

Η Μέτρηση του Προϊόντος των Υπηρεσιών Υγείας

Μεθοδολογικές Δυσχέρειες και Πραγματικά Προβλήματα

Γιάννης Κυριόπουλος, Ελευθερία Καραμπλή

Εισαγωγή

Το παρόν κείμενο αναφέρεται στην αναγκαιότητα μέτρησης του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας καθώς και στις μεθοδολογικές δυσχέρειες και προβλήματα που σχετίζονται με το εγχείρημα αυτό. Ειδικότερα, εισαγωγικά, γίνεται αναφορά στη φύση και το χαρακτήρα της ιατρικής περίθαλψης καθώς επίσης στη συμβολή της ιατρικής περίθαλψης στη συνάρτηση της παραγωγής της υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται συνοπτικά οι εξελίξεις και οι σύγχρονες προσεγγίσεις στην ποσοτική εκτίμηση των εκροών και των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, επιχειρείται ο προσδιορισμός των πληροφοριών και δεικτών των οποίων η συλλογή είναι απαραίτητη για την πολιτική υγείας, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα του Ευρωπαϊκού προγράμματος European Community Health Indicators and Monitoring (ECHIM).

Υγεία και φροντίδα υγείας

Είναι ευρέως αποδεκτή η θέση ότι η υγεία είναι ένα δημόσιο επενδυτικό αγαθό, το οποίο παράγεται από το απόθεμα υγείας (Grossman, 1972), σε συνδυασμό με μια σειρά βιολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, οικονομικών και οικολογικών προσδιοριστών (McKeown, 1976). Αντιθέτως, η περίθαλψη συνίσταται από μια σειρά αγαθών και υπηρεσιών τα οποία συμβάλλουν στη διατήρηση, τη βελτίωση και την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία για τη ζήτηση υγείας του Grossman (1972α, 1972β), η ζήτηση για φροντίδα υγείας αποτελεί δευτερογενή ζήτηση (derived demand), η οποία προέρχεται από τη ζήτηση για υγεία. Τα άτομα ενδιαφέρονται για την καλή κατάσταση της υγείας τους, και στο πλαίσιο αυτό, η τελική ζήτηση είναι για υγεία και όχι για υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, σε κάθε χρονικό σημείο το άτομο ενσωματώνει ένα απόθεμα υγείας, το οποίο με την πάροδο του χρόνου υπόκειται σε διαρκή υποτίμηση υπό την επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, οι βλαπτικές συνήθειες του ατόμου, η ασθένεια. Οι καταναλωτές, χρησιμοποιούν διάφορους συνδυασμούς εισροών (στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η ιατρική περίθαλψη και ο προσωπικός τους χρόνος) προκειμένου να παράγουν υγεία και επομένως να διατηρήσουν ή να αυξήσουν το απόθεμα υγείας τους. Υπό αυτή την έννοια, η υγεία αποτελεί επενδυτικό προϊόν (investment commodity)¹, καθώς το απόθεμα υγείας προσδιορίζει το συνολικό χρόνο που ο καταναλωτής διαθέτει προκειμένου να παράγει προϊόντα (commodities) και να κερδίζει εισοδήματα. Παράλληλα, η υγεία δίνει στα άτομα τη δυνατότητα να αισθάνονται καλύτερα, επομένως αποτελεί και καταναλωτικό προϊόν (consumption commodity) το οποίο εισέρχεται απευθείας στη συνάρτηση χρησιμότητας (utility) των καταναλωτών. Στο υπόδειγμα του Grossman επομένως, η υγεία αποτελεί ταυτόχρονα καταναλωτικό και επενδυτικό προϊόν (Grossman 2000, Folland et al. 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί πρωτίστως ένα καταναλωτικό αγαθό και μία εκ των υπολοίπων εισροών που τα άτομα χρησιμοποιούν προκειμένου να αποκαταστήσουν ή να επιβραδύνουν τη φθορά του αποθέματος υγείας τους.

Στην οικονομική θεωρία της υγείας, ένα άτομο χρησιμοποιεί ιατρικές εισροές και άλλους συντελεστές, όπως για παράδειγμα είναι ο τρόπος ζωής, για να παράγει υγεία με τρόπο ανάλογο με αυτόν που μια επιχείρηση χρησιμοποιεί εισροές όπως είναι το κεφάλαιο και η εργασία, για να παράγει αγαθά ή/και υπηρεσίες. Η σχέση ανάμεσα στις διαφορετικές εισροές και τις αντίστοιχες εκροές εκφράζεται με τη συνάρτηση παραγωγής της υγείας ως ακολούθως:

$$H = f(P, C, L, S, E)$$

όπου H: η υγεία η οποία απεικονίζει το επίπεδο υγείας σε μια χρονική στιγμή, P: η δυνατότητα υγείας του ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή, C: η περίθαλψη η

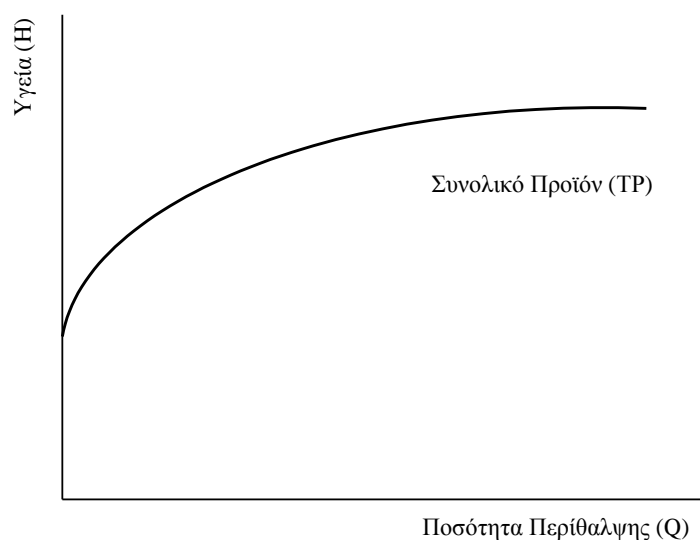
¹ Η έννοια προϊόν εδώ (commodity) δεν ταυτίζεται με αυτή των συνήθων αγαθών της αγοράς (market goods). Το προϊόν παράγεται από τους ίδιους τους καταναλωτές με τη χρήση εισροών (inputs) αγαθών της αγοράς και του προσωπικού τους χρόνου π.χ. αναψυχή (Grossman 2000).

οποία ισούται με την ποσότητα της φροντίδας η οποία έχει καταναλωθεί, L : ο τρόπος ζωής ο οποίος αντιπροσωπεύει ένα σύνολο μεταβλητών του τρόπου ζωής, όπως είναι η διατροφή και η άσκηση, S : η κοινωνικοοικονομική κατάσταση η οποία απεικονίζει το κοινό αποτέλεσμα των κοινωνικών και οικονομικών συντελεστών όπως είναι η εκπαίδευση και η φτώχεια και E : το περιβάλλον το οποίο ισούται με ένα διάλυμα περιβαλλοντικών παραγόντων στο οποίο συμπεριλαμβάνεται η ποιότητα του αέρα, του νερού και του περιβάλλοντος γενικά.

Η σχέση ποσότητας περίθαλψης και επιπέδου υγείας

Το Διάγραμμα 1 απεικονίζει τη σχέση περίθαλψης και επιπέδου υγείας με την ποσότητα της περίθαλψης Q στον οριζόντιο άξονα και το επίπεδο της υγείας H στον κάθετο άξονα. Η μορφή της καμπύλης αναπαριστά το νόμο της φθίνουσας οριακής απόδοσης: η υγεία αυξάνεται με φθίνοντα ρυθμό σε σχέση με τα πρόσθετα ποσά περίθαλψης. Για την ανάλυση της σχέσης μεταξύ της ποσότητας περίθαλψης και του επιπέδου υγείας ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις: (α) οι άλλες εισροές στην συνάρτηση παραγωγής της υγείας παραμένουν σταθερές και (β) δεν διαπιστώνεται ιατρογενής επιβάρυνση της υγείας (μετατόπιση της καμπύλης προς τα κάτω).

Διάγραμμα 1: Καμπύλη συνολικού προϊόντος για τη φροντίδα υγείας

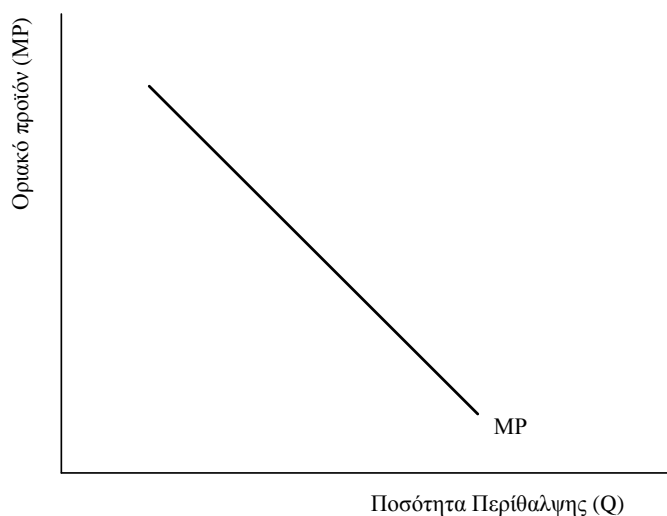


Υπό το πρίσμα της οριακής ανάλυσης, το οριακό προϊόν της περίθαλψης αναπαριστά τη βελτίωση της υγείας η οποία προκαλείται από κάθε πρόσθετη καταναλωθείσα μονάδα περίθαλψης και εκφράζεται ως ακολούθως:

$$MPQ = \Delta H / \Delta Q$$

Όπου MPQ το οριακό προϊόν της τελευταίας καταναλωθείσας μονάδας περίθαλψης, ΔH η μεταβολή της κατάστασης υγείας, ΔQ η μεταβολή της ποσότητας της ιατρικής περίθαλψης. Η αρνητική κλίση της καμπύλης υποδηλώνει την ισχύ του νόμου της φθίνουσας παραγωγικότητας, σύμφωνα με τον οποίο διαδοχικά προστιθέμενες μονάδες περίθαλψης μειώνουν βαθμιαία το οριακό προϊόν (Διάγραμμα 2).

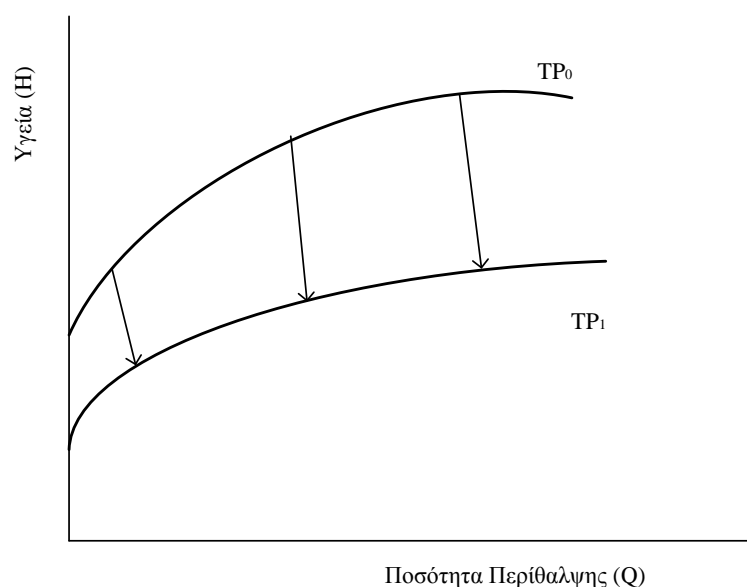
Διάγραμμα 2: Καμπύλη οριακού προϊόντος για τη φροντίδα υγείας



Οι άλλες μεταβλητές στη συνάρτηση της παραγωγής υγείας μπορούν επίσης να ενσωματωθούν στην ανάλυση, αλλά σε γενικούς όρους μια αλλαγή σε οποιαδήποτε από τις άλλες μεταβλητές στην συνάρτηση παραγωγής έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση της καμπύλης του συνολικού προϊόντος. Επί παραδείγματι, η μεταβλητή της δυνατότητας υγείας στην συνάρτηση αντιπροσωπεύει το απόθεμα υγείας του ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Η αιφνίδια μεταβολή της δυνατότητας υγείας μπορεί να μετακινήσει την

καμπύλη του συνολικού προϊόντος προς τα κάτω επειδή το οριακό προϊόν μειώνεται στο βαθμό κατά τον οποίο μειώνεται η δυνατότητα υγείας. Η εξέλιξη αυτή συμβαίνει επειδή το σύνολο του κεφαλαίου της υγείας μειώνεται ανεξαρτήτως του ποσού της περίθαλψης το οποίο καταναλώνεται. Στο Διάγραμμα 3 αναπαρίσταται η καμπύλη του συνολικού προϊόντος για την περίπτωση αυτή και η μετακίνηση της καμπύλης του συνολικού προϊόντος.

Διάγραμμα 3: Μετακίνηση της καμπύλης συνολικού προϊόντος για τη φροντίδα υγείας

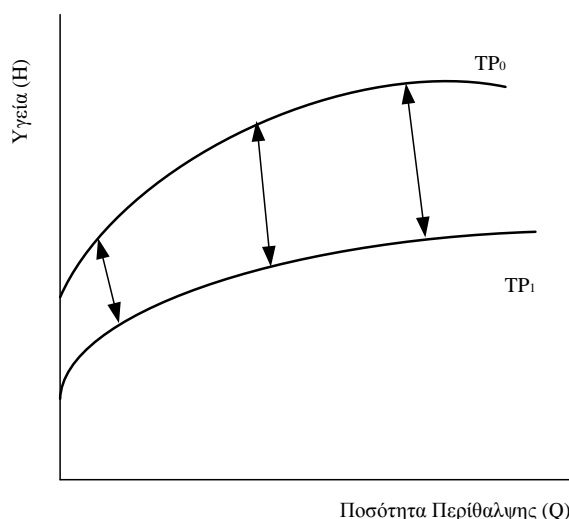


Οι άλλες μεταβλητές οι οποίες υπεισέρχονται στη συνάρτηση παραγωγής υγείας μπορούν να μετακινήσουν την καμπύλη συνολικού προϊόντος κατά περίπτωση (Διάγραμμα 4). Για παράδειγμα, η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών δημιουργεί τα ενδιάμεσα σημεία και την αύξηση του οριακού προϊόντος της ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Grossman (1972α, 1972β), άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο αποτελεσματικοί παραγωγοί υγείας, καθώς μπορούν να χρησιμοποιήσουν πιο αποτελεσματικά φροντίδα υγείας και τον προσωπικό τους χρόνο για να παράγουν υγεία. Για δεδομένη ποσότητα φροντίδας υγείας, το οριακό προϊόν της

φροντίδας υγείας αυξάνεται και η καμπύλη του συνολικού προϊόντος μετακινείται και κυλίνεται προς τα επάνω.

Ο Fuchs (1979) διατύπωσε μια άλλη ερμηνεία της σχέσης μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας. Η μετακίνηση της καμπύλης του συνολικού προϊόντος, στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες υπεισέρχεται η δυνατότητα επιλογής (τρόπος ζωής και εκπαίδευση), σχετίζεται με τη σημασία την οποία δίνουν τα άτομα στα μελλοντικά γεγονότα. Τα άτομα τα οποία δίδουν μεγάλη αξία στα μελλοντικά οφέλη, δηλαδή έχουν χαμηλό επιτόκιο, είναι διατεθειμένα να αποκτήσουν περισσότερη εκπαίδευση και να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής όταν είναι νέα. Αυτό συμβαίνει επειδή επιθυμούν να κερδίσουν την αμοιβή ενός υψηλότερου εισοδήματος και μιας μεγαλύτερης διάρκειας ζωής, τα οποία μπορούν να επιφέρει ως αποτέλεσμα η επιλογή τους αυτή. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα τα οποία αποδίδουν χαμηλή αξία στα μελλοντικά γεγονότα, δηλαδή έχουν υψηλό επιτόκιο και επιθυμούν άμεση ικανοποίηση, είναι πιθανό να μην αποκτήσουν σημαντική ποσότητα εκπαίδευσης ή να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, επειδή έχουν υιοθετήσει μια συμπεριφορά η οποία δίδει σημασία στα παρόντα γεγονότα. Επομένως, σύμφωνα με τον Fuchs, υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να συνδέεται με καλύτερη υγεία, όχι γιατί υπάρχει μια άμεση σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, αλλά επειδή και οι δύο μεταβλητές είναι άμεσα συνδεδεμένες με ένα τρίτο συντελεστή, τον βαθμό στον οποίο προεξοφλούνται τα μελλοντικά γεγονότα.

Διάγραμμα 4: Μετακίνηση της καμπύλης συνολικού προϊόντος για τη φροντίδα υγείας



Η φύση και ο χαρακτήρας της φροντίδας υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, η ιατρική περίθαλψη συνίσταται από μια σειρά αγαθών και υπηρεσιών τα οποία συμβάλλουν στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας. Η αποτίμηση της επίδρασης της φροντίδας υγείας στην υγεία παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες, καθώς, αφενός δεν υπάρχει ένας δείκτης που ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της υγείας, αφετέρου, υπάρχουν μεθοδολογικά προβλήματα. Εξ αιτίας της ετερογένειας αγαθών και υπηρεσιών η ακριβής μέτρηση και ποσοτικοποίηση των μονάδων περίθαλψης παρουσιάζεται εξαιρετικά δυσχερής και πολύπλοκη, καθώς αποτελούν συνήθως υπηρεσίες παρά υλικά προϊόντα. Ως υπηρεσία, η ιατρική περίθαλψη παρουσιάζει, σύμφωνα με τους Berkowitz, Kevin και Rudelius (1989) ειδικά χαρακτηριστικά, με τα οποία διαφοροποιείται από τα συνήθη αγαθά και υπηρεσίες. Ειδικότερα, η ιατρική περίθαλψη:

(α) είναι άυλη (intangibility) και ακαθόριστη: μια ιατρική υπηρεσία είναι άυλη και δεν μπορεί να προσεγγισθεί με απτό τρόπο, σε αντίθεση με τα συνήθη αγαθά τα οποία ο καταναλωτής μπορεί να προσεγγίσει με τις αισθήσεις.

(β) είναι αδιαίρετη (inseparability): η παραγωγή και η κατανάλωση μιας ιατρικής υπηρεσίας είναι αδιαίρετη επειδή συμβαίνει ταυτόχρονα όπως για παράδειγμα, η επίσκεψη στον γιατρό για έλεγχο, προκαλεί κατανάλωση μιας ιατρικής υπηρεσίας την ίδια στιγμή κατά την οποία ο γιατρός παράγει αυτή την υπηρεσία. Επί πλέον, ένας ασθενής συχνά λειτουργεί ως παραγωγός και ως καταναλωτής.

(γ) έχει απογραφικό χαρακτήρα (inventory): η παραγωγή και η κατανάλωση μιας ιατρικής υπηρεσίας συμβαίνουν ταυτόχρονα, και οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας δεν είναι σε θέση να συσσωρεύσουν αποθέματα και να κάνουν απογραφή των υπηρεσιών, και

(δ) είναι ασταθής και ευμετάβλητη (inconsistency): η σύνθεση και η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών οι οποίες καταναλώνονται, ποικίλει ανάλογα με τα ιατρικά συμβάντα.

Ως εκ τούτου, η απροσδιοριστία του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας συνιστά ένα μείζον ζήτημα για την πολιτική και την οικονομία της υγείας, δεδομένου ότι προκαλεί δυσχέρειες στη διακρίβωση της σχέσης μεταξύ εισροών (inputs), εκροών (outputs) και αποτελεσμάτων (outcomes), με αποτέλεσμα η ιατρική φροντίδα να μετράται σε όρους διαθεσιμότητας ή/και χρήσης. Η κατάσταση αυτή οδηγεί συχνά στο περιοριστικό πλαίσιο μέτρησης των εκροών (ενδιάμεσα προϊόντα) και στην απουσία ποσοτικών εκτιμήσεων για τα αποτελέσματα και τις εκβάσεις και κατά συνέπεια εμποδίζει την προσπάθεια αποτίμησης των επιδόσεων (performance) των υπηρεσιών υγείας.

Η αναγκαιότητα μέτρησης του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί στο σύγχρονο κόσμο μια μεγάλη βιομηχανία παραγωγής και διανομής αγαθών και υπηρεσιών υγείας μείζονος κοινωνικής και οικονομικής σημασίας. Απασχολεί σημαντικό τμήμα του ενεργού πληθυσμού (9,8% του ενεργού πληθυσμού κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ) ενώ η συμμετοχή της δαπάνης υγείας στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕγχΠ) έχει διπλασιαστεί τις τελευταίες δεκαετίες και φτάνει το 9% του ΑΕγχΠ κατά μέσο όρο (OECD 2009). Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αυτών καλύπτεται από δημόσιους πόρους.

Η μέτρηση του προϊόντος και της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας συνεπώς καθίσταται αναγκαία προκειμένου να είναι δυνατή η αποδοτική² χρήση των πόρων (Berndt et al. 2001, Sharpe et al. 2007). Παρά ταύτα, είναι γενικά αποδεκτό, ότι σε πρακτικό επίπεδο στην προσέγγιση του υγειονομικού προϊόντος υπεισέρχονται τεχνικές δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται με πληθώρα παραγόντων όπως η ανομοιογένεια και η ποικιλία των εκροών στις διάφορες βαθμίδες της περίθαλψης, ο μεγάλος όγκος των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ύπαρξη πολλαπλών και σύνθετων στόχων τους οποίους επιδιώκουν οι υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, υπάρχουν πρόσθετα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη δυσκολία συγκέντρωσης των κατάλληλων και αξιόπιστων δεδομένων και ακόμη

² Εδώ ο όρος παραγωγικότητα αναφέρεται στο λόγο εισροών/εκροές του υγειονομικού τομέα, ενώ με τον όρο αποδοτική κατανομή των πόρων νοείται ο λόγος του παραγόμενου προϊόντος προς το μέγιστο δυνατό επίπεδο προϊόντος με δεδομένο μέγεθος εισροών.

στην αμφισημία τους σε πολλές περιπτώσεις με αποτέλεσμα τη δημιουργία σφαλμάτων μέτρησης και ταξινόμησης.

Μέθοδοι και τεχνικές μέτρησης του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας

Διάφορες προσεγγίσεις έχουν προταθεί σχετικά με τη μέτρηση του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια. Η επικρατέστερη εκδοχή είναι η θεώρηση του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας ως το σύνολο των σχετικών με τη διάγνωση και τις διαδικασίες δραστηριοτήτων, δηλαδή τις κλινικές παρεμβάσεις αλλά και των πληροφοριών οι οποίες αφορούν σε ένα περιστατικό. Συνεπώς, το προϊόν εντοπίζεται στη σύνθεση των ανωτέρω τα οποία αποτελούν το νοσολογικό φάσμα του/των ασθενή/ών (case mix). Μετέπειτα παραλλαγές του ορισμού αυτού προβλέπουν την ενσωμάτωση της βαρύτητας της νόσου (disease severity), καθώς επίσης και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, δηλαδή της έκβασης, και την επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στη συνήθη διεθνή πρακτική, η μέτρηση του υγειονομικού προϊόντος εστιάζει κυρίως στη μέτρηση των ανθρώπινων, υλικών και υγειονομικών πόρων μέσω της οποίας παρέχεται μια ένδειξη για τις δυνατότητες παραγωγής και διαθεσιμότητας των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας αλλά και στη μέτρηση της χρήσης η οποία παρέχει επίσης ενδείξεις για την παραγωγή και τη διανομή της ιατρικής φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό οι μεταβλητές οι οποίες αναδεικνύονται διακρίνονται σε εισροές και εκροές.

Οι συνήθεις δείκτες μέτρησης του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται (α) στο βαθμό της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών (δείκτες διαθεσιμότητας) και (β) στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό (Πίνακες 1 και 2). Με τον τρόπο αυτό μετράται η διαθεσιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και η δυνατότητα προσπέλασης και χρήσης από τους ασθενείς. Είναι προφανές ότι πρόκειται για έμμεσου χαρακτήρα μετρήσεις της προσφοράς και των ενδιάμεσων προϊόντων των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1: Δείκτες διαθεσιμότητας υγειονομικών υπηρεσιών

Αριθμός νοσοκομειακών κλινών
Αριθμός απασχολούμενων ιατρών
Αριθμός απασχολούμενων νοσηλευτών
Μονάδες μαγνητικής τομογραφίας
Μονάδες υπολογιστικής τομογραφίας
Μονάδες μεταμόσχευσης καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, νεφρών
Ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού
Δαπάνη για την υγεία
Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης

Πίνακας 2: Δείκτες χρησιμοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών

Αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών
Αριθμός ημερών νοσηλείας
Αριθμός ημερών νοσηλείων ανά ασθενή
Μέση διάρκεια νοσηλείας
Αριθμός επισκέψεων στον οικογενειακό γιατρό
Αριθμός επισκέψεων σε γιατρούς και επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων
Εμβολιαστική κάλυψη παιδικού πληθυσμού
Εμβολιαστική κάλυψη υπερηλίκων για τη γρίπη
Προληπτικός έλεγχος καρκίνου του μαστού
Προληπτικός έλεγχος καρκίνου του παχέος εντέρου
Αριθμός επισκέψεων κατά την εγκυμοσύνη
Δείκτες επιβίωσης καρκινοπαθών
Χρόνος αναμονής για επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις
Ποιότητα αντικαρκινικής θεραπείας
Έλεγχος διαβήτη

Αλληπάλληλες προσπάθειες των ερευνητών για τον ακριβή προσδιορισμό του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας συγκλίνουν προς την κατεύθυνση συγκρότησης ταξινομήσεων με κριτήριο τη βαρύτητα της νόσου. Η εξέλιξη οφείλεται στην αναγκαιότητα μέτρησης του πραγματικού βάρους το οποίο υφίστανται οι υπηρεσίες υγείας ούτως ώστε να είναι δυνατή η συγκριτική αξιολόγηση και αποτίμηση της επίδοσης τους. Τα συστήματα ταξινόμησης των ασθενών με βάση τη βαρύτητα της νόσου έχουν χρησιμοποιηθεί για πολλαπλούς σκοπούς και ειδικότερα στην εκτίμηση του κινδύνου θνησιμότητας των ασθενών, στην ερμηνεία των αποκλίσεων στο κόστος και τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ασθενών με παρόμοιες διαγνώσεις και σε προγράμματα διασφάλισης ποιότητας (Gibson and Haug 1994).

Τα σύγχρονα συστήματα χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας βασίζονται στην ταξινόμηση των ασθενών σε ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες,

οι οποίες εκτός των κοινών ατομικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών επεκτείνονται στην κατάταξη αυτών σύμφωνα με τα διάφορα στάδια εξέλιξης της νόσου και ανάλογα με τη σοβαρότητα αυτής.

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον εφαρμόζονται συστήματα ταξινόμησης όπως ο Δείκτης Μέτρησης της Σοβαρότητας (Acuity Index Method, AIM), η Κλίμακα Αξιολόγησης Οξέων Περιστατικών (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, APACHE II), οι Υπολογιστικοί Πίνακες Βαρύτητας της Νόσου (Computerized Severity Index, CSI), τα Ιατρικά Ομαδοποιημένα Συστήματα Βαρύτητας της Νόσου (Medical Illness Severity Grouping, MEDISGROUPS) και οι Κατηγορίες Διαχείρισης Ασθενών (Patient Management Categories, PMCs).

Το πιο διαδεδομένο σύστημα ταξινόμησης των ασθενών είναι η ταξινόμηση με βάση τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis Related Groups, DRGs): πρόκειται για σύστημα ομαδοποίησης όμοιων περιπτώσεων ασθένειας και κατηγοριοποίησής τους με βάση μεταβλητές όπως η αρχική διάγνωση (συνήα κωδικοποιημένη με βάση την ICD), η βαρύτητα της ασθένειας, χαρακτηριστικά του ασθενούς και άλλες παράμετροι (Κυριόπουλος και Νιάκας 1991). Η χρήση των πόρων αναμένεται να είναι παρόμοια για περιπτώσεις ασθένειας που κατηγοριοποιούνται σε κοινή διαγνωστική ομάδα.

Αρκετά από τα ανωτέρω συστήματα ταξινόμησης βασίζονται στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων και Διαγνώσεων (International Classification of Diseases, ICD) η οποία αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και χρησιμοποιείται σε διεθνές επίπεδο για επιδημιολογικούς αλλά και διοικητικούς σκοπούς.

Είναι επομένως εμφανές, πως οι δείκτες μέτρησης του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας οι οποίοι χρησιμοποιούνται αποτελούν συνήθως μέτρηση του ενδιάμεσου υγειονομικού προϊόντος. Ωστόσο, το τελικό προϊόν των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η ευημερία και ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Όμως στη διαμόρφωση του τελικού προϊόντος υπεισέρχονται παράγοντες από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό σύστημα και ως εκ τούτου η αξιολόγηση της συμβολής των υγειονομικών υπηρεσιών στο επίπεδο υγείας είναι δυσχερής.

Πολλές ανεπτυγμένες χώρες έχουν προσπαθήσει να βελτιώσουν την παραγωγικότητα (productivity) του συστήματος υγείας τους μέσω της εκτίμησης της επίδοσης (performance measurement) (Kelley and Hurst 2006). Προς αυτή την κατεύθυνση, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με τη δημοσίευση της Παγκόσμιας Έκθεσης Υγείας το 2000 (WHO 2000) πρότεινε ένα θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της επίδοσης (performance assessment) των συστημάτων υγείας στη βάση μίας δέσμης δεικτών. Σύμφωνα με αυτό το πλαίσιο, τα συστήματα υγείας έχουν τρεις θεμελιώδεις στόχους (Κυριόπουλος και συν. 2003): (α) τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, (β) την ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών (αντιμετώπισή τους με σεβασμό και με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα) και (γ) τη δικαιοσύνη στην κατανομή των χρηματοδοτικών βαρών και την προστασία των ασθενών έναντι οικονομικού κινδύνου λόγω εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Στο πλαίσιο αυτό, η βελτίωση διαχρονικά των δεικτών για το σύνολο του πληθυσμού αλλά και η άμβλυση των ανισοτήτων μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού όσον αφορά και τις τρεις διαστάσεις πρέπει να αποτελούν συνιστώσες της αξιολόγησης της επίδοσης των συστημάτων υγείας. Οι δείκτες που αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση και κατάταξη των συστημάτων υγείας ήταν οι ακόλουθοι: (α) η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, (β) η αποτίμηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών και (γ) η εκτίμηση της δίκαιης κατανομής των βαρών στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Το πρόγραμμα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης Health Care Quality Indicators Project (HCQI) κινείται προς την ίδια κατεύθυνση μέσω της ανάπτυξης ενός πλαισίου δεικτών ποιότητας συνολικά για το σύστημα υγείας με σκοπό την εκτίμηση της αξίας (value) που αυτό προσφέρει και τη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο (Kelley and Hurst 2006). Ως κύριες διαστάσεις της ποιότητας θεωρούνται η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ανταποκρισιμότητα. Επιπλέον διαστάσεις που λαμβάνονται υπόψη είναι η διάσταση της πρόσβασης, της χρησιμοποίησης και το ύψος των δαπανών για την υγεία. Οι τομείς προτεραιότητας για τους οποίους έχουν στο πλαίσιο του HCQI μέχρι στιγμής

αναπτυχθεί και είναι διαθέσιμοι δείκτες ποιότητας περιλαμβάνουν: (α) την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (β) τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (γ) τη φροντίδα καρκινοπαθών, (δ) την ασφάλεια των ασθενών και (ε) την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί επίσης ένα εκ των διαφόρων εργαλείων που έχουν προταθεί για τη συνολική αξιολόγηση του συστήματος υγείας και αποτελεί αποτέλεσμα της προσπάθειας για την κατασκευή ενός μέτρου συμβατού για τη μέτρηση της ποιότητας κάθε τύπου υπηρεσιών. Ωστόσο, δεν έχει διαμορφωθεί ένα ενιαίο και γενικευμένο μέτρο ικανοποίησης κοινής αποδοχής παρά μόνο σε ορισμένες κατηγορίες φροντίδας. Παραδείγματα αποτελούν διάφορα υποδείγματα όπως (α) το Patient Satisfaction Questionnaire-(PSQ) και οι μικρότερες εκδόσεις του PSQ-III και PSQ-18 καθώς και το External Patient Satisfaction Survey-(EPSS) που έχουν γενική εφαρμογή, (β) το European Task Force for Patient Evaluation of General Practice-(EUROPEP), το General Practice Assessment Survey και το "The VSQ-9" που αφορούν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, (γ) εξειδικευμένα εργαλεία όπως το Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-29) και το Consultation Satisfaction Questionnaire 27 που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενούς στο πλαίσιο των ιατρικών γνωμοδοτήσεων και συμβουλών.

Αναξάρτητα όμως από το θεωρητικό πλαίσιο αξιολόγησης της επίδοσης που θα υιοθετηθεί, θεμελιώδης για την επίτευξη των στόχων ενός συστήματος υγείας είναι η διαθεσιμότητα, συλλογή και αξιοποίηση πληροφοριών, καθώς η πληροφόρηση μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων από όλους τους εμπλεκόμενους (κυβερνήσεις, ασφαλιστικούς οργανισμούς, επαγγελματίες υγείας, ασθενείς) σε πληθώρα ζητημάτων όπως η προστασία της δημόσιας υγείας, η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η λογοδοσία, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Smith et al. 2009).

Στο πλαίσιο αυτό, οι δείκτες (indicators) αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση και παρακολούθηση της επίδοσης του συστήματος υγείας συνολικά αλλά και την αξιολόγηση της επίδοσής του σε σχέση με αποτελέσματα που

αφορούν π.χ. συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή γεωγραφικές περιοχές. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή «η πολιτική για την υγεία πρέπει να βασίζεται στα καλύτερα τεκμηριωμένα επιστημονικά στοιχεία με βάση ορθά δεδομένα και πληροφορίες και σχετική έρευνα³» και στη διαπίστωση αυτή βασίζεται η προσπάθεια ανάπτυξης ενός συστήματος κοινοτικών δεικτών για την υγεία. Προκειμένου οι δείκτες να είναι συγκρίσιμοι, τα δεδομένα στα οποία βασίζονται είναι απαραίτητο να καταγράφονται και να κωδικοποιούνται με τυποποιημένο τρόπο και για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί και εφαρμόζονται Διεθνή Συστήματα Ταξινόμησης όπως η ICD, το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και άλλα, τα οποία έχουν υιοθετηθεί στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα⁴. Οι συνηθέστερες πηγές άντλησης πληροφοριών για την κατασκευή δεικτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Πηγές άντλησης πληροφοριών

Eurostat Database (http://epp.eurostat.ec.europa.eu)
Στατιστικές αιτιών θανάτου
Στατιστικές ιατρικής περίθαλψης
Έρευνες υγείας
Στατιστικές νοσηρότητας κατά αιτία
OECD Health Data (http://www.oecd.org)
Επίπεδο υγείας
Υγειονομικοί πόροι
Χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας
Κοινωνική προστασία
Φαρμακευτική αγορά
Προσδιοριστές της υγείας
Δημογραφικοί δείκτες
Οικονομικοί δείκτες
WHO Health for All Database (http://www.euro.who.int/HFADB)
Δημογραφικοί δείκτες
Κατάσταση υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα)
Προσδιοριστές της υγείας (τρόπος ζωής, περιβάλλον)
Ιατρική περίθαλψη (πόροι, χρησιμοποίηση)
Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (http://www.statistics.gr)

³ EC. White Paper - Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final διαθέσιμο στο <http://www.eurofedop.org/spip.php?article163>

⁴http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_en.htm

<i>Δημογραφικοί δείκτες</i>
<i>Κατάσταση υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα)</i>
<i>Πόροι υγείας</i>

Παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα και μελλοντικές προκλήσεις

Η διαθεσιμότητα δεδομένων και δεικτών για την υγεία στην Ελλάδα και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος European Community Health Indicators and Monitoring (ECHIM) (2005-2008), το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και συγκεκριμένα από το Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας 2003-2008. Σκοπός του προγράμματος ήταν η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού σε κοινοτικό επίπεδο, αναπτύσσοντας δείκτες για την υγεία και υποστηρίζοντας την εφαρμογή τους στα κράτη-μέλη.

Στο πλαίσιο του ECHIM αξιολογήθηκε η διαθεσιμότητα και συγκρισιμότητα δεδομένων και δεικτών στα κράτη-μέλη που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ως εταίροι και δημιουργήθηκε κατάλογος των δεικτών που κρίθηκαν απαραίτητοι για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος (ECHIM indicators shortlist). Διερευνήθηκε η διαθεσιμότητα των δεικτών αυτών σε κάθε χώρα αρχικά σε βάσεις δεδομένων διεθνών οργανισμών (Eurostat, WHO Health for All, OECD Health Data) καθώς και σε βάσεις δεδομένων ευρωπαϊκών προγραμμάτων (ENCR, MINDFUL κλπ.). Από τη διαδικασία αυτή προέκυψε μία έκθεση για κάθε κράτος-μέλος. Στη συνέχεια, αναζητήθηκαν μέσω έρευνας (ECHIM Survey), στοιχεία για τη διαθεσιμότητα δεικτών για την υγεία ή δεδομένων από τα οποία θα μπορούσαν να προκύψουν δείκτες, τα οποία δεν είχαν εντοπιστεί κατά τη διαδικασία που προηγήθηκε.

Ειδικότερα, οι δείκτες για την υγεία που αναπτύχθηκαν και των οποίων η διαθεσιμότητα αξιολογήθηκε στο πλαίσιο του ECHIM κατηγοριοποιούνται ως εξής: (α) δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, (β) επίπεδο υγείας, (γ) προσδιοριστές της υγείας, (δ) υπηρεσίες υγείας, (ε) προαγωγή υγείας. Τα αποτελέσματα των δύο φάσεων της έρευνας για την Ελλάδα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 που ακολουθεί.

Πίνακας 4: Διαθεσιμότητα δεδομένων αναφορικά με επιλεγμένους δείκτες για την υγεία στην Ελλάδα, ECHIM 2008

	Διαθεσιμότητα
Διαθεσιμότητα δεδομένων αναφορικά με δείκτες που περιλαμβάνονται σε βάσεις δεδομένων διεθνών οργανισμών (Eurostat, WHO HFADB, OECD Health Data)	70-85%
Διαθεσιμότητα δεδομένων αναφορικά με τους δείκτες της έρευνας του ECHIM:	55-70%
<i>Δείκτες αναφορικά με το επίπεδο υγείας</i>	55-70%
<i>Δείκτες αναφορικά με τους προσδιοριστές της υγείας</i>	>85%
<i>Δείκτες αναφορικά με την ιατρική περίθαλψη</i>	40-55%
Διασύνδεση των βάσεων δεδομένων των οργανισμών αρμόδιων για τη συλλογή πληροφοριών υγείας, παρούσα κατάσταση	Αδύνατη
Διασύνδεση των βάσεων δεδομένων των οργανισμών αρμόδιων για τη συλλογή πληροφοριών υγείας, προοπτικές	Αρνητικές
Προϋποθέσεις για την εφαρμογή του συστήματος δεικτών για την υγεία του ECHIM	Καλές

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η διαθεσιμότητα δεδομένων ιδιαίτερα όσον αφορά την υγεία και την ιατρική περίθαλψη είναι περιορισμένη, ενώ σε ικανοποιητικά επίπεδα κρίνεται μόνο η διαθεσιμότητα δεδομένων για δείκτες που περιλαμβάνονται στις βάσεις δεδομένων διεθνών οργανισμών. Ειδικότερα: (α) η διαθεσιμότητα δεδομένων, ιδιαίτερα όσον αφορά τους δείκτες της έρευνας του ECHIM είναι μικρότερη του ευρωπαϊκού μέσου όρου, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των δεικτών που είναι διαθέσιμοι σε διεθνείς βάσεις δεδομένων. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα οφείλεται κυρίως στην έλλειψη δεδομένων σχετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τη φροντίδα υγείας (δείκτες

χειρουργικών επεμβάσεων με την αξιοποίηση του ICD-CM⁵, δείκτες σχετικά με δευτερογενή πρόληψη κλπ). Επιπλέον, παρατηρούνται ελλείψεις ως προς την αξιοποίηση εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε άλλα κράτη-μέλη όπως (α) η εκτέλεση και δημοσίευση εθνικών εκθέσεων για την υγεία, (β) τα εθνικά αρχεία ασθενών (registries) όπως για παράδειγμα το εθνικό αρχείο νεοπλασιών (είτε δεν υφίστανται, είτε είναι σε εξέλιξη ή δεν προσφέρουν πλήρη κάλυψη).

Η διασύνδεση των βάσεων δεδομένων μεταξύ των αρμόδιων φορέων (ΕΣΥΕ, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΙΦΕΤ) κρίθηκε κατά το χρόνο έκδοσης της έκθεσης αδύνατη, ενώ διατυπώθηκε η εκτίμηση ότι οι προοπτικές για μελλοντική διασύνδεσή τους ήταν αρνητικές. Ως κυριότερος παράγοντας για την εμφάνιση των ανωτέρω αδυναμιών και ελλείψεων αναφέρεται η έλλειψη Συστήματος Πληροφοριών για την Υγεία (ΣΠΥ)⁶. Ωστόσο, θεωρήθηκε ότι το υπόβαθρο υπάρχει και υπό προϋποθέσεις, το σύστημα δεικτών υγείας του ECHIM μπορεί μελλοντικά να υιοθετηθεί στη χώρα μας (ECHIM, 2008). Πράγματι, η υλοποίηση και σχεδιασμός σειράς δράσεων για την αξιοποίηση των τεχνολογιών της πληροφορικής και επικοινωνίας (ΤΠΕ) στο χώρο της υγείας (ανάπτυξη της ελληνικής έκδοσης συστημάτων ταξινόμησης νόσων και διαγνώσεων στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, ιατρικών πράξεων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, διενέργεια της πρώτης έρευνας για την κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού (HIS), ανάπτυξη αρχείου νεοπλασιών, εισαγωγή ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, ηλεκτρονική συνταγογράφηση κ.α.) αναμένεται να συμβάλλει προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της διαθεσιμότητας πληροφοριών για την υγεία στην Ελλάδα.

Συμπεράσματα και Συστάσεις

⁵ International Classification of Diseases – Clinical Modification (ICD – CM): χρησιμοποιείται (κυρίως στις ΗΠΑ, Καναδά, Γερμανία) για την ταξινόμηση χειρουργικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών στο πλαίσιο της νοσοκομειακής περίθαλψης

⁶ Στο κείμενο υιοθετείται ο ορισμός του ECHIM, σύμφωνα με τον οποίο ένα Σύστημα Πληροφοριών για την Υγεία μπορεί να οριστεί μια δυναμική και ευέλικτη υποδομή, μέσω της οποίας παρακολουθούνται οι δραστηριότητες σχετικές με την υγεία, καθώς και οι εκβάσεις υγείας για τον πληθυσμό. Το σύστημα περιλαμβάνει τη συλλογή, ανάλυση, αποθήκευση, διαβίβαση, παρουσίαση, δημοσιοποίηση και περεταίρω αξιοποίηση των δεδομένων και πληροφοριών.

Η φροντίδα υγείας αποτελεί καταναλωτικό αγαθό, το οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν σε συνδυασμό με άλλους πόρους (όπως π.χ. ο προσωπικός τους χρόνος) προκειμένου να παράγουν υγεία. Επομένως, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας προκύπτει από την αρχική ζήτηση των ατόμων για υγεία. Πέραν της φροντίδας υγείας, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής. Η σχέση μεταξύ φροντίδας υγείας και επιπέδου υγείας διέπεται από το νόμο της φθίνουσας οριακής απόδοσης: η υγεία αυξάνεται με φθίνοντα ρυθμό σε σχέση με τα πρόσθετα ποσά περίθαλψης. Είναι επομένως σημαντική η αποτίμηση της επίδρασης της φροντίδας υγείας στην υγεία του πληθυσμού. Η μέτρηση του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας συνεπώς καθίσταται αναγκαία επίσης λόγω του ύψους των πόρων που επενδύονται στον υγειονομικό τομέα. Διαχρονικά, οι πόροι που τα ανεπτυγμένα κράτη δαπανούν για τον υγειονομικό τομέα αυξάνονται με ρυθμούς υψηλότερους του ΑΕγχΠ και αντιστοιχούν σε σημαντικό ποσοστό του – 9% του ΑΕγχΠ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Ωστόσο, το εγχείρημα αυτό παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες και μεθοδολογικά προβλήματα. Οι προσεγγίσεις που έχουν υιοθετηθεί αρχικά εστίαζαν στη θεώρηση του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας ως το σύνολο των κλινικών παρεμβάσεων και πληροφοριών που αφορούν σε ένα περιστατικό, ενώ μετέπειτα παραλλαγές ενσωμάτωσαν τη βαρύτητα της νόσου, τις εκβάσεις υγείας και την επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ανεξάρτητα από την προσέγγιση που υιοθετείται, η συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών για την υγεία, η κατασκευή έγκυρων δεικτών και η διαχρονική παρακολούθηση της εξέλιξης αυτών είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική χάραξη και εφαρμογή της πολιτικής υγείας. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, έχοντας αναγνωρίσει την αναγκαιότητα αυτή, ήδη αναπτύσσει ένα σύστημα πληροφοριών για την υγεία. Μέρος αυτού αποτελεί το σύστημα δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (European Community Health Indicators - ECHI) με κοινούς μηχανισμούς συλλογής, το οποίο υλοποιείται μέσω των προγραμμάτων ECHIM.

Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα του ECHIM, στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικοί ελλείψεις όσον αφορά δεδομένα κυρίως σχετικά με την υγεία του πληθυσμού και την ιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα κράτη-μέλη, στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμη υιοθετηθεί. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητη η επέκταση των υπαρχόντων ΣΠΥ προκειμένου για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για την κατασκευή των δεικτών αυτών. Εξίσου σημαντική είναι επίσης η διασφάλιση της εναρμόνισης των πρακτικών για τη συλλογή δεδομένων στην Ελλάδα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, ώστε οι δείκτες που προκύπτουν να είναι αξιόπιστοι και συγκρίσιμοι. Η συλλογή των δεδομένων θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. Ετήσια Εθνική Έρευνα Υγείας) με στόχο εκτός των άλλων και την παραγωγή χρονολογικών σειρών, η διαθεσιμότητα των οποίων είναι επίσης περιορισμένη. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προβλέπεται και μια διαδικασία αναθεώρησης των δεικτών που χρησιμοποιούνται και η οποία θα περιλαμβάνει τόσο την ενσωμάτωση νέων όσο και την κατάργηση υπαρχόντων δεικτών, διαδικασία που προβλέπεται και από τις διαδικασίες του ECHIM.

Τέλος, ένας ακόμη τομέας στον οποίο θα πρέπει να δοθεί έμφαση, αποτελεί η σύνταξη και δημοσιοποίηση εθνικών υγειονομικών αναφορών. Προς αυτή την κατεύθυνση, η συνεργασία και η ύπαρξη συνεχούς ροής πληροφοριών μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων αναμένεται να συμβάλλει θετικά στην παραγωγή αξιόπιστων εθνικών υγειονομικών αναφορών. Οι υγειονομικές αυτές αναφορές θα πρέπει να δημοσιοποιούνται (σε έντυπη αλλά και ηλεκτρονική μορφή), ώστε να είναι διαθέσιμες σε όλους τους εμπλεκόμενους (ακαδημαϊκή κοινότητα, επαγγελματίες υγείας κ.λ.π.).

Βιβλιογραφία

1. Berkowitz E., Kevin R., Rudelius W. (1989). *Marketing (2nd edition)*. Homewood and Irwin Publishers, New York
2. Berndt E.R., Cutler D.M., Frank R., Griliches Z., Newhouse J.P. and Triplett J.E. (2001) "Price Indices for Medical Care Goods and Services: An Overview of

- Measurement Issues," in Cutler D.M. and Berndt E.R. (eds.) *Medical Care Output and Productivity* (Chicago: University of Chicago Press).
3. European Community Health Indicators Monitoring, ECHIM (2008). *European Health Indicators: Development and Initial Implementation*. National Public Health Institute, Helsinki
 4. Folland S., Goodman AC., Stano M. (2007) *The Economic of Health and Health Care*, Prentice Hall, New Jersey.
 5. Fuchs V. (1979). *Economics, Health and Post-Industrial Society*. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 57: 153-182
 6. Gibson RF, Haug PJ. An automated Computerized Severity Index. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care*. 1994:332-6.
 7. Grossman M. (1972a). *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. *Journal of Political Economy* 20(2): 223-255.
 8. Grossman M. (1972b). *The Demand for health; A Theoretical and Empirical Investigation*, Occasional Paper 19, Columbia University Press, Columbia.
 9. Grossman M. (2000). *The Human Capital Model* in Culyer A.J., Newhouse J.P. (ed.) *Hanbook of Health Economics. Volume 1A*. North Holland, Amsterdam, Netherlands, p. 347-408.
 10. Kelley E., Hurst J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers No.23 ανακτήθηκε στις 22 Απριλίου 2010 από <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> .
 11. McKeown T. (1976). *The Role of Medicine, Dream, Mirage or Nemesis?* Nuffield Provincial Hospitals Trust, London
 12. OECD (2009), *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2009-en. Ανακτήθηκε στις 19/4/2010 από http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en
 13. Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. (eds) (2009) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge University Press.
 14. WHO (2000). *The world health report 2000 — Health systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva

15. Κυριόπουλος Γ. (2007). *Τα Οικονομικά της Υγείας. Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
16. Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορου Σ., Οικονόμου Χ. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
17. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα