

## Η Σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας

Μαρίνα Αντ. Ναούμ

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Φοιτήτρια (επί διατριβή) στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών  
«Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα: Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής - Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάγκη για αξιολόγηση στο χώρο της υγείας δημιουργήθηκε κυρίως λόγω της αμφισβητούμενης αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών υγείας, αλλά και οργανωτικών και διοικητικών ελλείψεων που οδηγούν σε απώλεια πόρων και σε διόγκωση των δαπανών για την υγεία. Με τον όρο «Αξιολόγηση», νοείται η εκτίμηση, με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και των μέσων και των διεργασιών που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αυτή. Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Στο άρθρο αυτό υπάρχει μία συνοπτική και συνθετική ανασκόπηση των δεικτών αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων, λειτουργίας υπηρεσιών υγείας και υγείας του πληθυσμού, στο σχεδιασμό πολιτικής υγείας, καθώς και ανάδειξη της κοινωνικής και πολιτικής διάστασης της αξιολόγησης. Τέλος διατυπώνονται προβληματισμοί και προτάσεις.

**Λέξεις-κλειδιά:** Αξιολόγηση, Αποδοτικότητα, Αποτελεσματικότητα, Ισότητα, Υγεία

### Η αξιολόγηση στο Χώρο της Υγείας

Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει δύο βασικούς τομείς: την αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας και την αξιολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας ή των ευρύτερων συστημάτων υγείας (Τούντας Γ., 1999). Ως αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας μπορεί να οριστεί η εκτίμηση της λειτουργίας ενός

συστήματος υγείας ή των επιμέρους υπηρεσιών υγείας με βάση κάποια κριτήρια ως προς πρότυπα που διαμορφώνονται θεωρητικά ή εμπειρικά. Τα πρότυπα μπορεί να είναι είτε απόλυτα, είτε συγκριτικά. Στην πρώτη περίπτωση, η αξιολόγηση του συστήματος υγείας ή των υπηρεσιών υγείας και των παραγόμενων αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τους προκαθορισμένους στόχους τους, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η αξιολόγηση γίνεται ως προς ανάλογα συστήματα ή υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται σημεία αναφοράς.

### Επίπεδα Αξιολόγησης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας

Οι υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας μπορούν να αναλυθούν και να αξιολογηθούν σε διαφορετικά επίπεδα. Έχουν προταθεί διάφορες ταξινόμησεις για τα επίπεδα αυτά. Σύμφωνα με τον Donabedian, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας (Donabedian 2004).

Η αξιολόγηση των εισροών αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Αξιολογείται, δηλαδή, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και οι άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιε-

χόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.

**Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών** αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχομένων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, που εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

**Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών** εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομειακών κρεβατιών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων) και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος (π.χ. εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών ή χειρουργικών επεμβάσεων). Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας.

**Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων** αποτελεί τον τελικό

στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή αναδρομικά μετά από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της, όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Με τη χρήση δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες πεδίου, τους δείκτες θνητότητας, τους πίνακες επιβίωσης, τις καμπύλες επιβίωσης, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Ο συνδυασμός και των τεσσάρων επιπέδων αξιολόγησης με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας ή ενός συστήματος αλλά και στη εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

## Κριτήρια Απόδοσης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, συνήθως συνδυάζει τις οπτικές διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως ασθενείς, προμηθευτές, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κλπ. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο με απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων, αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή **κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης**. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια απόδοσης θα πρέπει να αφορούν στις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές και τα τελικά αποτελέσματα και να εστιάζουν στους τομείς που ενδιαφέρουν περισσότερο τους εμπλεκόμενους φορείς. Τα κριτήρια αυτά, στη συνέχεια, αντιστοιχούνται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης. Οι **δείκτες** με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Moullin M., 2004).

Ο Cochrane υπήρξε ο πρώτος που ανέδειξε την ανάγκη αποτίμησης της κλινικής πρακτικής, με βάση τα κριτήρια της Ισότητας, Αποτελεσματικότητας, Αποδοτικότητας και της Ποιότητας (Cochrane, 1977).

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισότητα σημαίνει ισότιμη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας των ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων. Η ισότητα αποτελεί Βασικό και κυρίως μέλημα της πολιτικής υγείας.

Ως αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους. Επειδή όμως οι στόχοι άπτονται πολλών πεδίων (π.χ. ποιότητας, ισότητας, προσβασιμότητας), συνήθως ο όρος αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία

του πληθυσμού (νοσηρότητα, θνητότητα, κλπ). Η αποτελεσματικότητα αποτελεί κυρίως μέλημα των άμεσων παραγωγών (Ιατρών και Νοσηλευτών).

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους -οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους- που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με το βασικό στόχο των ασκούντων την φροντίδα υγείας, την αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της περίθαλψης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος. Στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητα είναι η παραγωγικότητα, που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωπόωρες, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής.

Σε επίπεδο υπηρεσίας ή συστήματος υγείας, η αποδοτικότητα συνήθως προσδιορίζεται από το λόγο εκροών / εισροών, όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές είτε μετρώνται σε φυσικές μονάδες, είτε μετατρέπονται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Παράδειγμα, κατά την αξιολόγηση ενός νοσοκομείου, οι εισροές συχνά περιλαμβάνουν το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, τις διαθέσιμες κλίνες, ενώ στις ενδιάμεσες εκροές συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός νοσηλευθέντων και στις τελικές εκροές η Βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας ή θνησιμότητας.

Η έννοια της ποιότητας άλλοτε χρησιμοποιείται ως κριτήριο που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών-ασθενών- και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής από-

δοσης, που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ποιότητα αποτελεί η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Το κριτήριο της ποιότητας, λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του στην εποχή μας, αποτελεί έναν ξεχωριστό πλέον τομέα των υπηρεσιών υγείας, που μελετάται αυτόνομα από τις υπόλοιπες διαστάσεις της αξιολόγησης.

### Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Άλλα, δευτερεύοντα κριτήρια, που σχετίζονται με τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν και χρησιμοποιούνται για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, είναι:

- **Η επάρκεια.** Εκφράζει το βαθμό της ποσοτικής ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στην παραγόμενη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού. Υπολογίζεται κυρίως με δείκτες κλινών ανά πληθυσμό, γιατρών ανά πληθυσμό κ.λπ.
- **Η καταλληλότητα.** Προσδιορίζει την αντιστοιχία των παρεχομένων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.
- **Η διαθεσιμότητα.** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς (π.χ. 74ωρη λειτουργία ενός κέντρου υγείας).
- **Η προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα.** Προϋποθέτει την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας, καθώς και από το χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία και το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση.
- **Η αποδοχή.** Αποτιμά το βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή

των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή και χρήση της υπηρεσίας.

- **Η δραστικότητα.** Εκφράζει την κλινική αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων από την υπηρεσία παρεμβάσεων υπό ιδανικές, πειραματικές συνθήκες.
- **Η συμμόρφωση.** Προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες από τους ασθενείς με συστηματικό τρόπο.
- **Η συνέχεια.** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική περίθαλψη (π.χ. σύνδεση πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής περίθαλψης).
- **Η λογοδοσία.** Είναι η δυνατότητα των καταναλωτών υγείας και των αγοραστών να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Υπολογίζεται με δείκτες συχνότητας συλλογής δεδομένων, αξιοπιστίας δεδομένων, συμμετοχής καταναλωτών στις αποφάσεις κ.λπ.
- **Η ανταποκρισιμότητα.** Πρόκειται για μια έννοια που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ και ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό (π.χ. αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα, δικαίωμα επιλογής κ.ά.). Συντίθεται από οκτώ επιμέρους τομείς, οι οποίοι αξιολογούνται από τους πολίτες, και συνδέεται με την ποιότητα της περίθαλψης.

### Άλλα δευτερεύοντα κριτήρια είναι:

Υπάρχουν και άλλα, δευτερεύοντα κριτήρια, όπως:

- Επιστημονική και Τεχνική Ποιότητα (Scientific and Technical Quality Level)
- Επάρκεια (adequacy)
- Επίδραση (aspect)
- Επίπτωση (impact)
- Οικονομική Διάσταση (Economic Proportion)

Τα παραπάνω κριτήρια, αποτελούν παραμέτρους που λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την διεργασία της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας. ("www.nosokomia.gr", 2008)

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξετάζει συνήθως συγκεκριμένους στόχους της υπηρεσίας ή επιμέρους προγραμμάτων της, των οποίων ο βαθμός επίτευξης αξιολογείται με τη χρήση αντίστοιχων κριτηρίων (π.χ. επάρκειας, αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, κλπ), που αντιστοιχίζονται με κατάλληλους δείκτες. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με την επιλογή και εφαρμογή των κατάλληλων μεθόδων.

## Μεθοδολογία Αξιολόγησης

Τα βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του πλαισίου αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον καθορισμό του πεδίου αξιολόγησης, δηλαδή το κύριο αντικείμενο αυτής, τους προορισμένους στόχους της αξιολόγησης, τον καθορισμό της μεθοδολογίας η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί και τέλος τη συλλογή και

ανάλυση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων. Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι που θα έχουν τεθεί, πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

## Δείκτες Αξιολόγησης

Οι δείκτες με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια αξιολόγησης είναι συνήθως ένας καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Οι Δείκτες Αξιολόγησης (Δ.Α.) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση και ανάλυση των στοιχείων και την εξαγωγή αποτελεσμάτων τα οποία προκύπτουν κατά την αξιολόγηση. Οι Δείκτες Αξιολόγησης θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Υπάρχει μεγάλο πλήθος Δεικτών Αξιολόγησης, οι οποίοι με βάση τον Π.Ο.Υ ταξινομούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες:

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. ("www.nosokomia.gr", 2008) Οι κυριότεροι τύποι δεικτών είναι:

**Δείκτες εισροών** (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των ιατρών, των νοσηλευτών, δείκτες ποιότητας των εισροών, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, δείκτες επάρκειας, όπως ο αριθμός κλινών ανά 100000 κατοίκους (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008) γεωγραφικής προσπελασιμότητας, όπως το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά σε μια υπηρεσία υγείας, Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008)

**Δείκτες αξιολόγησης διαδικασιών** (π.χ αξιοπιστίας διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής)

**Δείκτες ενδιάμεσων εκροών** (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, όπως ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα το χρόνο, Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως η σχετική αποτελεσματικότητα, και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών. Ο δείκτης που αφορά στην Προσδοκώμενη ζωή χωρίς προβλήματα υγείας υπολογίζει τον αριθμό ετών που προσδοκά-

ται ότι θα ζήσουν κατά μέσο όρο χωρίς προβλήματα υγείας, άτομα ορισμένης ηλικίας (Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος Δελτίου Τύπου, 2004), ενώ ο δείκτης Προσδοκώμενης ζωής υπολογίζει τον αριθμό των ετών, που προσδοκάται ότι θα ζήσουν, κατά μέσο όρο, άτομα ορισμένης ηλικίας, κ.ά.

**Δείκτες αποδοτικότητας** (όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας κ.ά.)

**Σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες** (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας)

**Δείκτες πολιτικής υγείας** (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.)

Παράλληλα με τη θέσπιση της Στρατηγικής της Λισσαβόνας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε μια γενική στρατηγική προσέγγισης των δεικτών Υγείας για τα μέλη-κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008).

Σκοπός αυτής της στρατηγικής είναι η ανάπτυξη ενός συγκρίσιμου –μεταξύ των κρατών μελών– συστήματος πληροφόρησης σχετικά με το θέματα υγείας. Αυτή η πληροφόρηση καλύπτει:

- Υγεία – σχετικά με τη συμπεριφορά του πληθυσμού (π.χ πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ζωής, κάπνισμα, αλκοόλ, άσκηση, κλπ)
- Ασθένειες (π.χ. χρόνιες, σπάνιες και σοβαρές ασθένειες, κλπ)
- Συστήματα υγείας (π.χ δείκτες σχετικά με την περίθαλψη, την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, τους ανθρώπινους πόρους, την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, κλπ)

Οι διαρθρωτικοί δείκτες έχουν επιλεχθεί βάσει των κάτωθι κριτηρίων:

- Να γίνονται εύκολα κατανοητοί
- Να είναι σχετικοί με τις ασκούμενες πολιτικές
- Να υπάρχει αμοιβαία συνέπεια προς τους υπόλοιπους δείκτες
- Να παρατίθενται χρονικά και να ανανεώνονται τακτικά
- Να είναι προσβάσιμοι προς όλες της Χώρες μέλη
- Να είναι συγκρίσιμοι μεταξύ των Χωρών Μελών αλλά και συμβατοί με Χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ιαπωνία
- Τα δεδομένα να προέρχονται από αξιόπιστες πηγές
- Να μην επιβάλλουν υψηλό φόρτο στα στατιστικά ιδρύματα και τους Οργανισμούς

## Ιεράρχηση των Βασικών Κριτηρίων Αξιολόγησης

Η ιεράρχηση μεταξύ των βασικών κριτηρίων αξιολόγησης έχει αποτελέσει αντικείμενο εντόνου επιστημονικού ενδιαφέροντος. Για τον Cochrane (1977), πρώτιστο ενδιαφέρον αποτελούσε η αποτελεσματικότητα. Η επιλογή μιας αποτελεσματικής ιατρικής μεθόδου συμβάλλει ταυτόχρονα στην αποδοτική χρήση των πόρων και έτσι διασφαλίζεται -σχεδόν αυτόματα- η αποδοτικότητα. Για τον Cochrane (1977), το ζήτημα

της ισότητας επιλύεται με την παροχή κάθε αποτελεσματικής θεραπείας δωρεάν, θεωρώντας ότι έτσι θα εξασφαλίζεται ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η εξίσωση την οποία χρησιμοποίησε ο Cochrane (1977) είναι:

**Αποτελεσματικότητα > Αποδοτικότητα > Ισότητα**

Ο αντίλογος είναι ότι η αυτόματη διασφάλιση της αποδοτικότητας δεν είναι πάντα δυνατή. Έτσι, όταν εδραιώνε-

ται η αποτελεσματικότητα μιας ιατρικής παρέμβασης, πρέπει να αξιολογείται το κόστος της και να καθορίζονται οι επωφελέστερες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της, με την εφαρμογή τεχνικών ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Με βάση τα κριτήρια αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, μπορούν να καθοριστούν οι προτεραιότητες και οι ανάγκες σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους. Επιπρόσθετα, η εξίσωση αυτή υποβαθμίζει το θέμα της ισότητας, αφού προϋποθέτει την ελεύθερη θέση των χρηστών να εκμεταλλευθούν τις ευκαιρίες, οι οποίες προσφέρονται από ένα σύστημα υγείας. Η εκμετάλλευση όμως των ίσων ευκαιριών συχνά δεν είναι εφικτή. Γι' αυτό και κρίθηκε σκόπιμη η επαναδιατύπωση της εξίσωσης, ώστε να δίνεται η έμφαση στη διασφάλιση της ισότητας στα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και όχι μόνο στη δυνατότητα πρόσβασης, με την εξής μορφή:

**Ισότητα > Αποτελεσματικότητα > Αποδοτικότητα**

Σε μερικές περιπτώσεις, οι στόχοι της ισότητας και της αποδοτικότητας εξυπηρετούνται ταυτόχρονα. Η μετατόπιση πόρων υγείας από μια περιοχή με μεγάλες υποδομές

υγείας και χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας σε μια περιοχή με ανεπαρκείς υποδομές και μεγάλη θνησιμότητα αποτελεί ένα τέτοιο παράδειγμα. Συνήθως, όμως, η ισότητα και η αποδοτικότητα είναι ανταγωνιστικές έννοιες και δύσκολα επιτυγχάνεται η ταυτόχρονη μεγιστοποίηση και των δύο. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται συμβιβασμός για την ανεύρεση της «άριστης ισορροπίας» ή ισοδύναμου αποδοτικότητας-ισότητας, δηλαδή του σημείου πέρα από το οποίο η βελτίωση του ενός μεγέθους μπορεί να επιτευχθεί μόνο σε βάρος του άλλου. Σε μερικές περιπτώσεις, μάλιστα, η επιλογή του προγράμματος υγείας μπορεί να γίνει πρωταρχικά με βάση την κοινωνική προσφορά, σε συγκεκριμένα «αδύναμα» μέρη του πληθυσμού (π.χ. φτωχοί, ηλικιωμένοι, εργαζόμενες μητέρες), ακόμα και αν αυτό αποβαίνει σε βάρος της αποδοτικότητας.

Από τα πιο πάνω συμπεραίνεται ότι πέρα από το επιστημονικό ενδιαφέρον της ιεράρχησης των βασικών κριτηρίων αξιολόγησης, διαφαίνεται και το πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνει η αξιολόγηση των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.

**Η Κοινωνική & Πολιτική Διάσταση της Αξιολόγησης**

Η ένταξη της ισότητας στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η άποψη αυτή αναπτύχθηκε από τη σχολή της ισοτιμίας. Σύμφωνα με τη σχολή αυτή, η παραγωγή και η κατανομή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Η ισότητα συνδέεται λοιπόν με την έννοια της αποδοτικότητας διανομής, που επιδιώκει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Στον αντίποδα βρίσκεται η φιλελεύθερη άποψη, που θεωρεί ότι η κατανομή αυτή πρέπει να γίνεται όπως σε όλα τα καταναλωτικά αγαθά, δηλαδή με βάση τη λειτουργία της αγοράς.

Η ισότητα έχει δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007). Η οριζόντια επιτυγχάνεται με την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών (π.χ. ίδιες αναλογίες ιατρών ανά 1000 κατοίκους), καθώς και με την ισότιμη πρόσβαση (π.χ. ίδιες αποστάσεις από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας) και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Η κάθετη ισότητα αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει, γεγονός που οδηγεί σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες. Ακόμα, η κάθετη ισότητα προβλέπει προοδευτική χρηματοδότηση βασισμένη στην οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη.

Σε όλες τις χώρες, ανάλογα με την ιστορική και την πολιτική συγκυρία, παρατηρείται ότι η ισοτιμία στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με παρεμβάσεις -μικρότερες ή μεγαλύτερες- από την πλευρά του κράτους. Οι παρεμβάσεις είναι πολλές και διαφορετικές, εξαρτώνται από τη μορφή των συστημάτων υγείας, το βαθμό άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και από τη δομή του πολι-

τικο-οικονομικού συστήματος, αλλά έχουν συχνά κοινό παρονομαστή τον έλεγχο της πλευράς της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας / ωφελιμότητας του κοινωνικού συνόλου.

Η κατανομή των πόρων, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και την απόδοση της μέγιστης χρησιμότητας / ωφελιμότητας στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί θεμελιώδη στόχο των συστημάτων υγείας, αλλά δεν μπορεί πάντα να διασφαλίσει ότι η ολική χρησιμότητα κατανέμεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι στα συστήματα υγείας όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς (Φιλελεύθερες πολιτικές) υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος της χρησιμότητας να κατανέμεται στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, ( Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007).

Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι η ουσιαστική αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία προϋποθέτει, πέρα από τις υγειονομικές, και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές παρεμβάσεις (π.χ. καλύτερη εκπαίδευση, καταπολέμηση της ανεργίας).

Μια άλλη ανισότητα που παρατηρείται σε πολλά συστήματα υγείας είναι ότι οι ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό από το ακαθάριστο εισόδημα τους για την υγεία τους, σε σχέση με τις ομάδες με τα υψηλά εισοδήματα, παρά το γεγονός ότι απολαμβάνουν λιγότερες παροχές υγείας. Το μίγμα, λοιπόν, των πηγών χρηματοδότησης επιδρά σε σημαντικό βαθμό στο κριτήριο της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας και με βάση αυτό γίνεται η διάκριση των συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε προοδευτικά και μη προοδευτικά. Χώρες με προοδευτικό σύστημα είναι οι χώρες με δημόσιο ή κοινωνικοασφαλιστικό χαρακτήρα. Τα εθνικά συστήματα υγείας, τα οποία χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και στα

οποία ισχύει η προοδευτικότητα του φορολογικού συντελεστή, αποβλέπουν στην επιβάρυνση των υψηλών εισοδημάτων, με στόχο την ισότητα και την κοινωνική αλληλεγγύη. Στα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα επιχειρείται, μέσω της μεγαλύτερης επιβάρυνσης των εργοδοτικών εισφορών, μια ανακατανομή των πόρων από τα υψηλά προς τα χαμηλά εισοδήματα. Αντίθετα, σε χώρες στις οποίες δεν ισχύει η προοδευτικότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ΗΠΑ) υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, ( Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007)

Οι ανισότητες αυτές στην υγεία αποτελούν μια μείζονα πρόκληση για την πολιτική υγείας. Επομένως, η μέτρηση και η επιτήρηση των μεταβολών στις ανισότητες αυτές είναι απαραίτητη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας.

Μία αντίληψη που έχει αναπτυχθεί τελευταία σε μερικούς τεχνοκράτες, είναι αυτή της κοινωνικής συνυπευθυνότητας του ατόμου, σύμφωνα με την οποία το άτομο έχει και αυτό ευθύνη απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και δεν θα πρέπει να επιβαρύνει με πρόσθετες δαπάνες το σύστημα υγείας, παραμελώντας την υγεία του. Με βάση αυτή την

αντίληψη σαν κύρια αρχή για τον σχεδιασμό συστημάτων υγείας, ενδέχεται, να σχεδιασθούν πολιτικές Υγείας που να προσανατολίζονται κυρίως σε λύσεις προβλημάτων μερίδας του πληθυσμού, αντί να στοχεύουν στην επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του, με αποτέλεσμα αυτοί που αποφασίζουν, πολλές φορές, να θεωρούν τα άτομα αποκλειστικά υπεύθυνα για την υγεία τους και να αποκλείουν κατηγορίες ατόμων (όπως: παχύσαρκοι, καπνιστές, αλκοολικοί και γενικότερα άτομα εξαρτημένα από ουσίες, κλπ) από υπηρεσίες υγείας. Αυτό οδηγεί στην εσφαλμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι έχουν τη δύναμη να σχεδιάζουν εξ' ολοκλήρου τη ζωή τους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τους προληψίμους κινδύνους και κατά συνέπεια, όταν αρρωσταίνουν, να θεωρούνται υπεύθυνοι και να στιγματίζονται ανάλογα (victim blaming). Μία τέτοια αντίληψη αντανακλάται και στην επιχειρούμενη αναθεώρηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) του Ην. Βασιλείου, σύμφωνα με την οποία κατά το τρέχον έτος, δόθηκε η κυβερνητική έγκριση στο "Leicester City Primary Care Trust" για να εξαιρέσει τους καπνιστές από τις λίστες αναμονής για εγχειρίσεις όπως οι αντικαταστάσεις ισχίων και η χειρουργική επέμβαση καρδιάς (www.Telegraph.co.uk, 2008).

## Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση Δεικτών Αξιολόγησης, στα πλαίσια μιας γενικής κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμο-

ζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων.

Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και των δεικτών, δεν πρέπει να γίνεται μόνο μέσα στα αυστηρά πλαίσια μιας στεγνής «τεχνοκρατικής» αντίληψης αλλά σε στενή και άμεση σχέση με τις σταθερές αξίες και πεποιθήσεις της κοινωνίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Cochrane Al., 1977. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Donabedian A., 1996. Evaluating the quality of medical care. Milb Mem Fd Quart 1996.

Moullin M., 2004. Eight essentials of performance measurement. Int. J Health Care Qual Assur.

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος Δελτίου Τύπου, 2004. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 1995- 2003- Προσοδωκόμενη ζωή χωρίς προβλήματα υγείας, Αθήνα.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν. Α., 2007. Οικονομικά της Υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 74.

Τούντας Γ., 1999. Υπηρεσίες υγείας, Διδακτικές σημειώσεις Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Δικτυακή πύλη για την Υγεία "www.nosokomia.gr", (2008): [http://www.nosokomia.gr/web/index.php?option=com\\_content&task=view&id=48&Itemid=70](http://www.nosokomia.gr/web/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=70)

Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, (2008): [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_in\\_the\\_eu/ec\\_health\\_indicators/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_el.htm)

Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, (2008): [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/ev20040705\\_rd09\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf)

Δικτυακή πύλη της "telegraph.co.uk" (2008): <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1574203/%27Patients-to-lose-weight-before-NHS-treatment%27.html>