

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ  
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ Η  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΣΥΝΘΕΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Ειρήνη Κιορπελίδη**

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

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ  
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ Η  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΣΥΝΘΕΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Ειρήνη Κιορπελίδη, Α.Μ.: ΟΔΥ/1726**

Επιβλέπων: Βοζίκης Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παν. Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**EFFICIENCY OF HEALTH CARE SYSTEMS: OVERVIEW OF  
EXISTING EVALUATION SYSTEMS AND PRESENTATION OF  
A NEW COMPLEX SYSTEM**

**Eirini Kiorpelidi**

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

Piraeus, Greece, 2019



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αθανάσιο Βοζίκη για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.*

*Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για τη στήριξή τους.*





## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Λέξεις-Κλειδιά:** αξιολόγηση συστημάτων υγείας, αποδοτικότητα συστημάτων υγείας, μεθοδολογία αξιολόγησης συστημάτων υγείας, Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, η σκοπιά των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται τεράστιες πιέσεις για αλλαγή και εκσυγχρονισμό, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, των νέων δαπανηρών θεραπευτικών και διαγνωστικών μέσων και της αλλαγής του νοσολογικού προφίλ. Ως απόρροια των παραπάνω, τα συστήματα υγείας καλούνται να μεγιστοποιήσουν την αποδοτικότητά τους, για να μπορέσουν να καλύψουν τις υφιστάμενες ανάγκες του πληθυσμού.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία έχουν προταθεί πολλαπλές μεθοδολογίες αξιολόγησης των συστημάτων υγείας. Ο στόχος των συγκριτικών αξιολογήσεων είναι να αναδειχθούν ποια συστήματα υγείας είναι πιο αποδοτικά και σε ποιους τομείς, ώστε να αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τα υπόλοιπα. Ακόμη και τα πλέον αποδοτικά συστήματα χρήζουν βελτίωσης. Είναι καίριας σημασίας, λοιπόν, η ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης και αξιόπιστης μεθοδολογίας αξιολόγησης.

Στην παρούσα μελέτη εκπονήθηκε μια επισκόπηση των υφιστάμενων μεθοδολογιών αξιολόγησης, με στόχο να προσδιοριστούν τα βασικά κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη σε αυτού του είδους τις συγκριτικές αξιολογήσεις, οι βαρύτητες που εφαρμόζονται σε αυτά, καθώς και η σκοπιά από την οποία εκτελούνται.

Στη συντριπτική πλειοψηφία των μεθοδολογιών που μελετήθηκαν, οι θεσμοί ή ειδικοί επιστήμονες είχαν τη θέση του αξιολογητή, ενώ η φωνή των ασθενών σπάνια λαμβάνεται υπόψη.

Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να καλύψει αυτό το κενό της απουσίας της γνώμης των ασθενών, προτείνοντας μια μεθοδολογία αξιολόγησης αποδοτικότητας για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Ευρώπης, στην οποία περιλαμβάνονται κριτήρια τα οποία στόχο έχουν να καλύψουν το μεγαλύτερο δυνατό εύρος όλων των πτυχών ενός συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης των ασθενών.

Η μεθοδολογία προτείνει 5 κατηγορίες κριτηρίων, οι οποίες περιλαμβάνουν υποκατηγορίες και δείκτες. Οι 5 κύριες κατηγορίες είναι η κατάσταση υγείας με συντελεστή βαρύτητας 0.30, οι υπηρεσίες συστήματος υγείας με συντελεστή 0.20, η ισότητα με συντελεστή 0.20, η χρηματοδότηση με συντελεστή 0.15 και η ικανοποίηση και τα δικαιώματα ασθενών με συντελεστή 0.15.

Στόχος της έρευνας είναι να εντοπίσει και να αναδείξει μέσω μιας ολοκληρωμένης μεθοδολογίας αξιολόγησης όλα τα αδύνατα και δυνατά σημεία κάθε συστήματος υγείας, για να μπορέσουν στη συνέχεια να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του.



# ABSTRACT

**Keywords: evaluation of health systems, efficiency of health systems, methodology of evaluation of health systems, European health systems, patients' view**

Over recent years, the health care systems in European countries have been under important pressures for change and modernization due to the aging of population, the new costly therapeutic and diagnostic tools and the changing nosological profile. As a result of the above, health systems are called upon to maximize their efficiency in order to be able to meet the existing needs of the population.

Multiple methodologies for evaluating health systems have been proposed in the world literature. The purpose of benchmarking is to identify which health systems are most efficient and in which areas to set an example for others. Even the most efficient systems need improvement. It is therefore crucial to have an integrated and reliable evaluation methodology.

The present study provides an overview of existing evaluation methodologies, aiming to identify which are the key criteria considered in this type of benchmarking, what weights are applied to them and the perspective from which they are performed.

In the vast majority of the evaluation methodologies studied, institutions or experts were the evaluators and the voice of patients is rarely taken into account in such comparative performance evaluations.

The present study intended to fill this gap in patients' lack of opinion by proposing a methodology for evaluating the efficiency of Europeans' healthcare systems that includes criteria that aim to cover the widest possible range of all aspects of a health system, including patients' satisfaction.

The current methodology suggests 5 categories of criteria, which include subcategories and indicators. The main 5 categories are the state of health care with weight equal to 0.30, the health care services with weight 0.20, equality with weight 0.20, the finance with weight 0.15 and the patient satisfaction and their rights with weight 0.15.

The aim of the research is to identify and highlight through an integrated evaluation methodology all the weaknesses and strengths of each health system, so that appropriate measures can be taken to improve its effectiveness and efficiency.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	3
1.1 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	6
1.2 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
1.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	12
2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
2.1 ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	17
2.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	34
2.2.1 ΕΡΕΥΝΑ WHO 2000 .....	38
2.2 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	41
3. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	49
3.1 Η ΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	51
2.2 EURO HEALTH CONSUMER INDEX .....	53
3.2.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ EURO HEALTH CONSUMER INDEX.....	55
3.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ EURO HEALTH CONSUMER INDEX .....	60
3.2.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ EHCI .....	63
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	73
4.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ.....	75
4.1.1 Κατάσταση υγείας .....	78
4.1.2 Υπηρεσίες συστήματος υγείας .....	85
4.1.3 Ισότητα.....	87
4.1.4 Χρηματοδότηση .....	88
4.1.5 Ικανοποίηση και δικαιώματα ασθενών.....	89
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95



## EΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1. Τα έξι δομικά στοιχεία ενός «πλήρους» συστήματος υγείας κατά τον ΠΟΥ (European public health) .....	3
Εικόνα 2. Λειτουργίες συστήματος υγείας (Murray & Frenk, 1999).....	4
Εικόνα 3. Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και φαρμάκου (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2018) .....	14
Εικόνα 4. Προτεινόμενο πλαίσιο για Δείκτες Ποιότητας Συστήματος Υγείας (Kelley & Hurst, 2006).....	22
Εικόνα 5. Παράγοντες αποτελεσματικότητας στην αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.....	36
Εικόνα 6. Σχέση μεταξύ της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και της αποδοτικότητας .....	38
Εικόνα 7. Αποτελέσματα EHCI 2017 .....	57
Εικόνα 8. Τα αποτελέσματα του EHCI των τελευταίων 9 ετών (2006-2016) (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017) .....	58
Εικόνα 9. Συνολική βαθμολογία EHCI 2017.....	63
Εικόνα 10. Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες στην Ευρώπη (2014) (EFPIA, 2016) .....	65
Εικόνα 11. «Χάρτης ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης» της Ευρώπης με βάση τις βαθμολογίες στο EHCI 2017.....	66
Εικόνα 12. «Περιοχή αναμονής» (κόκκινο) και «Περιοχή μη αναμονής» (πράσινο με βάση τα αποτελέσματα EHCI 2017 .....	67
Εικόνα 13. Κόστη για νοσηλευόμενους ασθενείς ως επί τοις % του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης (WHO HfA database, 2016) .....	69
Εικόνα 14. Δικαίωμα ασθενών σε δεύτερη γνώμη (HCP 2017) .....	70
Εικόνα 15. Δυνατότητα ασθενών να κλείνουν διαδικτυακά ραντεβού με τους επαγγελματίες υγείας.....	71
Εικόνα 16. Συστάσεις ΠΟΥ για εμβολιασμό ρουτίνας .....	82
Εικόνα 17. Δαπάνες υγείας στην ΕΕ ως % του ΑΕΠ. Πηγή: Eurostat (2016) .....	88





## ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Παράδειγμα δεικτών για αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας (European public health) .....	23
Πίνακας 2. Δείκτες μέτρησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη Δημόσια Υγεία....	24
Πίνακας 3. Οι 54 δείκτες του προγράμματος Euphoric (Euphoric).....	26
Πίνακας 4. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες στην αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας	29
Πίνακας 5. Βασικές αρχές για την προώθηση κοινών αξιών και αρχών σε ολόκληρη την Ευρώπη (Kilpeläinen, Aromaa, & ECHIM Core Group, 2008) .....	32
Πίνακας 6. Κατάλογος κριτηρίων European Community Health Indicators Monitoring (Kilpeläinen, Aromaa, & ECHIM Core Group, 2008) .....	34
Πίνακας 7. Η κατάταξη των συστημάτων υγείας βάση της αποτελεσματικότητάς τους (Bloomberg).....	37
Πίνακας 8. Σύνοψη διεθνών πλαισίων ΠΟΥ και ΟΟΣΑ για την απόδοση ενός συστήματος υγείας .....	43
Πίνακας 9. Απόδοση υπηρεσιών υγείας – Δομή.....	44
Πίνακας 10. Αποτελέσματα EHCI 2017 .....	55
Πίνακας 11. Κριτήρια EHCI 2017.....	62
Πίνακας 12. Μεταβλητές χρησιμοποιούμενες για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας (European Commission) .....	74
Πίνακας 13. Συγκριτικός πίνακας συντελεστών βαρύτητας προτεινόμενης μεθοδολογίας, EHCI 2017 και WHO 2000.....	77
Πίνακας 14. Ευρωπαϊκή ιστορική αναδρομή και πρόβλεψη βρεφικής θνησιμότητας για τα έτη 1950-2050.....	79



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να αναλύσει τις μεθόδους αξιολόγησης των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο, τόσο από τη σκοπιά των θεσμών όσο και από τη μεριά των ίδιων των ληπτών της φροντίδας υγείας, δηλαδή των ασθενών. Ακόμα, θα προταθεί ένα σύστημα αξιολόγησης των συστημάτων υγείας στο οποίο εμπλέκονται οι ασθενείς με ουσιαστικό τρόπο.

Τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο διαφέρουν σημαντικά στη δομή, την οργάνωση, τη λειτουργία, όπως και στην ποιότητα, στην αποτελεσματικότητα αλλά και στην ισότητα πρόσβασης των πολιτών σε αυτά. Όπως είναι αναμενόμενο, είναι εξαιρετικά δύσκολη η ανάπτυξη μιας μεθοδολογίας, η οποία να επιτρέπει την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση με ορόσημο εκείνη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2000, η οποία έχει κριθεί αρκετά από την παγκόσμια βιβλιογραφία, ωστόσο είναι η πρώτη μελέτη στην οποία αξιολογήθηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ τους τα συστήματα υγείας διαφορετικών χωρών.

Τα πράγματα περιπλέκονται ακόμη περισσότερο όταν προκύπτει το εύλογο ερώτημα «ποιος τελικά είναι σε θέση να κρίνει ένα σύστημα υγείας, οι αρμόδιοι φορείς ή οι ίδιοι οι ασθενείς;». Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν προσπάθειες αξιολόγησης και σύγκρισης των συστημάτων υγείας, με βάση τις εμπειρίες και απόψεις των ίδιων των πολιτών.

Στην έρευνα αυτή, ακόμη, θα συζητηθεί διεξοδικά το ζήτημα από ποια σκοπιά εν τέλει είναι προτιμότερο να αξιολογούνται τα συστήματα υγείας και θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα μελετών που έχουν διεξαχθεί και από τις δυο μεριές.

Τέλος, σε κάθε περίπτωση θα παρουσιαστούν οι χωρίς αμφισβήτηση αξίες που πρέπει να διέπουν κάθε σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική ευρωστία ή μη, που δύναται να χαρακτηρίζει κάθε χώρα.

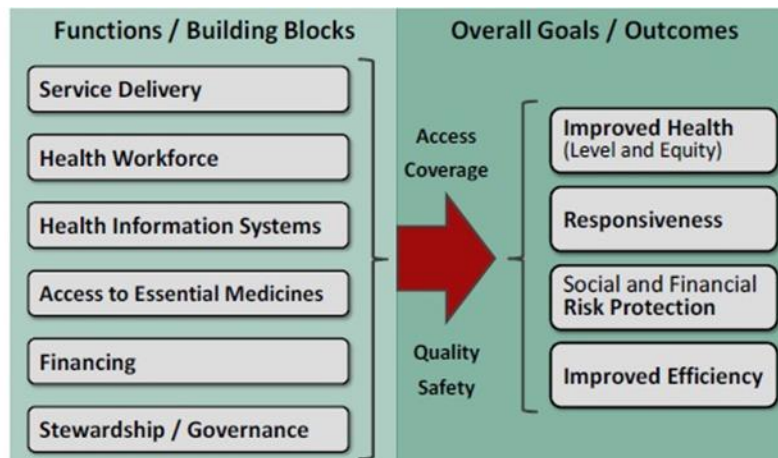


## 1. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ΠΟΥ, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλες τις οργανώσεις, τους ανθρώπους και τις δράσεις των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. (European public health) Ο στόχος ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού με τον αποτελεσματικότερο δυνατό τρόπο λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους και τις ανταγωνιστικές ανάγκες της κοινωνίας. Από την αρχή του εικοστού πρώτου αιώνα, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θεωρείται από τις περισσότερες χώρες και από τα Ηνωμένα Έθνη ως αγαθό που είναι απαραίτητο και βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. (WHO, Health systems) Υπάρχουν διάφορα είδη συστημάτων υγείας, τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια.

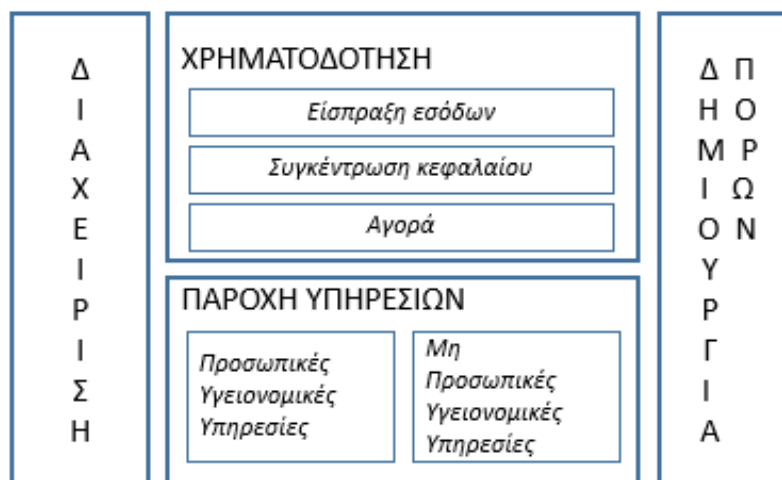
Σημαντική είναι και η διάκριση όσων αφορά στους ορισμούς μεταξύ συστήματος υγείας και συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως σύστημα υγείας νοούνται όλες οι δραστηριότητες και οι δομές που καθορίζουν ή επηρεάζουν την υγεία με την ευρύτερη έννοια της σε μια δεδομένη κοινωνία. Αυτό περιλαμβάνει επίσης τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Από την άλλη ως σύστημα υγειονομικής περίθαλψης νοείται η συνδυασμένη λειτουργία της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται υπό τον άμεσο έλεγχο των αναγνωρισμένων παραγόντων, ιδίως των υπηρεσιών υγείας. (European public health)

Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει ένα μοντέλο που αποτελείται από έξι δομικά στοιχεία. Συλλογικά, αυτά τα έξι δομικά στοιχεία αντιπροσωπεύουν το «πλήρες» σύστημα υγείας. Τα δομικά αυτά στοιχεία απεικονίζονται στο παρακάτω σχήμα:



Εικόνα 1. Τα έξι δομικά στοιχεία ενός «πλήρους» συστήματος υγείας κατά τον ΠΟΥ (European public health)

- **Παράδοση υπηρεσιών:** Αντιπροσωπεύει την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας είναι διαθέσιμες σε όποιον τις χρειάζεται, ανεξάρτητα από το πού και πότε χρειάζονται, με ελάχιστη απώλεια πόρων.
- **Υγειονομικό δυναμικό:** Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται, να είναι δίκαιο και αποτελεσματικό στην επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, αξιοποιώντας κατά το βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους και τις δεδομένες περιστάσεις. Πρέπει να υπάρχει επαρκής αριθμός και ποικιλία ικανών, παραγωγικών και ανταποκρινόμενων ιατρικών επαγγελματιών, κατανεμημένων δίκαια μεταξύ των κοινωνιών.
- **Σύστημα πληροφόρησης για την υγεία:** Ένα καλά λειτουργούν σύστημα πληροφοριών για την υγεία εξασφαλίζει την παραγωγή, ανάλυση, διάδοση και χρήση αξιόπιστων και ενημερωμένων πληροφοριών σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, την απόδοση του συστήματος υγείας και την κατάσταση υγείας.
- **Πρόσβαση στα βασικά φάρμακα:** Τα βασικά ιατρικά προϊόντα, τα εμβόλια και οι τεχνολογίες πρέπει να είναι δίκαια προσβάσιμες στον πληθυσμό. Αυτές οι ιατρικές προμήθειες πρέπει να είναι εγγυημένης ποιότητας, ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και οικονομικής απόδοσης.
- **Χρηματοδότηση:** Πρέπει να εξασφαλιστεί επαρκής χρηματοδότηση για την υγεία, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι πολίτες μπορούν να αποκτήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Οι πολίτες πρέπει να προστατεύονται από δυσανάλογες οικονομικές απώλειες, όταν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας.
- **Διαχείριση / Διακυβέρνηση:** Επίσης, ονομάζεται ηγεσία. Περιλαμβάνει την καθιέρωση στρατηγικών πλαισίων πολιτικής στα οποία εφαρμόζονται και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά η εποπτεία, η οικοδόμηση συνασπισμού, οι κατάλληλοι κανονισμοί και τα κίνητρα, καθώς και τα θέματα λογοδοσίας. (European public health)



Εικόνα 2. Λειτουργίες συστήματος υγείας (Murray & Frenk, 1999)

Ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες σε όλους τους ανθρώπους, όταν και όπου τις χρειάζονται. Η ακριβής διαμόρφωση των υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις απαιτεί έναν ισχυρό μηχανισμό χρηματοδότησης, ένα καλά εκπαιδευμένο και επαρκώς αμειβόμενο εργατικό δυναμικό, αξιόπιστες πληροφορίες βάσει των οποίων θα βασίζονται οι αποφάσεις και οι πολιτικές, καλά συντηρημένες εγκαταστάσεις και επάρκεια ποιοτικών φαρμάκων και τεχνολογιών. (WHO, Health systems)

Ένα σύστημα υγείας έχει γενικά ως στόχο τρεις άξονες: την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, την ταχύτητα απόκρισης και την ισότητα. (WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000) Ο βαθμός επίτευξης των στόχων αυτών συνδέεται με την συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η ανάλυση της αποτελεσματικότητας καθορίστηκε από τον Pareto, κατά τον οποίο η βέλτιστη κατανομή των πόρων είναι εκείνη για την οποία δεν υπάρχει κάποια εναλλακτική, όπου θα βελτίωνε τη θέση κάποιων ανθρώπων, χωρίς να ζημίωνε την θέση κάποιων άλλων. (Begg, 2003)

Υπό το πρίσμα αυτό, η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας είναι πολυδιάστατη και περίπλοκη έννοια, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί σε μακροοικονομικό επίπεδο - το επίπεδο του συστήματος υγείας, ή μικροοικονομικό επίπεδο - η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (ως μονάδες). Αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας σημαίνει αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα ή κερδοφορία από οικονομική άποψη - σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων και των δαπανών. (Bem, Ucieklak-Jeż, & Prędkiewicz, 2014)

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας. Οι αποτελεσματικοί νόμοι και ένα αποδεκτό νομικό περιβάλλον είναι απαραίτητα στοιχεία για μια υγιή κοινωνία. Οι περισσότερες προκλήσεις της δημόσιας υγείας - από μολυσματικές και μη μεταδοτικές ασθένειες έως τραυματισμούς, από ψυχικές ασθένειες έως καθολική υγειονομική κάλυψη - έχουν νομική συνιστώσα. Τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο, ο νόμος είναι ένα ισχυρό εργαλείο για την προώθηση του δικαιώματος στην υγεία. (WHO, Advancing the right to health: the vital role of law , 2016)

Η καλή υγεία είναι απαραίτητη για τη βιώσιμη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και τη μείωση της φτώχειας. Η πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας. Ταυτόχρονα, οι άνθρωποι πρέπει να προστατεύονται από το να ωθούνται στη φτώχεια λόγω του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.

Η καθολική υγειονομική κάλυψη ορίζεται ως η εξασφάλιση ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας (συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της προώθησης, της θεραπείας, της αποκατάστασης και της ανακούφισης) επαρκούς ποιότητας, για να είναι αποτελεσματικές, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι η χρήση αυτών των υπηρεσιών δεν εκθέτει τον χρήστη σε οικονομικό κίνδυνο. Ως εκ τούτου, η καθολική κάλυψη υγείας έχει καταστεί κύριος στόχος για τη μεταρρύθμιση της υγείας σε πολλές χώρες και πρωταρχικός στόχος του ΠΟΥ. (WHO, Universal health coverage)

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή. Πρώτα από όλα, η γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού με την προτεινόμενη μέση διάρκεια ζωής και η αλλαγή του νοσολογικού προτύπου με την αύξηση της συχνότητας των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων επηρεάζουν άμεσα τη μορφή των συστημάτων υγείας. Επίσης, η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών, καθώς και της πληροφορικής, σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών, λειτουργούν καταλυτικά στην αύξηση της ζήτησης και των δαπανών για την υγεία σε ένα όμως

περιβάλλον περιορισμένων κοινωνικών πόρων. (Τούντας, Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, 2003)

Τα συστήματα υγείας παρέχουν ασφάλεια έναντι μεγάλων κινδύνων για τη ζωή: “Όχι συχνά, αλλά μερικές φορές, είναι θέμα ζωής και θανάτου. Συνήθως αντιπροσωπεύει ένα ισχυρό μέσο για την ανακούφιση του άγχους, της δυσφορίας, και της ανικανότητας που προέρχεται από μια ασθένεια ή από την κακή υγεία”. (Freeman & Moran, 2000) Όταν μελετάται το πώς η προστασία κατά των ασθενειών έχει θεσμοθετηθεί σε διαφορετικές χώρες, τα συστήματα υγείας συχνά διακρίνονται σύμφωνα με την κύρια πηγή χρηματοδότησής τους. (Wendt C. , 2009)

Ως απάντηση στα νέα αυτά δεδομένα, τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών έχουν προχωρήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντικές αλλαγές, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 μεγάλες κατηγορίες: στη διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, στην ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών, στην αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης.

Βέβαια, σε κάθε χώρα, οι αλλαγές που συντελούνται και οι συγκεκριμένες απαντήσεις που δίνονται στα προβλήματα και τα αιτήματα των καιρών, διαφέρουν, γιατί κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Διαφορές στο σχεδιασμό, στο περιεχόμενο και στη διαχείριση των συστημάτων υγείας μεταφράζονται σε διαφορές σε μια σειρά αποτελεσμάτων, όπως στην ανταπόκριση και τη δικαιοσύνη. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα πρέπει να ποσοτικοποιήσουν αυτές τις διαφορές των επιδόσεων, να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν και τελικά να διατυπώσουν πολιτικές που θα επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα. Επιδόσεις των επιμέρους στοιχείων των συστημάτων, όπως οι περιφέρειες εντός των χωρών ή οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρέπει επίσης να αξιολογηθούν. (Murray & Frenk, 1999)

## 1.1 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας: *το ιδιωτικό, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης*. Το ιδιωτικό σύστημα λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές. Το κρατικό σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού (μοντέλο Beveridge για τα εθνικά συστήματα υγείας και μοντέλο Semashko για τα κρατικοποιημένα συστήματα στα σοσιαλιστικά καθεστώτα). Η τρίτη κατηγορία, των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στην ύπαρξη διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων για την «αγορά» δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (μοντέλο Bismark).

Οι ιατροί στα ασφαλιστικά μοντέλα τύπου Bismark πληρώνονται, κατά κανόνα, κατά πράξη, ενώ στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge με μισθό. Βέβαια, και στα δύο μοντέλα η ιδιωτική ιατρική ασκείται περισσότερο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και λιγότερο στα νοσοκομεία. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις συναντώνται συνδυασμοί των τριών βασικών συστημάτων πληρωμής (μισθός, κατά κεφαλή, κατά πράξη), προκειμένου να αξιοποιηθούν τα



πλεονεκτήματα του κάθε τρόπου. Έχει διαπιστωθεί ότι η πληρωμή κατά κεφαλή και οι μισθοί βοηθούν στον έλεγχο της κατανάλωσης και στη συγκράτηση του κόστους, ενώ η πληρωμή κατά πράξη συνδέεται με πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου. (Τούντας, Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών, 2003)

Στη μελέτη Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare (Wendt C. , 2009) υποστηρίζεται ότι οι συγκρίσεις που βασίζονται σε γενικές οργανωτικές και οικονομικές αρχές, δεν επαρκούν για την καλύτερη κατανόηση των συστημάτων υγείας. Δεδομένου ότι ο σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η παροχή φροντίδας σε όσους την έχουν ανάγκη, οι συγκρίσεις πρώτα και κύρια πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή της φροντίδας υγείας, καθώς και στο πως επιτυγχάνεται η πρόσβαση στους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Μια μελέτη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ, κατηγοριοποίησε τα συστήματα υγείας με κριτήρια την *κάλυψη*, τη *χρηματοδότηση* και την *ιδιοκτησία*. (OECD, Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD countries, 1987) Οι Frenk και Donabedian πρότειναν μια τυπολογία της κρατικής παρέμβασης στην ιατρική περίθαλψη που βασίζεται στη μορφή του κρατικού ελέγχου επί της παραγωγής ιατρικής περίθαλψης και τη βάση για την ευελιξία δυνατότητας επιλογής του πληθυσμού. (Frenk & Donabedian, 1987)

Ένα εννοιολογικό πλαίσιο που συστηματικά συνδυάζει τις διαστάσεις της χρηματοδότησης, την παροχή υπηρεσιών και τη διακυβέρνηση έχει εισαχθεί από τον Moran. (Moran, Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany, 1999) (Moran , Understanding the Welfare State: the Case of Health Care, 2000) Η έννοια "κατάστασης υγειονομικής περίθαλψης" αποτελείται από τρεις συνιστώσες: την *κατανάλωση*, την *πρόβλεψη* και την *παραγωγή*. Αναφερόμενος στην τυπολογία του Moran, ο Wendt et al. (Wendt & Kohl, 2009) (Wendt, Frisina, & Rothgang, 2009) πρότεινε το συνδυασμό των συνιστωσών της *χρηματοδότησης*, της *παροχής υπηρεσιών* και του *κανονισμού λειτουργίας με το επίπεδο συμμετοχής των κρατικών φορέων, των μη κυβερνητικών φορέων και της αγοράς*. Το αποτέλεσμα είναι μια ταξινόμηση 27 συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, από τα οποία τα τρία μπορούν να χαρακτηριστούν ως «ιδανικοί τύποι». (Wendt C. , 2009)

## 1.2 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγειονομική περίθαλψη ορίζεται ως ο συνδυασμός της δημόσιας υγείας και των εξατομικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Ένα σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων και παραγόντων που ως βασικό στόχο έχουν τη βελτίωση της υγείας μέσω της παροχής δημόσιων και εξατομικευμένων ιατρικών υπηρεσιών.

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν καταβάλει διάφορες προσπάθειες για τη διαχείριση των προβλημάτων τους. Πολλές προσπαθούν να μετρήσουν και να αυξήσουν την παραγωγικότητα των συστημάτων υγείας τους μέσω της μέτρησης των επιδόσεων τους. Ως αποτέλεσμα έχουν δημιουργηθεί και προταθεί πολλοί δείκτες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Όπως είναι αναμενόμενο, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ποιότητα. (Kelley & Hurst, 2006)

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους πρέπει να φροντίσουμε για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ένας είναι ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για τους ανθρώπους σε σχέση με τα περισσότερα άλλα αγαθά ή υπηρεσίες και επομένως, υπάρχει έντονη ανάγκη να διασφαλιστεί ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί όσο το δυνατόν καλύτερα. Οι συνέπειες της κακής ποιότητας μπορεί να είναι τρομερές. Ένας άλλος λόγος είναι ότι ατομικά και συλλογικά δαπανούνται πολλά για την υγειονομική περίθαλψη (και την ασφάλιση υγείας για να μετριάσουμε την αβεβαιότητα) και το κόστος αυτό αυξήθηκε πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με άλλους τομείς της οικονομίας. (Claxton, Gonzales, Kamal, & Levitt, 2015)

Η ποιότητα της περίθαλψης μπορεί να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνουν για τα άτομα και τους πληθυσμούς να αυξήσουν τις πιθανότητες επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και να είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές εξελίξεις». Αυτό υπογραμμίζει το βασικό στόχο της υγειονομικής περίθαλψης που δεν είναι άλλος από την καλή υγεία. Πρώτον, η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παράγει αποτελέσματα που επιθυμούν οι ασθενείς, τα άτομα μεμονωμένα θα διαφέρουν ως προς τις προτιμήσεις τους για διαφορετικές επιλογές θεραπείας. Δεύτερον, παράγοντες πέραν του ελέγχου των μεμονωμένων παρόχων και φορέων, οι οποίοι δύνανται να επηρεάσουν το τελικό αποτέλεσμα υγείας, όπως είναι οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι. Στη συνέχεια, θα αναλυθούν κάποιες διαστάσεις, η μέτρηση των οποίων δύναται να προσδιορίσει την ποιότητα των συστημάτων υγείας. (Kelley & Hurst, 2006)

Οι διαστάσεις των επιδόσεων της υγειονομικής περίθαλψης είναι εκείνες που μπορούν να προσδιοριστούν, κατά προτίμηση είναι μετρήσιμες και περιγράφουν ιδιότητες του συστήματος που σχετίζονται με τη λειτουργία του και τη διατήρηση, την αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας. (Kelley & Hurst, 2006)

Διαφορές στο σχεδιασμό, στο περιεχόμενο και στη διαχείριση των συστημάτων υγείας μεταφράζονται σε διαφορές σε μια σειρά αποτελεσμάτων, όπως στην ανταπόκριση και στη δικαιοσύνη. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα πρέπει να ποσοτικοποιήσουν αυτές τις διαφορές των επιδόσεων, να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν και τελικά να διατυπώσουν πολιτικές που θα επιτύχουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Επιδόσεις των επιμέρους στοιχείων των συστημάτων, όπως οι περιφέρειες εντός των χωρών ή οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρέπει επίσης να αξιολογούνται. (Murray & Frenk, 1999)

Στη συνέχεια περιγράφονται οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες διαστάσεις για να περιγράψουν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Μια βασική διάσταση απόδοσης είναι η αποτελεσματικότητα, που αποτελεί το βαθμό επίτευξης της επιθυμητής απόδοσης, λαμβάνοντας υπόψη τη σωστή παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης βάσει τεκμηρίων σε όλους όσους θα μπορούσαν να ωφεληθούν, αλλά όχι σε εκείνους που δεν θα ωφεληθούν. (The National Quality Measures Clearinghouse™, 2004) (Arah O. , Klazinga, Delnoij, ten Asbroek, & Custers, 2003) (WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000)

Ο Donabedian τονίζει ότι η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται πραγματικά βελτιώσεις στην υγεία (Donabedian, An Introduction to Quality Assurance in Health Care) (Donabedian, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment) Ο Juran και άλλοι συντάκτες αναφέρουν την αποτελεσματικότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι διαδικασίες καταλήγουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, χωρίς λάθη. (Juran & Godfrey)

Η διάσταση της ασφάλειας περιγράφει το βαθμό στον οποίο οι διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης αποφεύγουν, αποτρέπουν και βελτιώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα ή τις επιπλοκές που προέρχονται από τις διαδικασίες της ίδιας της υγειονομικής περίθαλψης. (National Patient Safety Foundation, 2000) Η ασφάλεια είναι μια διάσταση που συνδέεται στενά με την αποτελεσματικότητα, αν και διακριτή, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη των ακούσιων ανεπιθύμητων ενεργειών για τους ασθενείς.

Η αποκρισιμότητα αναφέρεται στο πώς ένα σύστημα αντιμετωπίζει τους ανθρώπους, για να ανταποκριθεί στις νομοθετημένες προσδοκίες τους σε σχέση με μη υγειονομικές παραμέτρους. (WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000) Ένας άλλος όρος που συχνά χρησιμοποιείται συνώνυμα με την αποκρισιμότητα είναι η επικέντρωση στον ασθενή. Η επικέντρωση στον ασθενή είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα πραγματικά λειτουργεί με την τοποθέτηση του ασθενούς/χρήστη στο επίκεντρο της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης και συχνά αξιολογείται με βάση τις εμπειρίες των ασθενών για την περίθαλψη τους. Αυτή η εμπειρία φροντίδας αναφέρεται στη φροντίδα και την κατανόηση που θα πρέπει να χαρακτηρίζει τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Η έμφαση δίνεται στην αναφορά του ασθενούς για την εμπειρία του σε συγκεκριμένες πτυχές της περίθαλψης και υπερβαίνει τη γενική ικανοποίηση ή τη γνώμη του σχετικά με την επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας.

Η προσβασιμότητα είναι η ευκολία με την οποία επιτυγχάνονται οι υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση μπορεί να είναι φυσική, οικονομική ή ψυχολογική, και απαιτεί οι υπηρεσίες υγείας να είναι a priori διαθέσιμες.

Η ισότητα είναι μια διάσταση που συνδέεται στενά με την πρόσβαση, αν και χρησιμοποιείται επίσης ως μέτρο για την αξιολόγηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και των αποτελεσμάτων/κατάστασης υγείας. Η ισότητα καθορίζει τον βαθμό στον οποίο ένα σύστημα ασχολείται με όλους τους πολίτες. Η ισότητα, στο πλαίσιο αυτό, ασχολείται με τη διανομή της υγειονομικής περίθαλψης και τα οφέλη της στους πολίτες.

Η αποδοτικότητα είναι η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων από το σύστημα για να αποφέρει τα μέγιστα οφέλη ή αποτελέσματα. Αναφέρεται στην ικανότητα του συστήματος να λειτουργεί με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, χωρίς να μειώνεται η δυνατότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων. (Donabedian, An Introduction to Quality Assurance in Health Care) Οι προηγούμενες μελέτες του ΟΟΣΑ χρησιμοποιούσαν τους όρους «μακροοικονομική» και «μικροοικονομική» αποδοτικότητα. Η μακροοικονομική απόδοση αναφέρεται στη συνολική κατανομή των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών στο σύστημα υγείας, δηλαδή το αν οι συνολικές δαπάνες για την υγεία βρίσκονται στο επιθυμητό επίπεδο. Σε μερικά από τα εθνικά πλαίσια, η μακροοικονομική απόδοση ορίζεται εναλλακτικά ως «βιωσιμότητα» ή «οικονομική προσιτότητα». Η μικρο-αποδοτικότητα αναφέρεται στην αξία που επιτυγχάνεται σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους, δηλαδή το αν είναι το σύστημα υγείας όσο το δυνατόν πιο αποδοτικό υπό το πρίσμα των εισροών του συστήματος και των επιθυμητών εκροών.

Παρακάτω αναλύονται οι λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενες διαστάσεις. Το γεγονός ότι είναι λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενες δε σημαίνει ότι οι διαστάσεις αυτές είναι ασήμαντες. Αντίθετα, πολλές από αυτές είναι πολύ σημαντικές και μπορεί να έχουν ακόμα και πρωταρχική σημασία. Ωστόσο, σε όλες τις περιπτώσεις, αυτές οι διαστάσεις μπορούν να θεωρηθούν ότι σχετίζονται ή υπάγονται σε κάποια άλλη, πιο συχνά χρησιμοποιούμενη διάσταση.

Η αποδοχή σημαίνει συμμόρφωση με τις ρεαλιστικές επιθυμίες και προσδοκίες των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης και των οικογενειών τους. (Donabedian, An Introduction to Quality

Assurance in Health Care) Αυτή η διάσταση παρουσιάζεται συχνότερα ως μέρος της επικέντρωσης στον ασθενή.

Η καταλληλότητα, ως διάσταση απόδοσης, είναι ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται με τις κλινικές ανάγκες, λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες καλύτερες πρακτικές. Αυτή η διάσταση συχνά παρουσιάζεται ως μέρος της αποτελεσματικότητας.

Η επάρκεια ή ικανότητα αξιολογεί το βαθμό στον οποίο το προσωπικό του συστήματος υγείας έχει την κατάρτιση και τις ικανότητες αξιολόγησης, θεραπείας και επικοινωνίας με τους ασθενείς. Υπάρχουν πολλές πιθανές πτυχές επάρκειας στο πλαίσιο αυτό, συμπεριλαμβανομένης της τεχνικής επάρκειας καθώς και της κατάλληλης νοοτροπίας. Αυτή η διάσταση, όσον αφορά στην εκτίμησή της, θεωρείται ότι συμπεριλαμβάνεται στην αποτελεσματικότητα.

Η συνέχεια αφορά την έκταση στην οποία η υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένους ασθενείς, με την πάροδο του χρόνου, συντονίζεται μεταξύ παρόχων και φορέων. Ενώ υπάρχουν μέτρα κλινικής συνέχειας που χρησιμοποιούνται σε εθνικό επίπεδο (όπως το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη που λαμβάνουν συνεχή θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατά την οξεία φάση), η πλειονότητα των μέτρων αφορούν την εμπειρία των ασθενών. Επομένως, αυτή η διάσταση συχνά παρουσιάζεται ως μέρος της επικέντρωσης στον ασθενή.

Η έγκαιρη θεραπεία είναι μια σχετική έννοια που χρησιμοποιείται σε πολλά πλαίσια χωρών και αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο οι ασθενείς είναι σε θέση να λάβουν άμεσα φροντίδα (IOM, 2001). Περιλαμβάνει τόσο την έγκαιρη πρόσβαση στη φροντίδα και όσο και το συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν κλινικά στοιχεία μέτρησης, για να διαπιστωθεί αν η φροντίδα ήταν έγκαιρη, όπως είναι το χρονικό διάστημα από την εισαγωγή για καρδιακή προσβολή μέχρι τη χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας. Σε πολλές χώρες, αυτή η διάσταση συνδέεται, επίσης, με την επικέντρωση στον ασθενή. (Kelley & Hurst, 2006)

### 1.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι τρεις κύριοι στόχοι ενός συστήματος υγείας, όπως έχει αναφερθεί και όπως έχει αξιολογηθεί από τον ΠΟΥ, είναι η *προαγωγή της υγείας*, η *αποκρισσιμότητα του συστήματος* και η *ισότητα στη λήψη και στην οικονομική συμμετοχή στις υπηρεσίες υγείας*. Κάθε σύστημα πρέπει να έχει ως κυρίαρχους στόχους την επίτευξη των παραπάνω.

Εάν τα συστήματα υγείας δεν συνέβαλαν στη βελτίωση της υγείας, θα επιλέγαμε απλά να μην τα έχουμε. Η υγεία του πληθυσμού θα πρέπει να αντανάκλα την υγεία των ατόμων σε όλη την πορεία της ζωής τους, περιλαμβάνοντας τόσο την πρόωρη θνησιμότητα όσο και τα μη θανατηφόρα αποτελέσματα υγείας. Σημαντικό είναι το μέσο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η διανομή της υγείας, δηλαδή οι πιθανές ανισότητες ως προς την πρόσβαση στην υγεία.

Ο δεύτερος εγγενής στόχος, η ενίσχυση της αποκρισσιμότητας, αφορά στην εκπλήρωση των προσδοκιών για τη βελτίωση των μη υγειονομικών παραμέτρων που σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Προτείνεται η αποκρισσιμότητα να σχετίζεται με το σεβασμό στον ασθενή και τον προσανατολισμό του συστήματος σε αυτόν. Ο σεβασμός στον ασθενή περιλαμβάνει τα στοιχεία της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας, της εμπιστευτικότητας και γενικά την ηθική διάσταση της

αλληλεπίδρασης των ατόμων με το σύστημα. Ο προσανατολισμός στον ασθενή περιλαμβάνει τα τελευταία τέσσερα στοιχεία, τα οποία αποτελούν μείζονα στοιχεία της ικανοποίησης των ασθενών και δεν σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας τους.

Πολύ σημαντικά στοιχεία είναι τα παρακάτω:

- Ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ατόμου,
- Ο σεβασμός στο δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν την υγεία του,
- Ο σεβασμός στην εχεμύθεια,
- Η κατάλληλη προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς,
- Οι βασικές ανέσεις (όπως η καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων),
- Η πρόσβαση σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης για άτομα που λαμβάνουν περίθαλψη,
- Η επιλογή του ιδρύματος και του ατόμου που παρέχει φροντίδα.

Ο τρίτος στόχος των συστημάτων υγείας είναι επίσης ένας από τους κοινούς στόχους για όλα τα συστήματα, δηλαδή η δίκαιη χρηματοδότηση και η προστασία των νοικοκυριών από χρηματοοικονομικούς κινδύνους. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσει δύο βασικές προκλήσεις, ώστε να είναι δίκαιη. Πρώτον, τα νοικοκυριά δεν πρέπει να εξαθλιωθούν ή να πληρώνουν υπερβολικό ποσοστό του εισοδήματός τους για την απόκτηση της αναγκαίας υγειονομικής φροντίδας. Δεύτερον, οι οικονομικά ασθενέστεροι θα πρέπει να πληρώνουν λιγότερα για το σύστημα υγείας, σε σχέση με όσους έχουν υψηλότερα εισοδήματα. Οι συνεισφορές, λοιπόν, για το σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι αναλογικές με τις δυνατότητες των πολιτών.

Η βιωσιμότητα της χρηματοδότησης της υγείας μπορεί να επωφεληθεί από την ευρεία αποδοχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, στη βάση της οποίας απαιτείται από όλους να συμβάλουν με ένα δίκαιο μερίδιο.

Το επίπεδο επίτευξης των στόχων για τη βελτίωση της υγείας και την αποκρισιμότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ποιότητα του συστήματος υγείας. Η δικαιοσύνη στην κατανομή της υγείας, η αποκρισιμότητα και η οικονομική επιβάρυνση είναι βασικές συνιστώσες της ισότητας του συστήματος υγείας. Όπως και με την ποιότητα, η ισότητα αποτελεί στόχο του συστήματος και όχι αντικείμενο μέτρησης.

Μια τρίτη έννοια είναι η αποδοτικότητα. Η αποδοτικότητα είναι το πόσο καλά επιτυγχάνουμε τον κοινωνικά επιθυμητό συνδυασμό των πέντε συστατικών των τριών στόχων σε σύγκριση με τους διαθέσιμους πόρους.

Οι κοινωνίες αναπόφευκτα θα διαφέρουν ως προς τη βαρύτητα που προσδίδουν στις πέντε συνιστώσες. Παρόλα αυτά, πιστεύουμε ότι για τους σκοπούς της παγκόσμιας σύγκρισης, θα είναι χρήσιμο να αναπτυχθεί μια ενιαία στάθμιση, έτσι ώστε αυτό το σύνθετο μέτρο του επιδιωκόμενου στόχου του συστήματος υγείας, να μπορεί να υπολογιστεί καθώς όπως και η αποδοτικότητα.

Οποιαδήποτε συστηματική προσπάθεια κατανόησης της απόδοσης των συστημάτων υγείας πρέπει να περιλαμβάνει μελέτη των παραγόντων που ενδεχομένως το εξηγούν. Σε κάθε σύστημα υγείας, οι οργανισμοί πρέπει να εκτελούν τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη χρηματοδότηση, την παροχή, τη διαχείριση και την ανάπτυξη πόρων (ανθρώπινη, φυσική και γνωσιακή). Κάθε σύστημα υγείας αντιμετωπίζει τα βασικά προβλήματα του σχεδιασμού, της

εφαρμογής, της αξιολόγησης και της μεταρρύθμισης των οργανισμών και των ιδρυμάτων που δραστηριοποιούνται. (Murray & Frenk, 1999)

#### ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι κρίσιμη για την επίτευξη της καθολικής υγειονομικής κάλυψης. Τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη συνεχώς αυξάνονται με αποτέλεσμα οι συνολικές δαπάνες να έφτασαν το 2010, κατά μέσο όρο για τις χώρες του ΟΟΣΑ, πάνω από το 9% του ΑΕΠ, αν και με ευρεία διακύμανση μεταξύ των χωρών. Ωστόσο, οι χώρες που ξοδεύουν τα περισσότερα, δεν είναι αναγκαστικά εκείνες με τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των δαπανών. (OECD, Health care systems: Getting more value for money, 2010)

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη πρέπει να γίνουν πιο αποτελεσματικές. Διαφορετικά, η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη θα υπονομεύει τα δημόσια οικονομικά. Η πρόσφατη κρίση και ο αντίκτυπός της στους δημόσιους προϋπολογισμούς αύξησαν τις πιέσεις για μεταρρύθμιση και την κατέστησαν επείγουσα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ότι ο ΟΟΣΑ εκτιμά ότι οι δαπάνες δημόσιας υγείας θα μπορούσαν να αυξηθούν κατά 3,5 έως 6 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ έως το 2050 σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. (OECD, Health care systems: Getting more value for money, 2010)

Οι χρηματοδοτικοί μοχλοί για την προσέγγιση της παγκόσμιας κάλυψης υγείας βασίζονται σε τρεις αλληλένδετους τομείς:

- τη συγκέντρωση κεφαλαίων για την υγεία,
- τη μείωση των οικονομικών φραγμών στην πρόσβαση, μέσω της προπληρωμής και της μετέπειτα συγκέντρωσης κεφαλαίων σε σχέση με τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές,
- την κατανομή ή τη χρησιμοποίηση κεφαλαίων κατά τρόπο που να προωθεί την αποτελεσματικότητα και την ισότητα.

Οι εξελίξεις σε αυτούς τους βασικούς τομείς χρηματοδότησης της υγείας θα καθορίσουν το εάν υπάρχουν υπηρεσίες υγείας και είναι διαθέσιμες για όλους και αν οι άνθρωποι μπορούν να αντέξουν οικονομικά να τις χρησιμοποιήσουν όταν τις χρειάζονται. (WHO, Health systems financing)

Η χρηματοδότηση του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης είναι πρόκληση απαιτώντας δύσκολες διαπραγματεύσεις για τις οικογένειες και τις κυβερνήσεις και όσοι πληρώνουν τους λογαριασμούς θέλουν να μάθουν το εάν η αξία ανταποκρίνεται στο κόστος. (Claxton, Gonzales, Kamal, & Levitt, 2015)

Συνοπτικά, η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας αφορά στη διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές, συγκεντρώνονται και κατανέμονται σε συγκεκριμένες δραστηριότητες συγκεκριμένων παρόχων. Στη συνέχεια περιγράφονται τα στάδια της χρηματοδότησης:

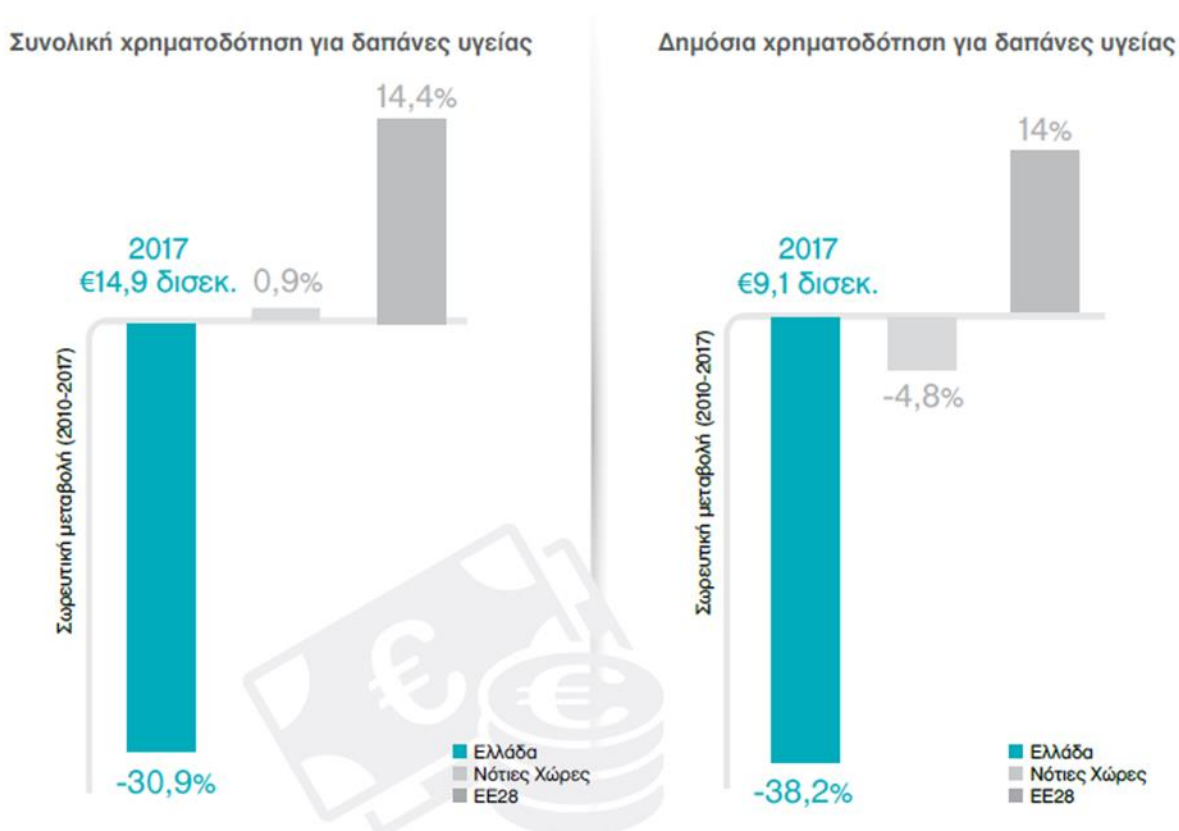
- *Συλλογή εσόδων.* Τα κεφάλαια μπορούν να συλλεχθούν μέσω οκτώ βασικών μηχανισμών: τις ιδιωτικές πληρωμές, την εθελοντική ασφάλιση με βάση το εισόδημα, την προαιρετική ασφάλιση με αξιολόγηση κινδύνου, την υποχρεωτική ασφάλιση, τους γενικούς φόρους, τους ειδικούς φόρους, τις δωρεές από μη κυβερνητικές οργανώσεις και τις μεταβιβάσεις από δωρητές.
- *Συγκέντρωση εσόδων.* Η συγκέντρωση των κεφαλαίων αφορά στη συσσώρευση εσόδων για το «κοινό καλό». Πράγματι, η συγκέντρωση σημαίνει ότι οι οικονομικοί πόροι στην ομάδα δεν είναι πλέον συνδεδεμένοι με ένα συγκεκριμένο συνεισφέροντα. Στη γλώσσα της ασφάλισης, η συγκέντρωση σημαίνει ότι οι συνεισφέροντες μοιράζονται τον οικονομικό κίνδυνο. Η συγκέντρωση ξεχωρίζει από τη συλλογή εσόδων, καθώς μερικοί μηχανισμοί είσπραξης εσόδων, όπως οι λογαριασμοί ιατρικής αποταμίευσης, δεν μοιράζονται χρηματοοικονομικούς κινδύνους με όλους τους συνεισφέροντες.
- *Τοποθέτηση εσόδων.* Η τοποθέτηση εσόδων μπορεί να κυμαίνεται από κατάρτιση προϋπολογισμών σε δημόσια συστήματα, όπου η κυβέρνηση εισπράττει τα έσοδα μέσω της γενικής φορολογίας και τα κατανέμει σε προγράμματα και εγκαταστάσεις για τις δαπάνες προσωπικού και άλλα κόστη, σε πιο περίπλοκες στρατηγικές όπου κοστολογούνται συγκεκριμένες μονάδες από εισροές, εκροές και αποτελέσματα. (Murray & Frenk, 1999)

Η σημασία του τρόπου χρηματοδότησης για ένα σύστημα υγείας είναι τόσο καίρια, ώστε σε μερικές συγκριτικές μελέτες, θεωρείται ως ο κύριος ή ακόμα και ο μοναδικός δείκτης για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας. (Mossialos & Dixon) Το ποσοστό της κρατικής χρηματοδότησης μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης της δύναμης μεσολάβησης της πολιτείας.

Η υπόθεση ότι η ικανότητα σταθεροποίησης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγαλύτερη όσο υψηλότερο είναι το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης υποστηρίζεται από το γεγονός ότι σήμερα υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ Συνολικών Δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του μεριδίου της δημόσιας χρηματοδότησης. (Wendt & Kohl, 2009) Όσον αφορά στην πρόσβαση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης δείχνει σε ποιο βαθμό θεωρείται κρατική ευθύνη η εγγύηση της πρόσβασης στην περίθαλψη όσων το έχουν ανάγκη. Για τον ασθενή, ένας δεύτερος δείκτης, υψίστης σημασίας (ειδικά όσον αφορά την πρόσβασή στην υγειονομική περίθαλψη), που σχετίζεται με τις διαστάσεις χρηματοδότησης είναι το επίπεδο των ιδιωτικών πληρωμών (μετρούμενο ως ποσοστό των Συνολικών Δαπανών Υγείας). Διάφορες μελέτες (Rice & Morrison, 1994), (Thomson & Mossialos, 2004), (Van Doorslaer & Koolman, Explaining the Differences in Income-related Health Inequalities across European Countries, 2004), (Van Doorslaer, Masseria, & Koolman, Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries, 2006) έχουν δείξει πως η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών μειώνουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξάνουν τις ανισότητες.

Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για το άτομο σε περίπτωση ασθένειας και ως εκ τούτου, ειδικά για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος, τόσο μεγαλύτερα τα εμπόδια στην είσοδο του συστήματος υγείας. (Wendt C. , 2009)

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα σύνδεσης της οικονομίας μιας χώρας και των δαπανών υγείας, είναι η Ελλάδα, καθώς κατά τα χρόνια της κρίσης. σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΣΦΕΕ, η συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας υποχώρησε κατά -30,9% την περίοδο 2010-2017 (+0,9% στις Νότιες χώρες, +10,0% στην ΕΕ ), και διαμορφώθηκε στα 14,9 δισεκ. € το 2017 (8,4% του ΑΕ Π). Η δημόσια χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας μειώθηκε κατά -38,2% (+4,8% στις Νότιες χώρες, +14,0% στην ΕΕ ) την ίδια περίοδο, και διαμορφώθηκε στα 9,1 δισεκ.€ το 2017 (5,1% του ΑΕΠ). Η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση των δαπανών για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα, όπου η ιδιωτική χρηματοδότηση έφτασε στο 39% το 2016 (28% στις χώρες του Νότου, 20% στην ΕΕ). (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2018)



Εικόνα 3. Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και φαρμάκου (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2018)



Από την άλλη πλευρά, η Συνθήκη του Μάαστριχτ, «για την οικονομική σύγκλιση των Ευρωπαϊκών κρατών-μελών», συνεπάγεται με την ευθυγράμμιση ορισμένων μακροοικονομικών δεικτών της ελληνικής οικονομίας με εκείνους των υπόλοιπων κρατών-μελών. Η Ελλάδα, ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υποχρεούται να επιδιώκει τη σύγκλιση της οικονομία της, με τις οικονομίες των άλλων κρατών μελών. Έτσι, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα υποχρεωτικά αποτελούν τους κύριους στόχους όλων των αποφάσεων της κυβερνητικής πολιτικής, σύμφωνα με τους θεσμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επιτυχία αυτής της προσπάθειας εξαρτάται από τη μείωση του κόστους λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα. Ωστόσο, οι βάσεις πληροφοριών για την εξέταση των διακυμάνσεων στις πρακτικές και στο κόστος των νοσοκομείων είναι ελλιπείς. (Polyzos, 2001)

Χρόνια οριζόντιων περικοπών στον προϋπολογισμό είχαν ως αποτέλεσμα τη δραστική μείωση των διαθέσιμων κεφαλαίων για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ενώ ταυτόχρονα τα ποσοστά φτώχειας αυξήθηκαν και έλαβε χώρα μια πρωτοφανής εισροή προσφύγων και μεταναστών που είχαν ανάγκη υπηρεσιών δημόσιας υγείας που να είναι πολιτισμικά ευαίσθητες και να καλύπτουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ανάγκες. Αυτές οι προκλήσεις έγιναν ακόμη πιο δύσκολες ένεκα της ανάγκης για αναδιάρθρωση και αναδιοργάνωση των υφιστάμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας, κατά τρόπο που να ικανοποιεί τις τρέχουσες ανάγκες του πληθυσμού. (Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, 2019)

Παρόλα αυτά, κύριο μέλημα για όλες τις κυβερνήσεις θα πρέπει να είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η στήριξη του δημόσιου συστήματος υγείας, ο εξορθολογισμός των δαπανών, η διαφάνεια, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα, συστατικά απαραίτητα ώστε να οδηγήσουν σε ένα αποδοτικό σύστημα υγείας για τους πολίτες.



## 2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1 ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η υγειονομική περίθαλψη είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και εξειδικευμένη, οπότε οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τι πρέπει να περιμένουν όταν χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη ή εάν λαμβάνουν την κατάλληλη και βέλτιστη θεραπεία. Οι αντικειμενικές μετρήσεις σχετικά με τις επιδόσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να λάβουν αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης, να σχηματίσουν το πλαίσιο συζητήσεων για κρατικές και εθνικές πολιτικές σχετικά με τα προγράμματα και τις επενδύσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και να επισημάνουν πού και πώς μπορεί να βελτιωθούν. (Claxton, Gonzales, Kamal, & Levitt, 2015)

Η αξιολόγηση πρέπει να θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας και μπορεί να γίνει σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα: των εισροών, των διαδικασιών, των ενδιάμεσων εκροών και των τελικών αποτελεσμάτων. Η αξιολόγηση πρέπει να χρησιμοποιεί συγκεκριμένα, κοινά αποδεκτά κριτήρια, τα οποία είναι πρωτεύοντα ή δευτερεύοντα. Πρωτεύοντα κριτήρια θεωρούνται, από τους περισσότερους ερευνητές, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα.

Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει δύο βασικούς τομείς: την αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας και την αξιολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας ή των ευρύτερων συστημάτων υγείας. (Τούντας & Οικονόμου, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007)

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, σε κάθε σύστημα υγείας οι οργανισμοί πρέπει να εκτελούν τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη χρηματοδότηση, την παροχή, τη διαχείριση και την ανάπτυξη πόρων (ανθρώπινη, φυσική και γνωσιακή). Κάθε σύστημα υγείας αντιμετωπίζει τα βασικά προβλήματα του σχεδιασμού, της εφαρμογής, της αξιολόγησης και της μεταρρύθμισης των οργανισμών και των ιδρυμάτων που δραστηριοποιούνται.

Οι στρατηγικές του πλαισίου για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας πρέπει να πληρούν τρία κριτήρια: (WHO, Monitoring and evaluation of health systems strengthening; An operational framework, 2009)

- να εστιάζουν κατά κύριο λόγο στη χώρα, αλλά να αποτελούν επίσης τη βάση για παγκόσμια παρακολούθηση,
- να ανταποκρίνονται στις ανάγκες παρακολούθησης και αξιολόγησης για πολλούς χρήστες και σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων της παρακολούθησης των εισροών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων, της παρακολούθησης των συστημάτων υγείας και της αξιολόγησης,
- να διευκολύνουν τον προσδιορισμό των δεικτών και των πηγών δεδομένων, να παρέχουν εργαλεία και καθοδήγηση για την ανάλυση δεδομένων και να δύνανται να χρησιμοποιηθούν στη λήψη αποφάσεων.

Οι πρόσφατες σημαντικές αυξήσεις στη διεθνή χρηματοδότηση για την υγεία συνοδεύονται από αυξημένη ζήτηση στατιστικών στοιχείων για την ακριβή παρακολούθηση της προόδου και της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση των επιπτώσεων και την εξασφάλιση της ακεραιότητας τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ένας αυξανόμενος αριθμός φορέων, συμπεριλαμβανομένων των παγκόσμιων συμπράξεων στον τομέα της υγείας, των διμερών χορηγών βοήθειας, των αντιπροσώπων των Ηνωμένων Εθνών και των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, συμμετέχουν στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν τη χρηματοδότηση της ενίσχυσης των συστημάτων παρακολούθησης και αξιολόγησης και της ανάπτυξη προτύπων, εργαλείων και μεθόδων για την παραγωγή, τη συλλογή, την ανάλυση και τη διάδοση. Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της προόδου προς τους στόχους, τη χρηματοδότηση βάσει αποτελεσμάτων και την αξιολόγηση προγραμμάτων μεγάλης κλίμακας. Ενώ αυτές οι προσπάθειες γενικά συνδεόταν με ειδικές πρωτοβουλίες για συγκεκριμένες ασθένειες, υπάρχει όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την παρακολούθηση του συνόλου των επιδόσεων των συστημάτων υγείας της χώρας, που αναγνωρίζεται ότι είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη στόχων για συγκεκριμένες ασθένειες. (WHO, Monitoring and evaluation of health systems strengthening; An operational framework, 2009)

Η αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία. Οι παράγοντες που πρέπει να αξιολογηθούν συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω:

- *Η χρηματοδότηση* του συστήματος υγείας, όπου είναι η διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές, συγκεντρώνονται και κατανέμονται σε συγκεκριμένες δραστηριότητες συγκεκριμένων παρόχων,
- *Η παροχή υπηρεσιών υγείας*, όπου αυτή η λειτουργία αναφέρεται στο συνδυασμό των εισροών σε μια διαδικασία παραγωγής που λαμβάνει χώρα σε ένα συγκεκριμένο οργανωτικό πλαίσιο και οδηγεί σε μια σειρά από παρεμβάσεις,
- *Η δημιουργία πόρων*. Τα συστήματα υγείας δεν περιορίζονται στο σύνολο των οργανισμών που τα χρηματοδοτούν ή τους παρέχουν υπηρεσίες, αλλά περιλαμβάνουν μια ποικιλία ομάδων οργανισμών που παράγουν εισροές, ιδίως όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, τους φυσικούς πόρους, όπως είναι οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός και η γνώση. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει πανεπιστήμια και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα, κατασκευαστικές εταιρείες και οργανισμούς που δραστηριοποιούνται σε ειδικές τεχνολογίες, όπως είναι τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι ιατρικές συσκευές και γενικά ο ιατρικός εξοπλισμός,
- *Η διαχείριση*, η οποία αποτελεί μια «παραμελημένη» λειτουργία στα περισσότερα συστήματα υγείας, είναι αυτή της διαχείρισης η οποία υπερβαίνει τη συμβατική έννοια της ρύθμισης. Περιλαμβάνει τρεις βασικές πτυχές: τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των «κανόνων του παιχνιδιού» για το σύστημα υγείας, εξασφαλίζοντας την εύρυθμη αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των παραγόντων του συστήματος (αγοραστές, πάροχοι και ασθενείς). Τέλος, συμβάλλει στον καθορισμό των στρατηγικών κατευθύνσεων για το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Προκειμένου να ικανοποιηθούν όλες αυτές οι πτυχές, η διαχείριση μπορεί να υποδιαιρεθεί σε έξι υπο-λειτουργίες: το συνολικό σχεδιασμό του συστήματος, την αξιολόγηση της απόδοσης, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τη διατομεακή συνεργασία και τη ρύθμιση και προστασία των καταναλωτών,

- *Η κάθετη ενσωμάτωση*, η οποία περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι ξεχωριστές λειτουργίες αλληλοεπιδρούν,
- *Οι παράγοντες εκτός συστήματος υγείας*, όπου αυτοί οι παράγοντες έχουν να κάνουν με την οργάνωση άλλων κοινωνικών συστημάτων. (Murray & Frenk, 1999)

Είναι σημαντικό πριν την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, να αναγνωρισθούν εκείνοι οι παράγοντες που βρίσκονται εκτός της εμβέλειας της υγείας, όμως την επηρεάζουν, όπως είναι η εκπαίδευση και οι κοινωνικές ανισότητες. Εξαιρώντας αυτούς τους παράγοντες από τον ορισμό του συστήματος υγείας, σε καμία περίπτωση δεν αμφισβητείται η σημασία τους για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναγνωρισθούν οι προσπάθειες από το σύστημα υγείας να επηρεάσει άλλους τομείς, προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική κατάσταση υγείας του πληθυσμού. (Murray & Frenk, 1999)

Δεν υπάρχει «συμβιβασμός» μεταξύ της επίτευξης πιο ισότιμων αποτελεσμάτων υγείας εντός των χωρών και της αύξησης της μέσης υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού. Πράγματι, οι χώρες με τις χαμηλότερες ανισότητες στον τομέα της υγείας τείνουν επίσης να απολαμβάνουν υψηλό επίπεδο υγείας. (OECD, Health care systems: Getting more value for money, 2010)

Πάνω στο παραπάνω ζήτημα ο ΠΟΥ έχει προτείνει τα παρακάτω όσον αφορά στο εάν τελικά και σε ποιο βαθμό θα πρέπει να εξαιρεθούν αυτοί οι παράγοντες για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας.

Πρώτον, περιγράφοντας τους στόχους του συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τους λόγους που επιλέχθηκαν, πρέπει να δοθεί προσοχή, τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, στο ποιες χώρες έχουν βελτιώσει το επίπεδο της υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την ενίσχυση του επιπέδου και της κατανομής της αποκρισιμότητας και την ανάπτυξη ενός δίκαιου συστήματος χρηματοδότησης.

Δεύτερον, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, πρέπει να περιλαμβάνεται στην εκτίμηση της σχετικής απόδοσης το πόσο καλά μια χώρα ασκεί έλεγχο σε μη υγειονομικές παραμέτρους, στη βάση του ότι ένα καλό σύστημα υγείας μπορεί να επηρεάσει και άλλες παραμέτρους έμμεσα σχετιζόμενες με την υγεία του πληθυσμού. Προβλήματα, όπως η κατανάλωση καπνού, η διατροφή και η μη ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα πρέπει να περιλαμβάνονται στην αξιολόγηση της απόδοσης ενός συστήματος υγείας.

Τρίτον, για την εκτίμηση της απόδοσης των υποσυστημάτων και των οργανισμών, το εύρος της υπευθυνότητας είναι πολύ στενότερο. Η ευθύνη για μη υγειονομικούς παράγοντες ανήκει στο γενικό σύστημα υγείας. Η αξιολόγηση κομματιών του συστήματος φυσικά περιορίζει το εύρος της ευθύνης στις ενέργειες εκείνες που άμεσα συνδέονται με το συγκεκριμένο υπό αξιολόγηση κομμάτι. (Murray & Frenk, 1999)

Σύμφωνα με τον Donabedian, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας.

- *Η αξιολόγηση των εισροών*, όπου αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας,
- *Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών*, όπου αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών,
- *Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών*, όπου εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος,
- *Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων*, όπου αποτελεί τον τελικό στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. (Τούντας & Οικονόμου, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007)



#### 2.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δείκτες είναι εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση φαινομένων. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες εκβάσεως στον τομέα της υγείας επιτρέπουν τη μέτρηση της επίδρασης που έχουν θεραπείες και ιατρικές διαδικασίες στην υγεία ενός πληθυσμού ή ενός μόνο ασθενή. Για αυτό το λόγο, είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης που προσφέρεται στους πολίτες. (Euphoric)

Ένας καλός δείκτης εκβάσεως πρέπει να είναι: (Euphoric)

- Μετρήσιμος, δηλαδή εύκολο να αποτυπωθεί και να μπορεί να αναπαραχθεί με ευχέρεια ακόμα και σε διαφορετικά πλαίσια χρήσης του,
- Σημαντικός, δηλαδή κατάλληλος για το φαινόμενο που πρέπει να μετρηθεί,
- Απλός, δηλαδή να είναι εύκολος και κατανοητός,
- Χρήσιμος, δηλαδή ακριβής και ολοκληρωμένος (είναι καλύτερα αν συνοδεύεται από οριακές ή πρότυπες τιμές),
- Επιλύσιμος, δηλαδή σχετικός με ένα πρόβλημα που μπορεί να επιλυθεί με τις διαθέσιμες πηγές,
- Αποδεκτός από εκείνον που πρέπει να τον αποτυπώσει και να τον εφαρμόσει.

Οι δείκτες εκβάσεως επιτρέπουν τη σύγκριση των ιατρικών μονάδων και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και των διαδικασιών. Η βαθιά πεποίθηση, όσον αφορά σε δράσεις που ξεκίνησαν στον τομέα της υγείας, είναι ότι αν συγκριθούν οι υπηρεσίες της κάθε μονάδας υγείας θα μπορέσουν να απομονωθούν τα αδύνατα σημεία και αυτό θα αποτελέσει ένα κίνητρο για τη βελτίωση της απόδοσης.

Ο προσδιορισμός των δεικτών εκβάσεως, εφαρμόσιμων σε διαφορετικές συνθήκες, απαιτεί συνεχή ενημέρωση. Μόνο έτσι μπορεί κανείς να εξασφαλίσει ότι δεν υποτιμούνται οι διαφορές μεταξύ των χωρών, αλλά αντίθετα ενσωματώνονται και κωδικοποιούνται για τη βελτίωση των

εργαλείων αξιολόγησης και της δυνατότητας σύγκρισης των αποτελεσμάτων. Επίσης, δεν μπορεί κανείς να παραβλέψει την πιο πρόσφατη ορολογία, που είναι σε συνεχή εξέλιξη εξαιτίας της εισαγωγής νέων διαδικασιών και νέων προτύπων. (Euphoric)

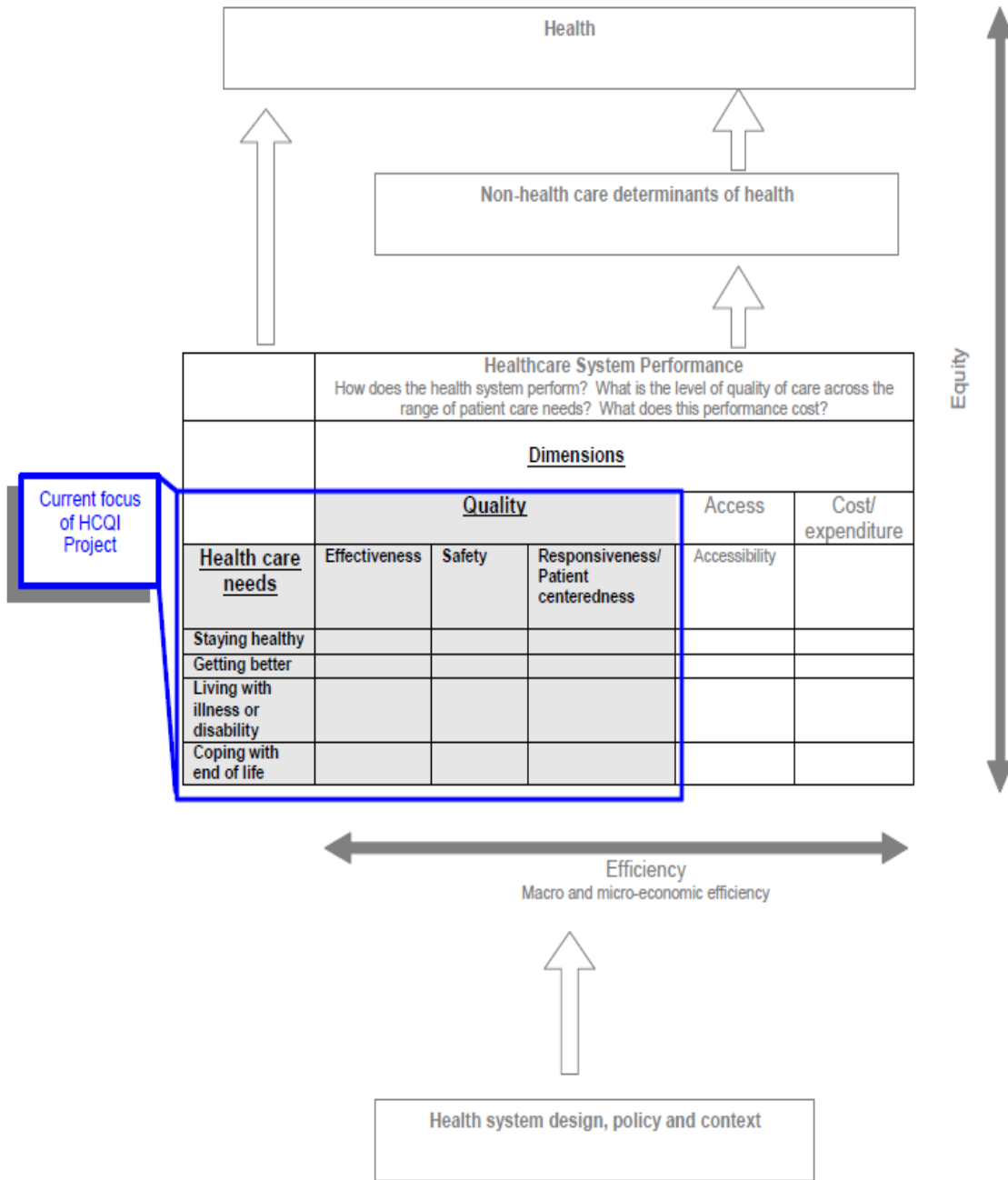
Η αξιολόγηση της απόδοσης ενός συστήματος υγείας (Health System Performance Assessment - HSPA) είναι η διαδικασία παρακολούθησης, αξιολόγησης και επικοινωνίας σε ποιο βαθμό οι διάφορες πτυχές ενός συστήματος υγείας ανταποκρίνονται σε βασικούς στόχους. Ο κεντρικός στόχος του HSPA είναι να εκτιμηθεί κατά πόσο σημειώνεται πρόοδος προς τους επιθυμητούς στόχους και εάν αναλαμβάνονται κατάλληλες δραστηριότητες για την προώθηση της επίτευξης αυτών των στόχων. (European public health)

Τα 5 κριτήρια που καθιστούν ένα δείκτη κατάλληλο για συμπερίληψη σε ένα HSPA είναι τα ακόλουθα: (Veillard , et al., 2010)

- *Να είναι σημαντικός*, ο δείκτης να αντικατοπτρίζει κρίσιμες πτυχές της λειτουργίας του συστήματος υγείας,
- *Να είναι συναφής*, ο δείκτης να παρέχει πληροφορίες που είναι χρήσιμες για την παρακολούθηση και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος υγείας για μεγάλο χρονικό διάστημα,
- *Να έχει σκοπιμότητα*, τα απαιτούμενα δεδομένα να είναι άμεσα διαθέσιμα ή να μπορούν να ληφθούν με εύλογες προσπάθειες,
- *Να είναι αξιόπιστος*, ο δείκτης να παράγει συνεπή αποτελέσματα,
- *Να έχει ισχύ*, ο δείκτης να είναι μια ακριβής αντανάκλαση της διάστασης που υποτίθεται ότι αντιπροσωπεύει.

Στη συνέχεια, προτείνεται πώς πρέπει να επιλέγονται οι δείκτες, ώστε να συμπεριληφθούν τα κριτήρια επιλογής ενός συνόλου βασικών δεικτών: (Kelley & Hurst, 2006)

- τη σπουδαιότητα του μέτρου όσον αφορά στον αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας και το κόστος, τη σημασία της πολιτικής και την ευαισθησία του προβλήματος στην παρέμβαση,
- την επιστημονική ευρωστία του μέτρου από άποψη εγκυρότητας, αξιοπιστίας και σαφήνειας στη βάση τεκμηρίωσης,
- τη σκοπιμότητα και το κόστος απόκτησης διεθνώς συγκρίσιμων δεδομένων για το μέτρο αυτό.



Εικόνα 4. Προτεινόμενο πλαίσιο για Δείκτες Ποιότητας Συστήματος Υγείας (Kelley & Hurst, 2006)



Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται μια επισκόπηση ενδεικτικών σχετικών διαστάσεων.

<p><b>Πρόσβαση</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ιατροί ανά 1000 κατοίκους</li> <li>- Χρόνος αναμονής για ένα ραντεβού με ένα γενικό ιατρό ή ειδικό ιατρό</li> <li>- Χρόνος αναμονής για όργανο δότη</li> <li>- Γεωγραφική κάλυψη γενικών ιατρών (ποσοστό ατόμων που βρίσκονται σε απόσταση 20 λεπτών με το αυτοκίνητο από γενικό ιατρό)</li> </ul>
<p><b>Ποιότητα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ποσοστά ανοσοποίησης</li> <li>- Πέντε χρόνια επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου και του κόλου</li> <li>- Ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σύμφωνα με κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε επίσημες οδηγίες</li> </ul>
<p><b>Ασφάλεια</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρυθμός λοιμώξεων με ανθεκτικά στελέχη (MRSA)</li> <li>- Ποσοστό ασθενών σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης με έλκη κατάκλισης</li> <li>- Ποσοστό ασθενών που παρουσιάζουν παρενέργειες φαρμάκων</li> </ul>
<p><b>Ισότητα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση</li> <li>- Αποφυγή θνησιμότητας</li> <li>- Χρήση υπηρεσιών υγείας</li> <li>- Διαφορές ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εισόδημα, περιοχή διαμονής</li> </ul>
<p><b>Δικαιοσύνη</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών</li> <li>- Συνολικές ιδιωτικές πληρωμές για τα νοικοκυριά</li> <li>- Ασφάλεια και κάλυψη ασφάλισης υγείας</li> </ul>
<p><b>Συνέχεια</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποστήριξη μετά την έξοδο από το νοσοκομείο</li> <li>- Ποσοστό χρόνιων ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα συντονισμού για ιατρικές εξετάσεις</li> <li>- Ασθενείς που έχουν εγγραφεί σε προγράμματα διαχείρισης ασθενειών</li> <li>- Ασθενείς που λαμβάνουν αντιφατικές πληροφορίες από διαφορετικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης</li> </ul>
<p><b>Αποδοτικότητα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο</li> <li>- Ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων στις ημερήσιες κλινικές</li> </ul>
<p><b>Αποκρισιμότητα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Γενική ικανοποίηση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης</li> <li>- Διαπροσωπική επαφή που γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή</li> <li>- Συμμετοχή των ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων</li> <li>- Αλληλεπίδραση ασθενούς-ιατρού (εξηγήσεις, δυνατότητα υποβολής ερωτήσεων, τηλεφωνικές κλήσεις ελέγχου)</li> </ul>
<p><b>Βιωσιμότητα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ</li> <li>- Κόστος-αποτελεσματικότητα</li> </ul>
<p><b>Υγεία του πληθυσμού</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Υγιή χρόνια ζωής</li> <li>- Βρεφική θνησιμότητα</li> <li>- Ποσοστά παχυσαρκίας</li> <li>- Ποσοστά ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων</li> <li>- Αυτο-αντιληπτή υγεία</li> </ul>

Πίνακας 1. Παράδειγμα δεικτών για αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας (European public health)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο παρακάτω πίνακας στον οποίο φαίνονται οι προτεινόμενοι δείκτες για αξιολόγηση της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, όπως έχουν προταθεί στους Δείκτες Μέτρησης Αποτελεσματικότητας & Αποδοτικότητας ανά τομέα πολιτικής.

1. Αριθμός εσωτερικών ασθενών / έτος
2. Αριθμός εξωτερικών ασθενών / έτος
3. Ποσοστά παιδικής θνησιμότητας
4. Κατανάλωση αλκοόλ κατά κεφαλή (λίτρα) / έτος
5. Κατανάλωση καπνού κατά κεφαλή (γραμμάρια) / έτος
6. Συνολικές δαπάνες υγείας κατά κεφαλή
7. Δαπάνες φαρμάκων κατά κεφαλή
8. Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους
9. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους
10. Μέση διάρκεια επείγουσας νοσηλείας
11. Αριθμός εσωτερικών ασθενών των νοσοκομείων ανά 1000 κατοίκους
12. Αναλογία εσωτερικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν για χρονικό διάστημα τριών μηνών
13. Μέσος αριθμός εκτελούμενων συνταγών από φαρμακεία και άλλες υπηρεσίες υγείας
14. Κόστος φαρμάκων ανά συνταγή
15. Ποσοστό θανάτων άνω των 65 ετών στο σύνολο των θανάτων
16. Ποσοστό προγενετικής θνησιμότητας
17. Ποσοστό αμβλώσεων ανά 1000 κατοίκους
18. Ποσοστό γυναικών μεταξύ 25-64 ετών που υποβάλλονται σε pap-test
19. Ποσοστό παιδιών 0-5 ετών που τυγχάνουν οδοντιατρικής παρακολούθησης
20. Ειδικές νοσηλευτικές υπηρεσίες: εσωτερικοί ασθενείς (απόλυτος αριθμός και ανά διαθέσιμο κρεβάτι), μέση παραμονή, περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα περιστατικά)
21. Αριθμός ασθενών που περιμένουν για Χ μήνες να εξυπηρετηθούν (για μη επείγουσα νοσηλεία, ή για μονοήμερη περίθαλψη ή για την πρώτη εξέταση)
22. Αριθμός ασθενών που εξετάστηκαν εντός Χ λεπτών από την άφιξή τους στα επείγοντα περιστατικά
23. Αριθμός εξωτερικών ασθενών που έγιναν δεκτοί Χ λεπτά μετά το προκαθορισμένο ραντεβού τους
24. Αριθμός ασθενοφόρων που καταφθάνουν εντός χρόνου-στόχου σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού
25. Ποσοστό θνησιμότητας ασθενών με καρδιακές παθήσεις
26. Ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο ατόμων κάτω των 65 ετών
27. Σχέση ηλικίας πληθυσμού και ποσοστού θανάτων από καρκίνο
28. Ποσοστό αλκοολικών ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού
29. Ποσοστό εθισμένων στα ναρκωτικά στο σύνολο του πληθυσμού (κατά κατηγορία πληθυσμού)
30. Ποσοστό ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS (κατά κατηγορία)
31. Κόστος κατ' άτομο ανά πρόγραμμα φροντίδας (μητρότητας, δυσκολίες μάθησης κλπ)
32. Ποσοστό περιπτώσεων μονοήμερης περίθαλψης στο σύνολο των εισαγωγών σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα
33. Μέσος όρος παραμονής ανά ομάδα ασθενών που υποβάλλονται σε ειδική διαγνωστική εξέταση
34. Αριθμός νοσηλειών ανά 1000 κατοίκους
35. Αριθμός κλινών ανά νοσηλευτική υπηρεσία
36. Μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο (σε ημέρες)
37. Μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο πριν από εγχείρηση (σε ημέρες)
38. Αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων που διεξάγονται από τις υπηρεσίες υγείας
39. Ποσοστό εργατών που εξετάστηκαν στην εργασία τους και παρουσιάζουν ειδικό νόσημα
40. Ποσοστό παραπόνων για τις υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των παραπόνων για τη δημόσια διοίκηση
41. Ποσοστό εφήβων καπνιστών στο σύνολο των εφήβων (άντρες – γυναίκες)
42. Αριθμός νοσοκομείων που έχουν κάποια μορφή πιστοποίησης (ISO, HACCP, κλπ)

*Πίνακας 2. Δείκτες μέτρησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη Δημόσια Υγεία*

Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Euphoric συνέταξε μια έκθεση σχετικά με την «Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας» (Euphoric), στην οποία παρουσιάστηκαν οι 54 δείκτες έκβασης, διαιρεμένοι σε 9 θεραπευτικές κατηγορίες. Οι δείκτες αυτοί ανά θεραπευτική κατηγορία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Κατηγορία	Αρ.	Δείκτες
Καρδιαγγειακά νοσήματα και σχετικές χειρουργικές επεμβάσεις	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9 A10 A11 A12 A13 A14	Επείγουσα εκ νέου νοσηλεία κατόπιν θεραπείας για εγκεφαλικό Θνητότητα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή για εγκεφαλικό Θνητότητα στο νοσοκομείο μετά από επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης Θνητότητα σε 30 ημέρες μετά από επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης Θνητότητα στο νοσοκομείο μετά από επέμβαση διαδερμικής στεφανιαίας αγγειοπλαστικής Θνητότητα σε 30 ημέρες μετά από επέμβαση διαδερμικής αγγειοπλαστικής στεφανιαίων Θνητότητα σε 6 μήνες μετά από επέμβαση διαδερμικής αγγειοπλαστικής στεφανιαίων Θνητότητα σε 12 μήνες μετά από επέμβαση διαδερμικής αγγειοπλαστικής στεφανιαίων Θνητότητα στο νοσοκομείο μετά την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου Θνητότητα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου Θνητότητα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή για καρδιακή ανεπάρκεια Νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια Θνητότητα στο νοσοκομείο και νευρολογικές επιπλοκές κατόπιν διαδικασίας καρωτιδικής ενδοαρτηριακής πρόθεσης Θνητότητα και νευρολογικές επιπλοκές σε 30 ημέρες από μία διαδικασία καρωτιδικής ενδοαρτηριακής πρόθεσης
Καρκίνος	B1 B2 B3	Όγκος στο μαστό: σχετική επιβίωση Όγκος στους πνεύμονες: σχετική επιβίωση Όγκος στο παχύ έντερο: σχετική επιβίωση
Λοιμώδη νοσήματα	C1 C2 C3 C4 C5 C6	Επείγουσα νοσηλεία παιδιών με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού AIDS: σχετική επιβίωση Θνητότητα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή για πνευμονία Νοσηλεία για παιδική γαστρεντερίτιδα Νοσηλεία για γρίπη Νοσηλεία για φυματίωση
Άλλα χρόνια νοσήματα	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7	Νοσηλεία για μη ελεγχόμενο διαβήτη Νοσηλεία για βραχυχρόνιες επιπλοκές διαβήτη Νοσηλεία για μακροχρόνιες επιπλοκές διαβήτη Νοσηλεία για ακρωτηριασμούς των κάτω άκρων σε ασθενείς που προσβλήθηκαν από Διαβήτη Νοσηλεία για άσθμα σε ενήλικες ασθενείς (άνω των 18 ετών) Νοσηλεία για άσθμα σε παιδιά (κάτω των 18 ετών) Νοσηλεία για άσθμα σε ασθενείς άνω των 65 ετών
Ορθοπαιδική	E1 E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9	Επείγουσες εκ νέου νοσηλείες κατόπιν επέμβασης για κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού Θνητότητα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή για κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού Θνητότητα στο νοσοκομείο μετά την εισαγωγή για κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού Εξιτήριο κατόπιν επέμβασης για κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού Χρόνος αναμονής για χειρουργική επέμβαση κατάγματος του μηριαίου οστού Θνητότητα σε νοσοκομείο από ολική αντικατάσταση του ισχίου Θνητότητα σε νοσοκομείο από μερική αντικατάσταση του ισχίου Ποσοστό επανεξέτασης Επίδραση των επανεξετάσεων

Μεταμόσχευσεις	F1 F2 F3 F4 F5	Μεταμόσχευση μυελού των οστών: σχετική επιβίωση Μεταμόσχευση ήπατος: σχετική επιβίωση Μεταμόσχευση καρδιάς: σχετική επιβίωση Μεταμόσχευση πνεύμονα: σχετική επιβίωση Μεταμόσχευση νεφρού: σχετική επιβίωση
Επείγοντα	G1 G2 G3	Επείγουσες εισαγωγές Επείγουσες εισαγωγές εκ νέου εντός 28 ημερών Επείγουσες εισαγωγές για παθολογίες που συνδέονται με το αλκοόλ
Νεογνά/Μητρότητα	H1 H2 H3 H4 H5	Θνητότητα στον τοκετό Θνητότητα νεογνών/βρεφών Περιγεννητική θνητότητα Περιγεννητικής θνητότητα ατόμων σε εντατική θεραπεία Ποσοστό γεννήσεων με καισαρική
Διάφορα	I1 I2	Θνητότητα σε 30 ημέρες μετά από μια χειρουργική επέμβαση (επείγουσες και επιλεγμένες εισαγωγές) Εισαγωγές για παθολογίες που συνδέονται με το αλκοόλ

Πίνακας 3. Οι 54 δείκτες του προγράμματος Euphoric (Euphoric)

Στη συνέχεια αναφέρονται κάποια μέτρα που συχνά χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ για τη μέτρηση της υγειονομικής περίθαλψης.

*Μέτρα ποιότητας που έχουν βελτιωθεί με την πάροδο του χρόνου:* Συνολικό ποσοστό θνησιμότητας, ποσοστό θνησιμότητας από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, νεοπλάσματα, αναπνευστικές, ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές ασθένειες, θνησιμότητα από την υγειονομική περίθαλψη, πρόωρος θάνατος (πιθανά χαμένα έτη ζωής), προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, επιβάρυνση λόγω νόσου (DALYs), ικανοποίηση επικοινωνίας ασθενούς-ιατρού, ποσοστά εγκυμοσύνης εφήβων κοριτσιών, ποσοστά επιβίωσης πέντε ετών μετά από καρκίνο μαστού και ορθοκολικού καρκίνου, ποσοστό θνησιμότητας 30 ημερών μετά από αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εξιτήρια από νοσοκομεία μετά από μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή ή βαθιά φλεβική θρόμβωση, νοσοκομειακές καταστάσεις, παιδιά που έλαβαν όλες τις συνιστώμενες δόσεις εμβολίων, ασθενείς που έλαβαν την κατάλληλη θεραπεία μετά από καρδιακή προσβολή, γυναίκες που έκαναν βιοψία κατά τη μαστεκτομή ή κατά την αφαίρεση όγκου, η αντιμετώπιση του προσωπικού κατά τη νοσηλεία, εκπαίδευση ασθενών για ανάρρωση στο σπίτι.

*Μέτρα ποιότητας που παρέμειναν σε παρόμοια επίπεδα με την πάροδο του χρόνου:* Ενήλικες ηλικίας 50+ που υπεβλήθησαν στις κατάλληλες εξετάσεις και έλαβαν προληπτική φροντίδα, πενταετής σχετική επιβίωση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

*Μέτρα ποιότητας που έχουν επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου:* Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (αυτοαξιολογούμενες υγιείς ημέρες και ημέρες κατά τις οποίες οι δραστηριότητες διακόπτονται από κακή υγεία), παχυσαρκία (ΔΜΣ)

Τα μέτρα των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας μπορούν να μας δώσουν μια πιο συγκεκριμένη αίσθηση της βελτίωσης της υγείας και της γενικής ευημερίας, η οποία μπορεί να οφείλεται εν μέρει στις βελτιώσεις στην απόδοση του συστήματος υγείας, αλλά και στην πρόοδο της επιστήμης ή στις βελτιώσεις των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Τα μέτρα των αποτελεσμάτων μπορούν γενικά να ομαδοποιηθούν σε εκείνα που εκτιμούν τη μακροζωία και εκείνα που εκτιμούν την ποιότητα ζωής.

*Μακροζωία και θνησιμότητα:* Είναι πολύ δύσκολο να συνδεθούν οι αλλαγές στη θνησιμότητα και την ευημερία με το ίδιο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, χωριστά από τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στην ιατρική επιστήμη.

*Κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής:* Τα μέτρα για την επιβάρυνση των ασθενειών έχουν επίσης βελτιωθεί: τα πρότυπα ηλικίας που προσαρμόζονται στα έτη ζωής με αναπηρία (DALYs). Ταυτόχρονα, οι αυτοαξιολογούμενες μετρήσεις υγείας έχουν επιδεινωθεί ελαφρώς. Μέρος αυτής της επιδείνωσης μπορεί να εξηγηθεί από τη γήρανση του πληθυσμού, αν και οι αλλαγές εξακολουθούν να είναι σημαντικές μετά την προσαρμογή για την ηλικία.

Με την πιθανή εξαίρεση της θνησιμότητας που υπόκειται στην υγειονομική περίθαλψη, κάθε ένα από τα μέτρα θνησιμότητας και νοσηρότητας που αναφέρονται παραπάνω επηρεάζονται σημαντικά από πολλούς παράγοντες εκτός του συστήματος υγείας, καθιστώντας δύσκολη τη σύνδεση των βελτιώσεων ή επιδεινώσεων σε οποιαδήποτε από αυτές άμεσα με τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου, κατά την αξιολόγηση των επιδόσεων του συστήματος υγείας μπορούν επίσης να αναζητηθούν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα μετά από θεραπεία ή διάγνωση και «επεξεργασία» των μέτρων που αποσκοπούν στην εκτίμηση του αν ο ασθενής έλαβε τη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή.

Όσον αφορά στην ασφάλεια των ασθενών, πόσο ασφαλής είναι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέτρο ποιότητας. Όλα τα ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με την περίθαλψη των ασθενών δεν αντανakλούν απαραίτητα ένα σφάλμα του συστήματος υγείας, αμέλεια ή κακή ποιότητα φροντίδας.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η πρόσβαση στη φροντίδα. Μεταξύ των ατόμων των οποίων η κατάσταση υγείας ήταν επιβαρυσμένη ή κακή, το 22% στις ΗΠΑ ανέφερε το 2013 καθυστέρηση ή διακοπή της ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους, αλλά είχε πρόσφατα φθάσει το 25% το 2009. Ομοίως, οι φτωχοί και οι χαμηλού εισοδήματος άνθρωποι, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν φραγμούς στη πρόσβαση που σχετίζονταν με το κόστος κατά τη διάρκεια της ύφεσης (από 13% το 1998 σε 17% το 2009 και εν συνεχεία πτώση σε 14% το 2013). Οι ανασφάλιστοι είναι πιθανότερο να αναφέρουν εμπόδια λόγω κόστους, με 31% καθυστέρηση ή διακοπή της περίθαλψης το 2013 - πολύ υψηλότερο ποσοστό από ότι το 1998, όταν το 24% των ανασφάλιστων αναφερόταν σε φραγμούς πρόσβασης που σχετίζονταν με το κόστος. (Claxton, Gonzales, Kamal, & Levitt, 2015)

Τέλος, παρατίθενται οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες στην αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας, οι οποίοι συμπεριλαμβάνονται και στην έκθεση του ΠΟΥ το 2009 (WHO, Monitoring and evaluation of health systems strengthening; An operational framework, 2009).

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ
<b>Εισροές και διαδικασίες</b>	
<u>Χρηματοδότηση υγείας</u> 1. Συνολικές δαπάνες για την υγεία ως % επί του ΑΕΠ 2. Συνολικές δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλή 3. % δαπάνες για την υγεία από την κυβέρνηση <u>Υγειονομικό εργατικό δυναμικό</u> 4. Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους 5. Νοσηλευτές / μαιευτήρες ανά 10.000 κατοίκους 6. Απόφοιτοι επιστημών υγείας ανά 10.000 κατοίκους <u>Υποδομές και πληροφορική</u> 7. Νοσοκομειακές κλίνες ανά 10.000 κατοίκους 8. Ιατροί που χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά αρχεία υγείας <u>Προμήθειες και εφόδια</u> 9. Διαθεσιμότητα σκιαγραφικών φαρμάκων 10. Μέσος λόγος τιμών σκιαγραφικών φαρμάκων	
<b>Εκροές</b>	
<u>Ετοιμότητα υπηρεσιών και πρόσβαση</u> 1. Δείκτης ετοιμότητας υπηρεσιών (συνδυάζει τη διαθεσιμότητα των υποδομών, τους ανθρώπινους πόρους, τα φάρμακα τον εξοπλισμό, την εκπαίδευση) 2. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (απόσταση έως την υπηρεσία) 3. Βαθμός χρήσης γενικού ιατρού <u>Ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών</u> 4. Ποσοστό επιτυχίας θεραπείας της φυματίωσης 5. Ποσοστό θνησιμότητας σε νοσοκομειακό περιβάλλον 30μέρες μετά από OEM και εγκεφαλικό 6. Χρόνος αναμονής μέχρι συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση: Καταρράκτης 7. Χειρουργικές λοιμώξεις (% όλων των χειρουργικών επεμβάσεων) 8. Καθυστέρηση θεραπείας του καρκίνου (χρόνος μεταξύ της πρώτης επίσκεψης σε γενικό ιατρό και της πρώτης θεραπείας για τον καρκίνο του στήθους και του παχέος εντέρου)	Εθνική υποομάδα για συγκεκριμένη παρέμβαση  Εθνική υποομάδα  Ποσοστό χρησιμοποίησης τμήματος εξωτερικών ασθενών  PTCA, αντικατάσταση ισχίου

Αποτελέσματα	
<p><u>Κάλυψη παρεμβάσεων</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Κάλυψη προγεννητικής φροντίδας (4+)</li> <li>2. Ειδική παρακολούθηση γέννησης</li> <li>3. DPT 3 κάλυψη ανοσοποίησης</li> <li>4. Κάλυψη ART</li> <li>5. Ποσοστό αντισύλληψης</li> <li>6. Βαθμός διάγνωσης της φυματίωσης</li> <li>7. Οξεία αναπνευστική μόλυνση σε παιδιά &lt;5ετών που μεταφέρθηκαν σε υγειονομική μονάδα</li> <li>8. Διάρροια σε παιδιά &lt; 5ετών που λαμβάνουν από του στόματος θεραπεία επανυδάτωσης</li> <li>9. ITN (εντομοαπωθητικά) κάλυψη σε παιδιά</li> <li>10. Κάλυψη ελέγχου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (20-64 ετών) κάλυψη</li> </ol> <p><u>Παράγοντες κινδύνου και συμπεριφορές</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χρήση καπνού (ενήλικες)</li> <li>2. Πρόσβαση σε πόσιμο νερό</li> <li>3. Πρόσβαση σε βελτιωμένη αποχέτευση</li> <li>4. Νεογέννητα με χαμηλό βάρος γέννησης</li> <li>5. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για 6 μήνες</li> <li>6. Παχυσαρκία σε ενήλικες (άνω των 15 ετών)</li> <li>7. Παιδιά κάτω των 5 ετών ανθρωπομετρία – κοπιασμός</li> <li>8. Χρήση προφυλακτικού στο τελευταίο υψηλού κινδύνου σεξ, 15-49</li> <li>9. Έκθεση σε μικροσωμάτια (PM10)</li> </ol>	<p>Κάλυψη προγεννητικής φροντίδας (1+)</p> <p>HiB, Hep3, ιλαρά, OPV</p> <p>Λήψη αντιβιοτικών</p> <p>Με συνέχιση της λήψης τροφής</p> <p>Έγκυες Κάλυψη ελέγχου καρκίνου του μαστού (50-69 ετών)</p> <p>Νέοι (13-15 ετών), έγκυες Αστική, αγροτική Αστική, αγροτική</p> <p>Έναρξη από την πρώτη ώρα Υπέρβαροι Ελλιποβαρή, σπατάλη, υπέρβαρα</p> <p>15-24 ετών</p>
<p><b>Επίπτωση</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση</li> <li>2. Παιδική θνησιμότητα (κάτω των 5 ετών)</li> <li>3. Ποσοστό μητρικής θνησιμότητας</li> <li>4. Θνησιμότητα λόγω μείζονος αιτίας θανάτου</li> <li>5. Επιπολασμός της φυματίωσης στον πληθυσμό</li> <li>6. Η επικράτηση του ιού HIV στους ενήλικες 15-49 ετών</li> <li>7. Οι ασθένειες που πρέπει να δηλώνονται υποχρεωτικά (IHR)</li> <li>8. Η επικράτηση της κατάθλιψης (τους τελευταίους 12μήνες)</li> </ol> <p><u>Προστασία από χρηματοοικονομικό κίνδυνο</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ιδιωτικές δαπάνες ως % του συνόλου των δαπανών για την υγεία</li> <li>2. Ασφαλιστική κάλυψη (% κάλυψη από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας)</li> </ol>	<p>Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών Νεογνική, βρεφική, περιγεννητική</p> <p>25 κύριες αιτίες θανάτου, με βάση το ICD Επίπτωση της φυματίωσης 15-24 ετών</p> <p>Καταστροφικές δαπάνες</p>

Πίνακας 4. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες στην αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας

Κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ενός συστήματος υγείας, φυσικά το περισσότερο ενδιαφέρον αφορά την υγεία ως τελικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, εκτός από την εξέταση των αποτελεσμάτων της υγείας, ένας άλλος τρόπος για να μετρηθεί η ποιότητα ενός συστήματος υγείας είναι η επικέντρωση στην κλινική πρακτική. «Οι ασθενείς παίρνουν τη σωστή φροντίδα όταν τη χρειάζονται;». Χρησιμοποιώντας τέτοια μέτρα, κατανοείται καλύτερα ο βαθμός στον οποίο η κλινική φροντίδα ακολουθεί τις βέλτιστες πρακτικές που πιστεύεται ότι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας. Τα μέτρα της διαδικασίας είναι επίσης πιο επιλεκτικά από τα μέτρα για τα αποτελέσματα, καθώς επιτρέπουν μια πιο άμεση αξιολόγηση της τήρησης των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Ωστόσο, είναι συχνά αδύνατο να γνωρίζουμε εάν ένα δεδομένο μέτρο διαδικασίας αντιπροσωπεύει με ακρίβεια γενικές βελτιώσεις ή μειώσεις στις κλινικές πρακτικές. Επιπρόσθετα, οι βασικές πηγές δεδομένων για το ποιες υπηρεσίες λαμβάνουν οι ασθενείς και τα αποτελέσματά τους για την υγεία μετά από αυτή την περίθαλψη (δηλαδή Ιατρικά αρχεία), δεν συλλαμβάνονται με τυποποιημένο τρόπο και δεν είναι σταθερά διαθέσιμες σε πάροχους ή πληρωτές.

Για να αντισταθμιστούν αυτοί οι περιορισμοί δεδομένων, εξετάζονται άλλες, μερικές φορές ατελείς πηγές δεδομένων που μπορούν να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα αρχεία δημόσιας υγείας, όπως τα πιστοποιητικά θανάτου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να εκτιμηθεί, εάν επιδεινώνεται ή μειώνεται ο αριθμός των ειδικών ασθενειών και επίσης να κατανοηθεί πού πρέπει καλύτερα να στοχεύσουν οι ιατρικές παρεμβάσεις. Ορισμένα ζητήματα προκύπτουν, όταν χρησιμοποιούνται αυτά τα δεδομένα, για να αξιολογηθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Το ένα είναι ότι τα δεδομένα αυτά επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικοοικονομικούς και άλλους παράγοντες εκτός του ίδιου του συστήματος υγείας. Επιπλέον, υπάρχει σημαντικός χρόνος καθυστέρησης μεταξύ της βελτίωσης της ιατρικής περίθαλψης και της μετρήσιμης αλλαγής των ποσοστών θνησιμότητας. Αυτό καθιστά δύσκολη την κατάρτιση συνδέσεων μεταξύ συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας και των αποτελεσμάτων τους.

Οι δημογραφικές έρευνες μπορούν να παρέχουν πιο έγκυρα αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί στα μέτρα που βασίζονται σε έρευνες ασθενών. Τα ερωτήματα σε αυτές τις έρευνες μερικές φορές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και δυσχεραίνουν την ανάλυση των αλλαγών που έχουν συμβεί στον πληθυσμό. Αυτές οι έρευνες είναι επίσης επιρρεπείς σε προκατάληψη από τους ασθενείς και κακή διατύπωση των ερωτήσεων.

Οι συλλογές κλινικών αρχείων, όπως τα μητρώα ασθενειών, προέρχονται από δεδομένα που αρχικά συγκεντρώθηκαν για μη ερευνητικούς σκοπούς. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να αξιολογήσουν τα πρότυπα φροντίδας. Υπάρχουν όμως συχνά προβλήματα καθυστέρησης λήψης δεδομένων και ελλείψεις ή ανακριβείς εγγραφές των συνθηκών υγειονομικής περίθαλψης και της ληφθείσας φαρμακευτικής αγωγής. (Claxton, Gonzales, Kamal, & Levitt, 2015)



Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το συμβούλιο και τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκριναν τις ακόλουθες βασικές αρχές για την προώθηση κοινών αξιών και αρχών σε ολόκληρη την Ευρώπη: την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη καλής ποιότητας, την αλληλεγγύη, την άρση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ενίσχυση της ικανοποίησης των πολιτών. (Kilpeläinen, Aromaa, & ECHIM Core Group, 2008)

Πηγή δεδομένων	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Θνησιμότητα και μητρώα αιτιών θανάτου	Υποχρεωτική συλλογή δεδομένων, Μεγάλη κάλυψη, εύλογη αξιοπιστία.	Σχετική μόνο με το τελικό σημείο της νόσου και τη βλάβη.
Μητρώα καρκίνου	Εξαιρετική κάλυψη, καλή αξιοπιστία. Συχνή εμφάνιση, θνησιμότητα και δεδομένα επιβίωσης.	Μη ικανοποιητική σύγκριση των χωρών της ΕΕ λόγω διαφορετικής δυναμικής στα διαθέσιμα δεδομένα (περιορισμοί για λόγους προστασίας δεδομένων)
Άλλα μητρώα ασθενειών	Μπορεί να υπάρχει καλή κάλυψη και αξιοπιστία, όπως καταγραφή λοιμωδών νόσων. Δεδομένα επίπτωσης.	Κάλυψη μόνο διαγνωσμένων περιπτώσεων μερικών ασθενειών. Δεν παρουσιάζονται προβλήματα με την επίπτωση, αλλά η επικράτηση δεν αντικατοπτρίζεται. Διαφορές στα συστήματα υγείας μπορεί να επηρεάσουν την κάλυψη και την εγκυρότητα.
Μητρώα σε λειτουργικούς περιορισμούς	Σημαντικές πληροφορίες μπορεί να είναι διαθέσιμες σε ορισμένα μητρώα ατόμων με ειδικές ανάγκες και δικαιούχους κοινωνικής ασφάλειας.	Τα μητρώα συχνά έχουν χαμηλή κάλυψη και εξαρτώνται από το σύστημα. Η συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών είναι κακή.
Εισαγωγές σε νοσοκομείο / Μητρώα εξαγωγών	Μπορεί να υπάρχει εξαιρετική αξιοπιστία και θεραπεία σοβαρών ασθενειών.	Κάλυψη μόνο σε νοσηλευόμενους ασθενείς; πιθανά προβλήματα για πραγματική επίπτωση. Διαφορές ανάλογα με το σύστημα υγείας. Η ιδιωτική φροντίδα δεν καλύπτεται απαραίτητα. Δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ των ύποπτων και επιβεβαιωμένων διαγνώσεων. Πιθανότητα υπερβολικής αναφοράς σε σοβαρά περιστατικά, αν το σύστημα αποζημίωσης συνδέεται με τη διάγνωση και τις διαδικασίες.
Αρχεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης (γενική πρακτική)	Αξιοπιστία για ασθενείς και τις αιτίες των επισκέψεων τους σε ορισμένες χώρες με συγκρίσιμα συστήματα υγείας.	Εξαρτημένο σύστημα; διαφορές κωδικοποίησης στα συστήματα, καθιστώντας τις συγκρίσεις δύσκολες. Οι πληροφορίες μπορούν να σχετίζονται με ολόκληρο τον πληθυσμό μόνο σε λίγες χώρες της ΕΕ. Η ιδιωτική φροντίδα δεν καλύπτεται απαραίτητα. Δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ των ύποπτων και επιβεβαιωμένων διαγνώσεων. Υπερβολική αναφορά σε περίπτωση σοβαρών περιστατικών, αν το σύστημα αποζημίωσης συνδέεται με τη διάγνωση και τις διαδικασίες.
Ηλεκτρονικά αρχεία υγείας	Πολλές χώρες αντικαθιστούν τα αρχεία με ηλεκτρονικά αρχεία. Ίδια αξιοπιστία και συγκρισιμότητα με παραπάνω.	Τα συστήματα ηλεκτρονικής υγείας πιθανόν να διαφέρουν τόσο στην κάλυψη όσο και την κωδικοποίηση για πολλά. Ως εκ τούτου, οι υποσχέσεις τους δεν εκπληρώνονται. Η εισαγωγή τους μπορεί να περιλαμβάνει πολυετή περίοδο αβεβαιότητας.
Μητρώα ασφάλισης υγείας	Μπορεί να αντικατοπτρίζει καλά τη χρήση της ιατρικής περίθαλψης και των φαρμάκων καθώς και την ανικανότητα εργασίας.	Εξαρτημένο σύστημα. Οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών μπορεί να είναι πολύ δύσκολες.
Αρχεία χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Περιγράφει με ακρίβεια τη χρήση των φαρμάκων και τα πρόσωπα που τα χρησιμοποιούν.	Εξαρτημένο σύστημα; Οι συγκρίσεις είναι εφικτές μόνο για λίγες χώρες της ΕΕ.

Αρχεία εμφυτευμάτων και μεταμόσχευσεων	Εξαιρετική αξιοπιστία, όπου υπάρχουν τέτοια μητρώα. Ενδέχεται να περιγράφουν ασθενείς που είναι τόσο σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση όσο και εκείνους που έχουν ήδη υποβληθεί σε μεταμόσχευση.	Εξαρτημένο σύστημα; ανομοιογενής παροχή δεδομένων σε διάφορες χώρες της ΕΕ. Η κάλυψη μπορεί να ποικίλλει.
Αρχεία ατυχημάτων και τραυματισμών	Καλή κάλυψη και αξιοπιστία.	Εξαρτημένο σύστημα; οι πηγές μπορεί να ποικίλλουν; τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα σε πολλές χώρες της ΕΕ.
Έρευνες υγείας με συνέντευξη	Ευρεία κάλυψη υγείας και χρήσης περίθαλψης; στοιχεία όπως αντιληπτή υγεία, αυτο-αναφερθέντες λειτουργικοί περιορισμοί, επισκέψεις σε γιατρούς και οδοντιάτρους, χρήση φαρμάκων. Ταυτόχρονη πρόσβαση σε κοινωνικοοικονομικά δεδομένα.	Τα ποσοστά συμμετοχής ήταν συνήθως χαμηλά (60-70%) και πρέπει να βελτιωθούν. Υψηλότερα ποσοστά μπορεί να δώσουν μεροληπτικά αποτελέσματα και εμφανείς διαφορές μεταξύ των χωρών. Οι μέθοδοι πρέπει να αναπτυχθούν ώστε να ληφθούν υπόψη αυτές τις διαφορές ή να αντισταθμιστούν οι υπάρχουσες.
Έρευνες εξέτασης υγείας	Επιπλέον με τα παραπάνω οι πληροφορίες μπορεί να εμπεριέχουν κίνδυνο (BP, λιπίδια), ανθρωπομετρικές και φυσιολογικές μετρήσεις, κλινικά αξιολογημένες ασθένειες και λειτουργικούς περιορισμούς. Η αξιοπιστία είναι καλή.	Όπως και παραπάνω, σχετικά με τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής, υπάρχει η περίπτωση μεροληψίας. Τα αποτελέσματα ενδέχεται να επηρεάζονται από διαφορές στα πρωτόκολλα μέτρησης και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Πίνακας 5. Βασικές αρχές για την προώθηση κοινών αξιών και αρχών σε ολόκληρη την Ευρώπη (Kilpeläinen, Aromaa, & ECHIM Core Group, 2008)

## **Κατάλογος κριτηρίων European Community Health Indications Monitoring**

---

Πληθυσμός κατά φύλο / ηλικία  
Καθαρό ποσοστό γεννήσεων  
Κατανομή ηλικίας μητέρων  
Συνολικό ποσοστό μητρότητας  
Προβολές πληθυσμού  
Πληθυσμός ανά μορφωτικό επίπεδο  
Πληθυσμός ανά επάγγελμα  
Συνολική ανεργία  
Πληθυσμός κάτω από το όριο της φτώχειας και ανισότητες στο εισόδημα  
Προσδόκιμο ζωής  
Βρεφική θνησιμότητα  
Περιγεννητική θνησιμότητα  
Θνησιμότητα για συγκεκριμένη ασθένεια – παράδειγμα: αυτοκτονία  
Θάνατοι σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά  
Θάνατοι σχετιζόμενοι με το κάπνισμα  
Θάνατοι σχετιζόμενοι με το αλκοόλ  
Θνησιμότητα σχετιζόμενη με καύσωνες  
Επιλεγμένες μεταδοτικές ασθένειες  
HIV / AIDS  
Επίπτωση καρκίνου  
Διαβήτης  
Άνοια  
Κατάθλιψη  
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου  
Καρδιακή προσβολή  
Άσθμα  
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια  
Υπογεννητικότητα  
Οικιακά ατυχήματα, βία  
Τροχαία ατυχήματα  
Εργατικά ατυχήματα  
Απόπειρες αυτοκτονίας  
Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας  
Αυτοπροσδιοριζόμενη νοσηρότητα  
Μακροχρόνιοι περιορισμοί δραστηριότητας  
Φυσικοί και αισθητικοί λειτουργικοί περιορισμοί  
Γενικός μυοσκελετικός πόνος  
Ψυχολογική κατάσταση  
Ψυχολογική ευεξία  
Προσδόκιμο επιβίωσης, Υγιή χρόνια ζωής  
Προσδόκιμο επιβίωσης, Άλλο  
Δείκτης Μάζας σώματος  
Αρτηριακή πίεση  
Συστηματικοί καπνιστές  
Έγκυες που καπνίζουν  
Συνολική κατανάλωση αλκοόλ  
Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ  
Χρήση παράνομων ουσιών  
Κατανάλωση / διαθεσιμότητα φρούτων  
Κατανάλωση / διαθεσιμότητα λαχανικών  
Θηλασμός  
Φυσική δραστηριότητα  
Κίνδυνοι υγείας που συνδέονται με την εργασία  
Κοινωνική υποστήριξη  
Έκθεση σε περιβαλλοντική μόλυνση (PM10 – Particulate matter)

---

---

Εμβολιαστική κάλυψη σε παιδιά  
Αντιγριπικός εμβολιασμός ηλικιωμένων  
Μαστογραφία για έλεγχο καρκίνου του μαστού  
Τεστ ΠΑΠ για έλεγχο καρκίνου της μήτρας  
Κολonosκοπήσεις για έλεγχο καρκίνου του κόλον  
Χρόνος μέχρι την πρώτη προγεννητική επίσκεψη εγκύων γυναικών  
Νοσοκομειακές κλίνες  
Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους  
Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους  
Κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας  
Ιατρική τεχνολογία (αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι ανά 1.000.000 κατοίκους)  
Ασθενείς που ανάρρωσαν και πήραν εξιτήριο  
Μέσος όρος ημερησίων περιστατικών σε νοσοκομεία  
Ημερήσια περιστατικά/ Ημερήσια εξιτήρια σε νοσοκομεία  
Μέση διάρκεια νοσηλείας  
Ετήσιος αριθμός επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς  
Επισκέψεις σε ιατρούς, εκτός νοσοκομείων  
Χειρουργεία (Διαδερμική διαυλική αγγειοπλαστική των στεφανιαίων, αντικατάσταση ισχίου, καταρράκτης)  
Φαρμακευτική χρήση  
Κινητικότητα ασθενούς  
Ασφαλιστική κάλυψη  
Δαπάνες υγείας  
Επιβίωση από καρκίνο  
Ασθενείς που απεβίωσαν μέσα σε 30 μέρες μετά από OEM, κάταγμα ισχίου  
Ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας  
Χρόνος αναμονής για χειρουργείο  
Λοιμώξεις σε χειρουργεία  
Καθυστέρηση έναρξης αντικαρκινικής θεραπείας  
Έλεγχος διαβήτη  
Πολιτικές για έλεγχο καπνίσματος σε κλειστούς χώρους  
Πολιτικές για υγιεινή διατροφή  
Πολιτικές και πρακτικές για υγιεινό τρόπο ζωής  
Ολοκληρωμένα προγράμματα πληροφόρησης, π.χ. σε χώρους εργασίας, σχολεία και νοσοκομεία

---

*Πίνακας 6. Κατάλογος κριτηρίων European Community Health Indicators Monitoring (Kilpeläinen, Aromaa, & ECHIM Core Group, 2008)*

## 2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο πιο δημοφιλής ορισμός της αποτελεσματικότητας είναι «η οριοθέτηση των εισροών και των εκροών». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να επιδιώκεται η μεγιστοποίηση των εκροών, όταν οι εισροές είναι σταθερές ή ελαχιστοποίηση των εισροών, όταν οι εκροές είναι σταθερές. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχει μια υπόθεση, ότι η ποιότητα δεν μπορεί να είναι χαμηλότερη. (Burgess, 2012)

Αυτοί οι ορισμοί πλησιάζουν την έννοια της «τεχνικής αποτελεσματικότητας». Η τεχνική αποτελεσματικότητα είναι πολύ σημαντική, καθώς επηρεάζει το κόστος, πράγμα που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η αποδοτικότητα, το κόστος μειώνεται.

Η τεχνική αποτελεσματικότητα υπάρχει, όταν μεγιστοποιούνται οι αποδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης με δεδομένες τις υφιστάμενες εισροές. Με απλά λόγια, ο στόχος είναι η μέγιστη απόδοση. (Kashian, 2015)

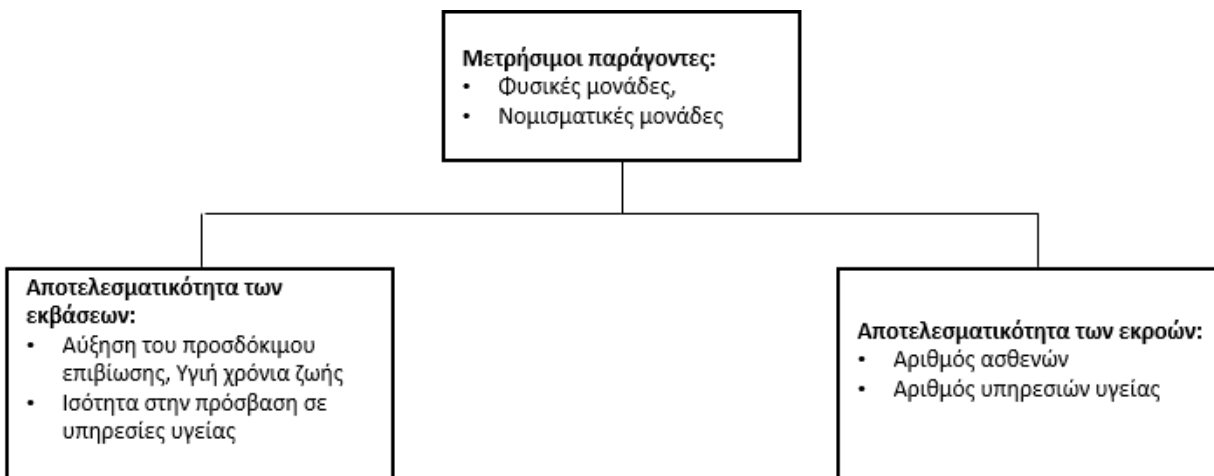
Είναι φυσικό, η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας να έχει γίνει πεδίο συγκρίσεων σε διεθνές επίπεδο. Αυτό έχει δημιουργήσει μια ώθηση για την ανάπτυξη αναλύσεων με τη χρήση οικονομετρικών τεχνικών, οι οποίες μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες: τις παραμετρικές και τις μη παραμετρικές μεθόδους, όμως πάντα εστιάζοντας στη σωματική υγεία ή στις ιδιαίτερες συνθήκες υγείας.

Υπό το πρίσμα πολλών εμπειρικών μελετών, η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, θα πρέπει να αξιολογείται στη βάση των τριών ομάδων παραγόντων. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους πόρους του συστήματος υγείας (κατά κεφαλήν), η δεύτερη συνδέεται με τον τρόπο ζωής και η τρίτη με οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Η σχέση μεταξύ του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, των εισροών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (το μέγεθος και η διάρθρωση των δαπανών υγείας, ο αριθμός των ιατρών, ο αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία κλπ) και των αποτελεσμάτων, που εκφράζονται από διάφορα μέτρα περίθαλψης, αποδεικνύεται στη βιβλιογραφία. (Bem, Ucieklak-Jeż, & Prędkiewicz, 2014)

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί η μέθοδος της μέτρησης της αποτελεσματικότητας του τομέα υγείας. Παρ' όλα αυτά, έρευνες για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των συστημάτων εκτελούνται σπάνια λόγω της δυσκολίας και της περιπλοκότητας της σχέσης μεταξύ της χρηματοδότησης, της οργάνωσης του συστήματος και της υγείας του πληθυσμού.

Ένας τρόπος μέτρησης της αποτελεσματικότητας των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει το προσδόκιμο ζωής ως αποτέλεσμα των δαπανών για την υγεία. Είναι αλήθεια ότι είναι μόνο ένας μερικός δείκτης δεδομένου ότι δεν αντικατοπτρίζει την επικράτηση της ασθένειας, της αναπηρίας ή της ποιότητας ζωής αλλά και το γεγονός ότι οι περιορισμοί των δεδομένων είναι σημαντικοί. Παρ' όλα αυτά, καθώς η έρευνα των (Joumard, Andre, Nicq, & Chatal, 2010) δείχνει, ότι η προσδοκώμενη ζωή συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με άλλους δείκτες της κατάστασης της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της πρόωρης θνησιμότητας και της καλύτερης ποιότητας ζωής λόγω της βελτιωμένης ιατρικής περίθαλψης. Το προσδόκιμο ζωής δεν αντανάκλα μόνο το ποσό που έχει ξοδευθεί για την υγεία, αλλά και επιλογές του τρόπου ζωής, όπως είναι η κατανάλωση καπνού, η κατανάλωση αλκοόλ και η εκπαίδευση. Αυτοί οι παράγοντες συνήθως λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.



Εικόνα 5. Παράγοντες αποτελεσματικότητας στην αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Υπάρχουν πολλοί δείκτες, όπως και κατατάξεις των συστημάτων υγείας ανάλογα με τη μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιηθεί στην έρευνα, τα κριτήρια που έχουν επιλεγεί και τις βαρύτητες που έχουν εφαρμοσθεί.

Το 2013, προτάθηκε ο νέος δείκτης αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (που εκπονήθηκε από Ερευνητές του Bloomberg), καθώς και η κατάταξη των χωρών με βάση το προτεινόμενο αυτό μέτρο. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα προέρχονταν από την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (International Monetary Fund) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization). Οι χώρες που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη μπορούν να χαρακτηριστούν ως «συγκρίσιμες» στο πλαίσιο του: πληθυσμού (μεγαλύτερος από πέντε εκατομμύρια), το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού (τουλάχιστον 70 έτη) και το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) (τουλάχιστον 5.000 USD).

Τρία χαρακτηριστικά: η κατάσταση υγείας (Zb), το κόστος υγειονομικής περίθαλψης, ως ποσοστό του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Kb) (έμμεσες δαπάνες) και το κατά κεφαλή κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Kp) (άμεσες δαπάνες) έχουν υιοθετηθεί ως βασικές συνιστώσες του δείκτη. Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού θεωρήθηκε ως το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό, με βάρος ίσο με 0,6. Τα άμεσα κόστη της υγειονομικής περίθαλψης σταθμίστηκαν με βάρος ίσο με 0,3 και τα έμμεσα με 0,1. Ως αποτέλεσμα, ο δείκτης της αποτελεσματικότητας του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει την ακόλουθη μορφή: (Bem, Ucieklak-Jeż, & Prędkiewicz, 2014)

$$EBL = 6/10 Zb + 3/10 Kb + 1/10 Kp$$

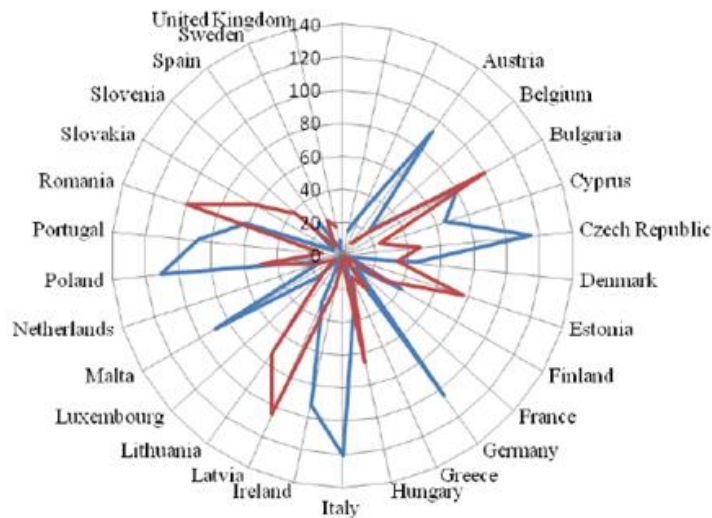
Ο παρακάτω Πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα για 17 ευρωπαϊκές χώρες, που έχουν μελετηθεί από το Bloomberg, οι οποίες ταξινομούνται με βάση την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας τους.

Member State	Member expectancy	Health care expenditures as a percentage of GDP (per capita)	Health care expenditures per capita (USD)	Rank	Efficiency score
Austria	81.8	8.9	5.939	7	66.0
Bulgaria	74.2	7.5	522	41	37.0
Czech Republic	77.9	8.1	1.507	24	48.9
Denmark	79.8	11.8	6.648	38	38.1
Finland	80.5	9.4	4.325	23	49.5
France	81.7	12.5	4.952	19	52.3
Germany	80.7	11.7	4.875	30	45.5
Hungary	74.9	8.6	1.085	38	38.1
Italy	82.1	10.4	3.436	6	66.1
Netherlands	81.2	13.0	5.995	25	48.5
Poland	76.7	7.1	899	21	50.6
Portugal	80.7	11.4	2.311	27	47.2
Romania	74.5	6.3	500	33	44.9
Slovakia	76.0	9.1	1.534	36	44.1
Spain	82.3	10.4	3.027	5	68.3
Sweden	81.8	9.6	5.331	10	62.6
United Kingdom	80.8	9.4	3.609	14	55.7

Πίνακας 7. Η κατάταξη των συστημάτων υγείας βάση της αποτελεσματικότητάς τους (Bloomberg)

Να σημειωθεί ότι η παραπάνω κατάταξη του Bloomberg είναι πολύ απλουστευμένη και βασίζεται στο προσδόκιμο ζωής ως βασικό παράγοντα στη διαδικασία αξιολόγησης της υγείας. Η έρευνα που διεξήγαγε η Bloomberg έδειξε ότι το αμερικανικό σύστημα υγείας είναι εκπληκτικά αναποτελεσματικό (46η θέση στην κατάταξη). Το προσδόκιμο ζωής στις ΗΠΑ είναι σχετικά υψηλό (78,7 έτη), συγκριτικά με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Ωστόσο, το κόστος της φροντίδας υγείας είναι εξαιρετικά υψηλό (ΟΟΣΑ, 2013). Οι περισσότερες χώρες, ειδικά οι αναπτυγμένες, αντιμετωπίζουν μια εκτόξευση των δαπανών για την υγεία. (Bem, Ucieklak-Jeż, & Prędkiewicz, 2014).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το παρακάτω γράφημα, όπου αναλύοντας το, προκύπτει ότι όσον αφορά την κατάσταση υγείας του πληθυσμού στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τη Μεγάλη Βρετανία και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, υπάρχουν χώρες, όπου οι άνθρωποι απολαμβάνουν καλή υγεία ενώ το σύστημα υγείας της χώρας θεωρείται αναποτελεσματικό. Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, βέβαια, δύναται να συνδέεται με τις κατά κεφαλή δαπάνες, ειδικά όταν οι δαπάνες είναι σχετικά χαμηλές (π.χ. κάτω από 80 USD) - στην περίπτωση αυτή, το σύστημα δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά. (Evans, Tandon, Murray, & Lauer, 2011)



Εικόνα 6. Σχέση μεταξύ της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και της αποδοτικότητας

Συμπερασματικά, σημαντικό είναι να κατανοηθεί ότι δεν υπάρχει μια προσέγγιση που να ταιριάζει παντού, όσον αφορά τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να επιδιώκουν τη συνοχή των πολιτικών ρυθμίσεων υιοθετώντας βέλτιστες πρακτικές από τα πολλά διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που υπάρχουν στον ΟΟΣΑ και να τα προσαρμόζουν ανάλογα με τις πραγματικές εγχώριες συνθήκες.

Με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η εξοικονόμηση των δημόσιων δαπανών θα είναι μεγάλη, πλησιάζοντας κατά μέσο όρο το 2% του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ. (OECD, Health care systems: Getting more value for money, 2010)

### 2.1.1 ΕΡΕΥΝΑ WHO 2000

Υπάρχουν πολλά αναλυτικά και στρατηγικά πλαίσια για τα συστήματα υγείας, οδηγώντας σε πανομοιότυπα πλαίσια, περιπτώσεις αλληλοεπικάλυψης και σύγχυσης. Αυτά περιλαμβάνονται στο πλαίσιο του ΠΟΥ για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας (2000), στο πλαίσιο ελέγχου της Παγκόσμιας Τράπεζας (2004) και στο πλαίσιο δομικών μονάδων του ΠΟΥ (2006). Τέτοια πλαίσια έχουν διαφορετικά σημεία εκκίνησης, με αποτέλεσμα να δίνουν έμφαση σε διαφορετικά αποτελέσματα που πρέπει να παρακολουθούνται. Το πλαίσιο του ΠΟΥ τονίζει την ισότητα, την αλληλεγγύη και την κοινωνική ένταξη - πρόσβαση σε αποτελεσματικές, ασφαλείς και ανταποκρινόμενες στις ανάγκες υπηρεσίες, την προαγωγή και προστασία της συλλογικής υγείας και την υπευθυνότητα που πρέπει να διέπει ένα σύστημα υγείας η οποία αποτελεί μέρος της διαχείρισης από τις υγειονομικές αρχές. Το πλαίσιο της Παγκόσμιας Τράπεζας επικεντρώνεται σε πτυχές του συστήματος υγείας που τελούν υπό τον έλεγχο των αρχών, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων του τομέα της υγείας,



των μεθόδων πληρωμής για τη μεταφορά χρημάτων στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, των οργανωτικών ζητημάτων, όπως είναι ο συνδυασμός παρόχων στην αγορά της υγειονομικής περίθαλψης, των ρυθμίσεων των φορέων του συστήματος υγείας και του επηρεασμού της συμπεριφοράς των ατόμων σε σχέση με την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό που όλα τα πλαίσια έχουν κοινό είναι η συναίνεση ότι η παρακολούθηση και η αξιολόγηση πρέπει να ανταποκρίνονται στις επιδόσεις όσον αφορά τα μέτρα του συστήματος υγείας - διαθεσιμότητα, πρόσβαση, ποιότητα, αποτελεσματικότητα - τα μέτρα σχετικά με την υγεία του πληθυσμού - κατάσταση υγείας, ανταπόκριση, ικανοποίηση χρηστών, προστασία έναντι χρηματοοικονομικού κινδύνου. (WHO, Monitoring and evaluation of health systems strengthening; An operational framework, 2009)

Σε μία από τις πρώτες έρευνες που διεξήχθησαν, τρία χαρακτηριστικά - η κατάσταση υγείας (ZD), η ανταπόκριση (WR) και η χρηματοδότηση (F) - εγκρίθηκαν ως βασικές συνιστώσες για τη μέτρηση της ποιότητας ενός συστήματος υγείας. Αυτή η μεθοδολογία προτάθηκε και παρουσιάστηκε από εμπειρογνώμονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2000, ως συνολικός δείκτη υγείας. (WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000)

Το κύριο χαρακτηριστικό είναι η κατάσταση υγείας του πληθυσμού (ZD), η οποία σταθμίζεται με το μεγαλύτερο συντελεστή, ίσο με 0,5.

Τα άλλα δυο χαρακτηριστικά σταθμίζονται με συντελεστή 0,25 το καθένα. Κατά αυτόν βγήκε ο ακόλουθος τύπος για την απόδοση ενός συστήματος υγείας (J):

$$J = \frac{1}{2} ZD + \frac{1}{4} WR + \frac{1}{4} F$$

Ο συντελεστής που είναι ίσος με 0,5 και αποδίδεται στο χαρακτηριστικό «υγεία» πρέπει δύναται να διασπαστεί - 0,25 να αποδίδεται στη συνολική κατάσταση υγείας (ZD<sub>P</sub>) και 0,25 στην ισότητα ως προς την κατανομή του επιπέδου υγείας στα διάφορα μέλη της κοινωνίας (ZD<sub>S</sub>). Σαν αποτέλεσμα, το επίπεδο κατάστασης υγείας ορίζεται ως εξής:

$$ZD = \frac{1}{4} ZD_P + \frac{1}{4} ZD_S$$

Το επίπεδο υγείας ZD<sub>P</sub> υπολογίζεται χρησιμοποιώντας το DALE (Disability Adjusted Life Expectancy). Για την ανάλυση της κατανομής ισότητας στην κατάσταση υγείας, τα εμπειρικά δεδομένα είναι απαραίτητα και η κατανομή ορίζεται ως:

$$ZD_S = 1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k |s_i - s_j|^3}{2k^2 s^{-0,5}}$$

όπου, s<sub>i</sub> : το αναμενόμενο προσδόκιμο ζωής για ένα παιδί,  $\bar{s}$  : το μέσο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού όλων των παιδιών ηλικίας κάτω από 5 ετών (WHO, 2000).

$$WR = \frac{1}{8} WR_P + \frac{1}{8} WR_S$$

Η ανταπόκριση του συστήματος (WR), καθορίζει το αίσθημα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ του συστήματος υγείας και του πληθυσμού.

Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με την εμπειρία και την ικανοποίηση του ασθενούς:

$$WR = \frac{1}{8} WR_P + \frac{1}{8} WR_S$$

όπου,  $WR_P$  : η ανταπόκριση του συστήματος,  $WR_S$  : η κατανομή της ανταπόκρισης του συστήματος.

Ο γενικός αποδεκτός δείκτης για την αξιολόγηση της ποιότητας του συστήματος υγείας, στην περίπτωση αυτή ορίζεται ως εξής (Ucieklak-Jeż, 2006):

$$J = \left( \frac{1}{4} ZDP + \frac{1}{4} ZDS \right) + \left( \frac{1}{8} WRP + \frac{1}{8} WRS \right) + \frac{1}{4} F$$

Λιγότερο μαθηματικά στη συνέχεια αναλύονται οι κύριες μέθοδοι και τα αποτελέσματα της έρευνας του ΠΟΥ.

### **Οι μέθοδοι του ΠΟΥ**

- *Συνολικό επίτευγμα συστήματος.* Ο δείκτης επίτευξης για το σύστημα είναι ένα απόλυτο μέτρο του πόσο καλά τα έχει καταφέρει μια χώρα στην επίτευξη των πέντε στόχων, που καθορίζονται από τους εμπειρογνώμονες του ΠΟΥ. Αυτό το σύνθετο μέτρο συνδυάζει τους πέντε στόχους κατά τον ΠΟΥ σε ένα μοναδικό μέτρο, με τη χρήση συντελεστών βαρύτητας (25% για το επίπεδο υγείας, 25% για τη διάχυση της υγείας, 12,5% για την απόκριση, 12,5% για τη διάχυση της απόκρισης και 25% για την ισότητα της χρηματοδοτικής συνεισφοράς).
- *Συνολική απόδοση του συστήματος.* Η συνολική απόδοση του συστήματος κατά τον ΠΟΥ, είναι ένα μέτρο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας, το οποίο συγκρίνει κατά πόσο η συνολική απόδοση του συστήματος υγείας της χώρας απέχει από το ιδανικό μέγιστο επίπεδο που θα έπρεπε να έχει επιτευχθεί εάν το σύστημα λειτουργούσε αποτελεσματικά, λόγω των δαπανών για την υγεία και την εκπαίδευση. Η έκθεση του ΠΟΥ την περιγράφει ως μέθοδο σύγκρισης της αποτελεσματικότητας των χωρών να μετατρέπουν τις δαπάνες σε αποτελέσματα στο σύστημα υγείας. Μεταξύ των διαφόρων μεθόδων που χρησιμοποιεί ο ΠΟΥ για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, η βαθμολογία για τη «συνολική απόδοση του συστήματος» στα 191 κράτη μέλη, έχει λάβει τη μεγαλύτερη προσοχή.
- *Ανταπόκριση του συστήματος.* Το μέτρο της ανταπόκρισης είναι ένας δείκτης για τον τρόπο με τον οποίο το σύστημα ανταποκρίνεται σε τομείς μη-υγειονομικού ενδιαφέροντος. Σύμφωνα με την έκθεση, το μέτρο σκοπεύει να μετρήσει το αν ένα σύστημα ανταποκρίνεται ή όχι στις προσδοκίες του πληθυσμού, για το πώς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς από τους παρόχους πρόληψης, περίθαλψης ή μη προσωπικού χαρακτήρα υπηρεσίες.

Οι βαθμολογίες απόκρισης προέκυψαν από έρευνα σε ειδικούς, οι οποίοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν το σύστημα υγείας τους σε σχέση με επτά στοιχεία της απόκρισης: την αξιοπρέπεια, την αυτονομία, την εμπιστευτικότητα, την άμεση προσοχή, την ποιότητα των βασικών ανέσεων, την πρόσβαση σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και την επιλογή φροντίδας.

## Αποτελέσματα

- ✓ *Συνολική απόδοση του συστήματος υγείας.* Φαίνεται ότι υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ της κατάταξης του ΠΟΥ σε αυτό το μέτρο και των απόψεων των πολιτών καθεμιάς από αυτές τις χώρες.
- ✓ *Συνολική απόδοση του συστήματος.* Όπως και με το προηγούμενο μέτρο, υπάρχει μικρή αντιστοιχία μεταξύ της ικανοποίησης του κοινού και των απόψεων των ειδικών.
- ✓ *Ανταπόκριση του συστήματος.* Αυτό το μέτρο για το πώς το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις μη υγειονομικές ανάγκες των πολιτών του, φαίνεται να αντικατοπτρίζει καλύτερα την ικανοποίηση του πολίτη σε κάθε έθνος σε σχέση με τα δυο προηγούμενα μέτρα. Κατά την εξέταση της κατάταξης του ΠΟΥ, φαίνεται να υπάρχει υψηλή συσχέτιση της κατά κεφαλή δαπάνης για την υγεία και της βαθμολογίας των ειδικών για την απόκριση ( $r = 0,93$ ). Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο δαπανά ένα σύστημα, τόσο καλύτερη απόκριση έχει. Ωστόσο, ενώ οι περισσότερες δαπάνες μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερες αξιολογήσεις σε αυτό το μέτρο, δεν δημιουργούν απαραίτητα περισσότερο ικανοποιημένους πολίτες.
- ✓ *Οι οικονομικά αδύνατοι και οι ηλικιωμένοι.* Μία από τις κύριες ανησυχίες του ΠΟΥ ήταν το πόσο καλά εξυπηρετούνται άνθρωποι με διαφορετική οικονομική κατάσταση από τα συστήματα υγείας τους. Όπως και στα προηγούμενα μέτρα που αφορούσαν τον γενικό πληθυσμό, οι απόψεις των ειδικών δεν αντικατοπτρίζουν εκείνες των οικονομικά αδύνατων και των ηλικιωμένων.

## 2.2 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Εντυπωσιακό αποτελεί το γεγονός ότι κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση θα μπορούσε να αυξηθεί περισσότερο από δύο χρόνια, με σταθερές δαπάνες, εάν όλες οι χώρες καταστούν εξίσου αποτελεσματικές με εκείνες με τις καλύτερες επιδόσεις. Για λόγους σύγκρισης να σημειωθεί, ότι σε περίπτωση μη μεταρρύθμισης, μια αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη κατά 10%, θα αυξήσει το προσδόκιμο ζωής μόλις κατά τρεις έως τέσσερις μήνες.

Δεν υπάρχει σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που να λειτουργεί συστηματικά καλύτερα όσον αφορά στην παροχή οικονομικά αποδοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, ο τύπος του συστήματος έχει μικρότερη σημασία από ότι ο τρόπος διαχείρισης. Τόσο τα βασισμένα στην αγορά συστήματα όσο και τα πιο συγκεντρωτικά συστήματα παρουσιάζουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και αδυναμίες. (OECD, Health care systems: Getting more value for money, 2010)

Ζητούμενο, επομένως, αποτελεί η αξιολόγηση να συνδυάζει τις οπτικές των διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως καταναλωτές, προμηθευτές και αγοραστές υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω δεν μπορούν να επιτευχθούν με την απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων, αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια αυτά, στη συνέχεια, θα πρέπει να αντιστοιχούνται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης. (Τούντας & Οικονόμου, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007)

Η απόδοση ενός συστήματος υγείας αποτελεί μια ευρύτερη έννοια που αναγνωρίζει το ευρύ φάσμα των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και δεν σχετίζονται άμεσα με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η έννοια σχετίζεται με την άποψη ότι η υγειονομική κατάσταση ενός πληθυσμού επηρεάζεται μόνο εν μέρει από την ποιότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ότι υπάρχουν πολλοί άλλοι κοινωνικοί, πολιτιστικοί, πολιτικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί, εκπαιδευτικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. (European public health)

Από την άλλη όταν αναφερόμαστε στην απόδοση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, εξετάζουμε την αποτελεσματικότητα και την ισότητα των επαγγελματικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο ενός συστήματος. Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνουν και εκτελούν ένα συνδυασμό από διαφορετικές ιατρικές πράξεις και προγράμματα υγείας για να πετύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού εξαρτάται τόσο από την επιλογή ενός κατάλληλου συνδυασμού επιμέρους αποδοτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, όσο και από την ικανότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε ενδιάμεσες εκροές (outputs) κατά την εκτέλεσή τους. Η αποτίμηση, επομένως, της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα, στο επίπεδο των επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, κυρίως μέσω μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, και στο επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών, μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς. (Οικονόμου & Τούντας, 2007)

Στις κυριότερες μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς, χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας διάφορες εισροές (όπως το κόστος λειτουργίας, οι νοσηλευτές ανά κλίνη, οι κλίνες ανά κατοίκους) και εκροές (όπως ο αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, εξιτηρίων), οι οποίες μετρούνται σε φυσικές μονάδες, λαμβανομένης της ανάλυσης κόστους-οφέλους. (European public health)

Η οικονομική θεωρία περιλαμβάνει δύο τύπους αποδοτικότητας: την τεχνική και την καταναλωτική. Η τεχνική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται, όταν μεγιστοποιείται η παραγωγή για ένα δεδομένο σύνολο εισροών, όπως το εργατικό δυναμικό, τα κτίρια, τα βοηθητικά προγράμματα, τα αναλώσιμα και τα συναφή. Η αποδοτικότητα κατανομής προκύπτει όταν, λόγω της τεχνικής απόδοσης, ο συνδυασμός εισροών αντανάκλα τιμές που ελαχιστοποιούν το συνολικό κόστος της παραγωγής. Με άλλα λόγια, η τεχνική αποδοτικότητα σημαίνει ότι οι πόροι δεν σπαταλούνται, ενώ η αποδοτικότητα κατανομής συνεπάγεται με το βέλτιστο δυνατό συνδυασμό εισροών. (Kashian, 2015)

Οι προσεγγίσεις όσον αφορά την απόδοση ενός συστήματος υγείας συχνά πέφτουν σε δύο παγίδες. Κάποιες είναι μακρές και περιεκτικές λίστες πολλαπλών και συχνά επικαλυπτόμενων επιθυμητών χαρακτηριστικών ενός συστήματος. Διάφορα πλαίσια περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, στόχους που σχετίζονται με την υγεία, τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, την κάλυψη, τη δίκαιη χρηματοδότηση, την ποιότητα, την ικανοποίηση των ασθενών, την αποδοτικότητα κατανομής, την τεχνική αποτελεσματικότητα, τον περιορισμό του κόστους, την πολιτική αποδοχή ή την οικονομική βιωσιμότητα. Άλλες προσεγγίσεις ξεκινούν από την εξέταση της οποίας οι δείκτες είναι άμεσα διαθέσιμοι και κατασκευάζουν μια αξιολόγηση απόδοσης που αναπαράγει τις εννοιολογικές και τεχνικές ανεπάρκειες των διαθέσιμων μέτρων. Και οι δύο προσεγγίσεις δεν είναι ικανοποιητικές για μια ολοκληρωμένη και ουσιαστική αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας. (Murray & Frenk, 1999)

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται μια σύνοψη των πλαισίων του ΠΟΥ και του ΟΟΣΑ για την απόδοση των συστημάτων υγείας. (Arah O. , Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek, & Custers, 2003)

	ΠΟΥ	ΟΟΣΑ
Δομή επίδοσης	Πέντε κύριες ενδείξεις-πλαίσια επανεξέτασης των τριών κύριων στόχων ενός συστήματος υγείας με μέσους όρους και επίπεδα διανομής	Έξι κύριοι δείκτες απόδοσης για επανεξέταση των μέσων επιπέδων και της διανομής των τριών βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας
Εννοιολογική βάση πλαισίου	Έννοιες των ορίων ενός συστήματος υγείας (και δράσεων για την υγεία), των στόχων, της αποτελεσματικότητας και των λειτουργιών ενός συστήματος υγείας	Έννοιες της ποιότητας, της ισότητας (των αποτελεσμάτων υγείας, της προσβασιμότητας και της χρηματοδότησης), και μακρο- και μικρο- αποτελεσματικότητα
Αποτελεσματικότητα	Βελτίωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας; συνολική απόδοση ή αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας	Βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας
Ποιότητα	Η ποιότητα ως υποσύνολο του συνολικού στόχου (μέσο επίπεδο υγείας και ανταπόκρισης)	Ποιότητα που συλλαμβάνεται και από τα επίπεδα επίτευξης των αποτελεσμάτων της υγείας και της ανταπόκρισης
Διαχείριση και πολιτική	Πεδίο αξιοπιστίας σε τρία επίπεδα. EHSPI; διαχειριστική αρχή για όλους τους κανονισμούς επίβλεψης	Κύκλος «διαχείρισης της απόδοσης» για την απόδοση του συστήματος υγείας και την ανάλυση πολιτικής; διεθνής σύγκριση για με στόχο τη βελτίωση και την τυποποίηση

*Πίνακας 8. Σύνοψη διεθνών πλαισίων ΠΟΥ και ΟΟΣΑ για την απόδοση ενός συστήματος υγείας*

Σημαντικό είναι να διαχωριστεί ποιο κριτήριο αφορά ποιον. Το κριτήριο της ισότητας αφορά πρωτίστως στα συστήματα υγείας, της αποτελεσματικότητας τόσο τα ιατρικά μέτρα και προγράμματα υγείας όσο και τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας και το κριτήριο της αποδοτικότητας τα συστήματα και τις υπηρεσίες υγείας. Για αυτό και η ισότητα αποτελεί βασικό μέλημα της πολιτικής υγείας, η αποδοτικότητα αποτελεί μέλημα των δικαιούντων των υπηρεσιών υγείας και η αποτελεσματικότητα αποτελεί μέλημα των άμεσων παραγωγών, δηλαδή κυρίως των ιατρών. (Τούντας & Οικονόμου, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007)

Ο ακόλουθος πίνακας, συνοπτικά παρουσιάζει τη δομή μιας αξιολόγησης της απόδοσης ενός συστήματος υγείας. (Reeve, Humphreys, & Wakerman, 2015)

<b>Συνιστώσα</b>	<b>Κριτήριο Επιλογής</b>	<b>Περιγραφή υπηρεσίας</b>
Προσβασιμότητα	Γεωγραφική εγγύτητα για να επιτρέψει την πρόσβαση έκτακτης ανάγκης και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε απομακρυσμένες κοινότητες	Διαθεσιμότητα των περιφερειακών κλινικών υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης στις κοινότητες ανάλογα με την τοποθεσία των υπηρεσιών υγείας και τις ώρες που απασχολούνται
Καταλληλότητα	Βασική διαθεσιμότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μέσω στοχευμένων προγραμμάτων που βασίζονται στο βάρος της νόσου και των κοινοτικών αναγκών	Περιγραφή των αποκλειστικών προγραμμάτων που ταιριάζουν στην περιφέρεια συμπεριλαμβανομένων των ασθενειών Προληπτικός έλεγχος της υγείας Σεξουαλική υγεία Πρόγραμμα προγεννητικού ελέγχου Πρόγραμμα για την υγεία των παιδιών Πρόγραμμα υγείας στα σχολεία Πρόγραμμα υγείας για τους άντρες Πρόγραμμα χρόνιων ασθενειών
Αποτελεσματικότητα	Διαθεσιμότητα προληπτικών υπηρεσιών υγείας	Αριθμός και θέση του προσωπικού του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας για την προαγωγή της υγείας και προγράμματα πρόληψης
Απόκριση	Πολιτιστικά αποδεκτή φροντίδα που ανταποκρίνεται στην περιφερειακές εισροές και την εμπειρία των ασθενών για την προώθηση της ενδυνάμωσης της περιφέρειας Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες	Ποσοστό του προσωπικού των ντόπιων Η κοινοτική δέσμευση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για τις υπηρεσίες υγείας τεκμηριώνεται σε επίσημα πρακτικά Ανατροφοδότηση από τον ασθενή σχετικά με την εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης μέσω έρευνας και καταγγελιών του συστήματος
Συνέχεια	Παροχή συντονισμένης φροντίδας σε όλα τα στάδια της ζωής Ολοκληρωμένη πολυεπιστημονική φροντίδα με άλλους παρόχους	Αριθμός χρόνιων ασθενειών και σχεδίων φροντίδας Ανάκληση της χρήση του συστήματος και το ποσοστό των ραντεβού που ανακλήθηκαν
Αποδοτικότητα	Οικονομική χρήση των πόρων για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων	Περιγραφή της χρήσης ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων Συνολικές παροχές κινήτρων για προληπτική φροντίδα που επιτυγχάνεται ετησίως Αριθμός επιτυχών αιτήσεων παροχής υπηρεσιών υγείας ανά έτος

Πίνακας 9. Απόδοση υπηρεσιών υγείας – Δομή

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, οι διαθέσιμοι πόροι –και επομένως και οι πόροι της υγείας– είναι πάντα ανεπαρκείς συγκριτικά με τις ανθρώπινες ανάγκες και ακόμα περισσότερο σε σχέση με τις ανθρώπινες επιθυμίες. Οι περιορισμένοι αυτοί πόροι έχουν ανταγωνιστικές, δηλαδή εναλλακτικές χρήσεις. Επειδή όμως η ανεύρεση των πλέον κατάλληλων χρήσεων των πόρων στο χώρο της υγείας δεν είναι εύκολη υπόθεση, κατέστη αναγκαία η ανάπτυξη μιας επιστημονικής μεθοδολογίας αξιολόγησης των διαφορετικών επιλογών διάθεσης των πόρων. Επιπλέον, ο τομέας της υγείας είναι ανταγωνιστικός σε ό,τι αφορά στη διάθεση πόρων με άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Θα πρέπει, επομένως, να ερευνηθεί ποια είναι η καταλληλότερη, δηλαδή η πλέον αποδοτική κατανομή των δημόσιων πόρων, ώστε να μεγιστοποιηθεί η ωφέλεια του κοινωνικού συνόλου.

Ακόμη όμως και αν μια ιατρική παρέμβαση είναι θεωρητικά αποδοτική (σε ιδανικές πειραματικές συνθήκες), αυτό δεν σημαίνει ότι είναι αποδοτική σε κάθε περίπτωση. Η αποδοτικότητα της στην κλινική πρακτική εξαρτάται από την τήρηση ή όχι των ενδείξεων εφαρμογής της, τις συνθήκες, το περιβάλλον και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται.

Η οικονομική αξιολόγηση έχει τη δυνατότητα να αποτιμήσει ένα μεγάλο εύρος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας. Μπορεί να αφορά εναλλακτικά σε ιατρικά μέτρα ή προγράμματα υγείας που απευθύνονται είτε στο ίδιο πρόβλημα υγείας, είτε σε διαφορετικά. Στην πρώτη περίπτωση, θεωρείται δεδομένη η αναγκαιότητα της παρέμβασης για το δεδομένο πρόβλημα υγείας, εγείρεται όμως το θέμα της εύρεσης της αποδοτικότερης κλινικής διαδικασίας για την αντιμετώπισή του. Την απάντηση δίνει η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency), που εκφράζει το βαθμό στον οποίο το κάθε εναλλακτικό ιατρικό μέτρο ή πρόγραμμα για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας δίνει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα, χρησιμοποιώντας το ελάχιστο ποσό εισροών.

Στη δεύτερη περίπτωση, αντίθετα, η πραγματοποίηση κάποιας παρέμβασης υγείας δεν θεωρείται δεδομένη, αλλά τίθεται το ερώτημα αν αξίζει να πραγματοποιηθεί μια παρέμβαση αντί για άλλες παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να γίνουν με τους ίδιους πόρους, και αν ναι σε τι βαθμό. Γενικότερα, εγείρεται το ζήτημα επιλογής μεταξύ διαφορετικών παρεμβάσεων και κατανομής των συνολικών πόρων στα διάφορα προγράμματα υγείας, στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται η αποδοτικότητα κατανομής (allocative efficiency), που βασίζεται στον υπολογισμό του άριστου κατά Pareto σημείου, για να μετρήσει το βαθμό στον οποίο οι πόροι υγείας χρησιμοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μην είναι δυνατή η απολαβή μεγαλύτερου οφέλους για την κοινωνία ως σύνολο, μέσω ανακατανομής πόρων μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων υγείας.

## Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

Τα στάδια μιας σωστής οικονομικής αξιολόγησης ενός ή περισσότερων ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας με βάση τον Drummond και άλλους ερευνητές είναι τα ακόλουθα:

- Η διατύπωση του ερωτήματος της μελέτης αξιολόγησης και της προοπτικής της και η επιλογή της μεθόδου αξιολόγησης και του τρόπου συλλογής των στοιχείων,
- Η εκτενής περιγραφή των ανταγωνιστικών εναλλακτικών λύσεων. Επισημαίνεται ότι ακόμα και στην περίπτωση αξιολόγησης μεμονωμένου ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας, υπονοείται η συνέχιση της ισχύουσας πρακτικής,
- Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του κάθε ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας,
- Ο εντοπισμός για όλες τις εναλλακτικές λύσεις κάθε επιμέρους κόστους και αποτελέσματος που θα ληφθεί στη μελέτη, ανάλογα με την προοπτική της μελέτης. Στην περίπτωση της κοινωνικής προοπτικής (social perspective), που είναι και η επιθυμητή, όλα τα κόστη και τα αποτελέσματα που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση,
- Η ακριβής μέτρηση κάθε κόστους και αποτελέσματος με βάση τις κατάλληλες υλικές μονάδες,
- Οι κατάλληλες προσαρμογές κόστους και αποτελέσματος με βάση τις χρονικές διαφορές,
- Η ανάλυση του πρόσθετου (incremental) κόστους και αποτελέσματος κάθε εναλλακτικής λύσης,
- Η πρόβλεψη της αβεβαιότητας στην εκτίμηση κόστους και αποτελεσμάτων,
- Η κατάταξη των εναλλακτικών λύσεων με βάση το λόγο αποτελέσματος-κόστους και ενδεχομένως και με άλλα κριτήρια που έχουν επιλεγεί.

Η οικονομική αξιολόγηση βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα των δεδομένων κλινικής δραστηριότητας και αποτελεσματικότητας.

Οι κύριες μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης έχουν αναλυθεί από τους Drummond, Donaldson και Robinson και είναι οι ακόλουθες:

- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost – effectiveness analysis, CEA)
- Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost – minimization analysis)
- Ανάλυση κόστους-οφέλους (cost – benefit analysis, CBA)
- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost – utility analysis, CUA)

Οι πρώτες δύο μέθοδοι μπορούν να υπολογίσουν την τεχνική αποδοτικότητα παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας, ενώ η τρίτη και η τέταρτη τόσο την τεχνική αποδοτικότητα όσο και την αποδοτικότητα κατανομής. Η μέτρηση του κόστους είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από το είδος ανάλυσης που πραγματοποιείται, ενώ η μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας γίνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε μέθοδο. (Οικονόμου & Τούντας, 2007)

Η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, όπου ο δείκτης αποδοτικότητας (CER) εκφράζεται ως κόστος σε χρηματικές μονάδες ανά μονάδα αποτελέσματος σε φυσικές μονάδες:

$$CER = \frac{cost}{effect}$$



Η μεθοδολογία μερικής οικονομικής αξιολόγησης, που περιέχει στοιχεία για πλήρεις οικονομικές αξιολογήσεις, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μεθόδων, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η *περιγραφή κόστους* και η *ανάλυση κόστους ασθένειας*.

Βασικός περιορισμός των οικονομικών αξιολογήσεων είναι ότι δεν ενσωματώνουν στην ανάλυση τους την κατανομή κόστους και αποτελεσμάτων ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες ασθενών ή πληθυσμιακές ομάδες και τη σημασία της.

Ακόμα, οι μελέτες οικονομικής αξιολόγησης αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στη γενίκευση των συμπερασμάτων. (Τούντας & Οικονόμου, Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, 2007)



### 3. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η διαφάνεια μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί βασική προϋπόθεση όχι μόνο για τους καταναλωτές, αλλά για όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς υγείας. Η διαφάνεια αποκαλύπτει ελαττώματα και δυσλειτουργίες που απαιτούν δράση. Κάθε εξελιγμένη βιομηχανία υπηρεσιών - και η υγειονομική περίθαλψη είναι μια τέτοια βιομηχανία - οδηγείται από τις ενημερωμένες αποφάσεις των καταναλωτών και από το διάλογο μεταξύ του χρήστη και του παρόχου. Οι Ευρωπαίοι είναι της άποψης ότι η δική τους πρόσβαση στις πληροφορίες βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης. (Health Consumer Powerhouse, 2005 EuroHealth Consumer Index, 2005)

Στις 21 Ιουνίου 2000, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ένας από τους πιο σεβαστούς οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών, εξέδωσε μια έκθεση, στην οποία κατέταξε τα συστήματα υγείας 191 χωρών παγκοσμίως.

Τα αποτελέσματα της κατάταξης έδειξαν μικρή σχέση μεταξύ της κατάταξης του ΠΟΥ και της ικανοποίησης των ασθενών στις χώρες αυτές. Τα συστήματα υγείας ορισμένων κορυφαίων χωρών κατά την έκθεση του ΠΟΥ, βαθμολογούνται πολύ χαμηλά από τους πολίτες τους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με χαμηλό εισόδημα και των ηλικιωμένων. Οι δύο χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία από τους ασθενείς, βρέθηκαν στις τελευταίες θέσεις στην αξιολόγηση του ΠΟΥ. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι τόσο οι αξιολογήσεις των ασθενών όσο και εκείνες των ειδικών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε τέτοιου είδους αξιολογήσεις.

Σύμφωνα με το δελτίο τύπου που εξέδωσε ο ΠΟΥ, η βαθμολογία των 191 χωρών βασίστηκε σε πέντε σύνθετους δείκτες:

- το συνολικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- τις ανισότητες στον τομέα της υγείας (ή διαφορές) στο πλαίσιο του πληθυσμού,
- το συνολικό επίπεδο απόκρισης του συστήματος υγείας (ένας συνδυασμός της ικανοποίησης των ασθενών και πόσο καλά ενεργεί το σύστημα),
- την κατανομή της ανταπόκρισης στον πληθυσμό (πόσο καλά οι άνθρωποι με διαφορετική οικονομική κατάσταση διαπιστώνουν ότι εξυπηρετούνται από το σύστημα υγείας),
- την κατανομή του οικονομικού βάρους του συστήματος υγείας στον πληθυσμό (ο οποίος πληρώνει το κόστος).

Στην πραγματικότητα κανένας πολίτης ή ασθενής δεν ερωτήθηκε σε αυτή την έρευνα. Αντίθετα, η έκθεση στηρίχθηκε σε μια έρευνα εμπειρογνομόνων στον τομέα της δημόσιας υγείας, πολλοί από τους οποίους δεν κατοικούσαν καν στις χώρες των οποίων βαθμολογούταν η ανταπόκριση προς τους ασθενείς και τους οικονομικά ασθενείς. (Blendon, Kim, & Benson, 2001)

Ο ΠΟΥ έκανε τους ακόλουθους ισχυρισμούς:

Το πόσο καλά ένα σύστημα υγείας λειτουργεί είναι πολύ περίπλοκο, για να το κατανοήσει το ευρύ κοινό, καθώς περιλαμβάνει βασικές γνώσεις σχετικά με θέματα δημόσιας υγείας που είναι δύσκολα κατανοητά και τέλος, οι αντιλήψεις των ασθενών είναι πολύ στενές, για να αξιολογήσουν πλήρως ένα σύστημα υγείας. Ακόμα και στο θέμα του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνεται ένα σύστημα υγείας, οι προσδοκίες των ατόμων για τον τρόπο με τον οποίο η

υγειονομική περίθαλψη πρέπει να τους παρέχεται, ο ΠΟΥ προτιμά τις απόψεις των εμπειρογνωμόνων διότι τις θεωρεί πιο αξιόπιστες.

Λίγοι θα είναι αυτοί που θα διαφωνήσουν ότι πολλά μέτρα για την απόδοση του συστήματος υγείας θα πρέπει να προέρχονται από όσους έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεδομένα. Αλλά το πραγματικό ζήτημα είναι το εάν οι απόψεις και οι εμπειρίες των πολιτών θα πρέπει να φέρουν και αυτές κάποιο βάρος στην εκτίμηση της απόδοσης του συστήματος υγείας ενός έθνους, ή αν αυτός ο τομέας ανήκει αυστηρά σε εμπειρογνώμονες.

Εάν χρησιμοποιούνται οι απόψεις των πολιτών, τότε τίθεται ένα δεύτερο ζήτημα: εάν πρέπει να περιλαμβάνονται μόνο μέτρα μεμονωμένων εμπειριών για την υγεία ή να διευρυνθεί η έρευνα ώστε να περιλαμβάνει και τη συνολική αξιολόγηση του συστήματος από τους πολίτες. Δεδομένα σχετικά με την εμπειρία των ατόμων, όπως οι χρόνοι αναμονής για χειρουργική επέμβαση, είναι σημαντικοί. Αλλά, συνολικά οι εκτιμήσεις των ασθενών δίνουν ένα σύνθετο μέτρο των μεμονωμένων εμπειριών, καθώς και μια αξιολόγηση του τι συμβαίνει ευρέως στο σύστημα υγείας. Στην έκθεση του ΠΟΥ, ούτε οι μεμονωμένες εμπειρίες ούτε η συνολική ικανοποίηση του κοινού από τα συστήματα υγείας χρησιμοποιήθηκαν.

Ένα ακόμα ζήτημα είναι το αν οι άνθρωποι μπορούν να διακρίνουν μεταξύ της δικής τους υγειονομικής περίθαλψης και του τι συμβαίνει στο σύνολο του συστήματος υγείας. Η προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν τέτοιες διακρίσεις.

Το τελευταίο ζήτημα που συχνά διατυπώνεται, αφορά τη χρήση της κοινής γνώμης στις αξιολογήσεις του συστήματος, καθώς αυτές μετράνε την ικανοποίηση του πολίτη για τη χώρα στο σύνολό της, και μεμονωμένα για το σύστημα υγείας. Αυτό έχει αποδειχθεί σε προηγούμενη έρευνα ότι δεν ισχύει.

Η ικανοποίηση για τη χώρα συνολικά και η ικανοποίηση για το σύστημα υγείας δεν είναι απαραίτητα παράλληλες. (Blendon, Kim, & Benson, 2001)

Ένα λειτουργικό σύστημα υγείας από τη σκοπιά του ασθενή, περιλαμβάνει το τι κάνουν οι γιατροί, τα νοσοκομεία, οι αίθουσες έκτακτης ανάγκης, τα ασθενοφόρα, τα κέντρα υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κυβερνητικοί αξιωματούχοι για την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι ειδικοί βλέπουν ως καλύτερα τα συστήματα υγείας που βελτιώνουν την υγεία, ενθαρρύνοντας την καλύτερη διατροφή, μειώνοντας τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, τη βία, τους τραυματισμούς, τη χρήση καπνού, τη βελτίωση της παροχής νερού και των συνθηκών διαβίωσης. Η αξιολόγηση αυτών των τελευταίων τομέων μπορεί να είναι μια περιοχή όπου η γνώμη εμπειρογνωμόνων θα πρέπει να υπερισχύσει, διότι πολλά από αυτά τα θέματα είναι λιγότερο ορατά από τους μέσους πολίτες.

Αλλά το σύστημα υγείας είναι κάτι διαφορετικό. Οι περισσότερες πολίτες έχουν άμεση εμπειρία από αυτό. Συζητείται ευρέως στα μέσα ενημέρωσης, και οι πολίτες έχουν πολλές επαφές με τους επαγγελματίες υγείας. Εδώ, το ευρύ κοινό έχει τη βάση για εμπειριστατωμένη γνώμη, ιδίως σε τομείς σχετικά με τους φραγμούς στην περίθαλψη, τις οικονομικές δυσκολίες, την μη ανταπόκριση λόγω γραφειοκρατίας, την έλλειψη υπηρεσιών, την έλλειψη σεβασμού των ασθενών από τους επαγγελματίες και διαχειριστές, την αναποτελεσματικότητα και τη διαφθορά. Οι πολίτες κάθε χώρας είναι σε θέση να αξιολογήσουν αυτά τα θέματα όσον αφορά τις χώρες τους. Αν και αναγνωρίζουμε ότι ορισμένες χώρες στον αναπτυσσόμενο κόσμο μπορεί να υπάρχουν δυσκολίες στη διεξαγωγή ερευνών στον πληθυσμό. Η μη λήψη υπόψη των απόψεων

των πολιτών είναι σοβαρή αδυναμία σε αυτή τη διεθνή προσπάθεια. (Blendon, Kim, & Benson, 2001)

Από τη μεριά της φαρμακευτικής βιομηχανίας η δέσμευση και η εμπλοκή των ασθενών θεωρείται πλέον ως θεμελιώδης στοιχείο για την επιτυχία της, σύμφωνα με τους εκπροσώπους της. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η δήλωση της η Laura McKeaveney, Head της Novartis στο Global Patient Advocacy, η οποία φαντάζεται τη σχέση ασθενούς και βιομηχανίας σαν τη διπλή έλικα του DNA, όπου το ένα σκέλος είναι ο κύκλος ζωής του φαρμάκου και το άλλο είναι το ταξίδι του ασθενούς. «Πρέπει να προσδιορίσουμε με σαφήνεια τα κρίσιμα σημεία διασταύρωσης τους και να κάνουμε αυτά τα σημεία σημαντικά, εάν θέλουμε να προχωρήσουμε προς τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών», τονίζει. (McKeaveney)

### 3.1 Η ΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι πολίτες είναι πιθανό να βλέπουν τα συστήματα υγείας ως συστήματα παράδοσης υγειονομικής φροντίδας. (Blendon, Kim, & Benson, 2001) Ζητούμενο για τους ασθενείς είναι να βιώσουν την καλύτερη δυνατή εμπειρία περίθαλψης και μάλιστα σε μια δύσκολη κατάσταση για αυτούς που είναι η περίοδος που νοσούν είτε εκείνοι είτε τα οικεία τους πρόσωπα.

Πέρα από τις μελέτες ικανοποίησης, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από την οπτική γωνία των ασθενών έχει δύο διαστάσεις: τη σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς στις πτυχές της περίθαλψης και την πραγματική εμπειρία που βιώνουν.

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά στη χρήση, το κόστος, την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, μεγάλες διαφορές υπάρχουν μεταξύ των χωρών όσον αφορά την απόδοση της υγειονομικής περίθαλψης και στις απόψεις των ασθενών για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας τους.

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2000 έχει επικριθεί λόγω της υπόθεσης ύπαρξης ίδιας καθολικής αξίας σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στο κόσμο. Αξίες, όπως η αποκρισιμότητα μπορεί να έχουν διαφορετική βαρύτητα σε διαφορετικές χώρες. (Groenewegen, Kerssens, Sixma, van der Eijk, & Boerma, 2005)

Για την αξιολόγηση της βαρύτητας που δίνουν οι ασθενείς σε διάφορες πτυχές ενός συστήματος υγείας έχουν διεξαχθεί διάφορες μελέτες σε διαφορετικές χώρες. Ένα απλό τυπικό παράδειγμα αυτών αποτελεί η μελέτη “What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views” (Groenewegen, Kerssens, Sixma, van der Eijk, & Boerma, 2005), η οποία χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιείχε 10 ερωτήσεις σχετικά με τον οικογενειακό ιατρό, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

Ο γενικός μου ιατρός θα πρέπει:

- πάντα να με παίρνει στα σοβαρά.
- να με ενημερώνει σε κατανοητή γλώσσα σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή που μου συνταγογραφεί.
- να έχει καλή κατανόηση για τα προβλήματα που αντιμετωπίζω.
- να φροντίζει ώστε να έχω πρόσβαση σε ειδικό ιατρό το πολύ μέσα σε δύο εβδομάδες από τη στιγμή που του απευθύνομαι.

- πάντα να με εξετάζει σε βάθος.
- να μου επιτρέπει να έχω λόγο στην απόφαση σχετικά με τη θεραπεία που θα λάβω.
- να μου συνταγογραφεί φαρμακευτικά προϊόντα, τα οποία αποζημιώνονται πλήρως από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης.
- να μπορώ να τον βρω εύκολα τηλεφωνικά.
- πάντα να επικοινωνεί με άλλους παρόχους για τις θεραπείες και υπηρεσίες που απαιτούνται στην περίπτωσή μου.
- να μην με αφήνει στην αναμονή για πάνω από 15 λεπτά.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να αντιστοιχήσουν σε κάθε μια πρόταση μια βαθμολογία από το 1 έως το 4 στην κλίμακα Likert, ανάλογα με το ποια απάντηση τους εκφράζει. Η κλίμακα είχε ως εξής: Όχι σημαντικό (1), Λίγο σημαντικό (2), Σημαντικό (3) και Πολύ σημαντικό (4).

Στην έρευνα φάνηκε ότι το κριτήριο «Ο γενικός μου ιατρός θα πρέπει πάντα να με παίρνει στα σοβαρά» θεωρείται ως το πιο σημαντικό, το οποίο κατατάσσεται από τους ασθενείς μεταξύ του Σημαντικού και Εξαιρετικά Σημαντικού στην κλίμακα Likert. Οι διαφορές μεταξύ των ασθενών στις διάφορες χώρες σε αυτή την ερώτηση ήταν οι μικρότερες.

Στον αντίποδα η πτυχή «Ο γενικός μου ιατρός θα πρέπει να μην με αφήνει στην αναμονή για πάνω από 15 λεπτά» θεωρείται ως η λιγότερο σημαντική.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις φανερώνουν κάτι για την ιεραρχία των σημαντικών παραμέτρων της υγειονομικής περίθαλψης, υποδηλώνοντας ότι οι αξίες που αφορούν το σεβασμό θεωρούνται πιο σημαντικές από εκείνες που σχετίζονται μόνο με τις υπηρεσίες, όπως είναι ο χρόνος αναμονής.

Τέλος, οι μεγαλύτερες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών παρατηρήθηκαν στην πτυχή «Ο γενικός μου ιατρός θα πρέπει να φροντίζει ώστε να έχω πρόσβαση σε ειδικό ιατρό το πολύ μέσα σε δύο εβδομάδες από τη στιγμή που του απευθύνομαι».

Στα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικές χώρες δίνουν διαφορετικές βαρύτητες στις διάφορες πτυχές της ποιότητας της περίθαλψης.

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι αν οι ασθενείς μιας χώρας έχουν κακές εμπειρίες από ορισμένες πτυχές του συστήματος της χώρας τους, τότε θα αξιολογήσουν τις πτυχές αυτές ως τις πιο σημαντικές. Ωστόσο, μια τέτοια υπόθεση απορρίπτεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Μια αντίθεση υπόθεση, ότι σε χώρες όπου οι ασθενείς λαμβάνουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες με χαμηλές διακυμάνσεις (δηλαδή όλοι οι πολίτες λαμβάνουν τις ίδιες χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες), τα άτομα δεν θα φιλοδοξούν σε κάτι που φαίνεται μακριά από τις εμπειρίες τους, υποστηρίζεται μόνο εν μέρει από τα ευρήματά της έρευνας. Γενικά, φαίνεται οι άνθρωποι τείνουν να συγκρίνουν τις εμπειρίες τους με εκείνες των άλλων.

Κάτι ενδιαφέρον που προκύπτει εξετάζοντας τις μεμονωμένες πτυχές, είναι ότι οι άνθρωποι δεν βρίσκουν σημαντικά ζητήματα εκείνα που είναι λίγο πολύ εγγυημένα από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Άτομα σε χώρες με υψηλές συμπληρωμές βρήκαν αυτό το στοιχείο πιο σημαντικό από ότι οι άνθρωποι σε χώρες με χαμηλές συμπληρωμές.

Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά στη σημασία που οι πολίτες δίνουν στις διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης. Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της παραλλαγής

σχετίζεται με ατομικές διαφορές, αλλά υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Υπάρχουν βέβαια και ομοιότητες μεταξύ των χωρών. (Groenewegen, Kerssens, Sixma, van der Eijk, & Boerma, 2005)

Σε μια άλλη μελέτη (Grol, et al., 1999) ερευνήθηκαν οι προτεραιότητες των ασθενών στη γενική πρακτική και βρέθηκαν πολλές ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των χωρών. Συγκεκριμένα, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και η πρόσβαση στις υπηρεσίες ήταν κοινές προτεραιότητες μεταξύ των επισκεπτών γενικής πρακτικής σε διαφορετικές χώρες. Οι πτυχές υπηρεσιών, όπως οι χρόνοι αναμονής, αξιολογήθηκαν ως οι λιγότερο σημαντικές.

Όταν συγκρίνονται οι σπουδαιότητες που αποδίδουν οι ασθενείς στις διάφορες χώρες, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, ώστε να αποκλειστούν διαφορές στη σύνθεση των ομάδων των ερωτηθέντων. Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ σπουδαιότητας και απόδοσης, μπορεί να αναμένεται ότι οι άνθρωποι θα δώσουν μεγαλύτερη σημασία σε εκείνες τις πτυχές που βιώνουν λιγότερο συχνά. Σύμφωνα με την οικονομική έννοια της μειούμενης οριακής χρησιμότητας, π.χ. γρήγορη εξυπηρέτηση χωρίς χρόνο αναμονής στο ιατρείο, ενδέχεται να αποτιμάται ως λιγότερο σημαντικό, το αν οι υπηρεσίες είναι γενικά γρήγορες και οι άνθρωποι δεν χρειάζεται να περιμένουν πολύ. Ωστόσο, την ίδια στιγμή, μπορεί να γίνει η υπόθεση ότι δεν είναι χρήσιμο κάποιος να επιδιώκει κάτι που κανείς δεν έχει. Εάν η ποιότητα των αξιολογήσεων φροντίδας, όπως φαίνεται μέσα από τα μάτια των ασθενών, είναι χαμηλή κατά μέσο όρο, αν υπάρχουν μικρές διακυμάνσεις σε αυτές τις αξιολογήσεις απόδοσης μεταξύ των ατόμων, οι άνθρωποι πιθανώς να μην βρουν αυτές τις πτυχές σπουδαίες. Αυτή η ιδέα βασίζεται σε ένα μηχανισμό κοινωνικής σύγκρισης. (Groenewegen, Kerssens, Sixma, van der Eijk, & Boerma, 2005)

## 2.2 EURO HEALTH CONSUMER INDEX

To Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) ιδρύθηκε το 2004, με στόχο να εισαγάγει ανοικτές συγκρίσεις των επιδόσεων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ως εργαλείο για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και την υποστήριξη της χειραφέτησης των ασθενών και των ιατρών. Από τότε, η HCP έχει δημοσιεύσει περισσότερες από 50 εκδόσεις των δεικτών υγείας για τους καταναλωτές σε διάφορους τομείς υγειονομικής περίθαλψης, όπως η καρδιαγγειακή περίθαλψη, ο διαβήτης, ο ιός HIV, η ηπατίτιδα, ο καρκίνος του παγκρέατος και η νεφρική φροντίδα.

Η εμβληματική πρωτοβουλία του HCP, ο ετήσιος ευρωπαϊκός δείκτης καταναλωτών υγείας (Euro Health Consumer Index - EHCI), χρησιμεύει ως ανεξάρτητη παρακολούθηση της υγειονομικής περίθαλψης σε 36 χώρες. Από το 2005, η σύγκριση των βασικών αξιών στην υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνοντας υπόψη την άποψη του ασθενούς και του καταναλωτή, βελτίωσε την κατανόηση της ευρωπαϊκής υγειονομικής περίθαλψης, εξουσιοδότησε τους ασθενείς και βοήθησε στην αντιμετώπιση των αδυναμιών. Το EHCI έθεσε τα πρότυπα για το τι θα μπορούσε και θα έπρεπε να επιτευχθεί με τη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη. (Health Consumer Powerhouse, Health Consumer Powerhouse)

Το Euro Health Consumer Index 2017 είναι μια προσπάθεια μέτρησης και κατάταξης των επιδόσεων των συστημάτων υγείας της Ευρώπης από πλευράς καταναλωτή. Τα αποτελέσματα περιέχουν σίγουρα κάποια προβλήματα ως προς την ποιότητα των πληροφοριών, καθώς

υπάρχει έλλειψη πανευρωπαϊκών, ομοιόμορφων διαδικασιών για τη συλλογή δεδομένων. Ωστόσο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιχειρεί να εισαγάγει κοινούς, μετρήσιμους δείκτες υγείας, χωρίς όμως μεγάλη επιτυχία.

Οι ομάδες ασθενών σιγά σιγά γίνονται ευπρόσδεκτες, για να εμπλακούν στη λήψη αποφάσεων σε θέματα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη σε ορισμένες χώρες. Κάποιες φορές το πράττουν νόμιμα, μερικές φορές μόνο ανεπίσημα, αλλά συνήθως η παρουσία τους είναι τυπική, χωρίς ουσιαστική συμμετοχή. Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις δεν εμπλέκονται καθόλου.

Εάν μελετηθούν τα αποτελέσματα του Euro Health Consumer Index τα δέκα τελευταία χρόνια που διεξάγονται μελέτες, θα μπορούσαν να εξαχθούν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η ευρωπαϊκή δημόσια υγεία συνεχώς βελτιώνεται, υπολογίζοντας τα θεραπευτικά αποτελέσματα και την κατάσταση των ασθενών,
- Η συσχέτιση μεταξύ των χρημάτων που δαπανώνται και της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης είναι προφανής όταν πρόκειται για τα αποτελέσματα της θεραπείας, αλλά όχι για τους χρόνους πρόσβασης/αναμονής,
- Οι μεγαλύτερες χώρες φαίνεται να επωφελούνται από συστήματα διαχωρισμού αγοραστών-παρόχων ("Bismarck"). Τα συστήματα ενιαίας πληρωμής "Gosplan" ("NHS") φαίνονται διαχειρίσιμα κυρίως σε μικρές χώρες, ιδίως όταν δεν κατακερματίζονται με περιφερειοποίηση,
- Υπάρχουν ολοένα αυξανόμενες ευρωπαϊκές βάσεις δεδομένων και στατιστικών για την υγειονομική περίθαλψη που χρησιμοποιούνται συχνά για την επιτυχή βελτίωση των ιατρικών διαδικασιών. Ωστόσο, μικρή είναι η πρόοδος στη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας. Οι ιατροί και ορισμένοι διαχειριστές είναι πιο πιθανό να υλοποιήσουν αλλαγές, σε σχέση με τους πολιτικούς και τους διοικητές που το πράττουν σπάνια.

Μεγάλο ενδιαφέρον από τα ανώτερα παρουσιάζει το γεγονός ότι παρά τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν κατά την οικονομική κρίση, όπως οι δημοσιευμένοι περιορισμοί στην αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, η ευρωπαϊκή υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να παράγει καλύτερα αποτελέσματα. Τα ποσοστά επιβίωσης όσων πάσχουν από καρδιακές παθήσεις, έχουν υποστεί εγκεφαλικά επεισόδια και καρκίνο, αυξάνονται όλο και περισσότερο, παρόλο που υπάρχει πολύς λόγος για την επιδείνωση των παραγόντων που τα προκαλούν και σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η παχυσαρκία, η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και η καθιστική ζωή. Η βρεφική θνησιμότητα, όπου ίσως αποτελεί τον πιο περιγραφικό ενιαίο δείκτη, συνεχίζει να μειώνεται ακόμα και στις χώρες της Βαλτικής, οι οποίες επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από τη χρηματοπιστωτική κρίση. Οι προηγούμενες εκδόσεις του Euro Health Consumer Index (EHCI), 2006 - 2016, έχουν δείξει αυτή τη βελτίωση πέρα από εύλογες αμφιβολίες.

Ακόμα ένα εντυπωσιακό σημείο, δείχνει ότι είναι φθηνότερη η λειτουργία ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης χωρίς λίστες αναμονής. Σε αντίθεση με τη γενική πεποίθηση μεταξύ των πολιτικών υγείας, οι λίστες αναμονής δεν εξοικονομούν χρήματα, αλλά αντίθετα κοστίζουν χρήματα!

Συχνά, υπάρχει αρνητική μεροληψία στις απαντήσεις των Ομάδων Ασθενών σχετικά με τους χρόνους αναμονής και μια θετική μεροληψία στα επίσημα εθνικά δεδομένα. Η Σλοβακία κέρδισε το απόλυτο σκορ με το «σκληρό τρόπο» - δηλαδή μέσα από τις βαθμολογίες που έλαβε με



βάση τις απαντήσεις των Ομάδων Ασθενών. (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017)

### 3.2.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ EURO HEALTH CONSUMER INDEX

Στη συνέχεια ακολουθεί ο πίνακας με τις βαθμολογίες που συγκέντρωσε κάθε χώρα στο EHCI 2017 και αναλυτικοί πίνακες με τη βαθμολόγηση κάθε κριτηρίου χωριστά, όπως προέκυψε μέσα από τις απαντήσεις των ασθενών. (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017)

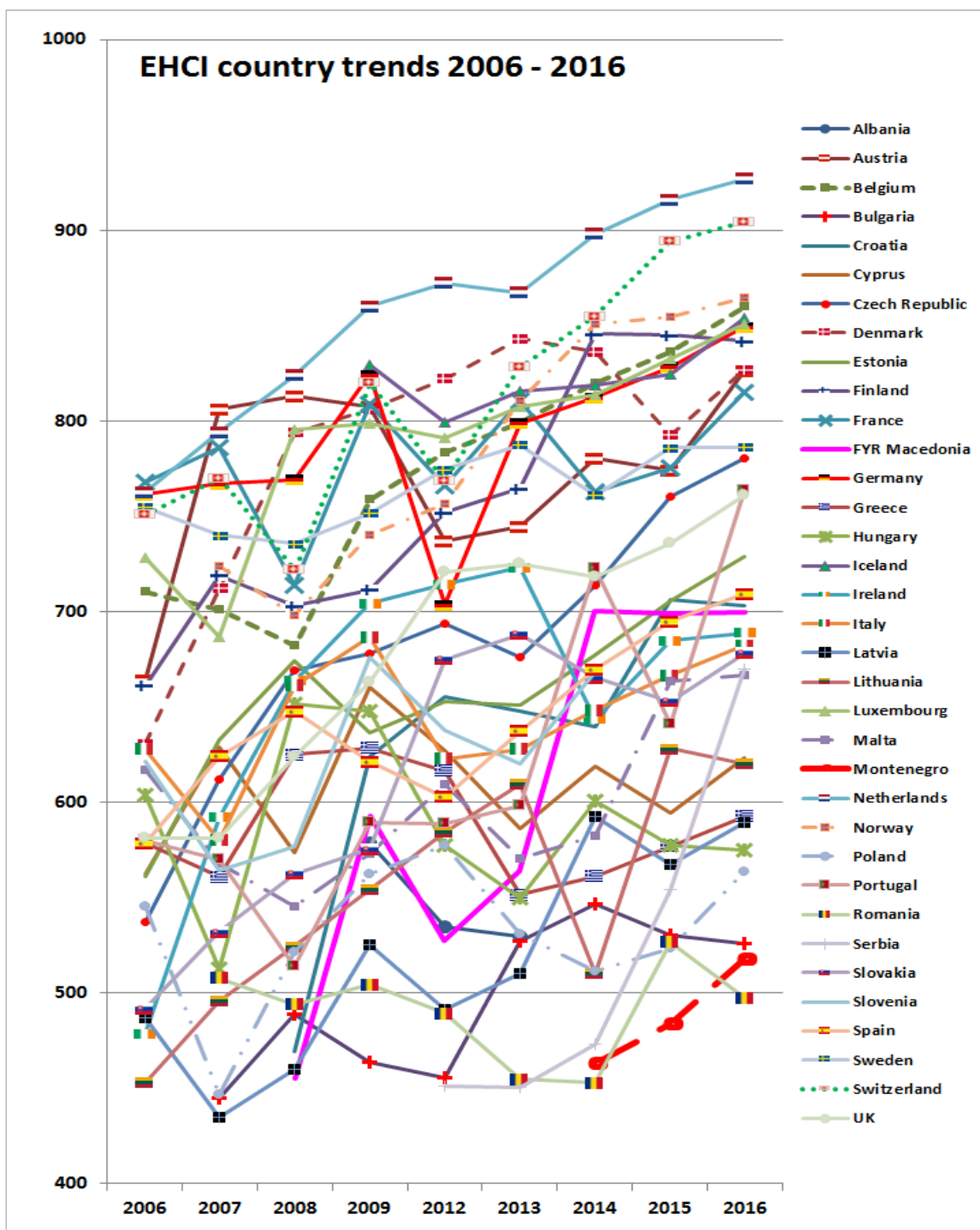
Κατάταξη	Χώρα	Συνολικό σκορ
1	Ολλανδία	924
2	Ελβετία	898
3	Δανία	864
4	Λουξεμβούργο	850
4	Νορβηγία	850
6	Φινλανδία	846
7	Γερμανία	836
8	Βέλγιο	832
9	Ισλανδία	830
10	Γαλλία	825
11	Αυστρία	816
12	Σουηδία	807
13	Σλοβακία	749
14	Πορτογαλία	747
15	Ηνωμένο Βασίλειο	735
16	Τσεχία	726
16	Σλοβενία	726
18	Ισπανία	695
19	Εσθονία	691
20	Ιταλία	673
20	Σερβία	673
22	Βόρεια Μακεδονία	649
23	Μάλτα	642
24	Ιρλανδία	630
25	Μαυροβούνιο	623
26	Κροατία	620
27	Αλβανία	596
28	Λετονία	587
29	Ουγγαρία	584
29	Πολωνία	584
31	Λιθουανία	574
32	Ελλάδα	569
33	Βουλγαρία	548
34	Ρουμανία	439
xx	Κύπρος	xx

Πίνακας 10. Αποτελέσματα EHCI 2017





Στη συνέχεια, για λόγους σύγκρισης με τα αποτελέσματα των περασμένων ετών παρατίθεται ένα διάγραμμα, που περιγράφει τις επιδόσεις των συστημάτων υγείας των υπό εξέταση χωρών για το χρονικό διάστημα 2006-2016, όπως αποτυπώθηκαν στις αντίστοιχες μελέτες EHCI.



Εικόνα 8. Τα αποτελέσματα του EHCI των τελευταίων 9 ετών (2006-2016) (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017)

Όπως, μπορεί κανείς να διακρίνει από την ανοδική πορεία των περισσότερων καμπυλών, από τη μεριά του καταναλωτή υγειονομικής περίθαλψης, η γενική κατάσταση βελτιώνεται στις περισσότερες χώρες. Οι επιδόσεις χωρών όπως η Πορτογαλία, η Βόρεια Μακεδονία και, το 2016, η Σερβία δείχνουν ότι το ΑΕΠ/κάτοικο δεν χρειάζεται να αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα του EHCI 2006-2017, είναι πολύ δύσκολο να αποφύγουμε να παρατηρήσουμε ότι η κορυφή αποτελείται από χώρες με συστήματα τύπου Bismarck, με τις μικρές σε πληθυσμό χώρες και επομένως, πιο εύκολα διαχειρίσιμες με συστήματα Beveridge σκανδιναβικές χώρες να συμπίεζονται. Τα μεγάλα συστήματα Beveridge αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επίτευξη υψηλών επιπέδων αξίας για τους ασθενείς. Οι μεγαλύτερες χώρες με συστήματα τύπου Beveridge, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία και η Ιταλία, συνεχίζουν να παραμένουν μαζί στη μέση της κατάταξης. Θα μπορούσαν να υπάρχουν (τουλάχιστον) δύο διαφορετικές εξηγήσεις για αυτό:

- Η διαχείριση μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού με 100.000+ υπαλλήλους απαιτεί σημαντικές διαχειριστικές δεξιότητες,
- Στα συστήματα τύπου Beveridge, όπου είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι τόσο για τη χρηματοδότηση όσο και για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, φαίνεται ότι υπάρχει κίνδυνος να μετατοπιστεί ο ασθενής από τη θέση αυτού που έχει την απόλυτη προτεραιότητα.

### 3.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ EURO HEALTH CONSUMER INDEX

Ο στόχος του EHCI είναι να επιλεγεί ένας περιορισμένος αριθμός δεικτών μέσα σε ένα ορισμένο αριθμό τομέων αξιολόγησης, οι οποίοι σε συνδυασμό μπορούν να επεξηγήσουν ικανοποιητικά τον τρόπο με τον οποίο ο καταναλωτής υγειονομικής περίθαλψης εξυπηρετείται από τα αντίστοιχα συστήματα.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα κριτήρια για τα οποία κλήθηκαν οι ασθενείς να αναφέρουν τη γνώμη/εμπειρία τους. (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017)

Υποκατηγορία	Δείκτης
Δικαιώματα των ασθενών και πληροφόρηση	Εμπλοκή των Ομάδων ασθενών στη λήψη αποφάσεων
	Δικαίωμα σε δεύτερη γνώμη
	Πρόσβαση στον ατομικό ιατρικό φάκελο
	Μητρώο αξιολόγησης ιατρών
	Τηλεφωνική ή διαδικτυακή 24/7 πρόσβαση σε διαδραστικές πλατφόρμες πληροφόρησης
	Δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι
	Κατάλογος με αξιολογήσεις ποιότητας των παρόχων
	Αρχεία των ασθενών με διαδικτυακή πρόσβαση
	Πρόσβαση ασθενών και δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού διαδικτυακά
	Ηλεκτρονικές συνταγές
	Προσβασιμότητα (λίστες αναμονής μέχρι τη λήψη θεραπείας)
Δυνατότητα απευθείας πρόσβασης σε ειδικό ιατρό	
Προγραμματισμός χειρουργείου <90 μέρες	
Λήψη αντικαρκινικής θεραπείας <21 μέρες	
CT scan <7 μέρες	
A&E χρόνοι	
Αποτελέσματα	Θνησιμότητα 30 μέρες μετά από OEM
	Θνησιμότητα 30 μέρες μετά από εγκεφαλικό
	Βρεφική θνησιμότητα
	Επιβίωση με καρκίνο
	Πιθανά χαμένα έτη ζωής
	Ανθεκτικές λοιμώξεις
	Ποσοστά αμβλώσεων
	Κατάθλιψη
% διαβητικών με HbA1c < 7	
Έκταση και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών	Ισότητα συστημάτων υγείας
	Εγχειρήσεις καταρράκτη ανά 100.000 65+
	Μεταμοσχεύσεις νεφρού ανά 1εκ πληθυσμού
	Οδοντιατρική περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας
	Ανεπίσημες πληρωμές ιατρών
	Μακρά φροντίδα ηλικιωμένων
	% αιμοκάθαρση εκτός κλινικών
	Καισαρικές
Πρόληψη	Εμβολιασμός παιδιών ηλικίας κάτω των 8 ετών
	Πίεση αίματος
	Πρόληψη καπνίσματος
	Αλκοόλ
	Φυσική δραστηριότητα
	HPV εμβολιασμός
	Θανατηφόρα τροχαία

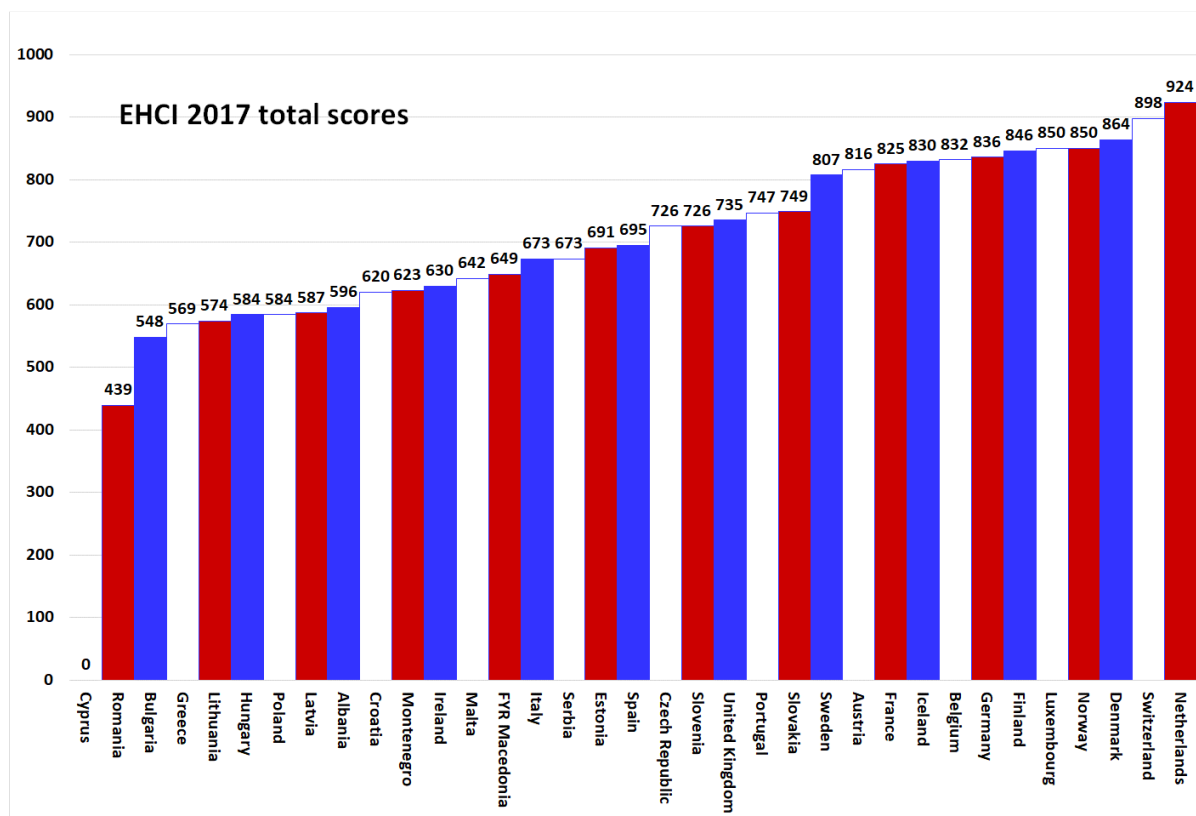
Φαρμακευτικά	Αποζημίωση συνταγογραφούμενων φαρμάκων
	Ρυθμός ανάπτυξης καινοτόμων αντικαρκινικών φαρμάκων
	Πρόσβαση στα νέα φάρμακα (χρόνος μέχρι την αποζημίωση)
	Φάρμακα για την αρθρίτιδα
	Χρήση στατινών
Αντιβιοτικά/κεφαλή	

Πίνακας 11. Κριτήρια EHCI 2017



### 3.2.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕHCI

Όπως χαρακτηριστικά φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, σε γενικές γραμμές οι Ευρωπαίοι ασθενείς στις περισσότερες χώρες είναι ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας των χωρών τους.



Εικόνα 9. Συνολική βαθμολογία ΕHCI 2017

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη τείνουν να συσχετίζονται με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Οι πλούσιες χώρες δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό του πλούτου τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Στην κατάταξη είναι εμφανής η υπεροχή του συστήματος υγείας της Ολλανδίας που βρίσκεται στην πρώτη θέση. Η Ολλανδία είναι η μόνη χώρα, η οποία βρίσκεται στις τρίτες πρώτες θέσεις σταθερά, σε όλες τις μελέτες του “European Index the Health Consumer Powerhouse” από το 2005.

Το γεγονός ότι είναι πολύ δύσκολο να χτιστεί ένας δείκτης τύπου HCP χωρίς να καταλήξουμε με την Ολλανδία στο «βάθρο των μεταλλίων», δημιουργεί έναν ισχυρό πειρασμό να ισχυριστεί κανείς ότι πραγματικά η Ολλανδία έχει «το καλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη». Συνεπώς, καλό θα ήταν οι υπόλοιπες χώρες να μελετήσουν συστηματικά το ολλανδικό σύστημα.

Η δεύτερη θέση της Ελβετίας δεν προκαλεί κάποια έκπληξη, καθώς είναι γνωστό ότι διαθέτει ένα εξαιρετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η Δανία, η οποία επί σειρά ετών κατέχει τη θέση #2 στο EHCI, το 2016 σκόραρε στην 9η θέση, διότι πλέον δεν παρέχει δημόσια αποτελέσματα νοσηλείας. Ακόμα, φαίνεται ότι οι Δανοί ασθενείς έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τους πολύ αυστηρούς κανόνες για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η Νορβηγία και το Λουξεμβούργο μοιράζονται τη 4η θέση. Στη Νότια Ευρώπη, η Ισπανία και η Ιταλία παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η πραγματική αριστεία στη νότια Ευρώπη φαίνεται να εξαρτάται υπερβολικά από τη δυνατότητα των ασθενών να καλύπτουν τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. Επίσης, τόσο η Ισπανία όσο και η Ιταλία παρουσιάζουν μεγάλες περιφερειακές διακυμάνσεις, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ανισοτήτων στο εσωτερικό τους.

Ορισμένα συστήματα κρατών της Ανατολικής Ευρώπης έχουν εντυπωσιακά καλές επιδόσεις, ιδιαίτερα εκείνα της Σλοβακίας, της Σλοβενίας, την Τσεχίας και της Εσθονίας, δεδομένου ότι οι πολύ μικρότερες δαπάνες τους για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προσαρμόζονται ανά δολάριο κατά κεφαλήν.

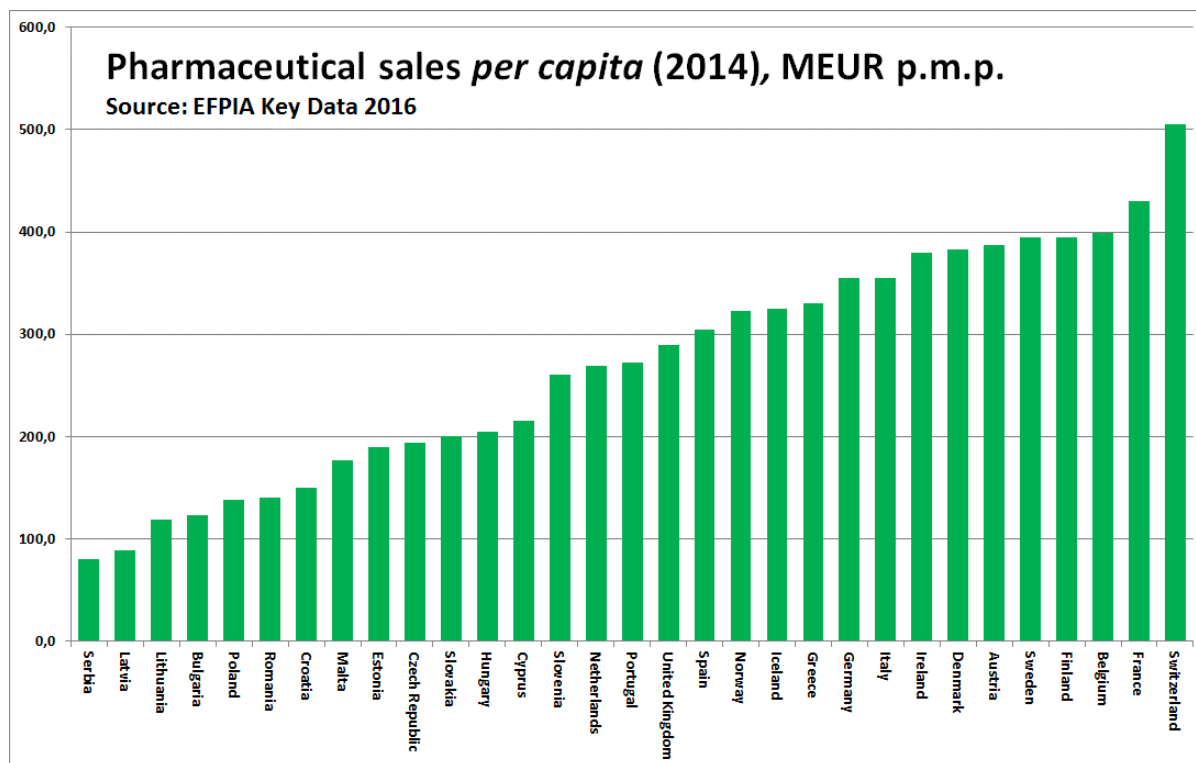
Εάν οι υπεύθυνοι χάραξης των πολιτικών υγείας κοιτούσαν πέρα από τα σύνορα τους και «έκλεβαν» ιδέες βελτίωσης από τους Ευρωπαίους συναδέλφους τους, θα υπήρχαν πολλές πιθανότητες ένα εθνικό σύστημα να έρθει πολύ πιο κοντά στο θεωρητικά άριστο. Για παράδειγμα, εάν η Σουηδία μπορούσε να επιτύχει μια βελγική κατάσταση αναμονής, θα αρκούσε για να ανταγωνιστεί την Ολλανδία.

Με την πιθανή εξαίρεση της Ολλανδίας και της Ελβετίας, δεν υπάρχουν χώρες που να υπερέχουν σε ολόκληρο το φάσμα των δεικτών EHCI. Τα εθνικά αποτελέσματα φαίνονται να αντανakλούν περισσότερο τις «εθνικές και οργανωτικές κουλτούρες και συμπεριφορές», αντί να αντικατοπτρίζουν το ποσό δαπανών που μια χώρα δαπανά στην υγειονομική περίθαλψη.

Η Ελλάδα έλαβε την 32η θέση στην κατάταξη των χωρών της Ευρώπης παρουσιάζοντας δραματική μείωση των κατά κεφαλή δαπανών για υγειονομική περίθαλψη: μείωση 28% μεταξύ 2009 και 2011, αλλά αύξηση κατά 1% το 2012! Πρόκειται για έναν πρωτόγνωρο αριθμό για την Ευρώπη. Ακόμα, σε χώρες που και αυτές έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση, όπως η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Εσθονία, η Λετονία, η Λιθουανία κλπ., δεν αναφέρθηκε σοβαρή μείωση των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρά μόνο προσωρινών μειώσεων, της τάξης <10%. Η Ελλάδα έχει αλλάξει σημαντικά την παραδοσιακή της συνήθεια, της έγκαιρης υιοθέτησης νέων φαρμακευτικών προϊόντων και έχει γίνει πολύ πιο αυστηρή σε αυτόν τον τομέα. Ωστόσο, φαίνεται ότι μέχρι το 2012, η Ελλάδα εξακολουθούσε να έχει την 3η υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη, υπολογιζόμενη σε χρηματική αξία. Μέρος της εξήγησης αποτελεί η απροθυμία των Ελλήνων να δεχτούν γενόσημα φάρμακα.

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Οι ετήσιες δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σε προσαρμοσμένη ισοτιμία PPP (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης), κυμαίνεται από λιγότερο από \$ 600 στην Αλβανία έως πάνω από \$ 6000 στη Νορβηγία, την Ελβετία και το Λουξεμβούργο. Η ηπειρωτική Ευρώπη της Δυτικής Ευρώπης και οι σκανδιναβικές χώρες κυμαίνονται γενικά μεταξύ \$ 3000 και \$ 5000.



Εικόνα 10. Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες στην Ευρώπη (2014) (EFPIA, 2016)

Οι δαπάνες του ελληνικού φαρμακευτικού τομέα επηρεάζονται ενδεχομένως από το γεγονός ότι η Ελλάδα (και η Ιταλία) είναι οι δύο χώρες στην Ευρώπη, όπου τα επίπεδα της διαφθοράς υπερβαίνουν αυτό που θα μπορούσε να αναμένεται σε σχέση με το επίπεδο της ανέχειας.

Χρησιμοποιώντας πιο λεπτομερή κριτήρια για την εξαγωγή συμπερασμάτων για τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, γίνεται εμφανής η διαφορά δυναμικής και πλούτου μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, αν και σε όλες παρατηρείται βελτίωση. Μια ιδιαίτερα δημοφιλής τακτική για τη συγκράτηση του κόστους είναι η εξοικονόμηση στην εισαγωγή/ανάπτυξη φαρμάκων, ιδιαίτερα νέων, κατοχυρωμένων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (ακριβά) φαρμάκων. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Ελλάδας.

*ΠΟΙΟΤΗΤΑ*

Το παρακάτω σχήμα δείχνει τον «χάρτη ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης» της Ευρώπης με βάση τις βαθμολογίες του EHCI 2017.



Εικόνα 11. «Χάρτης ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης» της Ευρώπης με βάση τις βαθμολογίες στο EHCI 2017

### ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Με τα χρόνια, ένα γεγονός γίνεται σαφές: η υποδοχή στο σύστημα (gatekeeping) σημαίνει αναμονή. Σε αντίθεση με τη γενική πεποίθηση, ότι η άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα δημιουργεί προβλήματα πρόσβασης σε ειδικούς ιατρούς λόγω της αυξημένης ζήτησης. Αντίθετα, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για εξειδικευμένη περίθαλψη εντοπίζονται κυρίως σε συστήματα που απαιτούν παραπομπή από την πρωτοβάθμια φροντίδα, κάτι που μοιάζει να είναι μια παράλογη παρατήρηση.



Εικόνα 12. «Περιοχή αναμονής» (κόκκινο) και «Περιοχή μη αναμονής» (πράσινο με βάση τα αποτελέσματα EHCI 2017

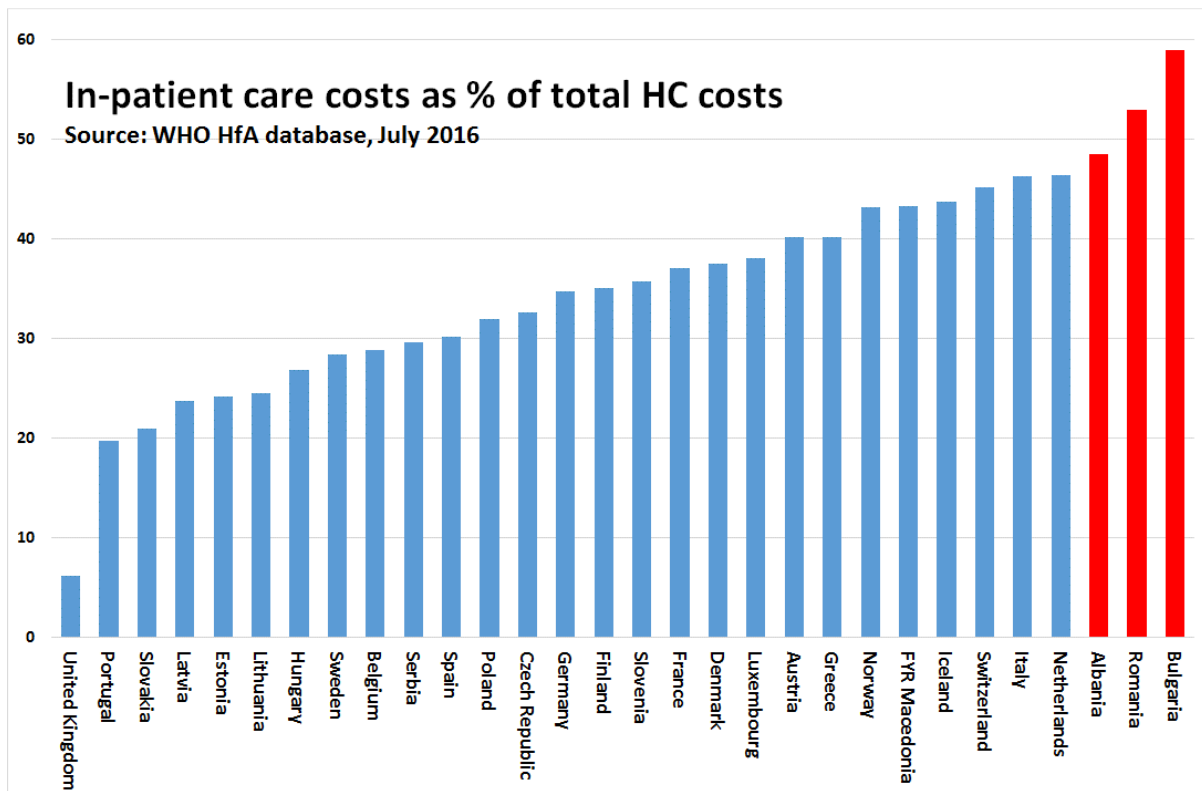
Η κατάσταση «χρόνος αναμονής» ήταν εξαιρετικά σταθερή με την πάροδο του χρόνου, μέχρι τα τελευταία χρόνια, όταν κάποια μικρά βαλκανικά κράτη συν τη Σλοβακία, κατόρθωσαν αξιοσημείωτες βελτιώσεις. Δεν υπάρχει σχεδόν καμία συσχέτιση μεταξύ των δαπανών και της προσβασιμότητας στο σύστημα.

Η απάντηση στο γιατί δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της προσβασιμότητας και της χρηματοδότησης είναι το ότι επειδή είναι εγγενώς φθηνότερη η λειτουργία ενός συστήματος χωρίς λίστες αναμονής από ότι με λίστες αναμονής. Σε αντίθεση με τη γενική πεποίθηση, μεταξύ των πολιτικών υγείας, οι λίστες αναμονής δεν εξοικονομούν χρήματα, αλλά αντίθετα κοστίζουν χρήματα. Η υγειονομική περίθαλψη είναι σαν μια βιομηχανία. Όπως γνωρίζει οποιοσδήποτε επαγγελματίας της βιομηχανίας, οι ομαλές διαδικασίες με ελάχιστη παύση ή διακοπή, είναι το κλειδί για τη συγκράτηση του κόστους χαμηλά.

### ΝΟΣΟΜΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός σύγχρονου συστήματος υγείας είναι ότι όσο πιο σύγχρονη είναι η δομή του, τόσο υψηλότερη πρέπει να είναι η αναλογία φροντίδας που εκτελείται εκτός νοσοκομείου. Οι λόγοι για αυτό είναι κυρίως δύο:

- Οι διαδικασίες που δεν απαιτούν νοσηλεία (π.χ. ημερήσια χειρουργική επέμβαση) είναι σχεδόν πάντοτε λιγότερο επεμβατικές και σημαίνουν ταχύτερη ανάρρωση και μικρότερους κινδύνους επιπλοκών, όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις.
- Η εκτός νοσοκομείου περίθαλψη είναι φθηνότερη. Εμπειρικά, συνήθως, η παροχή φροντίδας σε ένα ασθενή εκτός νοσοκομείου κοστίζει το ένα τρίτο της (παλαιότερης) εναλλακτικής, δηλαδή της νοσοκομειακής περίθαλψης.



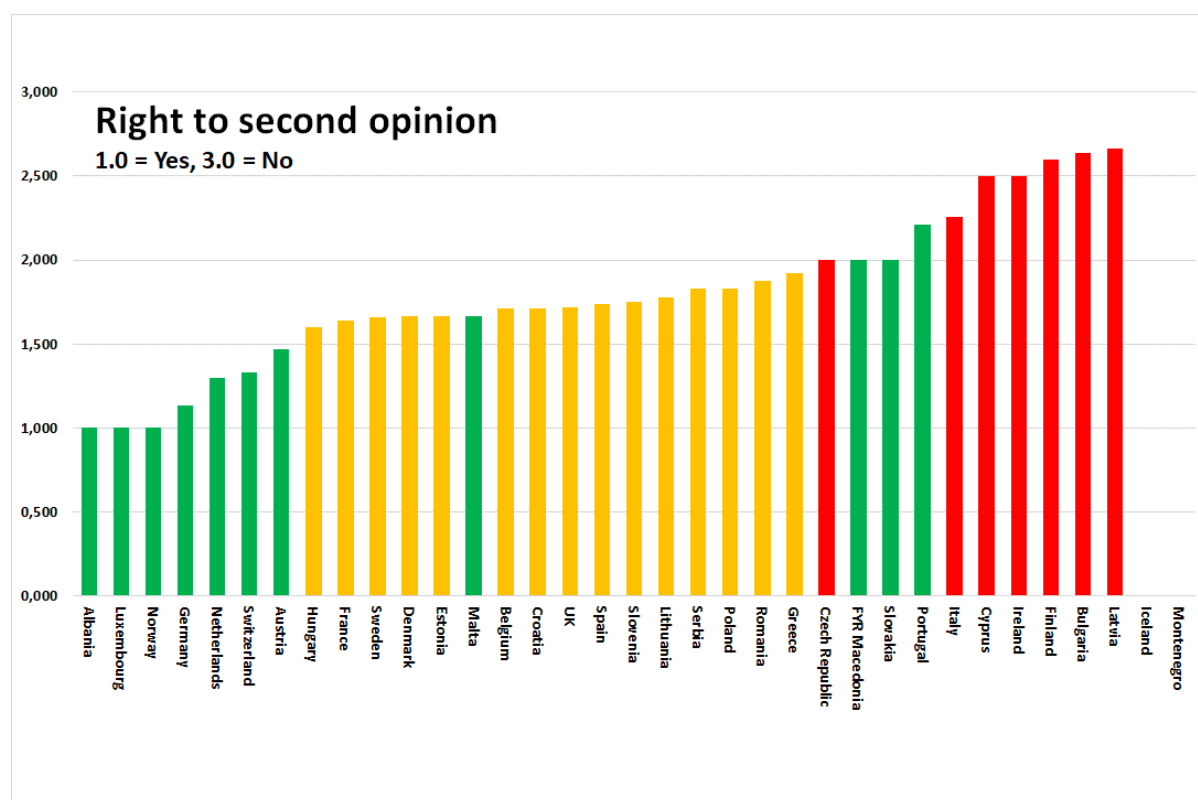
Εικόνα 13. Κόστη για νοσηλευόμενους ασθενείς ως επί τοις % του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης (WHO HfA database, 2016)

Όσο υψηλότερο είναι το μερίδιο της νοσηλευτικής περίθαλψης, τόσο πιο απαρχαιωμένη είναι η δομή της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Εάν οι Ολλανδοί, οι Ελβετοί και (ενδεχομένως) οι Ιταλοί προτιμούν μακρές εισαγωγές στο νοσοκομείο, αυτοί μπορούν να το αντέξουν οικονομικά. Αντίθετα, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Αλβανία δεν μπορούν και για αυτό θα πρέπει να λαμβάνουν επαγγελματική υποστήριξη για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

## ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ακόμη πιο αξιοσημείωτος είναι ένας από τους δείκτες που εισήχθη για πρώτη φορά το 2008 και διερευνά το αν οι ασθενείς αναμένεται να κάνουν άτυπες πληρωμές στο γιατρό εκτός από τις επίσημες αμοιβές. Οι πληρωμές κάτω από το τραπέζι, ή αλλιώς τα γνωστά «φακελάκια», χρησιμεύουν σε κάποιες χώρες ως τρόπος, για να αποκτήσουν οι ασθενείς τον έλεγχο της θεραπείας τους, δηλαδή να παρακάμψουν τη λίστα αναμονής, να αποκτήσουν πρόσβαση στην άριστη θεραπεία, να επωφεληθούν από τις σύγχρονες μεθόδους και τα φάρμακα. Η πανευρωπαϊκή έρευνα που διεξήχθη για τις άτυπες πληρωμές παραμένει, παρά τις προφανείς ατέλειές της, η μόνη μελέτη που έγινε ποτέ σε όλη την Ευρώπη, γεγονός που καταδεικνύει το χαμηλό επίπεδο προσοχής των εθνών και των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων στο πρόβλημα της παράλληλης οικονομίας στην υγειονομική περιθαλψη.

Ένα ακόμα ερώτημα, που τελευταία διερευνάται είναι το εάν οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να πάρουν δεύτερη γνώμη, χωρίς να χρειάζεται να πληρώσουν επιπλέον. Στο παρακάτω γράφημα, φαίνονται επισήμασμένες με πράσινο οι χώρες στις οποίες υπάρχει και είναι νομοθετημένο αυτό το δικαίωμα και οι ομάδες ασθενών είναι ενημερωμένες. Ενώ με κίτρινο εκείνες οι χώρες, όπου ναί μεν υπάρχει το δικαίωμα, όμως οι ομάδες ασθενών δεν είναι ενήμερες της ύπαρξής του. (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017, 2017)



Εικόνα 14. Δικαίωμα ασθενών σε δεύτερη γνώμη (HCP 2017)



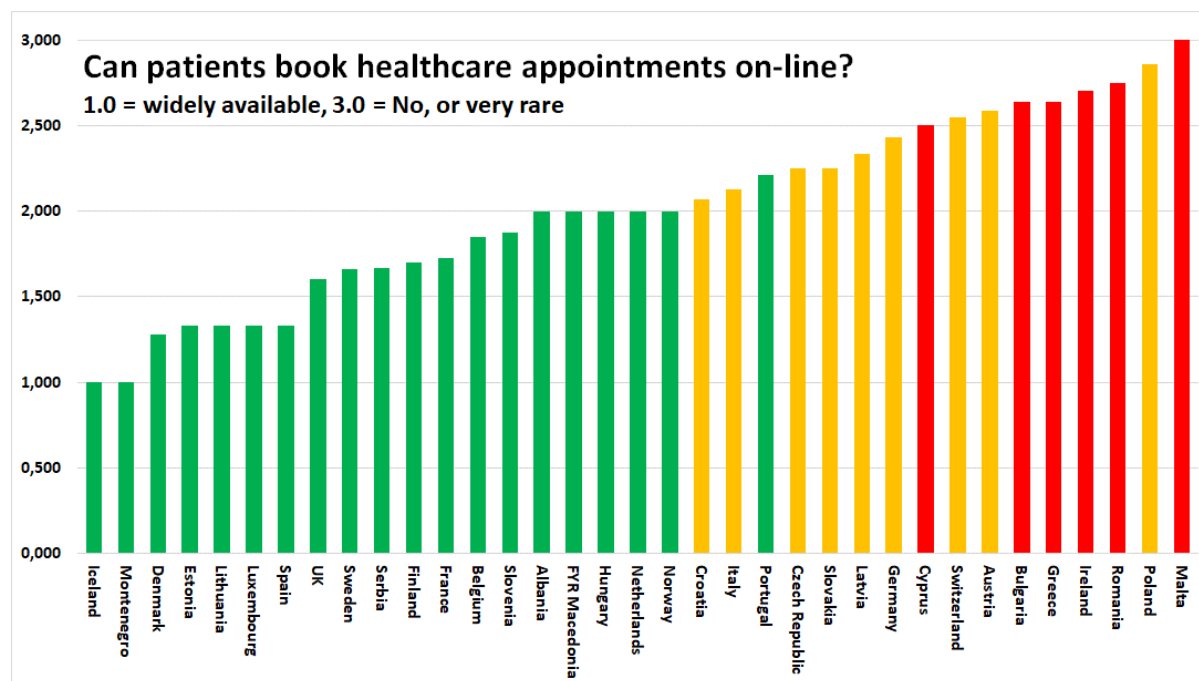
Ένας ακόμα δείκτης είναι το εάν οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στα δικά τους ιατρικά αρχεία. Τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι η κατάσταση αυτή βελτιώνεται σημαντικά στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Ορισμένες χώρες εξακολουθούν να πλήττονται από γραφειοκρατικές διαδικασίες, όπου οι ασθενείς πρέπει να συμπληρώνουν έντυπα ή να έχουν περιορισμένη πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία. Ακόμη και όταν τα αρχεία ασθενών υποτίθεται ότι είναι διαθέσιμα σε μεμονωμένους ασθενείς, η ευαισθητοποίηση των ασθενών σε αυτό είναι χαμηλή σε αρκετές χώρες.

Ιδιαίτερα χρήσιμη θα ήταν μια διαδραστική πλατφόρμα ή τηλεφωνική γραμμή με πρόσβαση 24/7 για τους ασθενείς. Ακόμα, η δυνατότητα των ασθενών να «νοσηλεύονται» σπίτι τους, χωρίς την παραδοσιακή μετάβασή τους στο νοσοκομείο, εάν η κατάστασή τους δεν ήταν τόσο κρίσιμη (για παράδειγμα λήψη ενδοφλέβιας αντιβίωσης).

Μια ακόμα πρόταση που συχνά ακούγεται είναι η ύπαρξη ενός καταλόγου παρόχων με βαθμολογία ποιότητας, όπως και ένα αντίστοιχο μητρώο με αξιολογήσεις ιατρών.

Στην Ευρώπη γίνεται ρουτίνα η ηλεκτρονική δημιουργία των αρχείων των ασθενών.

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται σε ποιες χώρες οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να κλείνουν διαδικτυακά ραντεβού με ιατρούς.



Εικόνα 15. Δυνατότητα ασθενών να κλείνουν διαδικτυακά ραντεβού με τους επαγγελματίες υγείας



## 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το 2015 η Ευρωπαϊκή Κομισιόν εξέδωσε μια έκθεση (Medeiros & Schwierz, 2015), η οποία προσπάθησε να προσδιορίσει τη σχετική αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χρησιμοποιώντας μια σειρά διαφορετικών μεταβλητών εισροών και εκροών. Οι εκροές που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι δείκτες για την υγεία, όπως είναι το προσδόκιμο ζωής, το υγιές προσδόκιμο ζωής και τα ποσοστά θνησιμότητας. Οι εισροές αντίστοιχα περιλάμβαναν τις κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία, τις φυσικές εισροές και περιβαλλοντικές μεταβλητές. Βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο στην ΕΕ, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση θα μπορούσε να αυξηθεί κατά 2,3% ή 1,8 έτη, αν τα συστήματα υγείας αύξαναν την αποτελεσματικότητά τους, ενώ παράλληλα διατηρούσαν τις δαπάνες σταθερές.

Σε όλες τις χώρες της ΕΕ, κατά το μεγαλύτερο μέρος του δεύτερου μισού του 20ού αιώνα, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται. (European Commission, 2012) (Maisonneuve & Martins, 2013) (Medeiros & Schwierz, 2013) Αυτή η ισχυρή αύξηση μπορεί να αποδοθεί στους παράγοντες προσφοράς και ζήτησης, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού και η ιατρική καινοτομία. Εκτός από αυτούς τους παράγοντες, υπάρχουν πολλές ενδείξεις για αναποτελεσματικότητα στη διαδικασία μετασχηματισμού των πόρων σε αποτελέσματα υγείας, δημιουργώντας οικονομικά απόβλητα και παράγοντες που συμβάλλουν στην υπερβολική ανάπτυξη των δαπανών υγείας.

Η εφαρμογή των εννοιών της αποδοτικότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολη. Για παράδειγμα, οι δραστηριότητες της υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι οι απορρίψεις νοσοκομείων, θεωρούνται συχνά ενδιάμεσες εκροές (Jacobs, Smith, & Street, 2006), επειδή οι δραστηριότητες της υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν κατ'ανάγκη άμεσο αντίκτυπο στη βελτίωση της υγείας, κάτι που αναζητούν τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες. Στην πράξη, η σχέση μεταξύ των εισροών, των (ενδιάμεσων) αποτελεσμάτων και των αποτελεσμάτων της υγείας είναι πολύπλοκη και πολύπλευρη. Εκροές και εισροές διαφέρουν συχνά σε ανεπαρκώς μετρούμενες διαστάσεις, όπως στην ποσότητα και την ποιότητα, ενώ τα αποτελέσματα για την υγεία επηρεάζονται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως και από τον τρόπο ζωής. Επίσης, η διαθεσιμότητα δεδομένων είναι μάλλον περιορισμένη με την πάροδο του χρόνου, περιορίζοντας τη χρήση διαφορετικών μοντέλων.

Παρά τις εμπειρικές δυσκολίες στην εφαρμογή των εννοιών της αποδοτικότητας στα συστήματα υγείας, υπάρχει ένα τρόπος απόδειξης της αναποτελεσματικότητας, τόσο σε μακροοικονομικό όσο και σε μικροοικονομικό επίπεδο. Πολλά ευρήματα της σπατάλης των πόρων έχουν αναφερθεί στην εμπειρική βιβλιογραφία, μεταξύ άλλων: i) η μη βέλτιστη παροχή φροντίδας. ii) η ανεπαρκής παροχή οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης · iii) η απάτη και η διαφθορά στην υγειονομική και iv) ένα μη βέλτιστο μίγμα προληπτικής και θεραπευτικής φροντίδας. (Medeiros & Schwierz, 2015)

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να αξιολογηθούν τα συστήματα υγείας και περιλάμβαναν, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, το υγιές προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, το υγιές προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών και η πρόωρη θνησιμότητα.

Μεταβλητές εκροών	Μεταβλητές εισροών				
Αποτελέσματα υγείας	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2		Μοντέλο 3	
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, σε PPP	Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, σε PPP	Σύνθετη ένδειξη του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (κατά κεφαλή ΑΕΠ, εκπαιδευτικό επίπεδα) και παράγοντες του τρόπου ζωής (κατανάλωση οιοσπνεύματος και καπνού, παχυσαρκία)	Δείκτες των φυσικών εισροών (νοσοκομειακά κρεβάτια, νοσοκόμες, ιατροί ανά κεφαλή)	Σύνθετη ένδειξη του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (κατά κεφαλή ΑΕΠ, εκπαιδευτικό επίπεδα) και παράγοντες του τρόπου ζωής (κατανάλωση οιοσπνεύματος και καπνού, παχυσαρκία)
Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών					
Υγιές προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών					
Υγιές προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση					
Πρώωρη θνησιμότητα					
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – προσαρμοσμένο στον τρόπο ζωής	Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας – προσαρμοσμένες στον τρόπο ζωής, σε PPP	Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας – προσαρμοσμένες στον τρόπο ζωής, σε PPP	Σύνθετη ένδειξη του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (κατά κεφαλή ΑΕΠ, εκπαιδευτικό επίπεδα)	Σύνθετη ένδειξη του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (κατά κεφαλή ΑΕΠ, εκπαιδευτικό επίπεδα)	
Υγιές προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση - προσαρμοσμένο στον τρόπο ζωής					

Πίνακας 12. Μεταβλητές χρησιμοποιούμενες για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας (European Commission)

Οι θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης έλαβαν υπόψη μια σειρά δεικτών, οι οποίοι είναι αντικειμενικοί και μετρήσιμοι. Ωστόσο, δεν αποτυπώνουν κατ' ανάγκη το πόσο αποτελεσματικό είναι ένα σύστημα υγείας, διότι εκτός από τους ήδη προαναφερθέντες περιορισμούς, όπως ότι επηρεάζονται από παράγοντες εκτός συστήματος υγείας, δεν αποτυπώνουν με κανένα τρόπο το πως βιώνουν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι, δηλαδή οι ασθενείς, την υγειονομική περίθαλψη.

Στη συνέχεια θα προταθεί μια μεθοδολογία, η οποία εκτός από τους αντικειμενικούς και μετρήσιμους δείκτες θα λαμβάνει υπόψη τη μεριά των ίδιων των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Είναι σημαντικό, να λαμβάνουμε υπόψη πάντα το που απευθύνεται καθετί, του οποίου η αποτελεσματικότητα διερευνάται και τα συστήματα υγείας δεν θα πρέπει να αποτελούν εξαίρεση.

#### 4.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Στη συνέχεια θα προταθεί μια μεθοδολογία για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας στα Ευρωπαϊκά κράτη, η οποία θα βασίζεται τόσο σε αντικειμενικά μετρήσιμα κριτήρια, όπως είναι για παράδειγμα το προσδόκιμο επιβίωσης, όσο και σε κριτήρια που μπορούν να αξιολογηθούν μόνο από τους ίδιους τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή από τους ασθενείς.

Η γνώμη των ασθενών μπορεί να ληφθεί τόσο μέσω των ομάδων ασθενών, ειδικά αν η αξιολόγηση αφορά ένα πιο στενό πεδίο ενός συστήματος υγείας, όπως είναι για παράδειγμα η αντιμετώπιση και η φροντίδα του διαβήτη, όσο και μέσω ερωτηματολογίων και τηλεφωνικών συνεντεύξεων των ασθενών.

Παρακάτω φαίνεται η προτεινόμενη μεθοδολογία, η οποία περιλαμβάνει τα κριτήρια και τους συντελεστές βαρύτητάς τους, των οποίων το άθροισμα είναι 1. Δίπλα σε κάθε κατηγορία φαίνεται ο συντελεστής βαρύτητας της, όπου στη συνέχεια αναλύεται στις επιμέρους βαρύτητες κάθε υποκατηγορίας. Το άθροισμα των συντελεστών βαρύτητας των επιμέρους υποκατηγοριών ισούται με το συντελεστή βαρύτητας της κατηγορίας.

## **1. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (0.30)**

### **1.1 Προσδόκιμο ζωής (0.10)**

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση  
Υγιές προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση  
Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη  
Υγιές προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη  
Πρόωρη θνησιμότητα

### **1.2 Αποτελέσματα (0.10)**

Βρεφική θνησιμότητα  
Πιθανά χαμένα έτη ζωής  
Επιβίωση με καρκίνο  
Θνησιμότητα 30 μέρες μετά από OEM  
Θνησιμότητα 30 μέρες μετά από εγκεφαλικό  
Ανθεκτικές λοιμώξεις  
Κατάθλιψη

### **1.3 Πρόληψη (0.10)**

Εμβολιασμός παιδιών κάτω των 8 ετών  
Κάπνισμα  
Κατανάλωση αλκοόλ  
Φυσική δραστηριότητα

## **2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (0.20)**

### **2.1 Έκταση και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών (0.15)**

Ιατροί ανά 1000 κατοίκους  
Χρόνος αναμονής για ραντεβού με γενικό ή ειδικό ιατρό  
Δυνατότητα απευθείας πρόσβασης σε οικογενειακό ιατρό  
Προγραμματισμός χειρουργείων <90 μέρες  
Λήψη αντικαρκινικής θεραπείας <21 μέρες  
Γεωγραφική κάλυψη γενικών ιατρών  
Δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού διαδικτυακά ή τηλεφωνικά 24/7

### **2.2 Φαρμακευτικά (0.05)**

Αποζημίωση συνταγογραφούμενων φαρμάκων  
Πρόσβαση σε νέα φάρμακα

## **3. ΙΣΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ (0.20)**

Ασφάλεια και κάλυψη ασφάλισης υγείας  
Διαφορές ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εισόδημα, περιοχή διαμονής  
% ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε επίσημες οδηγίες  
Συνολικές ιδιωτικές πληρωμές  
Διαφορές στην παρεχόμενη φροντίδα από διαφορετικούς ασφαλιστικούς τομείς

## **4. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ (0.15)**

Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ  
Δαπάνες υγείας ανά κεφαλή  
Κρατικές δαπάνες για την υγεία ως επί τις % ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών  
Ανεπίσημες πληρωμές ιατρών

## **5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ (0.15)**

Αυτο αντιληπτή υγεία  
Εμπλοκή ομάδων ασθενών στη λήψη αποφάσεων  
Δικαίωμα σε δεύτερη γνώμη  
Πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας  
Τηλεφωνική ή διαδικτυακή 24/7 πρόσβαση σε διαδραστικές πλατφόρμες πληροφόρησης

Τα παραπάνω κριτήρια, όπως φαίνεται, χωρίζονται σε πέντε κύριους τομείς. Κάθε τομέας αποτελεί έναν πυλώνα ενός συστήματος υγείας. Σκοπός κάθε συστήματος υγείας, όπως πολλάκις έχει προαναφερθεί, δεν είναι άλλος από τη βελτίωση ή τη διατήρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Ως φυσικό επακόλουθο, το σημαντικότερο κριτήριο με τη μεγαλύτερη βαρύτητα για να κρίνει κάποιος εάν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι αποτελεσματικό δεν είναι άλλο από την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, στον οποίο το σύστημα αναφέρεται.

Στη συνέχεια ακολουθεί ένα πίνακας στον οποίο φαίνεται το σκεπτικό μέσα από το οποίο προέκυψαν οι προτεινόμενοι συντελεστές βαρύτητας στη μεθοδολογία μας.

Κριτήριο	Προτεινόμενη Μεθοδολογία	European Health Consumer Index 2017	The World Health Report 2000 (WHO)
<u>Κατάσταση Υγείας</u>	0.30	0.425	0.25
Προσδόκιμο ζωής	0.10	-	
Αποτελέσματα	0.10	0.300	
Πρόληψη	0.10	0.125	
<u>Υπηρεσίες Συστήματος Υγείας</u>	0.20	0.225	0.25
Έκταση και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών	0.15	0.125	
Φαρμακευτικά	0.05	0.100	
Ισότητα Ασθενών	0.20	0.225	0.25
Χρηματοδότηση	0.15	-	0.25
Ικανοποίηση και δικαιώματα ασθενών	0.15	0.125	-

Πίνακας 13. Συγκριτικός πίνακας συντελεστών βαρύτητας προτεινόμενης μεθοδολογίας, EHCI 2017 και WHO 2000

Όπως φαίνεται, οι συντελεστές βαρύτητας προτάθηκαν βασιζόμενοι στη μεθοδολογία του ΠΟΥ, λαμβάνοντας υπόψη τη σκοπιά των ασθενών, δηλαδή της ικανοποίησης και των δικαιωμάτων τους.

#### 4.1.1 Κατάσταση υγείας

##### *Προσδόκιμο ζωής*

Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού είναι ένα ιδιαίτερος δύσκολο κριτήριο για να καθοριστεί. Στη προτεινόμενη μεθοδολογία χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες με ισάξια βαρύτητα, τον προσδιορισμό βασικών προσδόκιμων επιβίωσης, τα αποτελέσματα του συστήματος και την πρόληψη.

Ξεκινώντας από τα προσδόκιμα επιβίωσης, ένα καθαρά τεχνικό χαρακτηριστικό, πρέπει να διευκρινιστεί ότι το προσδόκιμο επιβίωσης είναι τόσο σχετικό όσο και δυναμικό μέγεθος. Καθώς οι κοινωνίες και η επιστήμη προοδεύουν, τα προσδόκιμα επιβίωσης των πληθυσμών αυξάνονται. Ένα παιδί που γεννιέται σήμερα, δεν έχει το ίδιο προσδόκιμο επιβίωσης με τους γονείς του. Ωστόσο, από μόνο του το προσδόκιμο επιβίωσης δεν λέει και πολλά, καθώς η μακροβιότητα θα πρέπει να συνοδεύεται με μια καλή κατάσταση υγείας. Για αυτό το λόγο στα κριτήρια εισήχθη και η μέτρηση του υγιούς προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση.

Το υγιές προσδόκιμο ζωής είναι ένα πιο σύνθετο κριτήριο, ωστόσο είναι δυνατό να προσδιοριστεί με πολλές μεθόδους, οι οποίες όμως ξεφεύγουν από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν, τείνουν να έχουν διαφορετικά προσδόκιμα επιβίωσης από εκείνα που έχουν εκείνοι που γεννιούνται. Για αυτό το λόγο, η μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης όσων είναι 65 ετών και άνω κρίνεται απαραίτητη.

Τέλος, η πρόωρη θνησιμότητα είναι ένα μέτρο που δείχνει στην ουσία του την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας να προλαμβάνει και να θεραπεύει. Η πρόωρη θνησιμότητα είναι ένα αγκάθι όχι μόνο για τους ανθρώπους μεμονωμένα αλλά και για τις ίδιες τις κοινωνίες, καθώς όταν ένας άνθρωπος φεύγει από τη ζωή νωρίς, δεν προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο, εκείνα που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα προσέφερε. Επομένως, το κριτήριο αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικό τόσο από ανθρωπιστική όσο και από κοινωνική σκοπιά.

##### *Αποτελέσματα*

Το πόσο αποτελεσματικό είναι ένα σύστημα υγείας μπορεί να φανεί γρήγορα με μια ματιά στα αποτελέσματα που παράγει. Σε αυτή την κατηγορία θα μπορούσαν να ενταχθούν πάρα πολλά κριτήρια, ωστόσο στην παρούσα μελέτη για χάρη απλούστευσης επιλέχθηκαν κάποια όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικά από τους περισσότερους τομείς που αγγίζει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Ως βρεφική θνησιμότητα ή δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (Infant mortality rate, IMR) ορίζεται (αναλογικά) ο αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας συσχετίζεται πολύ έντονα με την κρατική αποτυχία και μάλιστα είναι ανάμεσα στους δείκτες που την προβλέπουν καλύτερα. Γι' αυτόν τον λόγο αποτελεί μια χρήσιμη ένδειξη για την εκτίμηση του επιπέδου υγιεινής και γενικότερα συντελεστής εκτίμησης της φυσικής ποιότητας ζωής μιας χώρας ή περιοχής.



Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί ένα κοινό κριτήριο που χρησιμοποιείται από πολλές μεθοδολογίες και οργανισμούς παγκοσμίως, ώστε να κρίνει, εάν ένα σύστημα προσφέρει τα βασικά, για να ξεκινήσει η ζωή. Κρίνεται ένα από τα πλέον σημαντικά. Οι χώρες με τις καλύτερες επιδόσεις παραδοσιακά σκοράρουν υψηλά σε αυτό το δείκτη.

Ενδεικτικά στη συνέχεια παρατίθεται η ευρωπαϊκή ιστορική αναδρομή και η πρόβλεψη από τον ΟΗΕ του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας, από το 1950 έως το 2050. (UNDATA, n.d.)

Έτη	Βρεφική θνησιμότητα	Έτη	Βρεφική θνησιμότητα
1950-1955	71.611	2000-2005	8.286
1955-1960	50.152	2005-2010	6.433
1960-1965	37.003	2010-2015	5.255
1965-1970	29.576	2015-2020	4.167
1970-1975	24.67	2020-2025	3.427
1975-1980	21.714	2025-2030	2.941
1980-1985	18.204	2030-2035	2.557
1985-1990	15.621	2035-2040	2.265
1990-1995	12.686	2040-2045	2.027
1995-2000	10.321	2045-2050	1.821

Πίνακας 14. Ευρωπαϊκή ιστορική αναδρομή και πρόβλεψη βρεφικής θνησιμότητας για τα έτη 1950-2050

Όπως χαρακτηριστικά φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, η βρεφική θνησιμότητα τείνει μειούμενη με αξιοσημείωτα μεγάλα ρυθμό, καταδεικνύοντας τις αλματώδεις προόδους που έχουν σημειωθεί στην ιατρική. Ακόμα μεγάλη σημασία έχει ότι πλέον οι περισσότερες γυναίκες στην Ευρώπη γεννούν σε νοσοκομεία και τα βρέφη παρακολουθούνται. Αιτίες που πριν 50 χρόνια κατέληγαν σε θάνατο, αυτή τη στιγμή είναι ιάσιμες.

Τα πιθανά χαμένα έτη ζωής (potential years of life lost, PYLLs) αποτελούν μια εκτίμηση των μέσων ετών που θα ζούσε κάποιος εάν δεν είχε πεθάνει πρόωρα. Είναι επομένως ένα μέτρο πρόωρης θνησιμότητας. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτό το μέτρο δίνει μεγάλη έμφαση στους πρόωρους θανάτους των νέων κυρίως ατόμων, καθώς είναι πολύ περισσότερα τα χαμένα έτη ζωής. Εκτός από καλό δείκτη για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, ο δείκτης αυτός μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό των αιτιών που οδηγούν σε πρόωρο θάνατο, βοηθώντας στον προσανατολισμό για το που θα πρέπει να δοθεί έμφαση μέσα στο σύστημα.

Στη συνέχεια τα κριτήρια επιβίωση με καρκίνο, θνησιμότητα 30 μέρες μετά από ΟΕΜ και θνησιμότητα 30 μέρες μετά από εγκεφαλικό επιλέχθηκαν με στόχο να φανεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος στην αντιμετώπιση σοβαρών και απειλητικών για τη ζωή ασθενειών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η επιβίωση με καρκίνο. Πριν μόλις μερικά χρόνια μια διάγνωση με καρκίνο ισοδυναμούσε με «θανατική ποινή» για τον ασθενή. Πλέον αρκετές μορφές καρκίνου θεωρούνται ως χρόνιες ασθένειες ή είναι ακόμα και ιάσιμες.

Οι βασικοί παράγοντες που έχουν συμβάλει σε αυτήν την επιτυχία είναι κυρίως η έγκαιρη διάγνωση και οι καινοτόμες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες βέβαια κοστίζουν πάρα πολύ στα συστήματα. Η έγκαιρη διάγνωση ισοδυναμεί με πρόωμη διάγνωση, δηλαδή με πρόληψη, η οποία θα συζητηθεί στη συνέχεια.

Από τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου, ο πιο σημαντικός θεωρείται το κάπνισμα, που ευθύνεται για το 25-30% των θανάτων με καρκίνο. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την καρκινογένεση είναι η διατροφή, το αλκοόλ, περιβαλλοντικοί παράγοντες και επαγγελματικά καρκινογόνα. (Τούντας , Τριανταφύλλου, & Φρισήρας, Δείκτες υγείας στην Ευρώπη, 2000)

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και το εγκεφαλικό είναι δύο καταστάσεις, οι οποίες συνήθως είναι αιφνίδιες. Η παροχή πρώτων βοηθειών, η έγκαιρη μεταφορά στο νοσοκομείο και η παρακολούθηση είναι το κλειδί για την επιβίωση των ασθενών. Ακόμη και μετά την παρέλευση των πρώτων 24ωρων οι ασθενείς εξακολουθούν να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και είναι απαραίτητη η παρακολούθηση και υποστήριξή τους.

Η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών, λοιπόν, εμπλέκει αρκετές από τις πτυχές λειτουργίας και παροχής φροντίδας ενός συστήματος υγείας και για αυτό το λόγο βρίσκονται ως δείκτες στην μεθοδολογία.

Συνεχίζοντας με τους δείκτες μέτρησης των αποτελεσμάτων δεν μπορούσαν να μην συμπεριληφθούν τα λοιμώδη νοσήματα. Τη δεκαετία του 1990, λοιμώδη νοσήματα άγνωστα στην Ευρώπη για πολλά χρόνια επανεμφανίστηκαν, νέα άρχισαν να εξαπλώνονται, ενώ η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά άρχισε να δυσχεραίνει την κατάσταση στον έλεγχο των λοιμωδών νόσων. (Τούντας , Τριανταφύλλου, & Φρισήρας, Δείκτες υγείας στην Ευρώπη, 2000) Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες από το 1940 μέχρι το 2004 εμφανίστηκαν 335 νέα λοιμώδη νοσήματα.

Τα αναδυόμενα ή και νεοεμφανιζόμενα λοιμώδη νοσήματα - μερικά από τα οποία εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια - που πλήττουν αστικούς πληθυσμούς με επιδημίες σε παγκόσμιο επίπεδο και απασχολούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, είναι ο ιός του Δυτικού Νείλου στην Ελλάδα από το 2009, ο ιός Ζίκα στην Βραζιλία και το Πουέρτο Ρίκο από το 2015, ο Δάγκειος Πυρετός στην Ινδία από το 2010, ο ιός EBOLA στη Δυτική Αφρική με νέα επιδημία από το 2014, ο πυρετός CHIKUNGUNYA στην Καραϊβική με επιδημία από το 2015, η Πνευμονία MERS- CoV σε χώρες της Μ. Ανατολής από το 2013, η Πολιομυελίτιδα στο Πακιστάν από το 2010 και αρκετές νέες λοιμώξεις από πολυανθεκτικά παθογόνα.

Τα λοιμώδη νοσήματα σκοτώνουν σήμερα περισσότερους από 14,6 εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο, με το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν από λοιμώξεις, να προέρχονται από τις χώρες της Αφρικής και λιγότερο από τις ανεπτυγμένες χώρες. Στην Ευρώπη το πρόβλημα είναι σαφώς πολύ μικρότερο, ωστόσο τα ανθεκτικά νοσοκομειακά στελέχη και η μικροβιακή ανθεκτικότητα αποτελούν αγκάθια.

Τέλος, δε θα μπορούσαν να λείπουν τα ψυχικά νοσήματα από τη λίστα με τους δείκτες των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η κατάθλιψη είναι μια κοινή ασθένεια παγκοσμίως, με περισσότερα από 300 εκατομμύρια άτομα να πλήττονται. Η κατάθλιψη είναι διαφορετική από τις συνήθεις διακυμάνσεις της διάθεσης και τις βραχυχρόνιες συναισθηματικές αντιδράσεις στις προκλήσεις στην καθημερινή ζωή. Ειδικά όταν είναι μακράς διαρκείας και με μέτρια ή σοβαρή ένταση, η κατάθλιψη μπορεί να γίνει σοβαρή κατάσταση υγείας. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρό πόνο στο άτομο που πάσχει και να λειτουργεί ελάχιστα στην εργασία, στο σχολείο και στην οικογένεια. Στη χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Περίπου 800 000 άνθρωποι πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας κάθε χρόνο. Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας 15-29 ετών. (WHO, Depression)

Παρόλο που υπάρχουν γνωστές, αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη, λιγότερο από τα μισά περιστατικά στον κόσμο (σε πολλές χώρες, λιγότερο από 10%) λαμβάνουν τέτοιες θεραπείες. Τα εμπόδια στην αποτελεσματική φροντίδα περιλαμβάνουν την έλλειψη πόρων, την έλλειψη εκπαιδευμένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με ψυχικές διαταραχές. Ένα άλλο εμπόδιο για την αποτελεσματική φροντίδα είναι η μη ακριβής αξιολόγηση. Σε χώρες με όλα τα επίπεδα εισοδήματος, οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη συχνά δεν έχουν σωστή διάγνωση και άλλοι που δεν έχουν τη διαταραχή είναι πολύ συχνά εσφαλμένα διαγνωσμένοι και τους συνταγογραφούνται αντικαταθλιπτικά φαρμακευτικά προϊόντα. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αυξάνονται συνεχώς σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα παραπάνω συνηγορούν στο γιατί χρησιμοποιήθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας.

### *Πρόληψη*

Στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια, οι ασθένειες που μπορούν να προληφθούν συνεχίζουν να επιβάλλουν υψηλό βάρος πρόωρης θνησιμότητας και, δυστυχώς, δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς και αποτελεσματικά οι προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ο ΠΟΥ Ευρώπης στοχεύει στην ενίσχυση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας για την πρόληψη των μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. Η μεγάλη επικράτηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να θέσει τους πληθυσμούς ή τις κοινότητες σε μεγαλύτερο κίνδυνο και να οδηγήσει σε περισσότερες ασθένειες. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου συσσωρεύονται καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας ζωής και έχουν οικονομικούς, κοινωνικούς, σχετικούς με το φύλο, πολιτικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες. Η εκτεταμένη δράση σχετικά με τις κύριες αιτίες, τις συνθήκες και την υψηλή κάλυψη αποδεδειγμένων παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας μπορεί να μειώσει σημαντικά την επιβάρυνση των ασθενειών, του πρόωρου θανάτου και της αναπηρίας στην Ευρώπη. (WHO, Disease prevention)

Η αντιμετώπιση των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, παρέχει μεγάλες δυνατότητες για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας στον ευρύτερο πληθυσμό με τη χάραξη πολιτικών στρατηγικών. Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι σημαντικότεροι κατά τη προτεινόμενη μεθοδολογία τομείς πρόληψης.

Ξεκινώντας με τους παράγοντες πρόληψης, φυσικά την πρώτη θέση στους δείκτες έχει ο παιδικός εμβολιασμός, και συγκεκριμένα στα παιδιά κάτω των 8 ετών. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι συστάσεις του ΠΟΥ με λεπτομερείς πληροφορίες για τις συνήθεις ανοσοποιήσεις για παιδιά, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας στην πρώτη δόση και τα διαστήματα.

**Table 1: Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunization**

Antigen	Children (see Table 2 for details)	Adolescents	Adults	Considerations (see footnotes for details)
<b>Recommendations for all immunization programmes</b>				
<b>BCG<sup>1</sup></b>	1 dose			Birth dose and HIV; Universal vs selective vaccination; Co-administration; Vaccination of older age groups Pregnancy
<b>Hepatitis B<sup>2</sup></b>	3-4-doses (see footnote for schedule options)	3 doses (for high-risk groups if not previously immunized) (see footnote)		Birth dose Premature and low birth weight Co-administration and combination vaccine Definition high-risk
<b>Polio<sup>3</sup></b>	3-4 doses (at least one dose of IPV) with DTPCV			bOPV birth dose Type of vaccine Transmission and importation risk criteria
<b>DTP-containing vaccine (DTPCV)<sup>4</sup></b>	3 doses	2 boosters 12-23 months (DTPCV) and 4-7 years (Td/DT containing vaccine, see footnote)	1 booster 9-15 yrs (Td)	Delayed/interrupted schedule Combination vaccine Maternal immunization
<b>Haemophilus influenzae type b<sup>5</sup></b>	<b>Option 1</b>	3 doses, with DTPCV		Single dose if > 12 months of age Not recommended for children > 5 yrs old Delayed/interrupted schedule Co-administration and combination vaccine
	<b>Option 2</b>	2 or 3 doses, with booster at least 6 months after last dose		
<b>Pneumococcal (Conjugate)<sup>6</sup></b>	<b>Option 1</b>	3 doses (3p+0) with DTPCV		Schedule options (3p+0 vs 2p+1) Vaccine options HIV+ and preterm neonate booster
	<b>Option 2</b>	2 doses before 6 months of age, plus booster dose at 9-15 mos of age (2p+1) with DTPCV		
<b>Rotavirus<sup>7</sup></b>	2-3 doses depending on product with DTPCV			Vaccine options Not recommended if > 24 months old
<b>Measles<sup>8</sup></b>	2 doses			Combination vaccine; HIV early vaccination; Pregnancy
<b>Rubella<sup>9</sup></b>	1 dose (see footnote)		1 dose (adolescent girls and women of child-bearing age if not previously vaccinated; see footnote)	Achieve and sustain 80% coverage Combination vaccine and Co-administration Pregnancy
<b>HPV<sup>10</sup></b>			2 doses (females)	Target 9-14 year old girls; Multi-age cohort vaccination; Pregnancy Older age groups ≥ 15 years 3 doses HIV and immunocompromised

Εικόνα 16. Συστάσεις ΠΟΥ για εμβολιασμό ρουτίνας

Η ανοσοποίηση είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο γίνεται άνοσο ή ανθεκτικό σε μολυσματική ασθένεια, τυπικά με τη χορήγηση εμβολίου. Τα εμβόλια διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος για να προστατεύσουν το άτομο από την επακόλουθη μόλυνση ή ασθένεια.

Η ανοσοποίηση είναι ένα αποδεδειγμένο εργαλείο για τον έλεγχο και την εξάλειψη των μολυσματικών ασθενειών που απειλούν τη ζωή και εκτιμάται ότι θα αποτρέψει κάθε χρόνο 2 και 3 εκατομμύρια θανάτους. Είναι μια από τις πιο αποδοτικές επενδύσεις για την υγεία, με αποδεδειγμένες στρατηγικές που την καθιστούν προσιτή ακόμη και για τους πιο δύσκολους και ευάλωτους πληθυσμούς. Έχει σαφώς καθορισμένες ομάδες στόχους, μπορεί να παραδοθεί αποτελεσματικά μέσω δραστηριοτήτων προβολής και ο εμβολιασμός δεν απαιτεί καμία σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής, σύμφωνα με τον ΠΟΥ.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ολοένα και πιο έντονα ένα αντιεμβολιαστικό κίνημα, βασιζόμενο σε άκρως αντιεπιστημονικά στοιχεία, κερδίζοντας έδαφος εκμεταλλευόμενο την ημιμάθεια και την εύκολη πίστη ορισμένων ανθρώπων. Το κίνημα αυτό αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για την υγεία, καθώς ασθένειες, όπως η ιλαρά ξανακάνουν την εμφάνισή τους μετά από πολλά έτη αδράνειας. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι τη χρονιά που πέρασε, η Ευρώπη κατέγραψε ρεκόρ ιλαράς, με πάνω από 45.000 κρούσματα και τουλάχιστον 37 θανάτους. Περιστατικά ιλαράς αναφέρθηκαν ακόμη και σε χώρες, που μέχρι πέρυσι είχαν μηδενικές αναφορές.

Συνεχίζοντας με τους παράγοντες πρόληψης, δεν θα μπορούσε να λείπει από τους δείκτες η αποφυγή του καπνίσματος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλαδή 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως. Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε 8 από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας, παγκοσμίως. (World Health Organization , 2007)

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία.

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα - που ονομάζεται επίσης «παθητικό κάπνισμα» - εξακολουθεί να είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, και να επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο.

Από οικονομικής απόψεως σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. (Prahbat & Chaloupek,

2000) Εντούτοις, μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι το κόστος αυτό μπορεί να είναι ακόμη υψηλότερο.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι η πρόληψη του καπνίσματος είναι μείζονος σημασίας για ένα σύστημα υγείας.

Η υπερκατανάλωση αλκοόλ αποτελεί με τη σειρά της ένα πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών. Το αλκοόλ ως γνωστό σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση νοσημάτων όπως κίρρωση ήπατος, παγκρεατίτιδα, καρκίνο του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος, αλκοολική ψύχωση, καθώς και με την πρόκληση βίας και ατυχημάτων. (Τούντας , Τριανταφύλλου, & Φρισήρας, Δείκτες υγείας στην Ευρώπη, 2000)

Οι βλάβες που προκαλεί η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην ΕΕ, δεδομένου ότι ευθύνονται για πάνω από το 7% των προβλημάτων υγείας και των πρόωρων θανάτων. Ακόμη και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει μακροπρόθεσμα τον κίνδυνο ορισμένων καρδιαγγειακών παθήσεων, ασθενειών του ήπατος και καρκίνων, ενώ η συχνή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση.

Διάφορα προγράμματα τρέχουν σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, τα οποία ως στόχο έχουν το μετριασμό αυτών των δύο βλαπτικών συνηθειών, δηλαδή του καπνίσματος και της υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ, ωστόσο είναι σημαντικό κάθε σύστημα υγείας να σχεδιάζει και να υλοποιεί τα δικά του προγράμματα πρόληψης, εξατομικευμένα για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία απευθύνεται.

Τέλος, στους δείκτες πρόληψης έχει συμπεριληφθεί η φυσική δραστηριότητα. Η φυσική δραστηριότητα ορίζεται ως οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από σκελετικούς μύες και απαιτεί ενέργεια. Η φυσική αδράνεια (έλλειψη σωματικής δραστηριότητας) έχει αναγνωριστεί ως ο τέταρτος παράγοντας κινδύνου για την παγκόσμια θνησιμότητα (6% των θανάτων παγκοσμίως). Επιπλέον, η φυσική αδράνεια εκτιμάται ότι αποτελεί την κύρια αιτία για περίπου το 21-25% των καρκίνων του μαστού και του παχέος εντέρου, το 27% του διαβήτη και περίπου το 30% της επιβάρυνσης από την ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η τακτική και επαρκή φυσική δραστηριότητα σε ενήλικες συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, διαβήτη, καρκίνου του μαστού και του κόλου, κατάθλιψης, πτώσης, ενώ βοηθά στη βελτίωση της οστικής και λειτουργικής υγείας. Ακόμα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ενεργειακή ισορροπία και τον έλεγχο του βάρους. Ο όρος «φυσική δραστηριότητα» δεν πρέπει να συγχέεται με την «άσκηση». Η άσκηση είναι μια υποκατηγορία φυσικής δραστηριότητας που είναι προγραμματισμένη, δομημένη, επαναλαμβανόμενη και σκόπιμη με την έννοια ότι η βελτίωση ή η συντήρηση ενός ή περισσοτέρων συστατικών της σωματικής ικανότητας είναι ο στόχος. Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας είναι κοινωνικό και όχι μόνο ατομικό πρόβλημα. (who, n.d.) Ως εκ τούτου, συμπεριλαμβάνεται στη προτεινόμενη μεθοδολογία.

#### 4.1.2 Υπηρεσίες συστήματος υγείας

Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας που είναι ασφαλή, προσβάσιμα, υψηλής ποιότητας, με επίκεντρο τον άνθρωπο και ενσωματωμένα στις ανάγκες της κοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας για τη μετάβαση στην παγκόσμια κάλυψη υγείας. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς, άτομα, οικογένειες, κοινότητες και πληθυσμούς εν γένει και όχι μόνο φροντίδα για ασθενείς. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών θα πρέπει επίσης να εξετάζουν όλο το φάσμα της φροντίδας και την παροχή κατάλληλων και προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό δεν θα μπορούσαν να λείπουν ως κριτήριο αξιολόγησης στη μεθοδολογία.

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ διαφόρων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της κάλυψης του συστήματος υγείας (δηλαδή ποιος δικαιούται υγειονομική περίθαλψη), της έκτασης της κάλυψης (δηλαδή τι δικαιούνται οι πολίτες), του προσιτού κόστους και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται άμεσα από την οργάνωση και τα μοντέλα διαχείρισης που χρησιμοποιούνται στα συστήματα υγείας. Οι ασθενείς ενδέχεται να θεωρήσουν δυσκολότερη την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αν τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκα και αδιαφανή. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014)

#### *Έκταση και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών*

Κάθε σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από διαφορετική έκταση και εμβέλεια. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί δείκτες οι οποίοι δύνανται να δώσουν μια εικόνα για το εάν οι υπηρεσίες υγείας έχουν την απαιτούμενη έκταση και εμβέλεια για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών.

Θεμελιώδη ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας έχουν πρώτα από όλα οι ιατροί, από τους οποίους ξεκινά όλος ο κύκλος φροντίδας υγείας και χωρίς τους οποίους δεν είναι εφικτή η υγειονομική περίθαλψη. Για αυτό το λόγο ως πρώτο και κύριο κριτήριο ορίστηκε ο αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους. Η επάρκεια ιατρών είναι μείζονος σημασίας και αφετηρία για περεταίρω ενέργειες μέσα στο σύστημα.

Μια άλλη δυνατότητα που εξετάζεται είναι εκείνη της απευθείας πρόσβασης των ασθενών σε ειδικό ιατρό, καθώς δύναται να γλιτώσει πολύ χρόνο μέχρι την εξέταση του ασθενούς από τον αρμόδιας ειδικότητας ιατρό. Τα συστήματα τα οποία προσφέρουν αυτή τη δυνατότητα αξιολογούνται θετικά.

Στη συνέχεια σημαντικό ρόλο παίζει ο χρόνος αναμονής για ραντεβού με γενικό ή ειδικό ιατρό. Το κριτήριο αυτό σχετίζεται με το προηγούμενο, δηλαδή με τον αριθμό ιατρών ανά 1000 κατοίκους, καθώς εάν οι ιατροί δεν είναι αρκετοί, όπως είναι αναμενόμενο οι χρόνοι αναμονής θα είναι μεγαλύτεροι. Ωστόσο, ο αριθμός των ιατρών δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει το χρόνο αναμονής για ραντεβού, αλλά υπάρχουν πολλοί ακόμα που σχετίζονται κυρίως με την απόδοση του συστήματος.

Η έγκαιρη πρόσβαση στον ιατρό είναι καθοριστικής σημασίας, όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για την ίδια τη βιωσιμότητα του συστήματος. Η καθυστέρηση δύναται να ισοδυναμεί με υποτροπιασμό του ασθενούς και αύξηση του χρόνου και του κόστους περίθαλψης.

Συνεχίζοντας με τους χρόνους αναμονής στη μεθοδολογία εισήχθησαν δυο κριτήρια τα οποία μετρούν τον προγραμματισμό χειρουργείων σε λιγότερο από 90 μέρες και τη λήψη αντικαρκινικής θεραπείας σε λιγότερο από 3 εβδομάδες (21 μέρες). Η έγκαιρη παροχή φροντίδας είναι το ίδιο σημαντική με τη σωστή παροχή φροντίδας.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, πολλές χώρες του ΟΟΣΑ έχουν εισαγάγει νέες πολιτικές για την αντιμετώπιση των υπερβολικών χρόνων αναμονής για εκλεκτικές θεραπείες με κάποια επιτυχία. Ωστόσο, μετά την πρόσφατη οικονομική ύφεση και τις σοβαρές πιέσεις στους δημόσιους προϋπολογισμούς, οι χρόνοι αναμονής μπορεί να αυξηθούν. Απαιτείται προσοχή και σωστό διοικητικό πλαίσιο από τα συστήματα υγείας για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο.

Ένα δίκαιο σύστημα υγείας πρέπει να προσφέρει τα ίδια σε όλους τους πολίτες του, ανεξαρτήτως της περιοχής διαμονής τους. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν εύλογη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και δεν θα πρέπει να αναγκάζονται να μετακινούνται πολύ μακριά. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη πρόκληση σε αγροτικές, απομακρυσμένες ή δυσπρόσιτες περιοχές, όπως είναι τα νησιά της χώρας μας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014) Η αξιολόγηση αυτής της δυνατότητας ενός συστήματος υγείας στην προτεινόμενη μεθοδολογία γίνεται με την εισαγωγή του δείκτη της γεωγραφικής κάλυψης γενικών ιατρών.

Τέλος, η δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού διαδικτυακά ή τηλεφωνικά 24/7, διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών και βοηθά στο αίσθημα ικανοποίησης τους, καθώς έτσι αισθάνονται ότι το σύστημα είναι κοντά τους ανά πάσα στιγμή.

#### *Φαρμακευτικά*

Η πρόσβαση σε φάρμακα είναι καθοριστικής σημασίας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και δεν νοείται σύστημα υγείας που να μην παρέχει φάρμακα στους ασθενείς τους. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές διαφορές πάνω σε αυτό το θέμα ανάμεσα στα συστήματα. Οι διαφορές έγκειται τόσο στο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών, όσο και στην ύπαρξη αρνητικών λιστών αποζημίωσης, δηλαδή φαρμάκων που δεν αποζημιώνονται από το σύστημα υγείας. Τέλος υπάρχουν φάρμακα, συνήθως κοινής πρακτικής, όπως παυσίπονα και αναλγητικές κρέμες, τα οποία χαρακτηρίζονται ως μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα γνωστά ΜΗΣΥΦΑ, τα οποία δεν απαιτούν συνταγή ιατρού για τη λήψη τους και δεν αποζημιώνονται.

Στη μελέτη του ΠΟΥ Medicines reimbursement policies in Europe (2018) διαπιστώθηκε ότι ενώ σχεδόν όλες οι χώρες παρέχουν πλήρη κάλυψη για τα φάρμακα στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, οι εξωτερικοί συνήθως καλούνται να συνεισφέρουν για τα αποζημιούμενα φάρμακα. Ως μέθοδος συμμετοχής οι ασθενείς πληρώνουν ένα καθορισμένο μερίδιο πάνω στην τιμή ενός φαρμάκου. Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες ισχύουν και τέλη συνταγής και / ή εκπτώσεις. Στις χώρες της Ευρώπης, έχουν καθιερωθεί μηχανισμοί για την προστασία συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων από υπερβολικές πληρωμές για φάρμακα. Ακόμα πολίτες με χαμηλό εισόδημα, καθορισμένες ασθένειες ή αναπηρίες και ασθενείς συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων εξαιρούνται από τις συμμετοχές. (WHO Europe, 2018)

Είναι πολύ σημαντική και για αυτό περιλαμβάνεται στην προτεινόμενη μεθοδολογία η αποζημίωση των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Καίριας σημασίας όμως είναι και η πρόσβαση στα καινοτόμα φαρμακευτικά προϊόντα. Τα καινοτόμα αυτά σκευάσματα κοστίζουν ολοένα και περισσότερο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εμπόδια στην πρόσβαση των ασθενών σε αυτά. Πολλά συστήματα υγείας έχουν δημιουργήσει οργανισμούς που αξιολογούν τις



τεχνολογίες υγείας και διαπραγματεύονται τις τιμές, γνωστά ως HTA (Health Technology Assessment) επιτροπές. Ανεξαρτήτως των τεχνικών που θα χρησιμοποιήσει, για να καταφέρει να αποζημιώσει τις καινοτόμες θεραπείες, ένα σύστημα υγείας οφείλει να παρέχει πρόσβαση σε αυτές και να αξιολογείται σε αυτή τη βάση.

#### 4.1.3 Ισότητα

Η υγεία πρέπει να είναι για όλους. Όλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη υψηλού επιπέδου, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική ικανότητα, το εισόδημα, την κοινωνική κατάσταση ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό, όπως για παράδειγμα το φύλο ή η ηλικία. Δεν νοείται αποτελεσματικό σύστημα υγείας, αν δεν είναι ανοιχτό για όλους τους πολίτες.

Η ισότητα είναι η απουσία αποκλεισμών, άδικων ή θεραπευτικών διαφορών μεταξύ ομάδων ανθρώπων, ανεξάρτητα από το αν οι ομάδες αυτές ορίζονται κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά ή γεωγραφικά ή με άλλα μέσα διαστρωμάτωσης. Η «ισότητα στην υγεία» υποδηλώνει ότι όλοι πρέπει να έχουν μια δίκαιη ευκαιρία να αποκτήσουν καλή κατάσταση υγείας και ότι κανείς δεν θα πρέπει να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση από την επίτευξη της. Ωστόσο, δυστυχώς σε πολλές χώρες οι ανασφάλιστοι πολίτες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα. Η ασφάλεια και η κάλυψη της ασφάλισης υγείας για τους πολίτες που αδυνατούν να την αποδώσουν είναι από τα πιο σημαντικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να διαθέτει ένα σύστημα υγείας αν θέλει να είναι έστω και στοιχειωδώς αποτελεσματικό.

Μέσα σε ένα σύστημα υγείας πολλές φορές συναντώνται ανισότητες στην πρόσβαση και στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας ανάλογα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το εισόδημα και την περιοχή διαμονής. Τέτοιες ανισότητες δεν είναι αποδεκτές σε ένα δίκαιο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Συνεχίζοντας με τα κριτήρια της αξιολόγησης, ο δείκτης «% ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε επίσημες οδηγίες», δείχνει εάν παρέχεται η ενδεδειγμένη φροντίδα. Πολλές φορές οι επίσημες οδηγίες και η κλινική πρακτική δεν είναι ευθυγραμμισμένες και αυτό μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη γνώσεων και πόρων. Συνήθως τέτοια προβλήματα συναντώνται εντονότερα σε απομακρυσμένες περιοχές, με αποτέλεσμα να εγείρεται θέμα ανισότητας.

Πολύ σημαντικό φραγμό στην πρόσβαση στο σύστημα αποτελούν οι ιδιωτικές πληρωμές, είτε αυτές είναι υπό τη μορφή συμπληρωμών είτε άτυπων πληρωμών, τα γνωστά «φακελάκια». Οι ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα ωθούνται εκτός συστήματος λόγω αδυναμίας πληρωμής. Ειδικά στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, το θέμα των ιδιωτικών πληρωμών αποτελεί καίριο σημείο για το οποίο οφείλει να μεριμνήσει το κράτος. Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, ένα αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης οφείλει να μεριμνά, ώστε κανένας να μην μένει εκτός συστήματος, εφαρμόζοντας τα κατάλληλα μέτρα.

Τέλος, κριτήριο ισότητας αποτελούν οι διαφορές της παρεχόμενης φροντίδας από διαφορετικούς ασφαλιστικούς φορείς. Πολλές χώρες διαθέτουν πολλούς ασφαλιστικούς φορείς, όμως ανεξάρτητα από τον αριθμό τους, η παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να παραμένει αμετάβλητη.

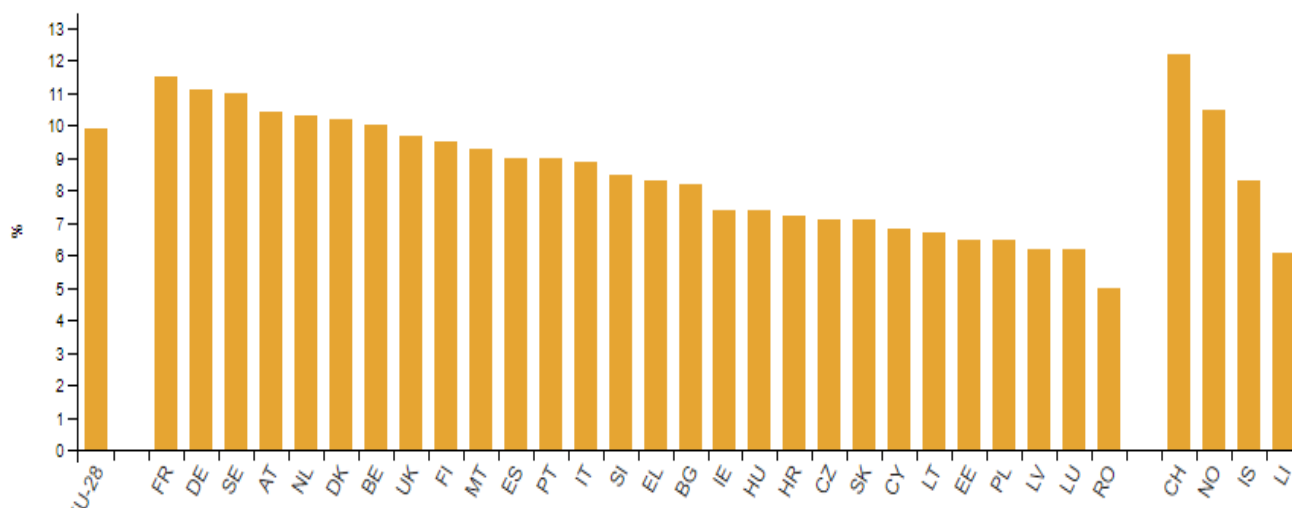
Οι συνθήκες της λιτότητας στην Ευρωπαϊκή ήπειρο οδηγούν σε περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες , σε ακάλυπτες ανάγκες , σε υγειονομική φτώχεια και σε αποκλεισμό από την πρόσβαση στην αναγκαία ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πολλών πολιτών. Αυτές οι υγειονομικές ανισότητες είναι ηθικά, κοινωνικά και πολιτικά απαράδεκτες και αντιστρατεύονται με τις θεμελιώδεις αρχές του ΠΟΥ για καθολικότητα και ισότητα στην Υγεία. Κανένα σύστημα υγείας δεν θα πρέπει να αξιολογείται ως αποτελεσματικό εάν υπάρχουν ανισότητες ως προς την παροχή φροντίδας ανάμεσα στους πολίτες.

#### 4.1.4 Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότησης της υγείας είναι κρίσιμη, ώστε να επιτευχθεί καθολική κάλυψη. Οι μοχλοί χρηματοδότησης για την προσέγγιση της καθολικής κάλυψης για την υγεία βρίσκονται σε τρεις αλληλένδετους τομείς: τη συγκέντρωση κεφαλαίων για την υγεία, τη μείωση των οικονομικών φραγμών στην πρόσβαση μέσω της προπληρωμής και της μετέπειτα συγκέντρωσης κεφαλαίων σε σχέση με τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και την κατανομή ή τη χρησιμοποίηση κεφαλαίων κατά τρόπο που να προωθεί την αποτελεσματικότητα και την ισότητα.

Τα πρώτα και πιο συχνά χρησιμοποιούμενα κριτήρια για την αξιολόγηση της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι οι δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ και οι δαπάνες υγείας ανά κεφαλή. Όπως έχει αναφερθεί οι υψηλές δαπάνες για την υγεία δεν σημαίνουν υποχρεωτικά και αποτελεσματικό σύστημα, ωστόσο είναι ένα δείκτης που μπορεί να υποδείξει εάν υπάρχει ικανοποιητική χρηματοδότηση.

Για λόγους σύγκρισης παρατίθεται ένα διάγραμμα με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία για τις χώρες της ΕΕ ως % του ΑΕΠ, από τη Eurostat (2016). (Eurostat, 2016)



Εικόνα 17. Δαπάνες υγείας στην ΕΕ ως % του ΑΕΠ. Πηγή: Eurostat (2016)

Ένα άλλο σημαντικό κριτήριο είναι οι κρατικές δαπάνες για την υγείας ως % ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών. Το κριτήριο αυτό μπορεί να υποδείξει αρκετά στοιχεία. Αρχικά

τη βαρύτητα την οποία δίνει στην υγεία το κράτος. Προφανώς ένα σύστημα με πολύ χαμηλό ποσοστό δεν έχει το σύστημα υγείας στις προτεραιότητές του. Ακόμα, όσο πιο χαμηλά είναι αυξάνεται η συνεισφορά των πολιτών, δημιουργώντας προβλήματα πρόσβασης και ανισοτήτων, όπου αναλύθηκαν παραπάνω.

Τέλος, οι ανεπίσημες πληρωμές ιατρών αποτελούν δείκτη για την κατάσταση χρηματοδότησης και διαφθοράς. Τα γνωστά «φακελάκια» είναι μια απαράδεκτη κατάσταση η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί με αυστηρότητα. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι πληρωμές αυτές θεωρούνται δεδομένες από τους ιατρούς και οι οποίοι αρνούνται εάν δεν τις λάβουν να προσφέρουν την ιατρική φροντίδα. Στις χώρες με ασθενέστερη οικονομία, το πρόβλημα είναι εντονότερο, όπου σε συνδυασμό με μια δύσκολη γενικευμένη οικονομική κατάσταση δημιουργεί επιπρόσθετους φραγμούς και εμπόδια για τους ασθενείς.

Το κριτήριο της χρηματοδότησης συχνά αξιολογείται με μεγαλύτερη βαρύτητα από πολλές μεθοδολογίες, ωστόσο στην παρούσα ο συντελεστής βαρύτητας 0,15, προτάθηκε με σκοπό να υποδείξει ότι πρέπει να φύγουμε από τους κλασικούς τρόπους αξιολόγησης. Η χρηματοδότηση αποτελεί ένα αγκάθι για όλα τα συστήματα υγείας, ωστόσο θα πρέπει να πάμε παρακάτω, υιοθετώντας τη σημασία της έκθεσης του ΟΟΣΑ, ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση θα μπορούσε να αυξηθεί περισσότερο από δύο χρόνια, με σταθερές δαπάνες, εάν όλες οι χώρες καταστούν εξίσου αποτελεσματικές με εκείνες με τις καλύτερες επιδόσεις.

#### 4.1.5 Ικανοποίηση και δικαιώματα ασθενών

Οι ασθενείς είναι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας, επομένως, η ικανοποίηση και η θεσμοθέτηση των δικαιωμάτων τους είναι ιδιαίτερα σημαντικές πτυχές σε ένα σύστημα υγείας. Στην παρούσα μελέτη έχουν γίνει πολλαπλές αναφορές για μεθοδολογίες οι οποίες αξιολογούν τα συστήματα υγείας βάσει των εμπειριών και αναφορών των ίδιων των ασθενών.

Ένας πολύ βασικός και ιδιαίτερα κοινός δείκτης είναι η αυτό-αντιληπτή υγεία, δηλαδή το πως αξιολογούν οι ίδιοι οι ασθενείς την κατάσταση υγείας τους. Υπάρχουν πολλά ερωτηματολόγια, τα οποία εξετάζουν πολλαπλές πτυχές της υγείας, τόσο από άποψη φυσική (σωματική) όσο και ψυχολογική. Το πιο ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για αυτή τη μέτρηση ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσης μελέτης.

Υπάρχει η τάση στην Ευρώπη, αλλά και αλλού, οι ασθενείς που πάσχουν από συγκεκριμένες παθήσεις να σχηματίζουν ομάδες ασθενών, οι οποίες είναι συνήθως δραστήριες και ενημερωμένες για όλα τα σχετικά με την ασθένεια φάρμακα, από τις υπάρχουσες και νέες θεραπευτικές επιλογές μέχρι τα δικαιώματα και το τι προβλέπει η νομοθεσία. Πολλά συστήματα υγείας έχουν δώσει φωνή σε αυτές τις ομάδες, ενώ η γνώμη τους λαμβάνεται υπόψη και στην αξιολόγηση νέων τεχνολογιών υγείας.

Η συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η εξισορρόπηση των ατομικών αναγκών με τις ανάγκες του πληθυσμού είναι σημαντικές. Θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων μεταξύ της έντασης των φωνών των επαγγελματιών και του κράτους και των συμφερόντων των ασθενών.

Συνεχίζοντας με τα δικαιώματα των ασθενών, η προτεινόμενη μεθοδολογία έχει το δείκτη «δικαίωμα στη δεύτερη γνώμη». Αρκετές φορές οι ασθενείς, ειδικά όταν διαγιγνώσκονται με

κάποια σοβαρή πάθηση, αναζητούν μια δεύτερη ιατρική γνώμη προς διασταύρωση. Εκτός, από τη ψυχολογική διάσταση που έχει το συγκεκριμένο ζήτημα, πολλές φορές μπορούν κατά αυτόν τον τρόπο να αποφευχθούν τυχόν λάθη. Μια εσφαλμένη ιατρική διάγνωση (που μπορεί να συμβεί, καθώς οι ιατροί είναι άνθρωποι και κατά συνέπεια δύνανται να κάνουν λάθη) ή μια λάθος επιλογή θεραπείας, μπορεί να επιδεινώσει την υπάρχουσα κατάσταση, ακόμα και να αποβεί μοιραία.

Συνεχίζοντας με τα κριτήρια αξιολόγησης, η πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας, είναι ένα απλό αλλά πολύτιμο δικαίωμα των ασθενών. Η εφαρμογή του μπορεί να γίνει σχετικά απλή, μέσω διαδικτυακής πρόσβασης στον προσωπικό φάκελο, με ιδιαίτερη όμως προσοχή στο χειρισμό, στην αποθήκευση και στη διάθεση των ευαίσθητων προσωπικών πληροφοριών.

Τέλος, η δυνατότητα τηλεφωνικής ή διαδικτυακής πρόσβασης σε 24/7 βάση σε διαδραστικές πλατφόρμες αναζήτησης, βοηθά τους ασθενείς να έχουν εύκολη, άμεση και έγκυρη πληροφόρηση για οποιοδήποτε σχετικό με την υγεία πρόβλημα αντιμετωπίζουν. Ακόμα και μια απλή ηχογραφημένη οδηγία, για το πως πρέπει να γίνει η συλλογή του υδραργύρου σε περίπτωση που σπάσει παλαιού τύπου υδραργυρικό θερμόμετρο, προστατεύει και προασπίζει την υγεία των πολιτών που μπορεί να αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα. Η ενημέρωση είναι δύναμη και δεν θα πρέπει ποτέ να θεωρείται δεδομένη και αυτονόητη. Τα συστήματα υγείας οφείλουν να βρίσκονται σε εγρήγορση γύρω από αυτό το ζήτημα.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά το μεγαλύτερο μέρος του δεύτερου μισού του 20ού αιώνα, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται. Αυτό το γεγονός μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού και η ιατρική καινοτομία, που εκτοξεύουν το κόστος. Η ανάγκη, λοιπόν, για αποτελεσματικά και αποδοτικά συστήματα υγείας είναι πιο έντονη από ποτέ.

Το ερώτημα που γεννιέται είναι βάσει ποιων κριτηρίων (και τι βαρύτητες θα αποδοθούν σε αυτά τα κριτήρια) ένα σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποτελεσματικό. Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας είναι δύσκολη και περίπλοκη, καθώς η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται και από πολλούς παράγοντες εκτός συστήματος, όπως είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής.

Οι μεθοδολογίες οι οποίες υιοθετούνται κατά καιρούς από τους θεσμούς λαμβάνουν υπόψη μια σειρά δεικτών οι οποίοι είναι αντικειμενικοί και μετρήσιμοι. Ωστόσο, δεν αποτυπώνουν κατ' ανάγκη το πόσο αποτελεσματικό είναι ένα σύστημα υγείας, διότι εκτός από τους ήδη προαναφερθέντες περιορισμούς, όπως ότι επηρεάζονται από παράγοντες εκτός συστήματος υγείας, δεν αποτυπώνουν με κανένα τρόπο το πως βιώνουν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι, δηλαδή οι ασθενείς, την υγειονομική περίθαλψη.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν προταθεί πολλές μεθοδολογίες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Οι περισσότερες από αυτές καταστρώνονται και βαθμολογούνται από τη μεριά των θεσμών, ενώ λίγες είναι αυτές που λαμβάνουν υπόψη τη σκοπιά των ασθενών, οι οποίοι είναι και οι τελικοί λήπτες των υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα μελέτη προτάθηκε μια μεθοδολογία αξιολόγησης των συστημάτων υγείας, η οποία εκτός από τους αντικειμενικούς και μετρήσιμους δείκτες λαμβάνει υπόψη τη μεριά των ίδιων των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στη μεθοδολογία φαίνονται συνοπτικά παρακάτω.

- Η κατάσταση υγείας, καθώς σκοπός κάθε συστήματος υγείας, όπως πολλάκις έχει προαναφερθεί, δεν είναι άλλος από τη βελτίωση ή τη διατήρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.
- Προσδόκιμα επιβίωσης

Το προσδόκιμο ζωής είναι αντικειμενικό και εύκολο μετρήσιμο, ωστόσο θα πρέπει να συνοδεύεται από μια καλή κατάσταση υγείας. Για αυτόν το λόγο, εντάχθηκε στα κριτήρια και το υγιές προσδόκιμο ζωής, το οποίο είναι πιο σύνθετο κριτήριο και μπορεί να προσδιοριστεί με πολλές μεθόδους.

Το προσδόκιμο επιβίωσης και το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης όσων είναι 65 ετών χρησιμοποιήθηκε, διότι οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν τείνουν να έχουν διαφορετικά προσδόκιμα επιβίωσης από εκείνα που έχουν όσοι που γεννιούνται.

Η πρόωρη θνησιμότητα, δείχνει στην ουσία της την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας να προλαμβάνει και να θεραπεύει. Η πρόωρη θνησιμότητα είναι ένα αγκάθι, όχι μόνο για τα άτομα μεμονωμένα, αλλά και για τις ίδιες τις κοινωνίες.

- Αποτελέσματα

Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί ένα κοινό κριτήριο που χρησιμοποιείται από πολλές μεθοδολογίες και οργανισμούς παγκοσμίως.

Τα πιθανά χαμένα έτη ζωής είναι ένας καλός δείκτης για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, ο δείκτης αυτός μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό των αιτιών που οδηγούν σε πρόωρο θάνατο.

Η επιβίωση με καρκίνο, η θνησιμότητα 30 μέρες μετά από ΟΕΜ και η θνησιμότητα 30 μέρες μετά από εγκεφαλικό επιλέχθηκαν με στόχο να φανεί η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος στην αντιμετώπιση σοβαρών και απειλητικών για τη ζωή ασθενειών.

Τα λοιμώδη νοσήματα και ιδιαίτερα τα ανθεκτικά νοσοκομειακά στελέχη και η μικροβιακή ανθεκτικότητα αποτελούν μεγάλο πρόβλημα στην Ευρώπη.

Η κατάθλιψη εντάχθηκε σαν εκπρόσωπος των ψυχικών νοσημάτων, καθώς έχει μεγάλο επιπολασμό και χαμηλά ποσοστά διάγνωσης και θεραπείας.

- Πρόληψη

Ο εμβολιασμός παιδιών κάτω των 8 ετών, δηλαδή η αποτελεσματική ανοσοποίηση, εκτιμάται ότι θα αποτρέψει κάθε χρόνο 2 με 3 εκατομμύρια θανάτους.

Το κάπνισμα, αποτελεί ένα από τα προληπτικά μέτρα μείζονος σημασίας για ένα σύστημα υγείας, καθώς σχετίζεται με πρόωρους θανάτους και σημαντικό κόστος.

Η υπερκατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για αυξημένη επίπτωση νοσημάτων, τα οποία αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην ΕΕ.

Η φυσική δραστηριότητα έχει ευεργετικές δράσεις για την υγεία. Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας έχει αναγνωριστεί ως ο τέταρτος παράγοντας κινδύνου για την παγκόσμια θνησιμότητα.

- Υπηρεσίες συστήματος υγείας

- Έκταση και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών

Ο αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους, παρέχει ένα μέτρο για την επάρκεια των υγειονομικών λειτουργιών, χωρίς τους οποίους δεν είναι εφικτή η υγειονομική περίθαλψη.

Η απευθείας πρόσβαση των ασθενών σε ειδικό ιατρό, αποτελεί δυνατότητα, η οποία συμβάλλει θετικά στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας.

Ο χρόνος αναμονής για ραντεβού με γενικό ή ειδικό ιατρό, αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης, καθώς η καθυστέρηση δύναται να ισοδυναμεί με υποτροπιασμό του ασθενούς και αύξηση του χρόνου και του κόστους περίθαλψης.

Ο προγραμματισμός χειρουργείων σε λιγότερο από 90 μέρες και η λήψη αντικαρκινικής θεραπείας σε λιγότερο από 3 εβδομάδες (21 μέρες), δείχνουν αν υπάρχει έγκαιρη παροχή φροντίδας, η οποία είναι το ίδιο σημαντική με τη σωστή παροχή φροντίδας.

Η γεωγραφική κάλυψη γενικών ιατρών αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολη πρόκληση σε αγροτικές, απομακρυσμένες ή δυσπρόσιτες περιοχές, όπως είναι τα νησιά της χώρας μας.

- Φαρμακευτικά

Η πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα είναι καθοριστικής σημασίας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και δεν νοείται σύστημα υγείας που να μην παρέχει αποζημίωση για τη φαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών του.

Η αποζημίωση των φαρμακευτικών σκευασμάτων και η πρόσβαση σε καινοτόμα φαρμακευτικά προϊόντα παίζουν καθοριστικό ρόλο για την ύπαρξη αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης παροχής υγειονομικής φροντίδας.

- Ισότητα

Όλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη υψηλού επιπέδου, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική ικανότητα, το εισόδημα, την κοινωνική κατάσταση ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό, όπως για παράδειγμα το φύλο ή η ηλικία.

Το % των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε επίσημες οδηγίες, δείχνει εάν παρέχεται η ενδεδειγμένη φροντίδα. Συνήθως τέτοια προβλήματα, μη ενδεδειγμένης φροντίδας, συναντώνται εντονότερα σε απομακρυσμένες περιοχές, με αποτέλεσμα να εγείρεται θέμα ανισότητας.

Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό φραγμό στην πρόσβαση στο σύστημα κατά βάση των οικονομικά ασθενέστερων πολιτών.

Οι διαφορές της παρεχόμενης φροντίδας από διαφορετικούς ασφαλιστικούς φορείς αποτελεί δείκτη, στις περιπτώσεις ύπαρξης περισσότερων του ενός ασφαλιστικών φορέων.

Κανένα σύστημα υγείας δεν θα πρέπει να αξιολογείται ως αποτελεσματικό εάν υπάρχουν ανισότητες ως προς την παροχή φροντίδας ανάμεσα στους πολίτες.

- Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ και οι δαπάνες υγείας ανά κεφαλή, αποτελούν μια ένδειξη και όχι απόλυτο μέτρο για την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο αποτελεί ένα δείκτη που μπορεί να υποδείξει την ύπαρξη ή μη ικανοποιητικής χρηματοδότησης.

Οι κρατικές δαπάνες για την υγείας ως % ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών δύναται να υποδείξει τη βαρύτητα που δίνει το κράτος στην υγεία.

Οι ανεπίσημες πληρωμές ιατρών αποτελούν δείκτη για την κατάσταση χρηματοδότησης και διαφθοράς.

Το κριτήριο της χρηματοδότησης συχνά αξιολογείται με μεγαλύτερη βαρύτητα από ότι στην παρούσα μελέτη και ο λόγος που προτάθηκε αυτό έχει ως σκοπό να υπογραμμίσει το ότι θα πρέπει να φύγουμε από τους κλασικούς τρόπους αξιολόγησης. Η χρηματοδότηση αποτελεί ένα αγκάθι για όλα τα συστήματα υγείας, ωστόσο θα πρέπει να πάμε παρακάτω, υιοθετώντας τη σημασία της έκθεσης του ΟΟΣΑ, ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση θα μπορούσε να αυξηθεί περισσότερο από δύο χρόνια, με σταθερές δαπάνες, εάν όλες οι χώρες καταστούν εξίσου αποτελεσματικές με εκείνες με τις καλύτερες επιδόσεις.

➤ Ικανοποίηση και δικαιώματα ασθενών

Οι ασθενείς είναι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας, επομένως η ικανοποίηση και η θεσμοθέτηση των δικαιωμάτων τους είναι ιδιαίτερα σημαντικές πτυχές.

Η αυτό-αντιληπτή υγεία, δηλαδή το πως αξιολογούν οι ίδιοι οι ασθενείς την κατάσταση υγείας τους, μπορεί να μετρηθεί μέσω πολλών ερωτηματολογίων, τα οποία εξετάζουν πολλαπλές πτυχές της υγείας, τόσο από άποψη φυσική (σωματική) όσο και ψυχολογική.

Η εμπλοκή των ομάδων ασθενών στη λήψη αποφάσεων, είναι ένα δικαίωμα το οποίο δίνει φωνή σε όλα τα εμπλεκόμενα με το σύστημα υγείας μέρη.

Το δικαίωμα στη δεύτερη γνώμη, εκτός, από τη ψυχολογική διάσταση που έχει το συγκεκριμένο ζήτημα, πολλές φορές μπορεί να αποτρέψει και ενδεχόμενα ιατρικά λάθη, ως προς τη διάγνωση και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η πρόσβαση στον ατομικό φάκελο υγείας είναι ένα απλό αλλά πολύτιμο δικαίωμα των ασθενών.

Η τηλεφωνική ή διαδικτυακή 24/7 πρόσβαση σε διαδραστικές πλατφόρμες πληροφόρησης, βοηθά τους ασθενείς να έχουν εύκολη, άμεση και έγκυρη πληροφόρηση για οποιοδήποτε σχετικό με την υγεία πρόβλημα αντιμετωπίζουν.

Το πιο σημαντικό ζήτημα όταν αξιολογούνται τα συστήματα υγείας είναι η επικέντρωση στο στόχο, που δεν είναι άλλος από υπεύθυνη, ποιοτική και εύκολα προσβάσιμη παροχή υγειονομικής φροντίδας σε όλους.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- (n.d.). Ανάκτηση από UNDATA: <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A77>
- Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., ten Asbroek, A., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 377-398.
- Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Ten Asbroek, A., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 377-398.
- Begg, D. (2003). *Mikroekonomia*.
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P., & Prędkiewicz, P. (2014). Measurement of health care efficiency. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure*.
- Blendon, R. J., Kim, M., & Benson, J. M. (2001). The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance. *Health Affairs*.
- Bloomberg. (n.d.). Ανάκτηση από [www.bloomberg.com](http://www.bloomberg.com)
- Burgess, J. (2012). Innovation and efficiency in health care: does anyone really know what they mean? *Health Systems*, 7-12.
- Claxton, G., Gonzales, S., Kamal, R., & Levitt, L. (2015). *Measuring the quality of healthcare in the U.S.* Health System Tracker.
- Donabedian, A. (n.d.). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*, 2003.
- Donabedian, A. (n.d.). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann Arbor: Health Administration Press*, 1980.
- EFPIA. (2016). *EFPIA Key Data 2016*. EFPIA.
- Euphoric. (n.d.). *Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας*. Euphoric.
- European Commission. (2012). *The 2012 Ageing Report – economic and budgetary projections for 27 EU*. European Economy.
- European public health. (n.d.). *Health system performance assessment*. Ανάκτηση από European public health: <http://www.europeanpublichealth.com/health-systems/health-system-performance-assessment/>
- Eurostat. (2016). Ανάκτηση από <https://ec.europa.eu/eurostat/home?>
- Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C., & Lauer, J. (2011). Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BJM*, 307-310.
- Freeman, R., & Moran, M. (2000). Reforming Health Care in Europe. *West European Politics*, 35-59.

- Frenk, J., & Donabedian, A. (1987). State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables. *Health Policy and Planning*, 17-31.
- Groenewegen, P. P., Kerssens, J. J., Sixma, H. J., van der Eijk, I., & Boerma, W. G. (2005). What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Services Research*.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., . . . Szecsenyi, J. (1999). Patients' priorities with respect to general care: an international comparison. *Family practise*, 4-11.
- HCP 2017. (n.d.). *Patients' Perspectives of Healthcare Systems in Europe*. National healthcare agencies.
- Health Consumer Powerhouse. (n.d.). Ανάκτηση από Health Consumer Powerhouse: <https://healthpowerhouse.com/>
- Health Consumer Powerhouse. (2005). *2005 EuroHealth Consumer Index*. Health Consumer Powerhouse.
- Health Consumer Powerhouse. (2017). *Euro Health Consumer Index 2017*. Health Consumer Powerhouse.
- Jacobs, R., Smith, P., & Street, A. (2006). *Measuring efficiency in health care – Analytical Techniques and Health Policy*. Cambridge University Press.
- Joumard, I., Andre, C., Nicq, C., & Chatal, O. (2010). Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. *OECD Economics Department Working Papers No 627*.
- Juran, J., & Godfrey, B. (n.d.). *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw Hill, 2000.
- Kashian, R. D. (2015). *Technical Efficiency and Cost-Ratios of State Health Care*. Fiscal and Economic Research Center University of Wisconsin-Whitewater.
- Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health Care quality indicators project conceptual framework paper*. OECD.
- Kilpeläinen, K., Aromaa, A., & ECHIM Core Group. (2008). *European Health Indicators: Development and Initial Implementation*. Publications of the National Public Health Institute.
- Maisonneuve, C., & Martins, J. (2013). *A projection method of public health and long-term care expenditures*. OECD Economic Department Working Papers.
- McKeaveney, L. (n.d.). Trends in Patient Centricity. *Eyeforpharma*.
- Medeiros, J., & Schwierz. (2013). *Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited*. European Economy, Economic Papers.
- Medeiros, J., & Schwierz, C. (2015). *Efficiency estimates of health care systems*. Brussels: European Commission.
- Moran , M. (2000). Understanding the Welfare State: the Case of Health Care. *British Journal of Politics and International Relations*, 135-160.

- Moran, M. (1999). *Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany.* Manchester University Press.
- Mossialos, E., & Dixon, A. (n.d.). *Funding Health Care: an Introduction.* Buckingham: Open University Press, 2002.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (1999). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Evidence and Information for Policy.*
- National Patient Safety Foundation. (2000). *Agenda for research and development in patient safety.* National Patient Safety Foundation.
- OECD. (1987). *Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD countries.* OECD.
- OECD. (2010). *Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.*
- Polyzos, N. M. (2001). *Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications.* Elsevier, 305-328.
- Prahabat, J., & Chaloupka, F. (2000). *Tobacco control in developing countries.* Oxford University Press.
- Reeve, C., Humphreys, J., & Wakerman, J. (2015). *A comprehensive health service evaluation and monitoring framework.* Elsevier, 91-98.
- Rice, T., & Morrison, K. (1994). *Patient Cost Sharing for Medical Services: a Review of the Literature and Implications for Health Care Reform.* Medical Care Review, 235-287.
- The National Quality Measures Clearinghouse™.* (2004). Ανάκτηση από Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
- Thomson, S., & Mossialos, E. (2004). *Funding Health Care from Private Sources: What are the Implications for Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice in Western European Health Systems?* Copenhagen: World Health Organization.
- Van Doorslaer, E., & Koolman, X. (2004). *Explaining the Differences in Income-related Health Inequalities across European Countries.* Health Economics, 609-628.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). *Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries.* Canadian Medical Association Journal, 177-183.
- Veillard, J., Huynh, T., Ardal, S., Kadandale, S., Klazinga, N., & Brown, A. (2010). *Making health system performance measurement useful to policy makers: aligning strategies, measurement and local health system accountability in Ontario.* Health Policy, 49-65.
- Wendt, C. (2009). *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to health.* Journal of European Social Policy, 432-445.
- Wendt, C., & Kohl, J. (2009). *Translating Monetary Inputs into Health Care Services – the Influence of Different Modes of Public Policy in a Comparative Perspective.* Journal of Comparative Policy Analysis, 295-315.

- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Health Care System Types. A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 70-90.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.
- WHO. (2009). *Monitoring and evaluation of health systems strengthening; An operational framework*. Geneva: WHO.
- WHO. (2016). *Advancing the right to health: the vital role of law*.
- WHO. (n.d.). *Depression*. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- WHO. (n.d.). *Disease prevention*. Ανάκτηση από World Health Organization: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention>
- WHO Europe. (2018). *Medicines reimbursement policies in Europe*.
- WHO. (n.d.). *Health systems*. Ανάκτηση από World Health Organization: [https://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](https://www.who.int/topics/health_systems/en/)
- WHO. (n.d.). *Health systems financing*. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/en/>
- WHO HfA database. (2016).
- who. (n.d.). *Physical Activity*. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- WHO. (n.d.). *Universal health coverage*. Ανάκτηση από World Health Organization: [https://www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/en/](https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/)
- World Health Organization . (2007). *The European Tobacco Control Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας. (2019). *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2014). *ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ; Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας*. Βρυξέλλες.
- Οικονόμου, Ν. Α., & Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34-47.
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας. (2018). *Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα; Γεγονότα και Στοιχεία*. IOBE; Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
- Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ., & Φρισήρας, Σ. (2000). Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 89-100.
- Τούντας, Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 76-87.

Τούντας, Γ., & Οικονόμου, Ν. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.