). Παρόλα αυτά.

Ο έλεγχος βιβλιαρίου ως διαδικασία κλινικού ελέγχου, δεν ασκεί επίδραση επάνω στις συνολικές περικοπές εξόδων ($Sig = 0,74 > 0,05$ - βλέπε Πίνακα 4.22). Το Διάγραμμα 4.20 και ο Πίνακας 4.21 που ακολουθούν παρουσιάζουν τους μέσους όρους των περικοπών ανά κατάσταση ελέγχου (Διεξήχθη, Δεν Διεξήχθη), ενώ ο Πίνακας 4.22 εμπεριέχει τα προαναφερόμενα επαγωγικά τεστ.

Διάγραμμα 4.20: Ο Έλεγχος Βιβλιαρίου και Περικοπές



Πίνακας 4.21: Στατιστικά Ομάδων για τον Έλεγχο Βιβλιαρίου

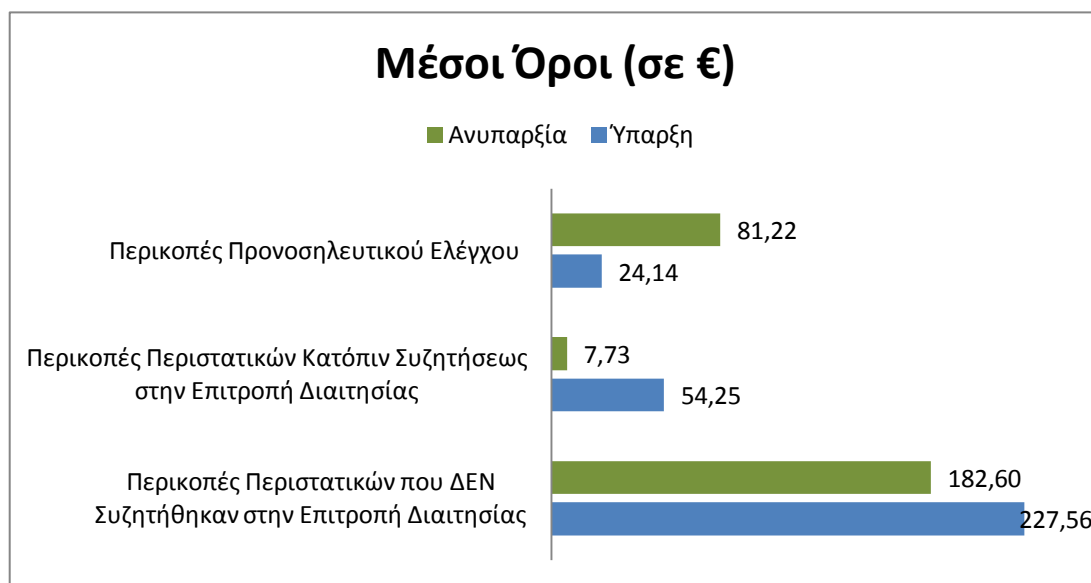
| Έλεγχος Βιβλιαρίου | | N | Μ.Ο. Περικοπών | Τυπ. Απόκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|--|--------------|-----|-------------------|----------------|-----------------------|
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Διεξήχθη | 206 | 70,75 | 396,80 | 27,65 |
| | Δεν Διεξήχθη | 175 | 21,05 | 85,15 | 6,44 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Διεξήχθη | 206 | 30,76 | 186,85 | 13,02 |
| | Δεν Διεξήχθη | 175 | 11,67 | 112,87 | 8,53 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Διεξήχθη | 206 | 161,98 | 461,07 | 32,12 |
| | Δεν Διεξήχθη | 175 | 145,68 | 480,05 | 36,29 |

Πίνακας 4.22: Σχεδιάγραμμα T-Test - Ο Έλεγχος Βιβλιαρίου ως προς τις Περικοπές

| | | Equality of Variances | | Test for Equality of Means | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|------|----------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 9,03 | 0,03 | 1,63 | 379,00 | 0,10 | 49,70 | 30,58 | -10,43 | 109,83 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,75 | 227,04 | 0,08 | 49,70 | 28,39 | -6,23 | 105,63 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Equal variances assumed | 4,92 | 0,03 | 1,18 | 379,00 | 0,24 | 19,09 | 16,17 | -12,70 | 50,88 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,23 | 344,13 | 0,22 | 19,09 | 15,57 | -11,53 | 49,70 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Equal variances assumed | 1,08 | 0,30 | 0,34 | 379,00 | 0,74 | 16,30 | 48,31 | -78,68 | 111,28 |
| | Equal variances not assumed | | | 0,34 | 363,89 | 0,74 | 16,30 | 48,46 | -79,01 | 111,61 |

Σε σχέση με την ύπαρξη του Εντύπου Θεράποντος και των εξεταζόμενων περικοπών, βρέθηκε ότι όταν υπάρχει έντυπο θεράποντος ιατρού η αξία απόρριψης εξόδων από την Επιτροπή Διαιτησίας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την περίπτωση απουσίας του. Επίσης, κάτι που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι όταν δεν είναι συμπληρωμένο το προαναφερόμενο έντυπο η αξία περικοπής εξόδων από το αρμόδιο όργανο ελέγχου κατά τον προνοσηλευτικό έλεγχο είναι μικρότερη σε σχέση με την παρουσία του. Όσον αφορά την επιρροή της ύπαρξης του εντύπου θεράποντος στις περικοπές κατόπιν συζήτησης στην αρμόδια επιτροπή και προνοσηλευτικού ελέγχου βρέθηκε να είναι σημαντική ($\text{sig} < 0,05$). Από την άλλη μεριά, η ύπαρξη του αποδείχθηκε ότι δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις περικοπές που δεν συζητήθηκαν στην επιτροπή διαιτησίας, καθώς εμφάνισε sig μεγαλύτερο από 0,05 (Ανατρέξατε Διάγραμμα 4.21, Πίνακα 4.23 και 4.24).

Διάγραμμα 4.21: Η Ύπαρξη Εντύπου Θεράποντος ως προς τις Περικοπές



Πίνακας 4.23: Στατιστικά Ομάδων για την Ύπαρξη Εντύπου Θεράποντος

| Έντυπο Θεράποντος Ιατρού | | N | Μ.Ο. Περικοπών | Τυπ. Απόκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|---|-----------|-----|----------------|-------------|--------------------|
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΝ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας | Ύπαρξη | 117 | 227,56 | 444,66 | 41,11 |
| | Ανυπαρξία | 15 | 182,60 | 215,07 | 55,53 |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Ύπαρξη | 326 | 54,25 | 321,48 | 17,80 |
| | Ανυπαρξία | 74 | 7,73 | 36,29 | 4,22 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Ύπαρξη | 326 | 24,14 | 168,27 | 9,32 |
| | Ανυπαρξία | 74 | 81,22 | 467,60 | 54,36 |

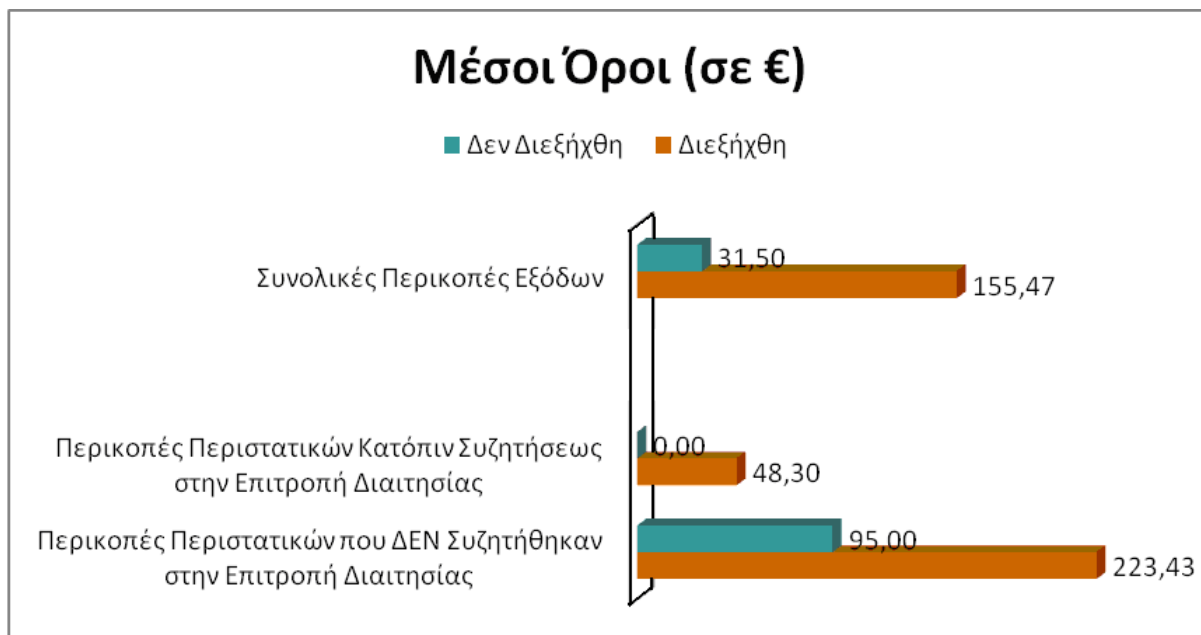
Πίνακας 4.24: Σχεδιάγραμμα T-Test – Η Ύπαρξη Εντύπου Θεράποντος ως προς τις Περικοπές

| | | Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΝ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 0,70 | 0,40 | 0,38 | 130,00 | 0,70 | 44,96 | 116,81 | -186,13 | 276,06 |
| | Equal variances not assumed | | | 0,65 | 32,38 | 0,52 | 44,96 | 69,09 | -95,71 | 185,63 |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 5,29 | 0,02 | 1,24 | 398,00 | 0,22 | 46,52 | 37,46 | -27,12 | 120,17 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,54 | 357,50 | 0,01 | 46,52 | 18,30 | 10,54 | 82,51 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Equal variances assumed | 12,41 | 0,00 | -1,76 | 398,00 | 0,08 | -57,08 | 32,38 | -120,74 | 6,57 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,04 | 77,34 | 0,30 | -57,08 | 55,15 | -166,90 | 52,73 |

4.6.2 Διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Αναφορικά με τον Έλεγχο του Ιατρικού Φακέλου των ασθενών, ο οποίος εντάσσεται στη διαδικασία ενδονοσηλευτικού ελέγχου, παρατηρήθηκε ότι με την διεξαγωγή του υπήρξε μείωση του κόστους νοσηλείας. Η τελευταία παρατήρηση σημειώθηκε στις περικοπές περιστατικών που συζητήθηκαν από την επιτροπή διαιτησίας. Με άλλα λόγια, εξοικονομήθηκαν κατά μέσον όρο 48 ευρώ περίπου, γεγονός που δείχνει ότι ο ενδονοσηλευτικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός ως προς την βελτίωση της οικονομικής αποτελεσματικότητας των Νοσοκομειακών Μονάδων (Sig = 0,02<0,05- βλέπε Πίνακα 4.26). Παράλληλα, η αξία περικοπής συνολικών εξόδων είναι μεγαλύτερη όταν υφίσταται ενδονοσοκομειακός έλεγχος (Sig = 0,03<0,05- βλέπε Πίνακα 4.26). Συμπερασματικά, η ύπαρξη διαδικασιών ενδονοσηλευτικού ελέγχου οδηγεί στατιστικά σε υψηλότερες περικοπές δαπανών για τη μονάδα.

Διάγραμμα 4.22: Έλεγχος Ιατρικού Φακέλου και Περικοπές



Πίνακας 4.25: Στατιστικά Ομάδων για τον Έλεγχο Ιατρικού Φακέλου

| Έλεγχος Ιατρικού Φακέλου | | N | Μ.Ο. Περικοπών | Τυπ. Απόκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|---|--------------|-----|----------------|-------------|--------------------|
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΝ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας | Διεξήχθη | 131 | 223,43 | 426,01 | 37,22 |
| | Δεν Διεξήχθη | 1 | 95,00 | | |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Διεξήχθη | 378 | 48,30 | 299,27 | 15,39 |
| | Δεν Διεξήχθη | 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Διεξήχθη | 378 | 155,47 | 471,05 | 24,23 |
| | Δεν Διεξήχθη | 3 | 31,50 | 54,56 | 31,50 |

Πίνακας 4.26: Σχεδιάγραμμα T-Test – Ο Έλεγχος Ιατρικού Φακέλου ως προς τις Περικοπές

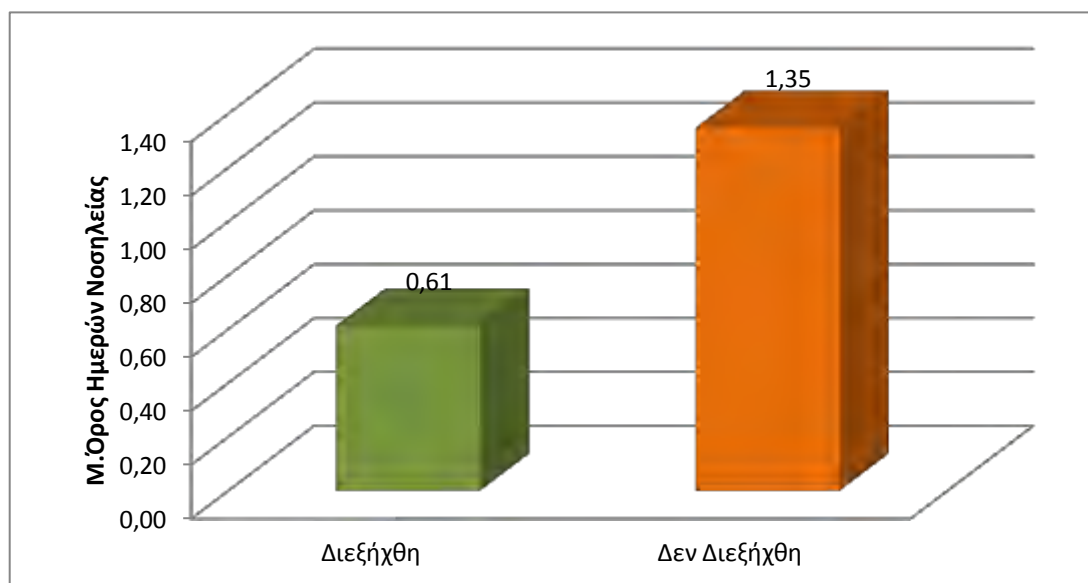
| | | Equality of Variances | | t-Test for Equality of Means | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Περικοπές Περιστατικών που ΔΕΗ Συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διατήσεως | Equal variances assumed | | | 0,30 | 130,00 | 0,76 | 128,43 | 427,64 | -717,60 | 974,46 |
| | Equal variances not assumed | | | | | | 128,43 | | | |
| Περικοπές Περιστατικών Καθότιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διατήσεως | Equal variances assumed | 0,27 | 0,61 | 0,28 | 379,00 | 0,78 | -48,30 | 173,01 | -291,88 | 388,48 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,14 | 377,00 | 0,02 | -48,30 | 15,30 | 18,03 | 78,57 |
| Ευνοϊκές Περικοπές Εξόδων | Equal variances assumed | 0,46 | 0,50 | 0,48 | 379,00 | 0,65 | 123,97 | 272,32 | -411,49 | 659,43 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,12 | 5,06 | 0,03 | 123,97 | 39,74 | 22,16 | 225,78 |

4.6.3 Διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου και βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Παρομοίως, ανάλυση T-Test διενεργήθηκε μεταξύ του Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου και της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ), προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου οδηγούν σε βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας. Για την τελευταία, κρίσιμος δείκτης επιτυχίας αποτελεί η προαναφερόμενη ΜΔΝ. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.6 παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις ημέρες νοσηλείας από 0 έως και 3 ημέρες (συνολικό ποσοστό εμφάνισης 85%). Συνεπώς, επιλέχθηκαν οι ανωτέρω περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, με την διεξαγωγή του ενδονοσοκομειακού ελέγχου αποδεικνύεται ότι οι ημέρες νοσηλείας κατά μέσον όρο περιορίζονται κατά 0,75 μέρες.

Στην αντίθετη περίπτωση που δεν εφαρμόστηκε ο εν λόγω έλεγχος οι μέρες νοσηλείας ξεπερνούσαν τη μία μέρα (περίπου 1,35 ημέρα). Άρα η επιρροή του ενδονοσοκομειακού ελέγχου φαίνεται πως είναι σημαντική στον περιορισμό των ημερών νοσηλείας εντός του νοσοκομείου (Sig = 0,00<0,05- βλέπε Πίνακα 4.28). Συνεπώς, η ΜΔΝ είναι σημαντικά μικρότερη όταν θεσπίζονται διαδικασίες ενδονοσηλευτικού ελέγχου, οδηγώντας την Νοσοκομειακή Μονάδα σε μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας. Αμέσως μετά παρατίθενται σχετικό Διάγραμμα (4.23) και Πίνακες (4.27 και 4.28) που επιβεβαιώνουν και συμπληρώνουν τα ήδη αναφερθέντα.

Διάγραμμα 4.23: Ο Ενδονοσοκομειακός Έλεγχος ως προς τις Ημέρες Νοσηλείας



Πίνακας 4.27: Στατιστικά Ομάδων για τον Ενδονοσηλευτικό Έλεγχο

| Διαδικασία Ενδονοσηλευτικού Ελέγχου | | N | Μ.Ο. Περικοπών | Τυπ. Απόκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|---|-----------------|-----|-------------------|----------------|-----------------------|
| Ημέρες Νοσηλείας | Διεξήχθη | 207 | 0,61 | 1,01 | 0,07 |
| | Δεν Διεξήχθη | 132 | 1,35 | 0,73 | 0,06 |

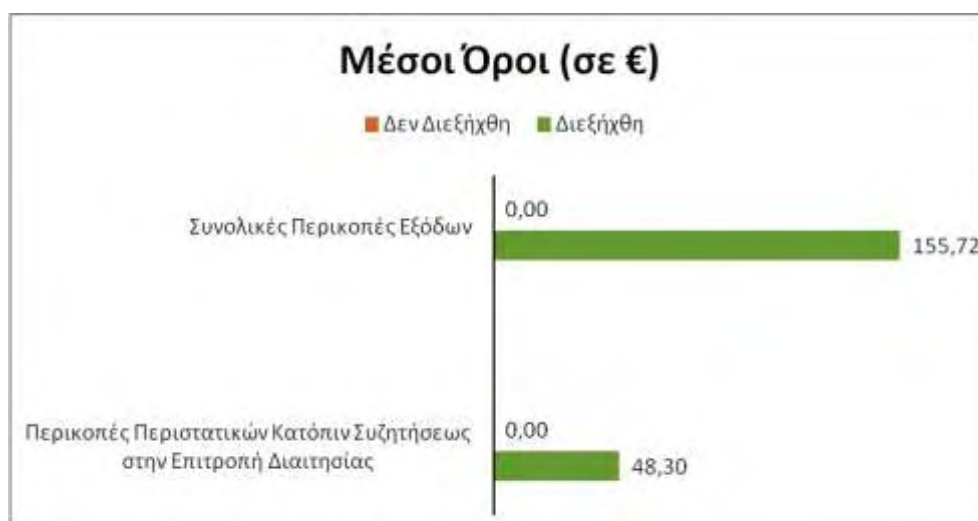
Πίνακας 4.28: Σχεδιάγραμμα T-Test – Ο Ενδονοσηλευτικός Έλεγχος ως προς τις Ημέρες Νοσηλείας

| | | Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | the Difference | |
| Ημέρες Νοσηλείας | Equal variances assumed | 18,70 | 0,00 | -7,23 | 337,00 | 0,00 | -0,73 | 0,10 | -0,94 | -0,53 |
| | Equal variances not assumed | | | -7,75 | 331,80 | 0,00 | -0,73 | 0,09 | -0,92 | -0,55 |

4.6.4 Διαδικασίες μετανοσηλευτικού ελέγχου και μεγιστοποίηση της Οικονομικής Αποδοτικότητας στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Σύμφωνα με την ανάλυση T-Test που ακολουθεί, διερευνήθηκε η επίδραση των διαδικασιών μετανοσηλευτικού ελέγχου στις περικοπές εξόδων, η οποία ανέδειξε την πρόσθετη σημασία των συγκεκριμένων διαδικασιών στην Οικονομική Αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας. Απόδειξη αυτού συντελεί το γεγονός ότι η διεξαγωγή του απέφερε μείωση του κόστους νοσηλείας μέσω των περικοπών δαπανών. Ειδικότερα, περικόπηκαν κατά νοσηλεία 48 ευρώ από τα περιστατικά που συζητήθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας (Sig = 0,00<0,05- βλέπε Πίνακα 4.30). Επιπρόσθετα περικόπηκαν συνολικά έξοδα νοσηλείας ύψους περίπου 156 ευρώ (Sig = 0,00<0,05- βλέπε Πίνακα 4.30). Συνεπώς, είναι πολύ σημαντική η εφαρμογή του μετανοσηλευτικού ελέγχου για τον περιορισμό των δαπανών και άρα για την επίτευξη των στόχων μιας νοσοκομειακής μονάδας. Ακολούθως, παρατίθενται το Διάγραμμα 4.24, ο Πίνακας 4.29 και ο Πίνακας 4.30 για περισσότερη ανάλυση.

Διάγραμμα 4.24: Μετανοσηλευτικός Έλεγχος και Περικοπές



Πίνακας 4.29: Στατιστικά Ομάδων για τον Μετανοσηλευτικό Έλεγχο

| Διαδικασία Μετανοσηλευτικού Ελέγχου | | N | M.O. Περικοπών | Τυπ. Απόκλ. | Μέσο Τυπικό Σφάλμα |
|---|----------|-----|----------------|-------------|--------------------|
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή | Διεξήχθη | 378 | 48,30 | 299,27 | 15,39 |

| | | | | | |
|---|-----------------|-----|--------|--------|-------|
| Διαιτησίας | | | | | |
| | Δεν Διεξήχθη | 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου (Περικοπή Κάποιων Διαγνωστικών Εξετάσεων) | Διεξήχθη | 378 | 22,17 | 157,96 | 8,12 |
| | Δεν Διεξήχθη | 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Διεξήχθη | 378 | 155,72 | 470,99 | 24,23 |
| | Δεν Διεξήχθη | 3 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Πίνακας 4.30: Σχεδιάγραμμα T-Test – Ο Μετανοσηλευτικός Έλεγχος ως προς τις Περικοπές

| | | Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Περικοπές Περιστατικών Κατόπιν Συζητήσεως στην Επιτροπή Διαιτησίας | Equal variances assumed | 0,27 | 0,61 | 0,28 | 379,00 | 0,78 | 48,30 | 173,01 | -291,88 | 388,48 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,14 | 377,00 | 0,002 | 48,30 | 15,39 | 18,03 | 78,57 |
| Περικοπές Προνοσηλευτικού Ελέγχου | Equal variances assumed | ,228 | ,634 | ,243 | 379 | 0,81 | 22,17 | 91,32 | -157,38 | 201,72 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,729 | 377,000 | 0,007 | 22,17 | 8,12 | 6,19 | 38,14 |
| Συνολικές Περικοπές Εξόδων | Equal variances assumed | 0,72 | 0,40 | 0,57 | 379,00 | 0,57 | 155,72 | 272,28 | -379,65 | 691,09 |
| | Equal variances not assumed | | | 6,43 | 377,00 | 0 | 155,72 | 24,23 | 108,09 | 203,35 |

Κεφάλαιο 5 – Συμπεράσματα - Συζήτηση - Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα κάλυψε ένα αξιοσημείωτο κενό που είχε δημιουργηθεί στην βιβλιογραφία αναφορικά με τη μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας των νοσηλείων, εφαρμόζοντας διαδικασίες Κλινικού Ελέγχου (ΚΕ) στα νοσοκομεία της Ελλάδος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπεράσματα ανά ερευνητικό ερώτημα.

Ο προνοσηλευτικός έλεγχος όπως έχει αναφερθεί, διενεργείται από τους ελεγκτές ιατρούς με στόχο τον περιορισμό του κόστους νοσηλείας και κατά συνέπεια την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας και κλινικής αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής μονάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο προνοσηλευτικός έλεγχος οδηγεί σε μείωση του κόστους ανά νοσηλεία, όταν εφαρμόζεται με στόχο κάποιες συγκεκριμένες περικοπές. Αρχικά, ο τελευταίος έλεγχος όταν διενεργείται για τη περικοπή των εξόδων αναφορικά με τα περιστατικά που συζητήθηκαν ή όχι στην Επιτροπή Διαιτησίας, παρουσιάζει εξοικονόμηση αρκετών χρημάτων, ο οποίος μπορεί να φτάσει σε σύνολο τα 110 ευρώ ανά περιστατικό. Αυτά τα ευρήματα ήταν συναφή με εκείνα των ερευνητών Walshe και Coles (1993) καθώς και των Pringle, Bradley και Carmichael (1994), οι οποίοι οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι ο προνοσηλευτικός έλεγχος, όταν διενεργείται σωστά, μειώνει το μοναδιαίο κόστος νοσηλείας.

Αναλυτικότερα, ο έλεγχος βιβλιρίου και το έντυπο θεράποντος ιατρού μπορούν να επιφέρουν εξοικονόμηση του κόστους νοσηλείων. Ειδικότερα, η ανάλυση πρωτογενών δεδομένων έδειξε ότι η εφαρμογή των παραπάνω διαδικασιών, επιφέρει σημαντικές περικοπές εξόδων. Πιο συγκεκριμένα μέσα από την εξέταση του βιβλιρίου γνωστοποιούνται στους γιατρούς οι ασθένειες που έχει αντιμετωπίσει ο ασθενής στο παρελθόν και οι προηγούμενες εισαγωγές του σε περίπτωση που υπάρχουν. Άρα γνωρίζοντας αυτά ο γιατρός σχηματίζει μια πρώτη άποψη για το περιστατικό που έχει να αντιμετωπίσει, προτείνοντας σχετικές εξετάσεις, περιορίζοντας το κόστος που επιφέρουν οι άσκοπες. Γίνεται, κατά αυτόν τον τρόπο, εύκολα αντιληπτό ότι τα ποσά που εμφανίστηκαν στην επαγωγική ανάλυση τεκμηριώνουν τα προηγούμενα.

Επιπλέον, η ύπαρξη εντύπου θεράποντος ιατρού που αναγράφει λεπτομερώς τις διαδικασίες και τις δράσεις ανά νοσηλεία είναι απαραίτητο συστατικό για την οικονομική αποτελεσματικότητα μιας νοσοκομειακής μονάδας (Cooper και French, 1993) . Αυτό γιατί, δίδεται η δυνατότητα στους ιατρούς του ελεγκτικού ιατρείου να πάρουν αποδοτικές και αποτελεσματικές αποφάσεις σε όρους εξοικονόμησης πόρων, αλλά και σε βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με άλλα λόγια μέσω αυτού του ελέγχου ο ελεγκτής ιατρός μπορεί να εξαιρέσει σημαντικές δαπάνες, οι οποίες δεν κρίνονταν αναγκαίες για τη διερεύνηση του περιστατικού. Πιο συγκεκριμένα, εάν παρατηρηθούν εξετάσεις που δεν έπρεπε να γίνουν σύμφωνα με την αιτία εισαγωγής ή συστήνονται εξετάσεις που είχαν προηγηθεί της εισαγωγής και άσκοπα επαναλαμβάνονται, τότε γίνεται περικοπή η οποία μπορεί

να παραπεμφθεί για συζήτηση στην εν λόγω επιτροπή διαιτησίας ή και να μην συζητηθεί καν στην επιτροπή διαιτησίας διότι το νοσοκομείο αποδέχθηκε ότι συγκεκριμένες δαπάνες δεν απαιτούνταν.

Επομένως, για να αυξηθεί η οικονομική αποδοτικότητα και κλινική αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων και για να περιοριστεί το μοναδιαίο κόστος νοσηλείας τα ενδιαφερόμενα μέρη (Μονάδα Υγείας, ΕΣΥ, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί), θα μπορούσαν να ανασχεδιάσουν ή υλοποιήσουν εμπειριστατωμένες πρακτικές προνοσηλευτικού ελέγχου. Επίσης, καταλυτικό θα ήταν να καθιερώσουν έλεγχο βιβλιαρίου και δημιουργία εντύπου θεράποντος Ιατρού για κάθε περιστατικό που παραπέμπεται προς εισαγωγή.

Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι ο Ενδονοσηλευτικός Έλεγχος διενεργείται αποτελεσματικά, εξοικονομώντας σημαντικούς πόρους, ιδιαίτερα σε περιστατικά χαμηλού κινδύνου, με 0 έως και 3 ημέρες νοσηλείας (συνολικό ποσοστό εμφάνισης 85%), όπου αποδεικνύεται ο σημαντικός μέσος όρος περιορισμού των ημερών νοσηλείας, σε 0,75 ημέρες. Με την εφαρμογή, λοιπόν διαδικασιών ενδονοσηλευτικού ελέγχου επηρεάζονται σημαντικά οι ημέρες νοσηλείας, καθώς παρατηρείται μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ). Κατ' επέκταση, αφού μειώνονται οι μέρες νοσηλείας τότε περιορίζονται και τα κόστη νοσηλείας που θα παρουσιάζονταν σε περίπτωση άσκοπης παραμονής στη Νοσοκομειακή Μονάδα. Συμπερασματικά, με τη μείωση των ημερών νοσηλείας επωφελείται όχι μόνο η νοσοκομειακή μονάδα αλλά και ο ίδιος ο ασθενής, αποφεύγοντας πρόσθετη ταλαιπωρία και μάταιη ψυχική οδύνη. Αυξάνονται, ωστόσο, η ικανοποίησή του και τα επίπεδα πρόθεσής του για επανεπιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα αυτά ευθυγραμμίζονται με εκείνα των ερευνητών Gabbay και Layton (1992), Fitzpatrick (1991) και Donaldson και Gray (1998), οι οποίοι κατέληξαν στα ίδια προαναφερόμενα συμπεράσματα.

Η σημασία της εφαρμογής των διαδικασιών του μετανοσηλευτικού ελέγχου, όπως αναφέρθηκε στην επαγωγική ανάλυση είναι εξίσου σημαντική. Αυτό συμβαίνει διότι, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορούν να ελαχιστοποιούν τα κόστη τους, μειώνοντας την σπατάλη πόρων επάνω σε άσκοπες ενέργειες. Περιλαμβάνει τον εξονυχιστικό έλεγχο του κόστους της νοσηλείας (π.χ. έξοδα διαγνωστικών εξετάσεων, κόστος εξόδων χειρουργείου, κόστος υγειονομικού υλικού, κόστος ειδικών υλικών κλπ) για τον κάθε ασθενή και η παράλειψη εφαρμογής του επιβαρύνει οικονομικά όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Ο τρόπος με τον οποίο οι διαδικασίες αυτές οδηγούν στη μείωση του κόστους νοσηλείων σχετίζονται με την τελευταία φάση ελέγχου ενεργειών που τελικά ήταν άσχετες με την αιτία εισαγωγής καθώς και με τη συνόψιση όλων των εξόδων που κρίθηκαν απαραίτητα να περικοπούν. Επομένως, διενεργώντας έναν τελευταίο έλεγχο συνοψίζονται όλες οι ενέργειες που είναι απαραίτητες για το εκάστοτε περιστατικό και αυτή η διαδικασία οδηγεί σε διόρθωση των αποκλίσεων και επανατροφοδότηση για καλύτερη λήψη αποφάσεων στο μέλλον.

Τα αποτελέσματα δε της έρευνας είναι συνεπή με αυτά που εφάρμοσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, το 1980, αλλά και των ΗΠΑ (Halligan και Donaldson, 2001). Ειδικότερα εφάρμοσαν το μοντέλο «Six Pillars», της Κλινικής Διακυβέρνησης, εστιάζοντας περισσότερο στον ΚΕ (Latham et al., 1999). Οι παράγοντες, τέλος, που αναδείχθηκαν ότι επηρεάζουν την μεγιστοποίηση των παραπάνω είναι ο προνοσηλευτικός, ο ενδονοσηλευτικός και ο μετανοσηλευτικός έλεγχος που διενεργεί το ελεγκτικό ιατρείο. Αυτό σημαίνει ότι ο κλινικός έλεγχος είναι κρίσιμος τόσο για το ΕΣΥ, όσο και για τις Μονάδες Υγείας.

Τα δεδομένα, όπως παρουσιάστηκαν στο μέρος της ανάλυσης έδειξαν εφαρμογή του κλινικού ελέγχου (προνοσηλευτικού, ενδονοσηλευτικού, μετανοσηλευτικού) σε περιστατικά που παραπέμφθηκαν για εισαγωγή σε συμβεβλημένα νοσοκομεία των ασφαλιστικών εταιρειών, που η εξειδικευμένη ελεγκτική εταιρεία Accurate Health Auditing & Consulting συνεργάζεται και για λογαριασμό τους λειτουργεί τα Ελεγκτικά Ιατρεία. Καταρχήν, για να παρουσιάσουν όλα τα νοσοκομεία, μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας τους κρίνεται απαραίτητο να εδραιώσουν την Κλινική Διακυβέρνηση, που περιλαμβάνει και τον Κλινικό Έλεγχο, εφαρμόζοντάς τον πλήρως (Crombie et al., 1993). Επιπροσθέτως, στην επιτυχία της προαναφερόμενης μεγιστοποίηση και καλυτέρευσης της ποιότητας των κλινικών υπηρεσιών καταλυτικός παράγοντας θεωρείται η δημιουργία ενός σχεδίου που θα βασίζεται σε μια αντικειμενική αξιολόγηση των αναγκών της νοσοκομειακής μονάδας. Αυτή θα σταθμιστεί από κοινού με τις απόψεις των ασθενών, τους κλινικούς κινδύνους που καταγράφονται, τις ικανότητες του προσωπικού και τέλος τη σύγκριση με βέλτιστες πρακτικές σε αντίστοιχους τομείς (Shortell et al., 1998).

Ωθηση για την υιοθέτηση της Κλινικής Διακυβέρνησης παρέχουν εξίσου η απογραφή του νοσοκομείου, κατάρτιση σχεδίων δράσεις για τους εφαρμοσμένους κλινικούς ελέγχους και επιδιόρθωση όσων υπολειτουργούν (Black, 1998).

Μολονότι η παρούσα έρευνα κάλυψε το κενό που είχε δημιουργηθεί στη βιβλιογραφία, δεν άργησε να αναδείξει νέες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Μερικές από αυτές σχετίζονται με την μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας και κλινικής αποτελεσματικότητας των νοσηλείων μέσω της ανάπτυξης διαδικασιών Κλινικού Ελέγχου σε διεθνή νοσοκομεία. Παράλληλα, στον τομέα της δημόσιας υγείας που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, η έρευνα για την ύπαρξη μιας ειδικής φόρμουλας ούτως ώστε να λειτουργήσει σωστά ο κλινικός έλεγχος και γενικότερα η κλινική διακυβέρνηση στα δημόσια νοσοκομεία είναι αρκετά ενδιαφέρουσα. Ειδικότερα, θα μπορούσε το κράτος να δώσει περισσότερη προσοχή στα δημόσια νοσοκομεία παρέχοντάς τους χορηγήσεις με σκοπό να γίνουν κλινικές και οικονομικές αναβαθμίσεις σε αυτά πάνω στην εφαρμογή του κλινικού ελέγχου. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να αποδειχθεί ότι μέσα από την σωστή εφαρμογή του μειώνονται δραματικά τα έξοδα της δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας, ενώ αυξάνεται το κύρος τους.

Εξίσου θα μπορούσε να γίνει συλλογή στοιχείων που αφορούν όλα τα νοσοκομεία της χώρας με απώτερο σκοπό να γίνει εφικτή η ταξινόμηση τους ανάλογα με την τοποθεσία εγκατάστασής τους, την εξειδίκευση του καθενός, το μέγεθός τους και σε σχέση με την εφαρμογή ή μη της κλινικής διακυβέρνησης.

Μια άλλη όψη που θα μπορούσε ένας μελετητής να διερευνήσει είναι η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των επιμέρους μονάδων των νοσοκομείων. Στη περίπτωση αυτή θα μπορούσαν να διεξαχθούν συμπεράσματα όχι μόνο για την κλινική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητά τους αλλά και για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς. Στο τελευταίο μπορούν να ληφθούν υπόψη ο τρόπος εφαρμογής του κλινικού ελέγχου σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα, ο οποίος αποτρέπει άσκοπες διαγνωστικές εξετάσεις και ενέργειες πάνω στους ασθενείς από τους ιατρούς καθώς και οι ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου από κοινού με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετούν.

Μία, επίσης, αξιοσημείωτη πρόταση έρευνας είναι να διεξαχθεί ποιοτική έρευνα με τη μέθοδο της συνέντευξης στις διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων προκειμένου να διερευνηθεί εάν εφαρμόζουν επίσημες πρακτικές κλινικής διακυβέρνησης, έτσι ώστε να μειώνουν τα κόστη τους χωρίς να υποβαθμίζεται η παρεχόμενη ποιότητα. Αυτά τα αποτελέσματα στη συνέχεια μπορούν να ελεγχθούν με τα δεδομένα που ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων των ελεγκτών ιατρών και να αναλυθούν οι διαφορές και οι ομοιότητες τους καταλήγοντας σε σημαντικά συμπεράσματα. Τέλος, η οικονομική και κλινική θεωρία της αποτελεσματικότητας καθώς και οι μέθοδοι εφαρμογής τους θα μπορούσαν να λειτουργήσουν και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας περίθαλψης είναι τα κέντρα υγείας. Τα πεδία αυτά αποτελούν πρωτοποριακά θέματα για τους ερευνητές στην Ελλάδα.

Εν κατακλείδι, ο τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι από τους πιο σημαντικούς και πιο σύνθετους τομείς σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η μελέτη της αναβάθμισης της αποτελεσματικότητάς τους καθώς και η εισαγωγή αποτελεσματικών κλινικών ελέγχων που στόχο θα έχουν την συνεχή μείωση των εξόδων και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες αποτελούν σημαντικό κομμάτι της διοίκησης των νοσοκομείων. Συγχρόνως, συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων, των καθηκόντων των επαγγελματιών ιατρών και του επιπέδου υγείας των πολιτών γενικότερα.

Βιβλιογραφία – Πηγές

Black N, (1998). Clinical governance: fine words or action? *BMJ*.

Case Management Society of America, (2011), What is a case manager? 2008–2011. CMSA website. Available at: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>.

Cooper A, French D (1993), Illustrative examples of successful audit in general practice. *Audit Trends*, σελ. 166–9.

Creswell JW, (2003), *Research Design: Qualitative, Quantative and Mixed Methods Approaches*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Crombie I, Davies H, Abraham S, et al.(1993). *The audit handbook: improving health care through clinical audit*. Chichester: John Wiley & Sons.

Deming W.E (1994), *Out of the Crisis: Quality Productivity And Competitive Position*, Cambridge University Press.

Department of Health (1997) *The New NHS Modern and Dependable*, σελ.5. HMSO, London.

Donabedian, A. (1996) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, σελ. 44, 166–206.

Donaldson LJ, Gray J. (1998), Clinical governance: a quality duty for health organisations. *Quality in Health Care*, Vol. 7, σελ. 37–44.

Doyle, I., Brady, A. and Byrne, G. (2009), “An overview of mixed methods research”, *Journal of Research in Nursing*, Vol. 14 No. 2, σελ. 175-85.

Ellis R, Whittington D., (1993), *Quality assurance in health care*. London: Edward Arnold.

Evans RG, Barer ML, Hertzman C., (1991), The 20-year experiment: accounting for, explaining, and evaluating health care cost containment in Canada and the United States. *Annu Rev Public Health* σελ. 481–518.

Flynn, R., (1992) *Structures of Control in Health Management* (London, Routledge).

Fischer, M. D., Ferlie, Ewan. "Resisting hybridisation between modes of clinical risk management: Contradiction, contest, and the production of intractable conflict". *Accounting, Organizations and Society*, σελ. 30–49.

Fischer, M. D., (2012). "Organizational Turbulence, Trouble and Trauma: Theorizing the Collapse of a Mental Health Setting". *Organization Studies*.

Fitzpatrick R. (1991) *Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations*. Vol.32, σελ. 887–889.

Gabbay J, Layton AJ (1992), *Evaluation of audit of medical inpatient records in a district general hospital*. *Quality in Health Care*, σελ. 43–7.

Gelijns A, Rosenberg N., (1994), *The dynamics of technological change in medicine*. *Health Aff (Millwood)* σελ. 28–46.

Grol R, Lawrence M, (1995), *Quality improvement by peer review*. Oxford General Practice Series 32. Oxford: Oxford University Press.

Halligan, A. et al., (2000). *Clinical Governance: Its Origins and Foundations*. *British Journal of Clinical Governance*. Vol.5, no.3, σελ. 172.

Halligan A, Donaldson L, (2001), *Implementing clinical governance: turning vision into reality*. *Br Med*.

Harrison, S. (1988) *Managing the National Health Service* (London, Chapman & Hall).

Harrison, S. and Ahmed, W.I.U. (2000) *Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025*, *Sociology*, 34, σελ. 129–146.

ICGN, (1998), *Statement on Global Governance Principles*.

Institute of Medicine, (2000) *National Academy Services*.

Irvine D, Irvine S, (1991), Making sense of audit. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Johnstone, P.L. (2004), "Mixed methods, mixed methodology health services research in practice", *Qualitative Health Research*, Vol. 14, σελ. 259-71.

Kyriopoulos J, Gregory S, Georgoussi E, Dolgeras A. (2003) "Professional profile of National Health Service physicians in Greece and their self-expressed training needs", *J Contin Education Health Prof.*

Latham, L., Freeman, T., Walse, K. and Spurgeon, P. (1999) *The Early Development of Clinical Governance: a Survey of NHS Trusts in the West Midlands* (Birmingham, Health Services Management Centre, University of Birmingham).

Maddock, A. et al. (2006). *Clinical Governance Improvement Initiatives in Community Nursing*. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol.11, no.3, σελ.198- 212.

McKibbon K A, Gadd C S, (2004), A quantitative analysis of qualitative studies in clinical journals for the 2000 publishing year. *BMC Med Inform Decis Mak*.

McPake B., Kumaranayake L., Normand C.H. (2003), *Health Economics: An International Perspective*. Routledge, London.

Moffatt, S., White, M., Mackintosh, J. and Howel, D. (2006), "Using quantitative and Qualitative data in health services research – what happens when mixed method findings conflict, *Health Services Research*, Vol. 6 No. 28.

New York State Department of Health, <http://www.health.state.ny.us>.

Norman I, Redfern S., (1995), What is audit? In: Kogan M, Redfern S, *Making use of clinical audit*. Buckingham: Open University Press, σελ. 1–20.

OECD Principles of Corporate Governance, 2004". OECD. Retrieved 2013-05-18.

Pringle M, Bradley C, Carmichael C, *et al.* (1994), A survey of attitudes to and experience of medical audit in general practice. *Audit Trends*, σελ. 9– 13.

Sale, J.E.M., Lohfeld, L.H. and Brazil, K. (2002), "Revisiting the quantitative- qualitative debate: implications for mixed-methods research", *Quality & Quantity*, Vol. 36, σελ. 43-53.

Scally G και Donaldson LJ, (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal* σελ.61-65.

Schuler, R.S., Jackson, S.E. και Storey J. (2000) 'HRM and its links with strategic management', Storey, J. (Ed.), *Human resource management: a critical text* (2nd ed.), Thomson Learning, London, σελ. 114–130.

Shortell S, Bennett CL, Byck GR.(1998). Assessing the continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Millbank Quarterly*.

Som, C.V., (2004) 'Clinical Governance: a fresh look at its definition', *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 9, No. 2, σελ. 87–90.

Som, C.V. (2007) 'Exploring the human resource implications of clinical governance', *Health Policy*, Vol. 80, σελ. 281-296.

Thomas B., (1999), *Research and audit in effective health services*. Nurs Standard, σελ. 40–42.

Thompson A. G. H. (1998), "Competition and quality: looking for evidence for healthcare reforms", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, No.5, σελ. 371-373.

Tricker, A., *Essentials for Board Directors: An A-Z Guide*, Bloomberg Press, New York, 2009.

Walshe K και Coles J., (1993) *Evaluating audit. Developing a framework*. London: CASPE Research.

Washington State Department of Health, <http://www.doh.wa.gov/about.htm>.

Winter, A. Haux, R., (1995), A Three-Level Graph-Based Model for the Management of Hospital Information Systems. *Methods Inf Med*, σελ. 378-396.

Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU, (2003), Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med*, σελ. 768–75.

Zabihollah, R., (2002). *Financial Statement Fraud*. John Wiley & Sons.

Αποστολάκης, Ι. (2005, Μάρτιος). *Επιστήμες της Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας: Θέματα Πληροφοριακών Υποδομών στις Μονάδες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις MediForce.

Γείτονα Μ. και Κυριόπουλος Γ. (2000), *Ισότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις*. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 35-54.

Γείτονα, Μ. (1997), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Εξάντας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. και Σουλιώτης, Κ., (2002), "Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας", Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., (2007), *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Εκδ Παπαζήση, Αθήνα.

Ματσαγγάνης, Μ. και Μητράκος, Θ., (2000), "Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα", *Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής*, Τεύχος 5ο, σελ. 119 - 148.

Πολύζος, Ν., (1999), "Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με Βάση την Ταξινόμηση των Ασθενών", Εκδόσεις Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Αθήνα.

Τούντας, Γ.Κ, (2010), *Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας*. διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>.

Τσιότρας, Ν. (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.