

Κεφάλαιο 5^ο

Η αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας και ο ρόλος των βραβείων ποιότητας

5.1 Η αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας

Οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, η φτωχή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κλινική πράξη, τα ιατρικά λάθη, αλλά και οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν εγείρει τον προβληματισμό των υπεύθυνων για τη χάραξη πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες μέλη της ΕΕ αλλά και του ΟΟΣΑ (Smith, 2002; Bodenheimer, 1999; OECD, 2004). Έντονος προβληματισμός φαίνεται να επικρατεί και αναφορικά με τη μικρή ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε όρους αποτελεσμάτων υγείας (value for money) (Johnston, 2004; Fireman et al., 2004; Shortell, 2004; Chernew et al., 2004; Fishman et al. 2004). Παρότι οι δαπάνες υγείας των ανεπτυγμένων χωρών έχουν σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία τριάντα χρόνια δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα τη στάθμη υγείας του πληθυσμού, αφού οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες δεν παρουσιάζουν σε όλες τις περιπτώσεις τους καλύτερους δείκτες (OECD, 2004; Anderson et al., 2003, Leatherman & Sutherland, 2004).

Έτσι έγινε σταδιακά αντιληπτό ότι χωρίς σαφή μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής (McGlynn et al., 2003; IOM, 2001). Παράλληλα, τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς-χρήστες θέλουν να γνωρίζουν την απόδοση του συστήματος υγείας τους, συγκριτικά με εκείνη άλλων χωρών. Για τους παραπάνω λόγους, τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον εστιάζεται γύρω από την εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας (performance measurement) αλλά και της βελτίωσής της. (Arah et al., 2003; Ibrahim, 2001).

Η εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας επιχειρείται μέσω της δημιουργίας συγκρίσιμων δεικτών και της μέτρησης συγκεκριμένων διαστάσεων μεταξύ των οποίων είναι η ποιότητα της φροντίδας, η πρόσβαση σε αυτήν και το κόστος της. Υπό αυτό το πρίσμα, η ποιότητα της φροντίδας υγείας συνοπτικά ορίζεται ως:

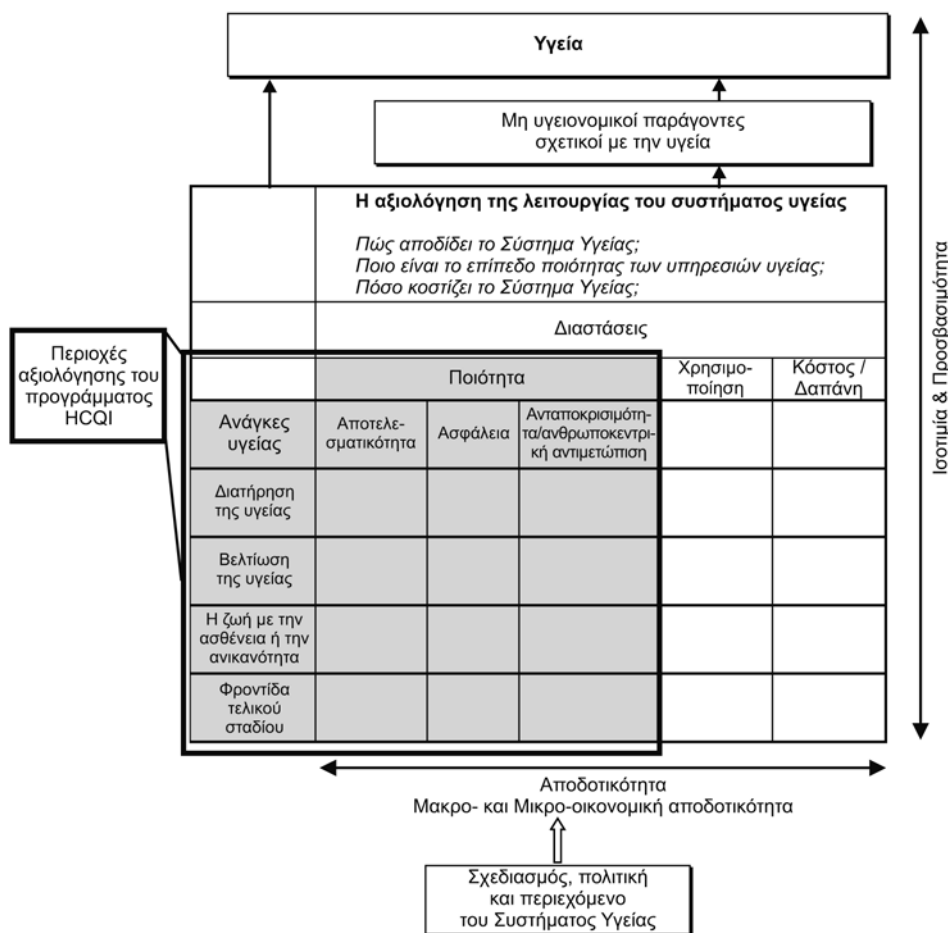
- «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 1990; OECD, 2004).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από δύο βασικά στοιχεία: ένα τεχνικό (technical) και ένα διαπροσωπικό (interpersonal). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Αυτό σημαίνει ότι η επιτυχία της τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών.

Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι το δεύτερο συστατικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Είναι ζωτικής σημασίας στοιχείο αφού, μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας (responsiveness) στις προσδοκίες των ασθενών θεωρείται μείζονος σημασίας και αποτελεί διεθνώς μία από τις βασικές περιοχές ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Προκειμένου να είναι εφικτή η αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας, είναι σημαντική η υιοθέτηση ενός σαφούς μεθοδολογικού πλαισίου, ώστε να αποφασισθεί ποιες διαστάσεις της ποιότητας θα μετρηθούν και με ποιον τρόπο. Στο Σχήμα 5-1 απεικονίζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθήθηκε (με ορισμένες μικρές τροποποιήσεις) από αρκετούς επιστημονικούς φορείς (Institute of Medicine, OECD, Canadian Health Indicator Framework, European Community Health Indicators Project e.t.c.). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο πλαίσιο, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη μέτρηση της τεχνικής διάστασης της ποιότητας, αλλά λαμβάνεται υπόψη και η επίδραση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Το μοντέλο του Σχήματος 5-1 παρέχει μια οπτικοποιημένη σύνοψη των μετρήσιμων διαστάσεων της λειτουργίας του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας, της προσβασιμότητας, της αποδοτικότητας, της ισοτιμίας



Σχήμα 5-1 Μεθοδολογικό πλαίσιο για τη μέτρηση ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας στη φροντίδα υγείας (πηγή: Health Care Quality Indicators Project. OECD, Paris 2005).

και του κόστους. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στις διαστάσεις της ποιότητας ως προς την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις ανάγκες των χρηστών. Επίσης, επιτυγχάνει να συνδυάσει την επίδραση και άλλων παραγόντων, που δυνητικά σχετίζονται αλλά δεν συμπίπτουν με την αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας, όπως οι μη υγειονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, ο σχεδιασμός, η πολιτική και το περιεχόμενο του συστήματος υγείας, και τα διάφορα επίπεδα της κατάστασης της υγείας.

5.2 Περιγραφή διαστάσεων της αξιολόγησης συστημάτων υγείας

Όπως προαναφέρθηκε στο προτεινόμενο μεθοδολογικό πλαίσιο του Σχήματος 5.1, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση σε τρεις διαστάσεις της ποιότητας: την «αποτελεσματικότητα», την «ασφάλεια» και την «ανταποκρισιμότητα» του συστήματος στις ανάγκες των χρηστών. Η «αποτελεσματικότητα» αποτελεί μία πολύ σημαντική διάσταση και ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων υγειονομικών υπηρεσιών (evidence-based healthcare services) σε αυτούς που δυνητικά μπορούν να ωφεληθούν από αυτές (Arah et al. 2003, WHO 2000). Η «ασφάλεια» απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές παρεμβάσεις αποφεύγουν, προλαμβάνουν ή ελαχιστοποιούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τους τραυματισμούς που μπορεί να προκύψουν από τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας (National Patient Safety Foundation, 2000). Τέλος, η «ανταποκρισιμότητα» αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών. Ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά ως συνώνυμος της ανταποκρισιμότητας είναι η «ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή» (patient centeredness), η οποία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα λειτουργεί τοποθετώντας τον ασθενή/χρήστη στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας. Η «ανταποκρισιμότητα» συνήθως εκτιμάται με βάση τις εμπειρίες των χρηστών από τη φροντίδα που λαμβάνουν, την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση¹, διαστάσεις που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν τις σχέσεις ασθενή-επαγγελματιών υγείας. Η έμφαση δίδεται στην αντίληψη που έχει ο ίδιος ο ασθενής από την εμπειρία του αναφορικά με τις συγκεκριμένες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας και δεν περιορίζεται σε γενικές μετρήσεις ικανοποίησης ή απόψεις αναφορικά με την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι έννοιες της «προσβασιμότητας», της «ισοτιμίας» και της «αποδοτικότητας», παρότι δεν ταυτίζονται με την έννοια της τεχνικής ποιότητας, συνδέονται στενά μαζί της και είναι εξίσου σημαντικές διαστάσεις για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας (Σχήμα 5.2). Η «προσβασιμότητα» περιγράφει τη δυνατότητα των χρηστών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Η εκτίμηση της «πρόσβασης» μπορεί να συμπεριλαμβάνει τις φυσικές, οικονομικές ή ψυχολογικές συνθήκες και επί της ουσίας θέτει ως a priori προϋπόθεση την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών. Η ισοτιμία από την άλλη πλευρά συνδέεται στενά με την προσβασιμότητα και αναφέρεται στην ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των πολιτών από το σύστημα υγείας.

¹ Ενσυναίσθηση (empathy): η προσπάθεια του επαγγελματία υγείας να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο τη βιώνει ο ασθενής, μεταφέροντάς του το μήνυμα ότι τον κατανοεί (χωρίς ωστόσο να ταυτίζεται μαζί του) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Καταλληλότητα (Appropriateness)	Προσβασιμότητα (accessibility)	Αποδοχή (acceptability)	Ικανότητα (competence)
Παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης, βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων	Δυνατότητα των χρηστών/ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους	Ικανοποίηση των προσδοκίων των χρηστών, της κοινότητας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ασφαλιστικών φορέων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας	Κατάλληλα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας
Αποτελεσματικότητα (effectiveness)	Συνέχεια (continuity)	Αποδοτικότητα (efficiency)	Ασφάλεια (safety)
Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / παρεμβάσεις	Δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας, μέσω διαφορετικών προγραμμάτων, επαγγελματιών υγείας και φορέων, διαχρονικά	Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων	Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης

Πηγή: First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's. International Working Group on Quality Indicators. The Commonwealth Fund, 2004

Σχήμα 5.2 Ενδεικτικές διαστάσεις για τη μέτρηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας

Η «αποδοτικότητα» σχετίζεται άμεσα με τη *δυνατότητα του συστήματος υγείας να χρησιμοποιεί με βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη* (JCAHO, 1997). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η «αποδοτικότητα» ορίζεται ως η αναλογία του παρατηρηθέντος επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο δυνατόν, σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους (Evans et al, 2001). Οι όροι μακρο-οικονομική και μικρο-οικονομική αποδοτικότητα επί της ουσίας ταυτίζονται κατ' αντιστοιχία με την καταναμητική και τεχνική αποδοτικότητα. Ο πρώτος όρος αναφέρεται στην κατανομή των δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) μέσα στο σύστημα υγείας και στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα μεγιστοποιεί τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και την ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις καταβαλλόμενες δαπάνες. Η μικρο-οικονομική αποδοτικότητα (τεχνική αποδοτικότητα) αναφέρεται στη μετατροπή των εισροών σε εκροές με τη βέλτιστη δυνατή πρακτική. Αξιολογεί τη δυνατότητα του συστήματος υγείας να είναι κατά το δυνατόν παραγωγικότερο και να αξιοποιεί με τον ανταποδοτικότερο τρόπο τις διαθέσιμες εισροές, προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Όλες οι παραπάνω διαστάσεις χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση πολλών αναπτυγμένων υγειονομικών συστημάτων όπως για παράδειγμα της Μ. Βρετανίας, του Καναδά, της Αυστραλίας, της Ολλανδίας, των Σκανδιναβικών χωρών, των ΗΠΑ κ.ά. Βεβαίως, αρκετές χώρες χρησιμοποιούν και άλλες λιγότερο συνήθεις διαστάσεις, οι οποίες ωστόσο είναι εξίσου σημαντικές για την αξιολόγηση ενός συστήματος. Ενδεικτικά αναφέρεται η έννοια της καταλληλότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία απεικονίζει την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης και βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Βεβαίως, συχνά η καταλληλότητα εκτιμάται ως μία από τις επί μέρους διαστάσεις της αποτελεσματικότητας. Δύο ακόμη διαστάσεις, οι οποίες πολλές φορές συμπεριλαμβάνονται στην εκτίμηση της «ανταποκρισιμότητας», είναι η «αποδοχή» (acceptability) που ορίζεται ως η *ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών και των οικογενειών τους, της κοινότητας, των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και η «συνέχεια» (continuity), που αντιπροσωπεύει τη δυνατότητα παροχής συντονισμένης φροντίδας, μέσω διαφορετικών προγραμμάτων, επαγγελματιών υγείας και φορέων, διαχρονικά.*

5.3 Επισκόπηση αξιολογήσεων συστημάτων υγείας από το διεθνές περιβάλλον και η Ελληνική Πραγματικότητα

Κατά την αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας ανακύπτουν διάφορες δυσκολίες που αφορούν, μεταξύ άλλων:

- α. στον καθορισμό της υπό αξιολόγηση διάστασης της φροντίδας υγείας,
- β. στην ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων δεικτών στους οποίους θα βασιστεί η αξιολόγηση και
- γ. στη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων.

Μέχρι πρόσφατα, για παράδειγμα, οι μόνοι δείκτες που χρησιμοποιούνταν για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων υγείας διεθνώς αφορούσαν στα μέτρα εκτίμησης του επιπέδου υγείας των πληθυσμών, όπως στο προσδόκιμο ζωής και στη βρεφική θνησιμότητα. Ωστόσο, καθώς οι περισσότεροι από αυτούς τους δείκτες επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, εκτός του συστήματος υγείας, όπως περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς, η αιτιακή συσχέτιση μεταξύ αυτών και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών δεν είναι σαφής.

Διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και ο ΟΟΣΑ, έχουν αναπτύξει τα τελευταία χρόνια συνεργασίες, επικεντρώνοντας τις προσπάθειές τους στην ανάπτυξη σαφούς μεθοδολογικού πλαισίου για την αξιολόγηση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και για τη συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων που θα επιτρέπουν τη διενέργεια διακρατικών και διαχρονικών συγκρίσεων ως προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (WHO, 2000; Smith, 2002; OECD, 2004a; OECD 2004b). Αξίζει να αναφερθεί, για παράδειγμα, η προσπάθεια που έγινε με τη σύσταση Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την ανάπτυξη Δεικτών Ποιότητας (International Working Group on Quality Indicators) συλλέγοντας στοιχεία αναφορικά με την απόδοση των συστημάτων υγείας πέντε αγγλόφωνων χωρών: του Καναδά, της Αυστραλίας, της Ν. Ζηλανδίας, του Ην. Βασιλείου και των Η.Π.Α. Η συγκεκριμένη ομάδα προχώρησε στην κατάρτιση λίστας συγκεκριμένων δεικτών για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, επιλέγοντας από μια δεξαμενή χιλίων δεικτών. Βασικό κριτήριο στην επιλογή των συγκεκριμένων δεικτών ήταν η συγκρισιμότητά τους μεταξύ των πέντε χωρών.

Οι δείκτες ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με τους παράγοντες που προσδιορίζουν την «απόδοση» των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης, οι διαστάσεις αυτές αφορούν στην αποδοχή των παρεχομένων υπηρεσιών, στην προσβασιμότητα, στην καταλληλότητα, στην ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, τη συνέχεια στη φροντίδα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ασφάλεια. Στον Πίνακα 5.1 φαίνονται οι διαστάσεις της απόδοσης για τις οποίες έχουν αναπτυχθεί δείκτες μέτρησης σε κά-

Πίνακας 5.1. Μετρήσιμες διαστάσεις για την αξιολόγηση της λειτουργίας (performance) των συστημάτων υγείας επιλεγμένων χωρών ή διεθνών οργανισμών

Διαστάσεις Απόδοσης	Καναδάς	Αυστραλία	Δανία	Ν. Ζηλανδία	Ην. Βασίλειο	Η.Π.Α	Ολλανδία	ΠΟΥ
Αποδοχή	+	+		+	+	+		
Προβασσιμότητα	+	+	+	+	+	+	+	
Καταλληλότητα	+	+		-	+	+		
Ικανότητα επαγγελματιών υγείας	+	+		-	+	-		
Συνέχεια της προσφοράς υπηρεσιών	+	+		-	+	+		
Αποτελεσματικότητα	+	+	+	+	+	+	+	+
Αποδοτικότητα	+	+	+	+	+	-	+	+
Ασφάλεια	+	+		+	-	+		
Ισότιμη πρόσβαση	+	+				+		+

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Πηγές:

- First National Report on Health Sector Performance Indicators: public hospitals – the state of play. National Health Ministers' Benchmarking Working Group, 1996. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare
- Developing a national performance indicator framework for the Dutch Health System. Int J for Qual in Health Care, 2004, Vol.12, Suppl. 1:i65-i71
- First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's. International Working Group on Quality Indicators. The Commonwealth Fund, 2004
- Denmark: National Indicator Project. <http://www.nip.dk/nipUK.htm>

θε μία από τις πέντε χώρες αλλά και σε άλλες που έχουν προχωρήσει στην αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Ανάλογες προσπάθειες έγιναν και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (π.χ. European Community Health Indicators project, Hospital Data Project), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Murrey & Evans, 2003), τον ΟΟΣΑ (OECD Health Care Quality Indicators Project), το Commonwealth Fund (The Commonwealth Fund, 2004), οργανισμούς όπως οι BASYS, CEPS INSTEAD, CREDES, IGSS (Defining a Minimum Data Set and Related Indicators for use with System of Health Accounts in the European Union) αλλά και άλλους επιστημονικούς φορείς, οι οποίοι, ωστόσο, με μικρές διαφορές καταλήγουν στην ανάγκη μέτρησης ανάλογων διαστάσεων με αυτές που αναλύθηκαν στην Παράγραφο 5.2. Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες που γίνονται διεθνώς, σε αρκετές περιπτώσεις είναι μερικώς εφικτή η σύγκριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για τον σκοπό αυτό, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση στο είδος των στοιχείων, που θα πρέπει να συλλέγονται, καθώς και στη διεθνή εναρμόνιση των δεικτών, που θα επιτρέψει τη σύγκριση της συνολικής απόδοσης των συστημάτων υγείας μεταξύ των χωρών (The Commonwealth Fund, 2004).

Στο πλαίσιο της προαναφερθείσας δραστηριότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εντάσσεται και ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Καταναλωτών για τις Υπηρεσίες Υγείας (EURO HEALTH CONSUMER INDEX, EHCI) του οργανισμού Health Consumer Powerhouse. Ο EHCI αποτελεί ουσιαστικά μια ενιαία και ολοκληρωμένη προσπάθεια ομάδας δεικτών μέσω των οποίων α. θα αξιολογούνται συγκριτικά τα διαφορετικά συστήματα υγείας και β. θα συντάσσεται μια ετήσια έκθεση, η οποία θα πληροφορεί τους εν δυνάμει χρήστες των υπηρεσιών υγείας για το επίπεδο των συστημάτων υγείας στις διάφορες χώρες.

Ο EHCI βασίζεται μεθοδολογικά σε αντίστοιχο κατάλογο δεικτών, ο οποίος εφαρμόζεται στη Σουηδία (Swedish Health Consumer Index), καθώς και σε άλλους, όπως ο Καναδικός (Canadian Health Consumer Index). Ανάλογη προσπάθεια διεξάγεται για τη δημιουργία δεικτών για ειδικές χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης (οι δείκτες αυτοί πρόκειται να είναι διαθέσιμοι τον Αύγουστο του 2007) και οι συγκριτικοί δείκτες για τον καρκίνο του μαστού (πρόκειται να είναι διαθέσιμοι τον Νοέμβριο του 2007). Στις αξιολογήσεις κατά EHCI συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Ο EHCI σύμφωνα με την έκθεση που δημοσιεύθηκε για το 2006, αξιολογεί τα συστήματα υγείας ως προς πέντε διαστάσεις (με συνολικά 27 δείκτες αξιολόγησης):

- I. Δικαιώματα Ασθενών και πληροφόρηση (patient rights and information): Συμπεριλαμβάνει την υπάρχουσα νομοθεσία, τη συμμετοχή ενώσεων πολιτών στη λήψη αποφάσεων, την παροχή σε συμβατική και ψηφιακής μορφή πληροφόρησης κ.ά.

2. Χρόνος αναμονής για λήψη υγειονομικής φροντίδας (Waiting time for treatment): Συμπεριλαμβάνει άμεση παροχή υπηρεσιών σε επείγουσα ανάγκη, την παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις διαγνώσεων καρκίνου, καρδιαγγειακών νοσημάτων, νεοσσών με προβλήματα υγείας κ.ά.
3. Αποτελέσματα (Outcomes): Συμπεριλαμβάνει δείκτες θνησιμότητας μετά από παρεμβάσεις σε καρδιαγγειακά νοσήματα, σχετικούς με την παιδική θνησιμότητα, και σχετικούς με τον καρκίνο μαστού κ.ά.
4. Επίπεδο παροχών (Provision Levels, αναφέρεται και ως “generosity” of public healthcare systems): Συμπεριλαμβάνει αριθμό θανάτων που αποφεύχθηκαν και διεύρυνση του προσδόκιμου ζωής, αριθμό επεμβάσεων καταρράκτη κ.ά.
5. Φαρμακευτικά προϊόντα (Pharmaceuticals): Συμπεριλαμβάνει πρόσβαση σε νέα φάρμακα με έμφαση στον καρκίνο κ.ά.

Το έτος 2006 το ελληνικό σύστημα υγείας κατατάχθηκε στη δέκατη έβδομη θέση από σύνολο 26 χωρών (φθίνουσα σειρά αξιολόγησης με πρώτη τη Γαλλία, η οποία συγκέντρωσε την καλύτερη βαθμολογία), με ιδιαίτερη αναφορά στο «ιατροκεντρικό σύστημα» (*doctors rule*), ενώ, για παράδειγμα, η Ισπανία αναφέρεται ως ένα ανερχόμενο σύστημα υγείας με το δημόσιο τομέα να κατέχει σημαντικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (*up and coming! Public healthcare still has a very strong position*). Ο Πίνακας 5.2 περιγράφει την κατάταξη των 26 διαφορετικών κρατών σε σχέση με τους πέντε άξονες αξιολόγησης των συστημάτων υγείας.

Στη χώρα μας, μέχρι στιγμής, οι προσπάθειες για την αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας και των υγειονομικών οργανισμών (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κτλ.) παρέμειναν σε θεωρητικό επίπεδο, παρότι ορισμένες από αυτές ήταν αξιόλογες. Ενδεικτικά αναφέρεται η μελέτη Αξιολόγησης και Ανασχεδιασμού του Χάρτη Υγείας που εκπονήθηκε το 2005 από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας (Λιαρόπουλος και συν., 2005), αλλά και το Επιχειρησιακό – Στρατηγικό Σχέδιο των Νοσοκομείων (Σισούρας και συν., 2002).

Η πρώτη αποτέλεσε μία ολοκληρωμένη προσπάθεια δημιουργίας ενός μεθοδολογικού πλαισίου αφενός για τη συγκέντρωση των πρωτογενών στατιστικών δεδομένων και αφετέρου για τη δημιουργία δεικτών, οι οποίοι θα επέτρεπαν τη χάραξη Πολιτικής Υγείας βασισμένης στην επιστημονική ανάλυση με την αξιοποίηση και την εμπειρία διεθνών Οργανισμών. Παρότι το έργο παραδόθηκε ολοκληρωμένο και ως προς το πληροφοριακό σύστημα εφαρμογής του, δεν υλοποιήθηκε ποτέ εξαιτίας κυρίως των συχνών πολιτικών αλλαγών στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Ο προγραμματισμός και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες, όπως την έλλειψη συνολικού συστήματος αξιολόγησης και εφαρμογής επιχειρησιακών σχεδιασμών και τον ρόλο της κεντρικής διοίκησης που επιχειρεί να μετατοπίσει το βάρος στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της ανάπτυξης συνεργασιών μεταξύ του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα. Αυτό συνεπάγεται ένα σύστημα σχεδιασμού αλλά και αξιολόγησης, το οποίο περιλαμβάνει και τον ιδιωτικό τομέα. Η δεύτερη πρωτοβουλία προέρχεται από μια συνολική προσπάθεια ανάπτυξης σχεδιασμών και μηχανισμών αξιολόγησης σε επίπεδο υγειονομικής μονάδας και υγειονομικής περιφέρειας.

Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε από τις διοικήσεις των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας & Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και των Νοσοκομείων, με βάση το θεσμικό πλαίσιο του Ν 2889/01. Ο Νόμος 2889/01 προέβλεπε και την ανάπτυξη και υλοποίηση επιχειρησιακών σχεδίων από τις επιμέρους υγειονομικές μονάδες κάθε περιφέρειας. Από το τέλος του 2002 μέχρι και το τέλος του 2004, αρκετές μονάδες υγείας κατέθεσαν στα αρμόδια ΠεΣΥΠ επιχειρησιακά σχέδια. Για παράδειγμα, αξίζει να αναφερθεί ότι, μεταξύ άλλων, τα νοσοκομεία των ΠεΣΥΠ Α΄ Αττικής, Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας, Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Α΄ Νοτίου Αιγαίου, Στερεάς Ελλάδας και Δυτικής Ελλάδας, κατέθεσαν επιχειρησιακά σχέδια τα οποία εγκρίθηκαν από τα αρμόδια συλλογικά όργανα των ΠεΣΥΠ (Κωσταγιόλας & Πλατής, 2005). Σε άλλες περιπτώσεις, είτε οι υγειονομικές μονάδες κατέθεσαν επιχειρησιακά σχέδια τα οποία δεν εγκρίθηκαν είτε δεν αναπτύχθηκαν καθόλου επιχειρησιακά σχέδια κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου.

Η εφαρμογή, η υλοποίηση και κυρίως η αποτίμηση και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων των επιχειρησιακών σχεδιασμών δεν υπήρξε εφικτός λόγω, μεταξύ άλλων, της αλλαγής του θεσμικού πλαισίου. Εξετάζοντας τη χρονική συσχέτιση μεταξύ θεσμικών μεταβολών και σχεδιασμών, διαπιστώνουμε ότι σε αυτήν την περίπτωση διαμορφώνεται ένα «παράδοξο», όπου κάθε μεταρρύθμιση αποτελεί μία ρύθμιση που υπόκειται σε περαιτέρω μεταρρύθμιση, ενώ καμία μεταρρύθμιση δεν είναι μόνιμη, αλλά όλες είναι προσωρινές και μεταβατικές. Ένα περαιτέρω ερώτημα αφορά στην ανάγκη για συνέχεια στη διοίκηση για την εφαρμογή ή όχι των επιμέρους επιχειρησιακών σχεδίων και φυσικά της δυνατότητας επιχειρησιακής ανάλυσης των έως τώρα υγειονομικών δεδομένων. Οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας, με τον Νόμο 3329/2005, είναι υποχρεωμένες να «διαχειρίζονται» τον κεντρικό υγειονομικό σχεδιασμό και να τον εξειδικεύουν ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε περιφέρειας και τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης. Αυτό όμως δεν σημαίνει άμεσα και αξιολόγηση του υγειονομικού συστήματος κατά διοικητική υγειονομική περιφέρεια.

5.4 Δείκτες τεχνικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η μέτρηση της τεχνικής ποιότητας (technical quality) αποσκοπεί στην εκτίμηση της βελτίωσης της στάθμης υγείας, που προκύπτει από την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βεβαίως, δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραβλέπεται η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις απαιτήσεις των ασθενών (ικανοποίηση ασθενών), δηλαδή να παραβλέπεται η μέτρηση της διαπροσωπικής διάστασης της ποιότητας, αφού η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από το σύστημα υγείας θεωρείται μείζονος σημασίας. Πολλές χώρες έχουν ήδη αναπτύξει δείκτες για τη μέτρηση της τεχνικής ποιότητας. Στον Πίνακα 5.3 συνοψίζονται οι διαστάσεις σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών σε έξι χώρες, που ανέπτυξαν αυτής της μορφής δείκτες.

Πίνακας 5.3 Οι έννοιες της τεχνικής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και οι χώρες που ανέπτυξαν δείκτες για τη μέτρησή της.

Έννοιες της ποιότητας	Αυστραλία	Καναδάς	Δανία	Ολλανδία	Μεγάλη Βρετανία	ΗΠΑ
Ασφάλεια	+	+		+		+
Αποτελεσματικότητα	+	+	+ ¹	+	+	+
Καταλληλότητα	+	+			+	+
Έκβαση της κατάστασης της υγείας				+	+	+

Πηγή: The OECD Health Care Quality Indicators Project

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.3, τέσσερις χώρες αναφέρονται στην ασφάλεια, και όλες, με εξαίρεση τη Δανία, περιλαμβάνουν τον όρο της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, σε πολλές χώρες γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθεί η «καταλληλότητα» (appropriateness) των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι εκβάσεις στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού ή οι βελτιώσεις. Αυτοί οι όροι θεωρούνται συνώνυμοι με την αποτελεσματικότητα ή ορισμένες πτυχές της αποτελεσματικότητας.

Πίνακας 5-4 Κατανομή ιατρικού προσωπικού ανά νοσοκομείο έτους 2003, για την υγειονομική περιφέρεια Ιονίων Νήσων (πηγή: 2^η Επίσημη Έκθεση απολογισμού ΠεΣΥΠ Ιονίων Νήσων, 2003)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ & ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΣΥΠ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ			
		ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	ΑΓΡΟΤΙΚΟΙ
Γενικό Νοσοκομείο & Κέντρα Υγείας ΝΟΜΟΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	162	86	2	34	40
Γενικό Νοσοκομείο & Κέντρα Υγείας ΝΟΜΟΥ ΛΕΥΚΑΔΑΣ	59	33	0	11	15
Γενικό Νοσοκομείο & Κέντρα Υγείας ΝΟΜΟΥ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ-ΙΘΑΚΗΣ	76	31	0	15	30
Γενικό Νοσοκομείο & Κέντρα Υγείας ΝΟΜΟΥ ΖΑΚΥΝΘΟΥ	55	30	2	8	15
Γενικό Νοσοκομείο ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ	9	4	1	2	2
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ΚΕΡΚΥΡΑΣ	11	7	0	4	0
ΣΥΝΟΛΑ	372	191	5	74	102

Οι πληροφορίες, από τις οποίες εξάγονται συμπεράσματα για την τεχνική ποιότητα στην υγεία, μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: δείκτες «δομών», δείκτες «διαδικασίας» και δείκτες «έκβασης» (Donabedian, 1988).

α) Δείκτες δομών (*Structure measures*)

Η «δομή» δηλώνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, στο οποίο παρέχεται η φροντίδα: χαρακτηριστικά των υλικών πόρων (όπως εγκαταστάσεις, εξοπλισμός και χρήματα), των ανθρωπίνων πόρων (για παράδειγμα αριθμός εργαζομένων και επίπεδο εκπαίδευσης ή εμπειρίας, όπως ο Πίνακας 5.4 στον οποίο απεικονίζονται ο αριθμός και τα προσόντα του προσωπικού) και της δομής της οργάνωσης (τμηματοποίηση, διεύθυνση του προσωπικού, μέθοδοι αξιολόγησης, συστήματα αμοιβών κ.ά.). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν

αναγκαίες συνθήκες για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων. Αυτός είναι ο σημαντικότερος λόγος, για τον οποίο η μέτρηση δεικτών δομής, παρότι εργασία ρουτίνας, δεν αξιολογείται ιδιαίτερα από αρκετές χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ.

β) Δείκτες διαδικασιών (*Process Measures*)

Η διαδικασία δηλώνει το περιεχόμενο της παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας. Περιλαμβάνει στοιχεία «κίνησης» και ροών ασθενών εντός των υγειονομικών μονάδων, τις δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας κ.ά. Οι δείκτες διαδικασίας δίνουν πληροφορίες αναφορικά με το τι συμβαίνει στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας, όπως το διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας, τη χρήση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και παρεμβάσεων ή την πραγματοποίηση νοσηλειών εντός νοσοκομείου (π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας – Πίνακας 5.5, μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας, χρησιμοποίηση προωθημένων αντιβιοτικών κ.ά.). Παρότι οι δείκτες διαδικασίας μπορούν να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ορισμένοι από αυτούς είναι δύσκολα μετρήσιμοι, καθώς αφενός είναι δύσκολος ο εντοπισμός του πληθυσμού που βρίσκεται σε «κίνδυνο να νοσήσει» και αφετέρου η ελλιπής ή προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

Πίνακας 5-5 Δείκτες βασιζόμενοι σε στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης των νοσοκομείων του Α΄ ΠεΣΥΠ 2000-2002

Δείκτης	Συνολικά Στοιχεία Νοσοκομείων Α΄ ΠεΣΥΠ		
	2000	2001	2002
Αριθμός Κλινών	5.716	5.582	5.512
Ημέρες Νοσηλείας	1.561	1.584	1.553
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	5,1	4,9	4,9
Ποσοστό κάλυψης	76,3	77,8	77,2
Ρυθμός Εισροής	54,5	57,9	57,4
Διάστημα Εναλλαγής	1,6	1,4	1,5
Αριθμός Επεμβάσεων	90.937	92.516	88.897
Αριθμός εξετασθέντων σε ΤΕΙ	1.465	1.615	1.688

ΤΕΙ: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Πηγή: Επιχειρησιακό Σχέδιο Α΄ ΠεΣΥΠ Αττικής, 2003

Πίνακας 5-6 Ροές ασθενών με μόνιμο τόπο κατοικίας τη Ζάκυνθο και την Κεφαλονιά, προς το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο των Πατρών για τα έτη από 2001 μέχρι και 2002

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣ. ΠΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2000 – 2001 – 2002	ΖΑΚΥΝΘΟΣ		ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ	
	ΝΟΣΗΛΕΥ- ΘΕΝΤΕΣ	ΕΞΕΤΑ- ΣΘΕΝΤΕΣ ΕΙ	ΝΟΣΗΛΕΥ- ΘΕΝΤΕΣ	ΕΞΕΤΑ- ΣΘΕΝΤΕΣ ΕΙ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	835	1153	316	738
Αιματολογικό	-	251	-	154
Καρδιολογία	103	-	38	-
Νεφρολογία	55	17	12	13
Παιδιατρική	104	50	38	26
Νευρολογία	45	37	38	88
Δερματολογία	37	149	26	96
Λοιπές	491	649	164	361
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	1101	987	713	559
Γυναικολογική	65	14	40	13
Μαιευτική	45	10	36	19
Ορθοπεδική	214	385	47	83
Ουρολογίας	165	93	347	137
Οφθαλμολογίας	209	241	85	112
Ω-Ρ-Λ	112	71	33	37
Χειρουργική	102	96	79	96
Λοιπές	189	77	46	62
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡ. ΤΟΜΕΑΣ	396	11	238	5
ΨΥΧ. ΤΟΜΕΑΣ	1	34	14	77

ΕΙ: Εξωτερικά Ιατρεία

Πηγή: 2^η Επίσημη Έκθεση απολογισμού ΠεΣΥΠ Ιονίων Νήσων, 2003

γ) Δείκτες έκβασης (*Outcome measures*)

Η έκβαση δηλώνει τις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας των ασθενών και του πληθυσμού (π.χ. τα ποσοστά των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων ή οι ενδοноσοκομειακοί θάνατοι μετά από ένα Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου-ΟΕΜ). Βέβαια, στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινισθεί ότι συχνά ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες πέρα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η επιβίωση μετά από ένα ΟΕΜ εξαρτάται επίσης από τα χαρακτηριστικά ενός ασθενή

όπως η ηλικία, η σοβαρότητα της περίπτωσης, η ύπαρξη συνοδών νόσων, καθώς και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Στην περίπτωση αυτή ένα είδος στάθμισης του κινδύνου (risk adjustment) είναι απαραίτητο, αν και πολύ συχνά τα κλινικά δεδομένα για τέτοιου είδους σταθμίσεις δεν επαρκούν. Ενδεικτικά αναφέρεται η καταγραφή του Πίνακα 5.6, η οποία πέραν των ροών ασθενών από την υγειονομική περιφέρεια Ιονίων νήσων προς το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, αφορά στη διαμόρφωση αποφάσεων σχετιζόμενων με την κάλυψη των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ανά νησί (με στόχο την ένταξη στον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών).

Μία ενδεικτική λίστα με ορισμένους από τους πιο ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες διεθνώς, τόσο για την τεχνική ποιότητα, όσο και για άλλες διαστάσεις της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού ή ενός συστήματος υγείας, καθώς και μία συνοπτική ανάλυση για τον κάθε δείκτη, επιχειρείται στους Πίνακες 5.7 και 5.8. Στον Πίνακα 5.7 περιγράφονται δείκτες που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της λειτουργίας κυρίως των νοσοκομείων, ενώ στον δεύτερο πίνακα αναλύονται ορισμένοι ενδεικτικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται, ως επί το πλείστον, για την αξιολόγηση της λειτουργίας συστημάτων υγείας (ή/και των νοσοκομείων) και ομαδοποιούνται με βάση τις προτάσεις της ομάδας των εμπειρογνομόνων από το πρόγραμμα Health Care Quality Indicators Project του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, προτείνεται η μέτρηση ενός βασικού πυρήνα δεικτών και επιπρόσθετα η εκτίμηση ορισμένων ακόμη δεικτών, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένους τομείς της φροντίδας υγείας (αγωγή υγείας-πρόληψη-πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ψυχική υγεία, ασφάλεια ασθενών, καρδιολογική φροντίδα, φροντίδα διαβητικών).

Πίνακας 5.7: Δείκτες που αξιολογούν τη λειτουργία των νοσοκομείων (τεχνική ποιότητα, αποδοτικότητα, προσπελασιμότητα)

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
<p>Ενδοσκομομειακή θνητότητα μετά από επιλεγμένες διαγνώσεις νόσων</p>	<p>Αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναφορικά με τη διαχείριση των νόσων που έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σημαντική κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση. Οι δείκτες ενδοσκομομειακής θνητότητας έχουν χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας νοσοκομείων στις Η.Π.Α (U.S Agency for Healthcare Research and Quality), καθώς και σε διακρατικές μελέτες με αντικείμενο τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ageing Related Diseases Project OECD, 2001). Πηγή: The OECD Health Care Quality Indicators Project, 2004</p>	<p>Οι επιλεγμένες νόσοι, των οποίων οι ενδοσκομομειακές θνητότητες συνήθως υπολογίζονται, αφορούν άτομα 40 ετών και άνω που εισήλθαν στο νοσοκομείο με μια συγκεκριμένη διάγνωση όπως για παράδειγμα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου • Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο • Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο • Κάταγμα ισχίου <p>Καθεμιά από τις παραπάνω θνητότητες υπολογίζεται ως το ηθικό του αριθμού των θανάτων, κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με διάγνωση την αντίστοιχη νόσο, προς τον αριθμό των εισελθόντων ασθενών με την ίδια διάγνωση.</p>	<p>Μέγιστη δυνατή μείωση της ενδοσκομομειακής θνητότητας των παραπάνω νόσων θα συντελέσει στη βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σε αρκετές χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ θνητότητα της τάξης του 10% και κάτω θεωρείται ικανοποιητική για ορισμένες από τις προαναφερθείσες διαγνώσεις, ανάλογα πάντα με τη βαρύτητα των περιστατικών.</p>
<p>Ενδοσκομομειακή θνητότητα μετά από επιλεγμένες επεμβάσεις</p>	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναφορικά με τη διαχείριση των νόσων που έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σημαντική κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση. Οι δείκτες ενδοσκομομειακής θνητότητας έχουν χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας νοσοκομείων στις Η.Π.Α (U.S Agency for Healthcare Research and Quality), καθώς και σε διακρατικές μελέτες με αντικείμενο τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ageing Related</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αρροστεφανοαίτια παράκαμψη (CABG) • Αγγειοπλαστική στεφανοαίτιων αγγείων (PTCA) • Καρωτιδική ενδοαρτηρεκτομή • Αρθροπλαστική ισχίου 	<p>Μέγιστη δυνατή μείωση της ενδοσκομομειακής θνητότητας μετά από τη διενέργεια των παραπάνω επεμβάσεων, που θα αντανακλά στη βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σε αρκετές χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ θνητότητα της τάξης του 10% και κάτω θεωρείται ικανοποιητική.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
<p>Ποσοστό ενδοσοκομειακών λοιμώξεων επί της δύναμης των ασθενών</p>	<p>Diseases Project OECD, 2001). Πηγές: - Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries, 2004 - Hospital Data Project, European Commission, June 2003 - UK NHS Performance Framework.</p>	<p>Καθεμιά από τις παραπάνω θνητότητες υπολογίζεται ως το πηλίκο του αριθμού των θανάτων, κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών που υπεβλήθησαν στις παραπάνω επεμβάσεις, προς τον αριθμό των ασθενών που υπεβλήθησαν στην αντίστοιχη επέμβαση.</p>	<p>ανάλογα πάντα με τη βαρύτητα των περιστατικών.</p>
<p>Αναλογία επειγουσών επανεισαγωγών στο σύνολο των εισαγωγών</p>	<p>Ο δείκτης βοηθά στην εκτίμηση της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παράλληλα συντελεί στην εκτίμηση της αποδοτικότητας του συστήματος, αφού οι ενδοσοκομειακές λοιμώξεις συνδεούνται από μεγάλο κόστος αντιμετώπισης και παρατεταμένη παραμονή στις υγειονομικές μονάδες. Ο μέσος αριθμός επιπρόσθετων ημερών νοσηλείας κυμαίνεται από 1 έως 7 ημέρες ανάλογα με τον τύπο της λοίμωξης ενώ το κόστος αντιμετώπισης τους συχνά ξεπερνά το 2% των συνολικών δαπανών υγείας (Αγγλία, Plowman et al. 1999) ή και το 4% των συνολικών δαπανών υγείας (Αμερική, Center for Disease Control and Prevention). Πηγή: Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers, 2004.</p>	<p>Υπολογίζεται ως ο αριθμός των ενδοσοκομειακών λοιμώξεων που καταγράφηκαν μία συγκεκριμένη ημέρα προς τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών την ημέρα της καταγραφής.</p>	<p>Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα ιδιαίτερο σημαντικό θέμα που άπτεται της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο κατά το δυνατόν μεγαλύτερος περιορισμός του δείκτη αποτελεί ένδειξη αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών υγείας (National Patient Safety Foundation, American Medical Association).</p>
<p>Αναλογία επειγουσών επανεισαγωγών στο σύνολο των εισαγωγών</p>	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, με το δείκτη αυτό καθίσταται δυνατή η εκτίμηση της ορθότητας επιλογής μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών σχημάτων, καθώς και η αξιολόγηση της έκβασης της εφαρμοσθείσας παρέμβασης. Πηγή: National Health Ministers' Benchmarking Working Group, 1996. First national report on health sector performance indicators: public hospitals – the state of</p>	<p>Υπολογίζεται με το πηλίκο του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν επανεισαγωγή εντός διαστήματος 28 ημερών από την ημερομηνία της τελευταίας εξόδου τους από το νοσοκομείο, δια του συνολικού αριθμού εισαγωγών σε διάστημα ενός έτους, εκτός των θανάτων που έλαβαν χώρα. Στο δείκτη δεν συμπεριλαμβάνονται οι επανεισαγωγές ασθενών σε άλλο</p>	<p>Η μέγιστη δυνατή μείωση της αναλογίας των επανεισαγωγών στο σύνολο των εισαγωγών συνδέεται με την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας υγείας, καθώς και με την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας για εμφάνιση ανεπιθύμητων κλινικών αποτελεσμάτων.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Πλήθος εργατικών ατυχημάτων, ανά 100 εργαζόμενους	<p>play, Canberra: Australian Institute of Health and Welfare</p> <p>Ο δείκτης αξιολογεί την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Πηγή: Εργαστήριο Πρόληψης και Υγιεινής της Εργασίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.</p>	<p>νοσοκομείο, από το οποίο είχε γίνει η αρχική εισαγωγή τους. Αναφορικά με την απία επανεισαγωγής αυτή μπορεί να μη σχετίζεται με τη διάγνωση της αρχικής εισαγωγής του κάθε ασθενούς.</p> <p>Υπολογίζεται ως το πηλίκο του αριθμού των εργατικών ατυχημάτων (δηλαδή των ατυχημάτων που οδηγούν τουλάχιστον σε μία ημέρα απουσίας από την εργασία), που συνέβησαν στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας κατά τη διάρκεια της εργασίας, για κάθε επαγγελματική κατηγορία προς τον αριθμό των εργαζομένων στην ίδια επαγγελματική ομάδα x 100.</p>	<p>Ο καθορισμός όλων των απαραίτητων δράσεων για τη διασφάλιση συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας κατά τη διάρκεια της εργασίας ώστε να μειωθούν όσο το δυνατόν περισσότερο τα ατυχήματα στους χώρους εργασίας.</p>
Πλήθος μικροτραυματισμών, ανά 100 εργαζόμενους	<p>Ο δείκτης αξιολογεί την ασφάλεια στο χώρο εργασίας αλλά και τις συνθήκες στο χώρο εργασίας. Πηγή: Εργαστήριο Πρόληψης και Υγιεινής της Εργασίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.</p>	<p>Υπολογίζεται ο αριθμός των μικροτραυματισμών (δηλαδή των ατυχημάτων που δεν οδηγούν σε απουσία από την εργασία) που συνέβησαν στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας κατά τη διάρκεια της εργασίας, για κάθε επαγγελματική κατηγορία προς τον αριθμό των εργαζομένων στην ίδια επαγγελματική ομάδα x 100.</p> <p>Παρότι οι μικροτραυματισμοί δεν οδηγούν σε απουσία από την εργασία, ένας αυξημένος αριθμός τέτοιων ατυχημάτων μπορεί να είναι ενδεικτικός μη ικανοποιητικών συνθηκών</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Μέγιστος χρόνος αναμονής για επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις	<p>Στόχος του συγκεκριμένου δείκτη είναι η επίτευξη του βέλτιστου δυνατού χρόνου για την εισαγωγή στις μονάδες με βάση την υπάρχουσα υποδομή και η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων ενίσχυσης των υποδομών και πόρων ως προς τη βελτίωση του χρόνου εισαγωγής ασθενών.</p> <p>Η δημιουργία λίστας αναμονής για εισαγωγή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη δυναμικότητα σε υποδομή και πόρους του εκάστοτε τμήματος / κλινικής καθώς και τη διάρκεια της νοσηλείας μετά τη θεραπευτική χειρουργική παρέμβαση και ιδιαίτερα την παρατεταμένη νοσηλεία.</p> <p>Πηγή: Ο δείκτης υπολογίζεται σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ και έχει χρησιμοποιηθεί στη διακρατική μελέτη με τίτλο: «Waiting Times for Elective Surgery». OECD Waiting Times Project, 2003.</p>	<p>εργασίας αλλά και επακόλουθου κόστους διαγνωστικών εξετάσεων για το ενδεχόμενο μόλυνσης από λοίμωξο παράγοντα.</p> <p>Ο δείκτης ορίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών, που μεσολαβούν από την ημερομηνία εγγραφής στη λίστα αναμονής για διενέργεια συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης έως την ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο.</p> <p>Ορισμένες ενδεικτικές επεμβάσεις για τις οποίες μπορεί να εκτιμάται ο δείκτης είναι οι εξής: Αρθροπλαστική ισχίου, Αρθροπλαστική γόνατος, Επέμβαση καταρράκτη, Χολοκυστεκτομή, Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG), Αγγειοπλαστική στεφανιαίων (PTCA), με ή χωρίς stent</p>	<p>Στις περισσότερες χώρες ως ένας ενδεικτικός ορίσμιμη χρόνος αναμονής για τις επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις θεωρείται το διάστημα έως τρεις μήνες, ανάλογα βεβαίως με το είδος και τη σοβαρότητα του περιστατικού.</p>
Μέγιστος χρόνος αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση του βαθμού ανταπόκρισης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αφορά στις προγραμματισμένες επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία.</p> <p>Πηγή: First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators, 2004.</p>	<p>Υπολογίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών που μεσολαβεί από την ημέρα που έχει εκδηλωθεί η ζήτηση (κλείσιμο ραντεβού) έως την ημέρα που πραγματοποιείται η επίσκεψη.</p>	<p>Μείωση του μέγιστου χρόνου αναμονής για εξέταση σε εξωτερικό ιατρείο κατά το δυνατόν. Η ενίσχυση των ειδικοτήτων και ο εκσυγχρονισμός των υποδομών μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των χρόνων αναμονής.</p>
Μέγιστος χρόνος αναμονής για διενέργεια ιατρικής εξέτασης	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση του βαθμού αξιοποίησης της ιατρικής τεχνολογίας και του βαθμού ανταπόκρισης των νοσοκομείων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αφορά στις ιατρικές εξετάσεις</p>	<p>Υπολογίζεται ως ο μέγιστος αριθμός ημερών που μεσολαβεί από την ημέρα που έχει εκδηλωθεί η ζήτηση (κλείσιμο ραντεβού) έως την ημέρα που</p>	<p>Μείωση του μέγιστου χρόνου αναμονής για διενέργεια εξέτασης έως δύο μήνες.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Χρόνος Εκκαθάρισης της λίστας αναμονής (Clearance time)	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση του βαθμού προσβασιμότητας που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας. Έτσι ώστε να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών-χρηστών. Ο χρόνος κάθαρσης αποτελεί προσεγγιστικό μέτρο, το οποίο δε θα πρέπει να συγχέεται με το μέσο χρόνο αναμονής των ασθενών για την παροχή φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, ο δείκτης αυτός επιτρέπει την εκτίμηση του χρονικού διαστήματος που απαιτείται, ώστε να μην υπάρχουν ασθενείς-χρήστες σε λίστα αναμονής για παροχή συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας, όπως επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις, διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο, με την προϋπόθεση ότι ο ρυθμός απομάκρυνσης των ασθενών παραμένει σταθερός και δεν προστιθενται νέοι.</p> <p>Πηγή: National Health Ministers' Benchmarking Working Group, 1996. First national report on health sector performance indicators: public hospitals – the state of play. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare</p>	<p>Υπολογίζεται με το πηλικο του αριθμού των ατόμων που βρίσκονται σε αναμονή για την παροχή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας, για την οποία υπάρχει λίστα αναμονής, σε δεδομένη χρονική στιγμή δια του μέσου αριθμού ατόμων που απομακρύνονται από τη λίστα αναμονής ανά μήνα (είτε γιατί τελικά εξυπηρετούνται είτε γιατί αποχωρούν οικειοθελώς).</p>	<p>Η μέγιστη δυνατή μείωση του χρόνου κάθαρσης για την παροχή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας θα επιτρέψει στους ασθενείς-χρήστες να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους.</p>
Αναλογία περιπτώσεων μιας ημέρας στο σύνολο των εισαγωγών	<p>Σκοπός της μέτρησης του συγκεκριμένου δείκτη είναι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.</p> <p>Πηγή: Hospital Data Project, 2003</p>	<p>Ο δείκτης αυτός ορίζεται με το πηλικο του αριθμού των περιπτώσεων μιας ημέρας δια του αριθμού συνολικών εισαγωγών σε διάστημα ενός έτους. Οι περιπτώσεις μιας ημέρας αφορούν σε ασθενείς που</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
<p>Ποσοστό ασθενών που αναμένουν λιγότερο από δύο μήνες για εισαγωγή στο νοσοκομείο</p>	<p>Ο χρόνος αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί βασικό δείκτη προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, πολλές υγειονομικές παρεμβάσεις (π.χ. χειρουργικές) συνδέονται με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα όταν παρέχονται άμεσα χωρίς σημαντική χρονική υστέρηση. Πηγή: Ο δείκτης αυτός εφαρμόζεται στην Αγγλία (NHS), QF01 Quarterly Waiting Times Returns.</p>	<p>Ποσοστό ασθενών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο για λιγότερο από έξι μήνες. Υπολογίζεται ως ο λόγος του αριθμού των ασθενών που αναμένουν λιγότερο από έξι μήνες για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία προς το συνολικό αριθμό των ασθενών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής.</p>	<p>Ο στόχος που τέθηκε στην Αγγλία είναι η μείωση του μέγιστου χρόνου αναμονής στους έξι μήνες.</p>
<p>Ποσοστό ασθενών που αναμένουν λιγότερο από 13 εβδομάδες για επίσκεψη στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρικά (TEI) των νοσοκομείων</p>	<p>Ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία αποτελεί βασικό δείκτη προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, πολλά υγειονομικά προβλήματα συνδέονται με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα όταν διαγιγνώσκονται άμεσα χωρίς σημαντική χρονική υστέρηση. Πηγή: Ο δείκτης αυτός εφαρμόζεται στην Αγγλία (NHS), QM08R Quarterly Waiting Times Returns και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ καθώς έχει αναπτυχθεί ειδικό project που αφορά στους χρόνους αναμονής.</p>	<p>Ποσοστό ασθενών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για επίσκεψη στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων λιγότερο από 13 εβδομάδες. Υπολογίζεται ως ο λόγος του αριθμού των ασθενών που αναμένουν λιγότερο από 13 εβδομάδες για επίσκεψη στα TEI (από την πρώτη τους επικοινωνία με τη γραμματεία/ραντεβού των TEI) προς το συνολικό αριθμό των ασθενών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής.</p>	<p>Ο στόχος που τέθηκε στην Αγγλία είναι η μείωση του μέγιστου χρόνου αναμονής στους τρεις μήνες μέχρι το 2005.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Αριθμός μη προσελθόντων (κατόπιν οριστικοποιημένου ραντεβού) στα εξωτερικά ιατρεία προς το σύνολο των ραντεβού	<p>Η μη προσέλευση των ασθενών στα προκαθορισμένα ραντεβού τους στα TEI συνεπάγεται κόστος για το σύστημα υγείας και απώλεια της ευκαιρίας λήψης υγειονομικών φροντιδών για τους ίδιους.</p> <p>Πηγή: Ο δείκτης αυτός εφαρμόζεται στην Αγγλία (NHS), QM08R Quarterly Waiting Times Returns.</p>	<p>Ποσοστό ασθενών που δεν προσήλθαν κατά το πρώτο ραντεβού τους (όχι για επανεξέταση) στα TEI στο σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν για πρώτη φορά στα εξωτερικά ιατρεία.</p> <p>Σημείωση: Στους μη προσελθόντες δεν υπολογίζονται όσοι ειδοποιήσαν εγκαίρως για ματαίωση του ραντεβού τους.</p>	<p>Πρέπει να οριστεί ένα ελάχιστο αποδεκτό ποσοστό στο σύνολο των επεμβάσεων.</p>
Αναβληθείσες χειρουργικές επεμβάσεις από μη ιατρογενή αίτια	<p>Η μη τελευταίας στιγμής αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης προκαλεί άγχος στον ασθενή και ως εκ τούτου θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για την πραγματοποίηση της επέμβασης όσο το δυνατόν συντομότερα από την αρχικά προγραμματισθείσα ημερομηνία επέμβασης.</p> <p>Πηγή: Ο δείκτης αυτός εφαρμόζεται στην Αγγλία (NHS), Patients Charter Monitoring</p>	<p>Ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των επεμβάσεων που αναβλήθηκαν από μη ιατρογενή αίτια προς τον συνολικό αριθμό επεμβάσεων που διενεργήθηκαν (συμπεριλαμβανομένων και των επεμβάσεων μιας ημέρας)</p>	<p>Πρέπει να οριστεί ένα ελάχιστο αποδεκτό ποσοστό στο σύνολο των επεμβάσεων.</p>
Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας	<p>Η αξιολόγηση του κόστους ανά ημέρα νοσηλείας κατά μονάδα υγείας μπορεί να οδηγήσει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, χωρίς ωστόσο, να είναι μεθοδολογικά εφικτή η σύγκριση μεταξύ διαφόρων νοσοκομείων, αφού παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στις ηλικίες αλλά και τη σοβαρότητα των περιπτώσεων που νοσηλεύουν.</p> <p>Πηγή: OECD Performance Indicators</p>	<p>Ο δείκτης υπολογίζει το λόγο του συνολικού κόστους λειτουργίας των μονάδων προς το σύνολο των ημερών νοσηλείας.</p>	<p>Η μεγιστοποίηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλείας με μείωση του κόστους νοσηλείας σε περιπτώσεις που αυτό είναι εφικτό.</p>
Αριθμός χειρουργείων μιας ημέρας στο σύνολο των περιπτώσεων που θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν ως χειρουργεία μιας ημέρας	<p>Ο δείκτης αυτός αντανακλά το ποσοστό των νοσοκομειακών ασθενών που έχρηξαν χειρουργικής επέμβασης και αντιμετωπίστηκαν ως περιπτώσεις μιας ημέρας και αποτελεί μέτρο εκτίμησης της αποδοτικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων.</p> <p>Πηγή: Audit Commission Reports, 2001. Day Surgery Report – Acute Hospital Portfolio. Ο δείκτης αυτός εφαρμόζεται στην Αγγλία (NHS), Hospital Episode Statistics (HES) καθώς επίσης και στη Δανία, στη</p>	<p>Ορίζεται ως ο λόγος των πραγματοποιηθέντων χειρουργείων μιας ημέρας προς το σύνολο των επεμβάσεων που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν ως χειρουργεία μιας ημέρας. Ορισμένες ενδεικτικές παρεμβάσεις οι οποίες</p>	<p>Θα πρέπει να εκτιμηθεί το ποσοστό των παραπάνω χειρουργείων ημέρας στο σύνολο των αντιστοιχών παρεμβάσεων. Ο στόχος καθορίζεται με βάση την υπάρχουσα κατάσταση και τα πιθανά βέλτιστα σενάρια αύξησης του αριθμού</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Μείωση χειρουργείων μιας ημέρας)	Φιλανδία, στη Γερμανία, στην Ισπανία και στο Λουξεμβούργο.	πραγματοποιούνται ως χειρουργεία μιας ημέρας είναι οι εξής: Ορχεοπληξία, Περίτομη, Ανάσχη βουβλωνοκήλης /μυροκήλης, Αφαίρεση μορφώματος μαστού, Διάταση ή εκτομή πρωκτικών ραγάδων, Αιμορροειδεκτομή, Κίρσεκτομή, Εκτομή γαγγλίου, Αρθροσκόπηση, Διόρθωση καταρράκτη, Διακοπή κωίσης κτλ.	χειρουργείων ημέρας. Για παράδειγμα, το Αγγλικό Σύστημα Υγείας έχει δημοσιεύσει τα ποσοστά στόχους για τα χειρουργεία ημέρας αναφορικά με τις παραπάνω παρεμβάσεις.
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Ο δείκτης είναι σημαντικός για τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Ο συγκεκριμένος δείκτης σε συνδυασμό με άλλους (π.χ. ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) μπορεί να αναδείξει την αναγκαιότητα προγραμματισμού δράσεων (κέντρα αποκατάστασης, μονάδες φροντίδας καρκινοπαθών κτλ.) για μείωση του αριθμού ημερών νοσηλείας. Για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων ο δείκτης θα πρέπει να εκτιμάται χωριστά για τα επιμέρους τμήματα του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, για τη σύγκριση μεταξύ ομοείδων τμημάτων του ίδιου ή διαφορετικών νοσοκομείων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σύνθεση και βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύονται (casemix adjusted average length of stay). Στο δείκτη δεν συμπεριλαμβάνονται η βραχεία και ημερήσια νοσηλεία των μονάδων που διαθέτουν αντίστοιχες υπηρεσίες. Πηγή: OECD Health Data Base 2004	Ο δείκτης μετρά το μέσο αριθμό ημερών που παραμένει κατεληγμένη μια κλίνη για τη νοσηλεία ασθενή και προκύπτει από τον τύπο: MAN = άθροισμα ημερών νοσηλείας για συγκεκριμένη χρονική περίοδο /αριθμό νοσηλευθέντων ασθενών.	Η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας φαίνεται ότι αποτελεί διεθνή τάση τα τελευταία χρόνια. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στις χώρες της ΕΕ έπεσε από 8,7 το 1990 σε 5,7 το 2002 (OECD, Health Data Base, 2004). Τα συγκεκριμένα στοιχεία νοσηλείας (acute care), δηλαδή τμήματα με ΜΔΝ μικρότερη των 18 ημερών
Μέσος ρυθμός εισροής	Ο δείκτης εκτιμά την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Μετρά το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μία χρονική περίοδο (συνήθως ένα χρόνο).	Ο δείκτης μπορεί να εκτιμηθεί με πολλούς τύπους. Ενδεικτικά αναφέρονται δύο εξ αυτών:	Ο ρυθμός εισροής αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια στις χώρες της ΕΕ. Ο μέσος ρυθμός εισροής στις χώρες της ΕΕ αυξήθηκε από 28

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Μέσο διάστημα εναλλαγής	<p>Ο δείκτης μπορεί να υπολογίζεται ως «κυλιόμενος», δηλαδή σε μηνιαία βάση ώστε η διοίκηση ενός νοσοκομείου να μπορεί να εντοπίζει έγκαιρα την εμφάνιση «τάσεων» και να επεμβαίνει διορθωτικά. Πηγή: OECD Health Data Base, 2004</p> <p>Ο δείκτης εκτιμά την ένταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Μετρά το ρυθμό εναλλαγής ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που ένα κρεβάτι μένει κενό. Εκφράζεται σε αριθμό ημερών. Πηγή: Christopher Day., From Figures to Facts. NHS Health Services Information Steering Group, 1985</p>	<p>1^{ος} τύπος: Ρκ=365 * Πληρότητα / 100 * ΜΔΝ (όταν το μέγεθος μετριέται σε ετήσια βάση) 2^{ος} τύπος: Ρκ= Αριθμός εξελθόντων (και θανάτων)/διαθέσιμες κλίνες.</p> <p>Ο δείκτης μπορεί να εκτιμηθεί με πολλούς τύπους. Ενδεικτικά αναφέρονται δύο εξ αυτών: 1ος τύπος: Ρε=(διαθέσιμες – κατειλημμένες κλίνες) * διάστημα ημερών / αριθμός εξελθόντων και θανάτων 2ος τύπος: Ρε= διάστημα ημερών –ΜΔΝ / Ρυθμό εισροής ασθενών.</p>	<p>ασθενείς/κλίνη το 1990, σε 44,9 το 2002 (OECD Health Data Base, 2004). Θα πρέπει να εκτιμηθεί ο σημερινός ρυθμός εισροής και να υπολογισθούν τα πιθανά περιθώρια βελτίωσης του δείκτη. [θα μπορούσε να υπολογισθεί ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της τελευταίας πενταετίας και να τεθεί ως στόχος ο διπλασιασμός του ή η αύξηση κατά 50%].</p> <p>Στόχος είναι η μείωση του διαστήματος εναλλαγής ώστε να περιοριστεί ο αριθμός των ημερών που μένει κενό ένα κρεβάτι. Ο δείκτης μπορεί να υποδείξει τμήματα ή και νοσοκομεία που χρήζουν επαναπροσδιορισμού της λειτουργίας και της φύσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.</p>
Ιατρικό Προσωπικό ανά κλίνη	<p>Ο δείκτης εκφράζει την επάρκεια στελέχωσης των μονάδων υγείας με ιατρικό προσωπικό. Πηγή: OECD Health Data Base, 2004</p>	<p>Υπολογίζεται ο λόγος του πραγματικού υπηρετούντος ιατρικού προσωπικού προς το σύνολο των κλινών κατά μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας επί το ποσοστό κάλυψης. ιατρικό Προσωπικό / (σύνολο κλινών * % κάλυψης) Το ποσοστό κάλυψης των κλινών χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί η επάρκεια του προσωπικού σε σχέση με την πραγματική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.</p>	<p>Ο εντοπισμός των μονάδων που έχουν υψηλή ή χαμηλή αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη είναι σημαντικό για την επαρκή ποιοτικά και ποσοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Ειδικά για την Ελλάδα είναι σημαντικό να εκτιμηθούν και οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στην δύναμη του ιατρικού προσωπικού στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
<p>Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά κλίνη</p>	<p>Ο δείκτης εκφράζει την επάρκεια και ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός μεταξύ νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι απαραίτητος. Σύμφωνα με τις μεθοδολογικές οδηγίες του ΟΟΣΑ αλλά και το N1579/1985 (ΦΕΚ 217 Τεύχος Πρώτο), ως <i>Νοσηλεύτες</i> νοούνται οι κάτοχοι πτυχίων ΠΕ και ΤΕ. Από τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των <i>Νοσηλευτών</i> θα πρέπει να εξαιρεθούν οι <i>Μαίες</i> καθώς επίσης και οι <i>Βοηθοί Νοσηλευτών</i> Πηγή: OECD Health Data Base, 2004</p>	<p>Υπολογίζεται, κατά μονάδα παραχής υπηρεσιών υγείας, ο λόγος των πραγματικά υπηρετούντων νοσηλευτών προς το σύνολο των κλινών επί το ποσοστό κάλυψης. Νοσηλεύτες / (σύνολο κλινών * % κάλυψης) Το ποσοστό κάλυψης των κλινών χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί η επάρκεια του προσωπικού σε σχέση με την πραγματική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.</p>	<p>Τα έως σήμερα υπάρχοντα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας, οπότε οι εκτιμήσεις που γίνονται με βάση τον ορισμό αυτό είναι λάθος. Θα πρέπει να εκτιμηθεί εκ νέου ο δείκτης νοσηλευτές/ απασχολούμενη κλίνη και ο δείκτης νοσηλευτικό προσωπικό/ απασχολούμενη κλίνη.</p>
<p>Ποσοστό κλινών ΜΕΘ στο σύνολο των κλινών του νοσοκομείου</p>	<p>Ο δείκτης είναι πολύ σημαντικός δεδομένης της έλλειψης κλινών ΜΕΘ στο σύνολο των κλινών των δημοσίων νοσοκομείων. Οι κλίνες ΜΕΘ είναι ενδεικτικές της ικανότητας του συστήματος να παρέχει υποστήριξη σε ασθενείς με ανάγκες εντατικής νοσηλείας. Επίσης, είναι ενδεικτικός της παρούσας υποδομής σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό.</p>	<p>Το ποσοστό των κλινών ΜΕΘ θα πρέπει να αυξηθεί σημαντικά δεδομένου ότι είναι γνωστή η έλλειψη κλινών εντατικής θεραπείας στη χώρα μας (υπολογίζεται ότι ο αριθμός κλινών ΜΕΘ στις περισσότερες μονάδες δεν ξεπερνά το 1,5%-2,5%). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το ποσοστό των κλινών ΜΕΘ και ΜΑΦ προσδιορίζεται περίπου στο 8%-10% της δύναμης των κλινών του νοσοκομείου (Shoemaker & Ayres, Critical Care, 1995). Ανάλογα ποσοστά (5%-10% των κλινών των νοσοκομείων) αναφέρονται και από τις οδηγίες σύστασης και λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (8^η Ολομέλεια ΚΕΣΥ, 1983 & ESICM Guidelines 1998).</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Βαθμός αξιοποίησης Α.Τ., Μ.Τ., Γ' Camera και Μαστογράφων	<p>Ο δείκτης παρακολουθεί το βαθμό αξιοποίησης της τεχνολογίας αιχμής. Η παρακολούθηση της έκτασης και έντασης αξιοποίησης των σημειακών μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη αξιολόγηση των αναγκών των μονάδων για την προμήθεια νέου εξοπλισμού καθώς και στη διερεύνηση προβλημάτων αναφορικά με τη χρήση του υφιστάμενου εξοπλισμού.</p> <p>Πηγή: Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμ. Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών</p>	<p>Ορίζεται ως το πηλίκο του συνολικού πλήθους των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια του μήνα προς τη μέγιστη δυνατή απόδοση των μηχανημάτων όπως αυτή ορίζεται από τις τεχνικές προδιαγραφές του κάθε μηχανήματος.</p>	<p>Η λειτουργία των μηχανημάτων στη μέγιστη δυνατή απόδοση σύμφωνα με τις προδιαγραφές. Ενδεικτικά ως προδιαγραφές λειτουργίας προτείνονται από το Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας τα εξής:</p> <p>Μηχάνημα Σχεδιαστική Ικανότητα / Ώρα</p> <p>Αξονικός Τομογράφος 2,5 Μαγνητικός Τομογράφος 1,7 Γ' Camera 1,3 Μαστογράφος 3,3</p> <p>Πολλαπλασιάζοντας τα παραπάνω μεγέθη για καθένα μηχανήμα με το 7 (ώρες ημερήσιας λειτουργίας του) και στη συνέχεια με το 20 (αριθμός ημερών λειτουργίας των μηχανημάτων σε μηνιαία βάση), υπολογίζεται η μηνιαία απόδοση για κάθε μηχανήμα η οποία ανέρχεται σε: 350 εξετάσεις για τον Αξονικό Τομογράφο, 238 εξετάσεις για τον Μαγνητικό Τομογράφο, 182 εξετάσεις για τη Γ' Camera και 462 εξετάσεις για το Μαστογράφο. Οι εκτιμήσεις αυτές θεωρούνται συντηρητικές, καθώς καθίσταται δυσχερής ο επακριβής υπολογισμός των εφημεριών ανά μήνα σε κάθε νοσοκομείο (οπότε πραγματοποιούνται πρόσθετες εξετάσεις). Επιπλέον, προτείνεται ο υπολογισμός της δυναμικής μηνιαίας απόδοσης των μηχανημάτων για την υποθετική περίπτωση που τα μηχανήματα λειτουργούν δύο βάρδιες, με διπλασιασμό των παραπάνω μεγεθών για καθένα μηχανήμα.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-7

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
<p>Αριθμός PTCA – CABG ανά νοσοκομείο</p>	<p>Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του Οξέως Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (OEM) έχει διπλασιασθεί κατά την τελευταία εικοσαετία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ το 1980 νοσηλεύθηκαν από OEM 86,8/100.000 πλ. ενώ το 1998 ο αντίστοιχος αριθμός ανήλθε σε 150/100.000 πλ. Το πλήθος των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν ανά 100.000 πλ. στην Ελλάδα κινήθηκε από 6,6 το 1990 σε 18,7 το 1999 για PTCA (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας) και από 18,8 το 1990 σε 64,1 το 1999 για CABG. Τα συγκεκριμένα στοιχεία προήλθαν από πρωτογενή έρευνα που εκπόνησε το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Παν/μίου Αθηνών.</p> <p>Η συγκεκριμένη πληροφορία αποτελεί ένδειξη της επάρκειας των σχετικών υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρονται από τις νοσοκομειακές μονάδες.</p> <p>Πηγή: OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischemic Heart Disease. OECD, 2001</p>	<p>α) Αριθμός επεμβάσεων PTCA ανά νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους β) Αριθμός επεμβάσεων CABG ανά νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους</p> <p>Τα συγκεκριμένα δεδομένα θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον δείκτη: Αριθμός επεμβάσεων PTCA/100.000 πληθυσμού άνω των 40 ετών και τον αντίστοιχο για CABG.</p>	<p>Θα πρέπει να εκτιμηθεί η σημερινή απόδοση και στη συνέχεια να σχεδιαστεί η αύξηση του δείκτη με ενίσχυση των καρδιοχειρουργικών και αιμοδυναμικών τμημάτων.</p> <p>Για παράδειγμα αναφέρεται ότι με βάση στοιχεία που προκύπτουν από τη διακρατική μελέτη του ΟΟΣΑ για την ισχυαμική καρδιοπάθεια, η Ελλάδα για το έτος 1999 όσον αφορά στις αγγειοπλαστικές (PTCA & PTCA με Stent) παρουσίασε ένα μέσο αριθμό 125 επεμβάσεων/100.000 πλ άνω των 40 ετών και ο ίδιος αριθμός καταγράφη και για την Αορτοστεφανιαία παρακάμψη – CABG, ενώ για το συγκεκριμένο έτος ο μέσος αριθμός ημερών αναμονής για αγγειοπλαστική ξεπερνούσε τους 6 μήνες.</p> <p>Στόχο απόδοσης θα πρέπει να αποτελεί ο περιορισμός της αναμονής σε διάστημα κάτω των 2 μηνών. (Σύμφωνα με τα στοιχεία χωρών μελών του ΟΟΣΑ, μέτρια αναμονή θεωρείται το διάστημα 2-6 μήνες και σοβαρή αναμονή το χρονικό διάστημα άνω των 6 μηνών).</p>
<p>Ποσοστό κάλυψης κλινών</p>	<p>Η πληρότητα ενός νοσοκομείου είναι ένας βασικός παράγοντας αξιολόγησης της οικονομικής λειτουργίας του νοσοκομείου και επιτρέπει τη διενέργεια συγκριτικών αναλύσεων μεταξύ νοσοκομείων (ή τμημάτων μέσα στο νοσοκομείο).</p> <p>Πηγή: Hospital Data Project, Final Report, June 2003</p>	<p>Η πληρότητα προσδιορίζεται ως ποσοστό των κατειλημμένων κρεβατιών στο σύνολο των διαθέσιμων κρεβατιών του νοσοκομείου σε μια δεδομένη στιγμή $\Gamma = \frac{\text{κατειλημμένες κλινές}}{\text{διαθέσιμες κλινές}} * 100$</p>	<p>Όταν ένα νοσοκομείο έχει μεγάλο ποσοστό σταθερών εξόδων και χαμηλό βαθμό πληρότητας έχει αποτέλεσμα την αντικοινωνική λειτουργία (μη αποδοτική). Αντίθετα, πολύ υψηλά ποσοστά πληρότητας (πάνω από 90%) σημαίνουν ότι το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να λειτουργεί υπερεντατικά, γεγονός που διογκώνει το μεταβλητό κόστος με την ανάγκη για υπερωρίες, διπλές βάρδιες.</p>

Πίνακας 5.8: Δείκτες που αξιολογούν τη λειτουργία των συστημάτων υγείας ή των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
Επιβίωση από τον καρκίνο (π.χ. 5ετή επιβίωση για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας κτλ.)	<p>Τα υψηλά ποσοστά επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού συνήθως συνδέονται με προσβάσιμη και καλύτερης ποιότητας φροντίδα υγείας, καθώς επίσης και με μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης του προβλήματος. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι βασικές συνιστώσες για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας. Στις ΗΠΑ, περίπου 4 στις 5 γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν τουλάχιστον 5ετή επιβίωση. Η εκτίμηση της επιβίωσης από τον καρκίνο αποτελεί μέτρο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.</p> <p>Πηγή: The Commonwealth Fund, First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators, 2004</p>	<p>Το ποσοστό των γυναικών που έχουν τουλάχιστον πενταετή επιβίωση στο σύνολο των γυναικών για τις οποίες έχει διαγνωστεί καρκίνος του μαστού. Για τον εντοπισμό των ασθενών χρησιμοποιούνται τα εθνικά αρχεία καταγραφής των νεοπλασμάτων και των θανάτων.</p>	
Screening για τον καρκίνο (π.χ. για καρκίνο του μαστού)	<p>Η διεξαγωγή μαστογραφιών σε όσο το δυνατόν περισσότερες γυναίκες των ενδεικνυόμενων ηλικιακών ομάδων συνοδεύεται με έγκαιρη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Η αύξηση των ποσοστών συμμόρφωσης με αυτήν την προληπτική εξέταση αποτελεί στόχο των περισσότερων χωρών ενώ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πέντε αγγλφωνες χώρες (ΗΠΑ, Μ. Βρετανία, Αυστραλία, Καναδάς, Ν. Ζηλανδία) έδειξε ότι το 1/2 έως και τα 3/4 γυναικών των ενδεικνυόμενων ηλικιακών ομάδων είχε υποβληθεί σε μαστογραφία τα τελευταία τρία χρόνια.</p>	<p>Αριθμός γυναικών ηλικίας 50-69 που έχουν πραγματοποιήσει μαστογραφία / Συνολικός αριθμός γυναικών αυτής της ηλικιακής ομάδας</p>	<p>Η διεξαγωγή της μαστογραφίας σε όλες τις γυναίκες των ενδεικνυόμενων από τις κλινικές μελέτες ηλικιακών ομάδων.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
	ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΥΡΗΝΙΑΣ ΔΕΙΚΤΩΝ		
	Πηγή: The Commonwealth Fund, First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators, 2004		
Ποσοστά εμβολιασμού για παιδιά και ηλικιωμένους (π.χ. εμβολιασμός για τον ιό της γρίπης για άτομα ηλικίας 65+)	<p>Ο εμβολιασμός για τον ιό της γρίπης σε άτομα ηλικίας 65+ μπορεί να προλάβει σοβαρές επιπλοκές ή και θανάτους. Ο έγκαιρος εμβολιασμός καθώς και η αγωγή του πληθυσμού για τη σημασία του, είναι σημαντικά ζητήματα και αποτελούν δείκτες καταλληλότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην Αυστραλία τα ποσοστά εμβολιασμού ξεπερνούν το 70% ενώ σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες (π.χ. ΗΠΑ, Μ. Βρετανία, Καναδάς) τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 60-70%. Τα ποσοστά εμβολιασμού είναι ενδεικτικά της αποτελεσματικότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχεται σε ένα σύστημα υγείας.</p> <p>Πηγή: The Commonwealth Fund, First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators, 2004</p>	Αριθμός ατόμων ηλικίας 65+ που έχουν εμβολιαστεί για τον ιό της γρίπης / Συνολικός αριθμός ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας για τα οποία δεν υπάρχει αντένδειξη εμβολιασμού (τα στοιχεία μπορεί να προέλθουν από ασφαλιστικούς οργανισμούς ή από έρευνες στον πληθυσμό)	
Αριθμός θανάτων σε διάστημα ενός έτους μετά από Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (προτείνεται η εφαρμογή του δείκτη για άσθμα και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)	<p>Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου για ασθενείς με στεφανιαία νόσο. 7-15% των ασθενών που νοσηλεύονται κάθε χρόνο με ΟΕΜ πεθαίνουν κατά την πρώτη εισαγωγή τους και άλλο 7-15% μέσα στο πρώτο έτος από τη διάγνωση. Τα ποσοστά θνητότητας ωστόσο μπορούν να μειωθούν με συγκεκριμένες μεθόδους (π.χ. κατάλληλη και έγκαιρη επαναγγείωση μυοκαρδίου (revascularization) στην οξεία φάση, δευτερογενή πρόληψη με βήτα αναστολείς στατινές κτλ. ενημέρωση του</p>	Αριθμός θανάτων σε οποιαδήποτε υγειονομική μονάδα που συνέβησαν μέσα σε ένα έτος από την πρώτη εισαγωγή των ασθενών (και την πρώτη διάγνωση) για ΟΕΜ / Αριθμός ασθενών που νοσηλεύθηκαν για ΟΕΜ (πρώτη διάγνωση)	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

Όνομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
	<p>πληθυσμού για τις ενδεικνυόμενες ενέργειες σε περίπτωση στηθάγχης, για την πρόμβαση σε τμήματα επειγόντων και βελτίωση της συμμόρφωσης του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή). Ο δείκτης παρέχει πληροφορίες τόσο για την αποτελεσματική παροχή θεραπείας μέσω του συστήματος υγείας στην οξεία φάση του επεισοδίου όσο και για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα. Πηγή: National Minimum Data Set (NMDS) Βλ. Πίνακα 5.7</p>		
Χρόνοι αναμονής για χειρουργικές επμβάσεις (π.χ. αρθροπλαστική του ισχίου)			
Έλεγχος του Διαβήτη Diabetes Control	Βλ. σχετικούς δείκτες παρακάτω		
Κάπνισμα (Smoking Rate)	<p>Η κλινική σημασία της μείωσης του κάπνισματος δεν έχει ακόμη πλήρως διερευνηθεί. Ωστόσο, το κάπνισμα θεωρείται ως μία από τις πιο αποφεύξιμες αιτίες θανάτου (ένας στους πέντε θανάτους συνδέεται άμεσα με το κάπνισμα ενώ το κάπνισμα συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα κυρίως με παθήσεις του αναπνευστικού.) Σύμφωνα με το CDC (Center for Disease Control) το κάπνισμα έχει ως αποτέλεσμα περισσότερους ετήσιους θανάτους στην Αμερική από ό,τι συνολικά το AIDS, η κατανάλωση αλκοόλ-κοκαίνης-ηρωίνης, οι ανθρωποκτονίες, οι αυτοκτονίες, τα τροχαία ατυχήματα και οι πυρκαγιές. Οι σχετιζόμενοι με το κάπνισμα θάνατοι αριθμούν περισσότεροι από 430000 κατ'έτος και έχουν αποτέλεσμα την απώλεια</p>	<p>Αριθμός καπνιστών / Συνολικός πληθυσμός</p>	<p>Ο συνδυασμός δημοσίων εκστρατειών ενημέρωσης με αυστηρά μέτρα ελέγχου (π.χ. περιορισμός στην πώληση καπνού, υψηλή φορολογία κτλ.) αναμένεται ότι μπορεί να οδηγήσει στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση του παραπάνω δείκτη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στη χώρα μας το 2004 το ποσοστό των καπνιστών άγγιξε το 38,6% (στο σύνολο των ατόμων ηλικίας 15+) σε σύγκριση με το 26,1% που ήταν ο μέσος όρος των ευρωπαϊκών χωρών για το ίδιο έτος.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

Ονομασία Δείκτη	Σκεπτικό (rationale) – Πηγή	Τρόπος Υπολογισμού	Στόχος Απόδοσης
	<p>περισσότερων από 5 εκατ. ετών ζωής (potential years of life lost). Το κόστος με το οποίο επιβαρύνεται ο υγειονομικός τομέας ξεπερνά ετησίως τα 50 εκατ. δολάρια (CDC)</p> <p>Πηγή: National Center for Health Statistics, US Health, United States, 2002</p>		
ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΥΡΗΝΑΣ ΔΕΙΚΤΩΝ			
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
1. Αγωγή Υγείας – Πρόληψη – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας			
Επιπολασμός της παχυσαρκίας	<p>Η παχυσαρκία επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, διαβήτη τύπου II, στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού, οστεοαρθρίτιδας, sleep apnoea, αναπνευστικών προβλημάτων, καρκίνου του ενδομητρίου – μαστού-προστάτη-κόλον. Επίσης η παχυσαρκία συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Ο αριθμός των παχύσαρκων και υπέρβαρων ατόμων αυξήθηκε δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες. Στις ΗΠΑ, το 54,9% των ενηλίκων επάνω από 20 έτη είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενώ οι συνολικές δαπάνες που σχετίζονται με την παχυσαρκία ξεπερνούν τα \$100δισ ετησίως (περισσότερο από το 10% των δαπανών υγείας)</p> <p>Πηγή: National Center for Health Statistics, US Health, United States, 2002</p>	<p>Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) είναι τυπικός δείκτης για τη διάγνωση και ποσοτικοποίηση της παχυσαρκίας. Άτομα με ΔΜΣ (Body Mass Index-BMI) μεγαλύτερο ή ίσο με 30 / Συνολικός πληθυσμός</p>	<p>Η μείωση του βάρους συνδέεται με μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και διαβήτη, μείωση της πίεσης του αίματος, των τριγλυκεριδίων ενώ αυξάνει την HDL-χοληστερίνη</p> <p>Ο συνδυασμός δημοσίων εκστρατειών ενημέρωσης με ένα αποδοτικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας και αποτελεσματικών συμβουλευτικών υπηρεσιών μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη διαχείριση της παχυσαρκίας</p>
Επιπολασμός του Διαβήτη (Diabetes Prevalence)	<p>Η συνεχώς αυξανόμενη επιπολασμού του διαβήτη σε συνδυασμό με τις επιστημονικές ενδείξεις ότι ο διαβήτης τύπου II μπορεί να προληφθεί με αλλαγές στην διαίτα και στην φυσική</p>	<p>Αριθμός ασθενών με διαβήτη /Συνολικός πληθυσμός</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
	<p>άσκηση προσδίδουν στον δείκτη ιδιαίτερη σημασία.</p> <p>Πηγή: Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS</p>		
Γεννήσεις νεογνών με χαμηλό βάρος (Low Birth Weight Rate)	<p>Το χαμηλό βάρος γέννησης μπορεί να υποδεικνύει φτωχή προγεννητική φροντίδα και οι παράγοντες κινδύνου για τη γέννηση νεογνών με χαμηλό βάρος μπορούν να αντιμετωπιστούν με επαρκή προγράμματα προγεννητικής φροντίδας και εκπαίδευση.</p> <p>Πηγή: US Agency for Healthcare Research and Quality's HCUP indicators.</p>	Αριθμός βρεφών με βάρος γέννησης μικρότερο των 2.500gr / Συνολικός αριθμός γεννήσεων	<p>Σύμφωνα με το πρόγραμμα Health People 2010 (Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Dept. of Health) έχει τεθεί ως στόχος για την Αμερική η μείωση του ποσοστού γεννήσεων λιποβαρών νεογνών στο 0,9%.</p>
Εμβολιασμός για ομάδες υψηλού κινδύνου ή Εμβολιασμός για τον αιμόφιλο της ινφλουένζας σε ομάδες υψηλού κινδύνου	<p>α) Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β είναι αποτελεσματικό και καλά ανεκτό από τον οργανισμό. Οι προτεινόμενες τρεις δόσεις του εμβολίου έχουν ως αποτέλεσμα δραστηριότητα του εμβολίου της τάξεως του 85-95%. Η προσβολή από τον ιό συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κίρρωσης και καρκίνου του ήπατος. Παγκοσμίως σημειώνονται περίπου 500.000 – 1 εκατ. Θάνατοι που αποδίδονται στη μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας Β κάθε χρόνο.</p> <p>β) Ο ιός της γρίπης συνήθως εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα τους χειμερινούς μήνες στα παιδιά. Ωστόσο η μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα εμφανίζεται στους ηλικιωμένους. Συνδέεται με υψηλά ποσοστά ιατρικών επισκέψεων, ενδονοσοκομειακών νοσηλείων και θανάτων ενώ από</p>	<p>α) Αριθμός ατόμων που υποβλήθηκαν σε τρεις δόσεις εμβολίου HBV μέσα σε ένα χρόνο / (1. βρέφη με μητέρες που είναι χρόνιαι φορείς της ηπατίτιδας Β. 2. βρέφη που απέκτησαν ηπατίτιδα Β κατά την κύηση. 3. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών 4. αιμοφιλική ή όσοι λαμβάνουν συχνά προϊόντα αίματος. 5. ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή αιμοκαθαιρόμενοι)</p> <p>β) Αριθμός ατόμων που εμβολιάστηκαν για τον ιό της γρίπης / (1. ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές νόσους. 2. ασθενείς με χρόνια καρδιακή νόσο. 3. ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. 4. διαβητικοί. 5. ασθενείς με ανοσοκαταστασιμότητα)</p>	<p>Ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγείας μπορεί να επιηρεάσει τα ποσοστά εμβολιασμού στις ομάδες υψηλού κινδύνου μέσω της αγωγής υγείας, των εκστρατειών ενημέρωσης, τη βελτίωση της πρόσβασης σε προγράμματα εμβολιασμού, την εγκατάσταση συστημάτων υπενθύμισης και επανάκλησης και με την κάλυψη του κόστους του εμβολιασμού.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
<p>Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης</p>	<p>οικονομικής απόψεως οδηγεί σε απώλεια παραγωγικότητας εξαιτίας των απουσιών από την εργασία. Ο εμβολιασμός σε ηλικιωμένους μπορεί να προλάβει δευτερογενείς επιπλοκές και να μειώσει τον κίνδυνο της ενδοσσοκομειακής νοσηλείας (κατά 30-70%) και του θανάτου. Σε ηλικιωμένους που μένουν σε θεραπευτήρια ή άλλα ιδρύματα ο εμβολιασμός μειώνει τον κίνδυνο νοσηλείας από πνευμονία κατά 50-60% και τον κίνδυνο του θανάτου εξαιτίας της συγκεκριμένης αιτίας κατά 80% (CDC, 2000)</p> <p>Πηγή: National Primary Care Research and Development Center, Primary Care Quality Indicator Project, UK</p>
<p>Ενδοσσοκομειακές νοσηλείες για περιπτώσεις που μπορούν να διαχειριστούν σε εξωνοσοκομειακή βάση</p>	<p>Η υπέρταση είναι κοινή κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες και απαντάται περίπου στο 10% του ενήλικου πληθυσμού. Η υπέρταση σχετίζεται με κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου και ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Σε αρκετές χώρες έχει εντοπιστεί πρόβλημα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αναφορικά με τη διαχείριση της υπέρτασης (Seddon et al., 2001)</p>
<p>Αριθμός ασθενών των οποίων η αρτηριακή πίεση μετρήθηκε κατά τα τελευταία 5 έτη / Πληθυσμός ενηλίκων άνω των 25 ετών</p>	<p>Μείωση της διαστολικής πίεσης κατά 5 mmHg συνδέεται με μείωση κατά ένα τρίτο του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και κατά ένα πέμπτο της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.</p>
<p>Εξωνοσοκομειακές νοσηλείες για περιπτώσεις που μπορούν να διαχειριστούν σε εξωνοσοκομειακή βάση</p>	<p>Η όσο το δυνατόν καλύτερη πρόληψη και εγκυρύτερη διαχείριση των συγκεκριμένων προβλημάτων σε εξωνοσοκομειακή βάση</p>
<p>οικονομικής απόψεως οδηγεί σε απώλεια παραγωγικότητας εξαιτίας των απουσιών από την εργασία. Ο εμβολιασμός σε ηλικιωμένους μπορεί να προλάβει δευτερογενείς επιπλοκές και να μειώσει τον κίνδυνο της ενδοσσοκομειακής νοσηλείας (κατά 30-70%) και του θανάτου. Σε ηλικιωμένους που μένουν σε θεραπευτήρια ή άλλα ιδρύματα ο εμβολιασμός μειώνει τον κίνδυνο νοσηλείας από πνευμονία κατά 50-60% και τον κίνδυνο του θανάτου εξαιτίας της συγκεκριμένης αιτίας κατά 80% (CDC, 2000)</p> <p>Πηγή: National Primary Care Research and Development Center, Primary Care Quality Indicator Project, UK</p>	<p>Αριθμός αριθμός εισαγωγών στο νοσοκομείο για περιπτώσεις που μπορούν να διαχειριστούν εξωνοσοκομειακά (διαβήτης, αλκοολική ψύχωση, φαρμακευτική ψύχωση, νευρολογικές διαταραχές, alcoholic dependence syndrome, αλκοολισμός, εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες drug dependence, nondependent abuse)</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
	<p>πρόσβαση σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δεδομένου του υψηλού κόστους ενδοσκοπομειακής νοσηλείας, η καλύτερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα οδηγήσει (εκτός από τη βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών) και σε σημαντική μείωση του κόστους.</p> <p>Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο δείκτης είναι ενδεικτικός τόσο της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και της προσβασιμότητας των αντιστοιχών υπηρεσιών.</p> <p>Πηγή: Canadian Institute for Health Information – Primary Care</p>	<p><i>of drugs, κατάθλιψη, υπέρταση essential hypertension, υπερτασική καρδιοπάθεια, υπερτασική νεφρική νόσος, δευτερογενής υπέρταση και άσθμα) /Συνολικός πληθυσμός</i></p>	
<p>Λοιπτοί Δείκτες: Φυσική Άσκηση, Ποσοστά ασθενειών όπως η γονόρροια, Αριθμός αμβλύσεων, HIV Screening στην εγκυμοσύνη, Ποσοστά εμβολιασμών στην εφηβεία, Επανεισαγωγές για Συμφωρηχτική καρδιακή ανεπάρκεια, Συμβουλευτικές συνεδρίες για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με άσθμα</p>			
<p>2. Ασφάλεια Ασθενών</p>			
<p>Ενδοσκοπομειακές Λοιμώξεις (ventilator pneumonia, wound infection etc.)</p>	<p>Η πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η επίπτωση της πνευμονίας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από 6-52% στους intubated ασθενείς ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου. Συνολικά η VAP συνδέεται με θνητότητα έως 30%. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντικό ζήτημα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κυρίως μετά την ίδρυση του National Patient Safety Foundation από τον American Medical Association το 1996.</p> <p>Αναφορικά με τις λοιμώξεις των τραυμάτων αυτές μπορεί να έχουν ως</p>	<p>α) Διασωληνωμένοι ασθενείς που ανέπτυξαν πνευμονία / Ημέρες ενδοσκοπομειακής νοσηλείας υπό μηχανικό αερισμό</p> <p>β) Ασθενείς με λοίμωξη του τραύματος (ICD-9, 998.51 & 998.52). Δευτερογενής διάγνωση / Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται</p>	<p>Η υιοθέτηση ασφαλών διαδικασιών που θα προλαμβάνουν τις συγκεκριμένες επιπλοκές.</p> <p>Η επίπτωση της λοίμωξης του τραύματος μπορεί να μειωθεί από την κατάλληλη προ- κατά τη διάρκεια και μετά- εγχειρητική διαδικασία.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
<p>επίπτωση από μικρή ερυθρότητα της περιοχής μέχρι σημαντικό πόνο, σηψαιμία και θάνατο. Η επανεγχείριση καθώς και η παράταση της νοσηλείας αποτελούν συχνά φαινόμενα σε τέτοιες περιπτώσεις. Δεδομένου επίσης του υψηλού κόστους ενδοσκοπειακής νοσηλείας είναι ιδιαίτερα σημαντική η μείωση της επίπτωσης των ενδοσκοπειακών λοιμώξεων.</p> <p>Πηγή: JCAHO IMSystem: Infection Control, Complications Screening Programme</p>	<p>Οι πτώσεις αποτελούν συχνά συμβάντα σε νοσοκομεία αξείας νοσηλείας. Περίπου το 20% των ηλικιωμένων ασθενών σημειώνουν πτώσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Οι πτώσεις συνδέονται με λειτουργική ανικανότητα ή τραυματισμούς, αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και ανάγκη συνέχισης της θεραπείας σε κέντρα αποκατάστασης ή θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων. Επίσης, οι πτώσεις αποτελούν ένα δείκτη αξιοπιστίας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αφού σε μεγάλο βαθμό μπορεί να συμβούν ως αποτέλεσμα της κατάστασης υγείας του ασθενή, την αντίδραση του οργανισμού στην φαρμακευτική αγωγή ή την αναισθησία, εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. υγρό πάτωμα) ή άλλους παράγοντες. Η μείωση ή εξάλειψη των παραγόντων που δυνητικά μπορεί να οδηγήσουν σε πτώση, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό ζήτημα για την ποιότητα των υπηρεσιών</p>
<p>Ενδοσκοπειακά κατάγματα του ισχίου ή πτώσεις</p>	<p>Αριθμός ασθενών που υπέστησαν κάταγμα του ισχίου ή πτώση μέσα στο νοσοκομείο (δευτερογενής διάγνωση και με εξαίρεση ασθενείς με τραύμα ή μεταστατικό καρκίνο, με πρωτογενή διάγνωση εγκεφαλικό, κώμα, διλητηρίαση, seizure, syncope, cardiac arrest, MDC 8) / Αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε σοβαρές ή μικρές χειρουργικές επεμβάσεις ή επεμβατικές καρδιολογικές διαδικασίες ή επεμβατικές ακτινολογικές διαδικασίες ή ενδοσκοπήσεις ή ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε παθολογικές κλινικές</p>
	<p>Η πρόληψη των πτώσεων αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τη διοίκηση του νοσοκομείου. Στόχος είναι ο κατά το δυνατόν μεγαλύτερος περιορισμός των πτώσεων (τα ποσοστά των πτώσεων στις μεσογειακές χώρες είναι τα μικρότερα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται σε χώρες της βόρειας Ευρώπης).</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
	<p>υγείας.</p> <p>Σύμφωνα με τον American Nurses Association ο δείκτης μπορεί να ενδεικτικός και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (nursing-sensitive quality indicator)</p> <p>Πηγή: Complications Screening Programme</p>	
<p>Παραμονή ξένου σώματος στο σώμα του ασθενή μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης</p>	<p>Η παραμονή ξένου σώματος (όπως βελόνες, νυστέρια, γάζες κτλ.) μετά το πέρας μίας χειρουργικής επέμβασης μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές (βεβαίως είναι γεγονός ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η παραμονή ξένου σώματος δεν προκαλεί βλάβες). Η καταμέτρηση γαζών και εργαλείων πριν τη λήψη της επέμβασης είναι μία συνηθισμένη διαδικασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Παρόλα αυτά η έλλειψη καλής συνεργασίας της χειρουργικής ομάδας, οι δυσκολες επεμβάσεις, η έλλειψη επανελέγχων και άλλοι λόγοι είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε τέτοια φαινόμενα.</p> <p>Πηγή: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)/CIHI Safety Indicators</p>	<p>Αριθμός εξελθόντων ασθενών με όλους τους κωδικούς του ICD-9-CM για την παραμονή ξένου σώματος / Συνολικός αριθμός χειρουργικών και μη χειρουργικών εξαγωγών</p>
<p>Λάθη κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων</p>	<p>Οποιοδήποτε λάθος σε χειρουργική επέμβαση (σε λάθος ασθενή, σε λάθος όργανο κτλ.) θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό. Παρότι τέτοιες περιπτώσεις συχνά δεν καταγράφονται, στην Αμερική δηλώθηκαν 16 χειρουργικά λάθη το 1998 και 58 το 2001. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ένας στους 4 ορθοπεδικούς μπορεί να διαπράξει τέτοιο λάθος μέσα σε 25 έτη άσκησης της ιατρικής. Οι συνέπειες αυτών των λαθών μπορεί να είναι</p>	<p>Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων που έλαβαν χώρα σε λάθος ασθενή, λάθος πλευρά του σώματος ή λάθος όργανο / Όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις</p>
		<p>Η διασφάλιση όλων των συνθηκών ώστε να μην υπάρχουν τέτοια φαινόμενα.</p>
		<p>Σύμφωνα με τον Dennis O' Leary (πρόεδρος του JCAHO) ακόμη και ένα τέτοιο λάθος θεωρείται πολύ μεγάλος αριθμός.</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
	<p>τραγικές και υποδρλώνουν μεγάλα κενά και αστοχίες στην οργάνωση του συστήματος. Ελλειψείς διαδικασίες ταυτοποίησης του ασθενή, έλλειψη καλής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, λάθη σε ιατρικούς φακέλους και έλλειψη πρότυπων διαδικασιών μπορεί να ευθύνονται για τα λάθη αυτά.</p> <p>Πηγή: JCAHO Sentinel Events (2004)</p>
	<p>Λοιποί δείκτες: Λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, επιπλοκές από τη χορήγηση της αναισθησίας, μετάγγιση με λάθος τύπο αίματος, τραυματισμοί νεογνών, τραυματισμοί σε καισαρικές τομές ή φυσιολογικούς τοκετούς κτλ.</p>
3. Διαχείριση του Διαβήτη	
Ετήσιος έλεγχος των επιπέδων HbA1c	<p>Αποτελεί δείκτη αξιολόγησης των διαδικασιών και θεωρείται εύκολα μετρήσιμος δείκτης αφού οι εξετάσεις αυτές καταγράφονται στα αρχεία των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας.</p> <p>Πηγή: National Diabetes Quality Improvement Alliance, 2003</p>
Ετήσιος έλεγχος των επιπέδων της LDL χοληστερόλης	<p>Αποτελεί δείκτη αξιολόγησης των διαδικασιών και θεωρείται εύκολα μετρήσιμος δείκτης αφού οι εξετάσεις αυτές καταγράφονται στα αρχεία των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας.</p> <p>Πηγή: National Diabetes Quality Improvement Alliance, 2003</p>
Συχνότητα ακρωτηριασμού του κάτω άκρου	<p>Ο συνδυασμός της μακροχρόνιας ανεπαρκούς ρύθμισης των επιπέδων των σακχάρων και των δύο συχνότερων επιπλοκών της νόσου, δηλαδή της περιφερικής αρτηριοπάθειας (peripheral artery disease) και της περιφερικής νευροπάθειας (peripheral neuropathy)</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
	<p>οδηγούν σε μεγάλη πιθανότητα ακρωτηριασμού των άκρων των διαβητικών.</p> <p>Από την άλλη πλευρά, είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο στενός έλεγχος και η άμεση αντιμετώπιση της περιφερικής νευροπάθειας και αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων είναι δυνατόν να περιορίσει σε πολύ σημαντικό βαθμό τους ακρωτηριασμούς ενώ ο δείκτης θεωρείται ενδεικτικός της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο σε περιφερειακό όσο και σε εθνικό επίπεδο.</p> <p>Πηγή: Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS</p>	
<p>Νεφροπάθειες σε ασθενείς με διαβήτη</p>	<p>Ο διαβήτης αποτελεί την πιο συχνή αιτία για την εκδήλωση Χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου (ΧΝΑΤΣ) στις ανεπτυγμένες χώρες, η διαχείριση της οποίας με αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση έχει πολύ σημαντικές συνέπειες για την ποιότητα ζωής των ασθενών, τη λειτουργική τους ικανότητα αλλά και τις δαπάνες υγείας. Η έρευνα για την πρόληψη της εκδήλωσης της ΧΝΑΤΣ σε διαβητικούς ασθενείς μέσω συγκεκριμένων ελέγχων ή φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, των επιπέδων των σακχάρων του αίματος, χορήγηση αναστολέα μεταρρηπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης - α-MEA κτλ.) παρέχει θετικά αποτελέσματα. Επομένως η επιπτώση της νεφρικής ανεπάρκειας σε διαβητικούς ασθενείς μπορεί να παρέχει</p>	<p>Αριθμός ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου / Συνολικός αριθμός ασθενών με διαβήτη</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
<p>Θνητότητα διαβητικών ασθενών λόγω καρδιαγγειακής νόσου</p>	<p>ενδείξεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.</p> <p>Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία επιπλοκών και θανάτων σε ασθενείς με διαβήτη. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II για παράδειγμα έχουν δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν καρδιαγγειακή νόσο σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς, ενώ ο κίνδυνος θνητότητας είναι 1.5-4.5 φορές υψηλότερος για τους διαβητικούς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Haffner, 2000). Επιπρόσθετα, η θνητότητα για διαβητικούς ασθενείς μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μεγαλύτερη για τους ασθενείς με διαβήτη από ό,τι στους υπόλοιπους μη διαβητικούς ασθενείς. Για παράδειγμα, μετά από το πρώτο καρδιακό επεισόδιο το 50% των ασθενών με διαβήτη πεθαίνει μέσα σε ένα έτος και οι μισοί εξ αυτών πεθαίνουν πριν φθάσουν στο νοσοκομείο (ανακοπές) (Miettinen, 1998). Επιπλέον ο έλεγχος της θνητότητας λόγω καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με διαβήτη και κυρίως στις ηλικιακές ομάδες από 35-50 έτη, μπορεί να χρησιμεύσει ως δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε διαβητικούς ασθενείς.</p>	<p>Αριθμός θανάτων λόγω καρδιαγγειακής νόσου /Συνολικός αριθμός ασθενών με διαβήτη</p>
<p>Λοιποί δείκτες: Ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος, ετήσιος έλεγχος για παθήσεις των νεφρών, έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης(λιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c))</p>		<p>Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας</p>
<p>4. Διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων</p>		
<p>Χορήγηση αναστολέα μετατρεπτικού</p>	<p>Η στεφανιαία νόσος είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου των</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
<p>ενζύμου αγγειοτενσίνης - α-MEA (ACE inhibitors) κατά την έξοδο από το νοσοκομείο</p>	<p>ενηλικίων κυρίως μέσης ηλικιακής ομάδας ενώ το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες (Rosmond et al., 1998, OECD 2003). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλου αριθμού κλινικών δοκιμών η άμεση χορήγηση α-MEA στο έμφραγμα του μυοκαρδίου συνδέεται με αυξημένα ποσοστά επιβίωσης. Τα αποτελέσματα αυτά ενθαρρύνουν τη χορήγηση α-MEA ενδονοσοκομειακά είτε ευρέως σε ασθενείς με OEM, είτε σε ασθενείς με προγενέστερο OEM ή αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Επιπρόσθετα η χορήγηση α-MEA μετά το OEM, ως μέτρο δευτερογενούς πρόληψης, σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα μακροχρόνιας επιβίωσης ενώ και πολλές οδηγίες καλής πρακτικής (guidelines) τη συνιστούν ανεπιφύλακτα (ESC 2003). Παρά όμως τα παραπάνω ευρήματα, η χρήση των α-MEA συχνά δεν θεωρείται ικανοποιητική ενώ υπάρχουν και μεγάλες διαφορές στη διαχείριση της νόσου μεταξύ των χωρών (EUROASPIRE 1997, Jencks et al. 2003)</p> <p>Πηγή: US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) US, National Quality Report.</p>	<p>της καρδιάς (Left Ventricular Systolic Dysfunction) στους οποίους έχει συνταγογραφηθεί α-MEA / Συνολικός αριθμός εξελθόντων ασθενών με με ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας της καρδιάς για τους οποίους δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χορήγηση α-MEA</p>	<p>Με βάση τη βιβλιογραφία, το αποδεκτό πρότυπο της χορήγησης θρομβολυτικών από τη στιγμή άφιξης του ασθενή στο νοσοκομείο (door to needle time) είναι 30 λεπτά ή λιγότερο (HSFC, 1996).</p>
<p>Χρόνος Θρομβόλυσης σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου</p>	<p>Περίπου 17 εκατ. άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων και το OEM είναι από τις μία από βασικές αιτίες. Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η έναρξη της θρομβόλυσης το συντομότερο δυνατό μετά την έναρξη του επεισοδίου μειώνει</p>	<p>Χρόνος (σε λεπτά) από τη στιγμή άφιξης στο νοσοκομείο έως τη στιγμή χορήγησης των θρομβολυτικών /Αριθμός ασθενών με διαγνωσμένο OEM που λαμβάνουν θρομβολυτικά</p>	

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
<p>Χρόνος επείγουσας αγγειοπλαστικής μετά από OEM – Timing of emergent PTCA for patients with acute myocardial infarction</p>	<p>σημαντικά τη θνητότητα (GUSTO, 1993) Η έναρξη θεραπείας δώδεκα ώρες μετά την έναρξη του επεισοδίου εξακολουθεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Μετά την έλευση αυτού του διαστήματος όμως, η θεραπεία δεν θεωρείται αποτελεσματική (HSFC, 1996). Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας, πολλές κλινικές οδηγίες ορίζουν ως χρόνο χορήγησης των θρομβολυτικών τα πρώτα 30 λεπτά από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο (HSFC, 1996). Ωστόσο, η πλειονότητα των ασθενών δεν λαμβάνει τα θρομβολυτικά σκευάσματα μέσα στον προτεινόμενο χρόνο με σημαντικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή. Ο χρόνος που μεσολαβεί από την άφιξη στο νοσοκομείο έως την έναρξη της θρομβολυσης αποτελεί δείκτη της αποτελεσματικής διαχείρισης των ασθενών ενδονοσοκομειακά αλλά και της πολιτικής νοσοκομείου σε οργανωτικά θέματα (ACC/AHA, 2001)</p> <p>Πηγή: Center for Medicare and Medicaid Services (CMS (HCFA) Cooperative Cardiovascular Project (CCP)</p>	<p>Χρόνος (σε λεπτά) από την στιγμή άφιξης στο νοσοκομείο έως την έναρξη της αγγειοπλαστικής /Αριθμός ασθενών με διαγνωσμένο OEM που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική μέσα σε 12 ώρες από την άφιξη τους στο νοσοκομείο</p>
	<p>Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι η αγγειοπλαστική αποτελεί μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του OEM. Η υποβολή των ασθενών σε αγγειοπλαστική λίγες ώρες μετά την έναρξη του επεισοδίου έχει σημαντική επίπτωση στη μείωση της θνητότητας (Cannon, 2000)</p>	<p>Ιδανικός χρόνος διεξαγωγής της αγγειοπλαστικής θεωρείται τα 90 λεπτά από τη στιγμή άφιξης του ασθενή στο νοσοκομείο (door to balloon time)</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
	<p>Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας, πολλές κλινικές οδηγίες ορίζουν ότι η αγγειοπλαστική θα πρέπει να διενεργείται μέσα σε 90 λεπτά από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο (Ryan, 1999) κάτι που ωστόσο δεν τηρείται για την πλειοψηφία των ασθενών. Ο χρόνος που μεσολαβεί από την άφιξη στο νοσοκομείο έως τη διεξαγωγή της αγγειοπλαστικής αποτελεί δείκτη της αποτελεσματικής διαχείρισης των ασθενών με OEM στο σύστημα υγείας.</p> <p>Πηγή: Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) (HCFA) Cooperative Cardiovascular Project (CCP)</p>
Ενδονοσοκομειακή Θνητότητα μετά από Αγγειοπλαστική (PTCA) ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG)	<p>Βλ. Πίνακα 5.7</p>
<p>Λοιποί δείκτες: Χορήγηση ασπιρίνης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο μετά από OEM, χορήγηση στατινών μετά από OEM, χορήγηση β-αναστολέων (Beta Blockers) κατά την έξοδο από το νοσοκομείο μετά από OEM, χορήγηση ασπιρίνης κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ασθενών με OEM</p>	
5. Διαχείριση των ψυχικών νοσημάτων	
Επισκέψεις μετά από νοσηλεία για Ψυχικές Διαταραχές	<p>Οι περισσότεροι άνθρωποι που νοσηλεύονται για ψυχικές διαταραχές έχουν ανάγκη εξωνοσοκομειακής φροντίδας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο προκειμένου να προληφθεί υποτροπή της νόσου. Ο αριθμητής παρέχει μια εκτίμηση του αριθμού των ασθενών που λαμβάνουν συνεχιζόμενη</p> <p>Αριθμός ατόμων που πραγματοποιήσαν μία τουλάχιστον επίσκεψη/μήνα σε ειδικό για έξι μήνες από την έξοδο του από το νοσοκομείο / Αριθμός ατόμων που νοσηλεύθηκαν για ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΦΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
	<p>φροντίδα. Σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικά πρόσφατης μελέτης, ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και τραυματιοποιήσαν συχνές επισκέψεις σε ειδικούς μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο είχαν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών (Herz et al., 2000)</p> <p>Πηγή: VHA/NEREC (US Veterans Administration – Northeast Program Evaluation Center)</p>	
<p>Επισκέψεις κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αντιμετώπισης της κατάθλιψης</p>	<p>Η μείζον καταθλιψη μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής ή/και με ψυχοθεραπείες. Παρόλα αυτά πολλοί ασθενείς διακόπτουν τη θεραπεία πρόωρα με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιπλοκών. Ασθενείς που συνεχίζουν τη θεραπεία για 4 – 9 μήνες μετά την ύφεση των αρχικών συμπτωμάτων έχουν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίζουν επιπλοκές από αυτούς που τη διακόπτουν. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες ύφεση σημειώνεται μετά από 8-12 εβδομάδες ψυχοθεραπειών.</p> <p>Πηγή: VHA/DOD (US Veterans Health Administration – US Department of Defense Performance Measures, Version 2.0)</p>	<p>Αριθμός ατόμων με τουλάχιστον τρεις επισκέψεις σε ειδικούς ή τουλάχιστον 8 ψυχοθεραπείες σε διάστημα 8 εβδομάδων / Αριθμός ατόμων με πρωτοδιαγνωσμένη μείζον κατάθλιψη</p>
<p>Θνησιμότητα για ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές</p>	<p>Άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή άλλες σοβαρές ψυχικές νόσους έχουν μεγαλύτερα ποσοστά (σταθμισμένα για φύλο και ηλικία) από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Σε ορισμένες χώρες έχει βρεθεί ότι συχνά οι ψυχικές νόσοι είτε δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως είτε δεν αντιμετωπίζονται σωστά. Εάν ο δείκτης είναι υψηλός ενδεχομένως καταδεικνύει μία περιοχή με ιδιαίτερες ελλείψεις στην</p>	<p>Σταθμισμένη θνησιμότητα για άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές / Σταθμισμένη θνησιμότητα για τον συνολικό πληθυσμό</p>

Συνέχεια από τον Πίνακα 5-8

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
	παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας από το σύστημα υγείας.	
	Πηγή: Advisory Network on Mental Health	
<p>Λοιποί δείκτες: Συνεχιζόμενη αντι-καταθλιπτική θεραπεία στην οξεία φάση, συνεχιζόμενη αντικαταθλιπτική θεραπεία στη χρόνια φάση, έγκαιρη εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση μετά τη νοσηλεία για ψυχικές διαταραχές, διαχείριση ασθένειας για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, επανεισαγωγές στο νοσοκομείο για ψυχιατρικούς ασθενείς, χρήση αντι-χολινεργικών αντι-καταθλιπτικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους ασθενείς</p>		

5.5 Κριτήρια επιλογής δεικτών

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού ή του συστήματος υγείας είναι η «χρησιμότητα», η «επιστημονική επάρκεια» καθώς και η «δυνατότητα σύγκρισης». Στη συνέχεια εξετάζεται το παραπάνω τρίπτυχο.

α) Η έννοια της χρησιμότητας ενός δείκτη (*usefulness*)

Για την επιλογή ενός δείκτη που σχετίζεται με συγκεκριμένη ασθένεια, εκτιμάται η επίπτωση της ασθένειας αλλά και των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή της, τόσο στην κατάσταση της υγείας του ασθενή, όσο και στις δαπάνες υγείας. Επιπρόσθετα, στην επιλογή αυτού του είδους των δεικτών λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα παρέμβασης του συστήματος υγείας, αλλά και όσων διαμορφώνουν την πολιτική υγείας στη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Η διάσταση που εκτιμάται, θα πρέπει να επηρεάζεται από τον τρόπο παροχής της υγειονομικής φροντίδας κατά τέτοιο τρόπο, ώστε με τη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων ή μέτρων να βελτιώνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ή η αποδοτικότητα των χρησιμοποιούμενων πόρων.

β) Η έννοια της επιστημονικής επάρκειας (*αυθεντικότητας*) ενός δείκτη (*scientific soundness*)

- i. Εγκυρότητα (*Validity*): είναι η έκταση, στην οποία ο δείκτης μετρά αυτό που διατείνεται ότι μετρά (*Anders & Staffan, 1992*). Η απώλεια της εγκυρότητας αναφέρεται ως «προκατάληψη» (*bias*) ή «συστηματικό σφάλμα» (*systematic error*). Σε γενικές γραμμές, οι προτεινόμενοι δείκτες θα πρέπει να συνδέονται με σημαντικές διαδικασίες ή αποτελέσματα, που σχετίζονται με τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, η έγκαιρη παροχή προληπτικών υπηρεσιών (π.χ. μαστογραφία) προς τον πληθυσμό αποτελεί σημαντικό δείκτη διαδικασίας με εσωτερική συνέπεια (*construct validity*), αφού ο προσυμπτωματικός έλεγχος συνδέεται με την πρόωρη διάγνωση και την καλύτερη πρόγνωση της ασθένειας.
- ii. Αξιοπιστία (*Reliability*): είναι η επαναληψιμότητα του αποτελέσματος ενός δείκτη, δηλαδή ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία (*Anders & Staffan, 1992*). Ο δείκτης θα πρέπει να εξάγει παρόμοια αποτελέσματα, στην περίπτωση που μετράται κάτω από τις ίδιες συνθήκες (ίδιος πληθυσμός, δομές) ακόμη και όταν η μέτρηση γίνεται από διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

γ) Δυνατότητα σύγκρισης (*comparability*)

Η ύπαρξη πρότυπων δεικτών και η διαθεσιμότητα διεθνών και συγκρίσιμων στοιχείων σε άλλες χώρες είναι σημαντικό στοιχείο για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Κατά την επιλογή ενός δείκτη, καλό είναι να εξετάζεται η χρήση του και από άλλες ανεπτυγμένες χώρες (π.χ. χώρες μέλη του ΟΟΣΑ και της ΕΕ), καθώς και η έκταση εφαρμογής του δείκτη (εθνικό επίπεδο ή πληθυσμιακές ομάδες).

Η αξιολόγηση ενός συστήματος ή ενός οργανισμού, όπως του νοσοκομείου, με ένα σύστημα δεικτών μπορεί να αποφέρει ουσιαστικά αποτελέσματα, εάν δεν περιορίζεται σε μία μόνο μέτρηση σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά διασφαλίζει τη συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται πολλές μετρήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα και ενδεχομένως η αποτύπωσή τους σε γραφήματα. Η συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης ενός οργανισμού (*benchmarking*) αποτελεί, επίσης, μία αρκετά διαδεδομένη τεχνική, η οποία στηρίζεται στη σύγκριση της απόδοσης ενός οργανισμού με την απόδοση ενός άλλου οργανισμού, η λειτουργία του οποίου θεωρείται ως η καλύτερη για τη συγκεκριμένη κατηγορία. Το *benchmarking* μπορεί να διακρίνεται σε εσωτερικό και εξωτερικό, εάν τίθεται υπό σύγκριση η λειτουργία ενός τμήματος μέσα στον ίδιο τον οργανισμό ή εάν συγκρίνονται οι λειτουργίες ενός οργανισμού με παρόμοιες άλλου οργανισμού, αντίστοιχα. Τέλος, στο πλαίσιο της αξιολόγησης ενός οργανισμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί η αυτοαξιολόγηση της απόδοσης, η οποία μπορεί και να βασίζεται στα κριτήρια βραβείων ποιότητας, όπως το Ευρωπαϊκό (EQA) και το Αμερικανικό βραβείο ποιότητας (MBNQA).

5.6 Βραβεία Ποιότητας και συστήματα αυτο-αξιολόγησης

Τα βραβεία ποιότητας ανταποκρίνονται στη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και ιδιαίτερα στην απαίτηση για συνεχή βελτίωσή της. Κύριο χαρακτηριστικό των βραβείων ποιότητας είναι η δυνατότητα που παρέχουν στην επιχείρηση να ακολουθήσει τις μεθόδους και τις διαδικασίες, που κρίνει κατάλληλες, προκειμένου να ανταποκριθεί στα χαρακτηριστικά των βραβείων ποιότητας. Στο τέλος της δεκαετίας του 80, επικράτησε η έννοια της «συνεχούς βελτίωσης» (*Continuous Quality Improvement*), στην οποία βασίζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Τα συστήματα διοίκησης της ποιότητας, που βασίζονται στη συνεχή βελτίωση, στηρίζονται στις αρχές τις οποίες διατύπωσαν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, σημαντικοί ερευνητές της ποιότητας όπως οι *Juran, Deming, Ishikawa, Crosby, Feigenbaum* κ.ά.

Τα συστήματα συνεχούς βελτίωσης διευρύνουν την έννοια της διασφάλισης

της ποιότητας, συμπεριλαμβάνοντας οικονομικά αποτελέσματα και στοιχεία της αγοράς, τις ανάγκες και άλλων εμπλεκόμενων μερών, τις συνεργασίες κ.ά. Τα κριτήρια των βραβείων ποιότητας παρέχουν ένα συνεκτικό σύνολο παραγόντων αξιολόγησης της απόδοσης οργανισμών και επιχειρήσεων (Zink & Schmidt, 1998: Caffyn, 1999: Samuelsson & Nilsson, 2002), που κατά καιρούς τροποποιούνται και προσαρμόζονται εκφράζοντας τις ανάγκες χωρών ή/και συγκεκριμένων τομέων της οικονομίας. Αυτή η προσέγγιση εμπεριέχει ως θεμελιώδη αξιώματα α) τον πελατοκεντρικό προσανατολισμό, β) την ηγεσία, γ) τη συνεχή βελτίωση, δ) τον στρατηγικό σχεδιασμό για την ποιότητα, ε) την ποιότητα σχεδιασμού, στ) τη διόρθωση ζ) τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση των εργαζομένων και η) τη διοίκηση βάσει δεδομένων.

Η χρήση των κριτηρίων των δύο βραβείων ποιότητας ως μεθοδολογική βάση οδήγησε στην ανάπτυξη εθνικών βραβείων ποιότητας σε αρκετές χώρες στην Ευρώπη (Van der Wiele et al., 1999: Tan, 2002). Τα παραπάνω εισάγουν τα διεθνή βραβεία ποιότητας (Ευρωπαϊκό Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας, EQA & Αμερικανικό Βραβείο Ολικής Ποιότητας, Malcolm Baldrige National Award) και τα αντίστοιχα συστήματα αυτοαξιολόγησης, τα οποία παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω.

5.6.1 Το Αμερικανικό Βραβείο για την ποιότητα

Το MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award) ιδρύθηκε το 1987 ως το εθνικό αμερικάνικο βραβείο ποιότητας, προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί ο επιχειρηματικός κόσμος σε θέματα ποιότητας αλλά και να δημοσιοποιηθούν επιτυχημένες επιχειρηματικές στρατηγικές. Το όνομά του οφείλεται στον Γενικό Γραμματέα Εμπορίου των ΗΠΑ, M. Baldrige², κατά τη θητεία του οποίου θεσμοθετήθηκε και χορηγείται κυρίως σε κατασκευαστικές εταιρείες, εταιρείες παροχής υπηρεσιών, εκπαιδευτικούς και υγειονομικούς οργανισμούς, ενώ από το 2007 αίτηση για το βραβείο μπορούν να υποβάλουν και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (η σχετική νομοθεσία είχε τροποποιηθεί από το 2004).

Το αμερικανικό βραβείο ποιότητας περιέχει επτά κατηγορίες κριτηρίων διακρινόμενες σε υποκατηγορίες, στις οποίες κατανέμονται συνολικά 1,000 βαθμοί. Το βραβείο ποιότητας επιδέχεται κάθε έτος αναθεωρήσεις ως προς το ακριβές περιεχόμενό του ή/και εξειδικεύσεις για διάφορες βιομηχανίες στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας. Η αξιολόγηση των επιχειρήσεων, με βάση το

² Ο M. Baldrige ήταν ένθερμος υποστηρικτής της εισαγωγής συστημάτων ποιότητας σε όλους τους επιχειρηματικούς τομείς αφού θεωρούσε ότι κάτι τέτοιο ήταν αναγκαίο για την ενδυνάμωση και την ανάπτυξη οργανισμών και επιχειρήσεων. Πέθανε το 1987 σε ένα ατύχημα αφού προηγουμένως είχε συμμετάσχει στο βασικό σχεδιασμό του βραβείου το οποίο και πήρε το όνομά του.

αμερικανικό βραβείο ποιότητας, βασίζεται σε συμπλήρωση σχετικής αίτησης, η οποία παρέχει αποδείξεις, επιχειρησιακά δεδομένα και πληροφορίες σχετιζόμενες με τις ενότητες κριτηρίων του βραβείου ποιότητας. Μετά από την αξιολόγηση, οι επιχειρήσεις λαμβάνουν μία λεπτομερή έκθεση, τόσο για τα δυνατά σημεία της επιχείρησης όσο και για τις ευκαιρίες προς βελτίωση που έχουν αναδειχθεί κατά τη διαδικασία της κρίσης.

Τα κριτήρια, που έχουν θεσπισθεί για το βραβείο M. Baldrige, έχουν γίνει αποδεκτά τόσο στις ΗΠΑ όσο και διεθνώς ως τα σημαντικότερα πρότυπα για την αξιολόγηση της λειτουργίας ενός οργανισμού και έχουν σχεδιαστεί, ώστε να βοηθούν τους οργανισμούς να ενισχύουν την ανταγωνιστικότητά τους μέσα από την επίτευξη ενός διττού στόχου: τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων για τους καταναλωτές και τη βελτίωση της συνολικής λειτουργίας του οργανισμού. Τα κριτήρια του βραβείου, τα οποία εστιάζονται κυρίως στη μέτρηση αποτελεσμάτων αλλά και στη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών, χρησιμοποιούνται από μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, προκειμένου να διαμορφώσουν συστήματα αυτο-αξιολόγησης και εκπαίδευσης, καθώς και για να αναπτύξουν τις διαδικασίες λειτουργίας τους. Οι επτά βασικοί τομείς για τους οποίους αξιολογούνται οι οργανισμοί είναι (Σχήμα 5.3): η ηγεσία, η πληροφόρηση και η ανάλυση, ο στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας, η διοίκηση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, η διοίκηση ποιότητας διαδικασιών, η ποιότητα και τα λειτουργικά αποτελέσματα, η εστίαση στον πελάτη και η ικανοποίησή του. Η τροποποίηση του συγκεκριμένου βραβείου ποιότητας για τον χώρο των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζεται στο Σχήμα 5.3.

Συνοπτικά, η διαδικασία υποβολής αίτησης και βράβευσης ενός οργανισμού για το βραβείο Baldrige περιλαμβάνει ορισμένα βασικά βήματα:

Στάδιο 1^ο: Υποβολή αίτησης, η οποία αξιολογείται σε αυτό το στάδιο από την επιτροπή αξιολόγησης, προκειμένου να αποφασισθεί εάν ο συγκεκριμένος οργανισμός μπορεί να περάσει στο επόμενο στάδιο.

Στάδιο 2^ο: Όσοι οργανισμοί έχουν επιλεγεί για αυτήν τη φάση, επανεξετάζονται από την επιτροπή με πληρέστερο έλεγχο και τελικά επιλέγονται οι οργανισμοί στους οποίους θα λάβει χώρα επιτόπου εξέταση.

Στάδιο 3^ο: Επιτόπου εξέταση του οργανισμού από την επιτροπή.

Στάδιο 4^ο: Απονομή του βραβείου στους οργανισμούς που επιλέχθηκαν από την προηγούμενη φάση.

Σε όλα τα παραπάνω στάδια υπάρχει ανατροφοδότηση από την επιτροπή με σύνταξη σχετικών εκθέσεων και κοινοποίησή τους προς τους οργανισμούς. Αίτηση για το βραβείο μπορούν να υποβάλουν όλες οι επιχειρήσεις, που πληρούν τα προαναφερθέντα κριτήρια και έχουν την έδρα τους στις ΗΠΑ.



Σχήμα 5.3 Δομή και περιεχόμενο της τροποποίησης του Αμερικανικού Βραβείου Ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας

5.6.2 Το Ευρωπαϊκό Βραβείο για την ποιότητα

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διοίκηση Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) ιδρύθηκε το 1988, σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, EC) και με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ποιότητα (European Organization for Quality, EOQ), από δεκατέσσερα ιδρυτικά μέλη στα οποία συμπεριλαμβάνονταν σημαντικές επιχειρήσεις. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διοίκηση της Ποιότητας έχει μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα και έχει ως μέλη του τουλάχιστον 800 οργανισμούς από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένων μονάδων υγείας (Leigh et al, 2005). Στο πλαίσιο του EFQM αναπτύχθηκε το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας–Επιχειρηματικής Αριστείας (European Quality Award, EQA) το 1991, το οποίο αναθεωρήθηκε σημαντικά το 1999.

Παρά το γεγονός ότι διεξάγεται συζήτηση για την έννοια της «επιχειρηματικής αριστείας», που αντικατέστησε την έννοια «ποιότητα» (πχ. Kanji, 1998: Adebajo, 2001), το Ευρωπαϊκό Βραβείο βασίζεται στις αρχές της ΔΟΠ, στο Αμερικανικό MBNQA και το Ιαπωνικό βραβείο Deming (Hakes, 1997). Ουσιαστικά το EQA, αποτελεί και ένα πρακτικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διαφορετικούς τρόπους:

- Ως ένα εργαλείο αυτο-αξιολόγησης.
- Ως ένας τρόπος σύγκρισης λειτουργίας με άλλους οργανισμούς.
- Ως ένας οδηγός για την ανίχνευση περιοχών που χρειάζονται βελτίωση.
- Ως μία βάση για την ανάπτυξη κοινής ορολογίας και τρόπου σκέψης.
- Ως μία δομή για το σύστημα διοίκησης του οργανισμού.

Στο EQA μπορούν να ενταχθούν Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις, Μεγάλες επιχειρήσεις και Οργανισμοί του Δημοσίου Τομέα σε τρεις διακρινόμενες ως προς τις απαιτήσεις εκδόσεις: «Committed to Excellence», «Recognized for Excellence» & «European Quality Award».

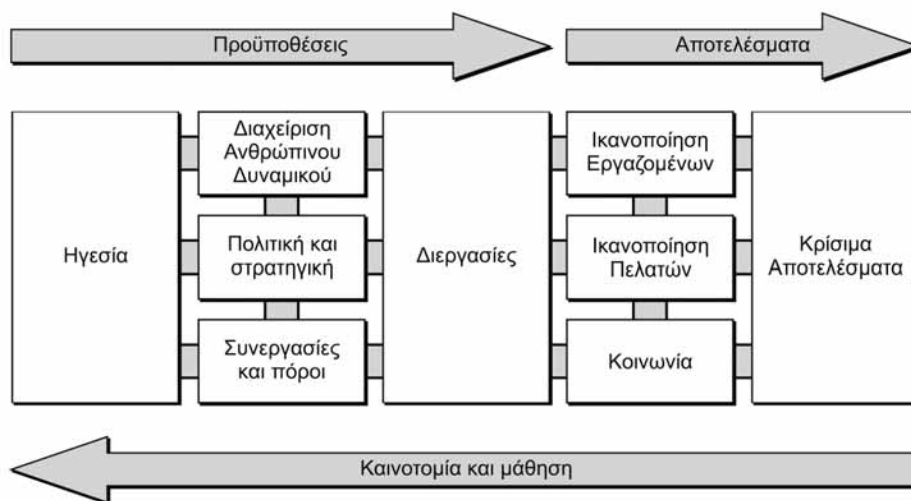
Πίνακας 5.9 Παράθεση βαρύτητας κριτηρίων του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας.

Κριτήρια Μοντέλου	Βαρύτητα
Ηγεσία	100
Πολιτική και στρατηγική	80
Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού	90
Συνεργασίες και πόροι	90
Διεργασίες - διαδικασίες	140
Άθροισμα βαθμών	500
Κριτήρια Μοντέλου	Βαρύτητα
Ικανοποίηση πελατών	200
Ικανοποίηση ανθρώπινου δυναμικού	90
Επίδραση στο κοινωνικό σύνολο	60
Κρίσιμα Αποτελέσματα	150
Άθροισμα βαθμών	500

Το μοντέλο βασίζεται σε εννέα κριτήρια, που αντανακλούν τις βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Πέντε από αυτά αποτελούν «προϋποθέσεις» (enablers) και τέσσερα αποτελούν τα «αποτελέσματα» (results). Τα κριτήρια – προϋποθέσεις καλύπτουν το τι κάνει ένας οργανισμός στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Βραβείου ποιότητας, ενώ τα κριτήρια – αποτελέσματα καλύπτουν τα αποτελέσματα που μπορεί να προσδοκά. Τα «αποτελέσματα» οφείλονται στις «προϋποθέσεις» και οι «προϋποθέσεις», βελτιώνονται από την ανατροφοδότηση μέσω των «αποτελεσμάτων». Ο κύριος συλλογισμός του μοντέλου είναι ότι: «Άριστα αποτελέσματα με σεβασμό στη Λειτουργία, στους Πελάτες, στους Εργαζόμενους και την Κοινωνία επιτυγχάνονται μέσω Ηγεσίας που καθοδηγείται από Πολιτική και Στρατηγική, η οποία παρέχεται από Εργαζόμενους, Συνεργασίες και Πόρους, και Διαδικασίες». Ένας ορισμένος αριθμός ποσοστιαίων σημείων ορίζει τη βαρύτητα για το κάθε ένα από

τα εννιά στοιχεία / κριτήρια του μοντέλου, αντανακλώντας τη σχετική σημαντικότητα που έχουν στην επίτευξη της «Αριστείας» (Πίνακας 5.9).

Στο Σχήμα 5-4, τα βέλη δίνουν έμφαση στη δυναμική φύση του μοντέλου, στην καινοτομία και στη μάθηση που βοηθούν στη διαμόρφωση των προϋποθέσεων ώστε να οδηγήσουν σε βελτιωμένα αποτελέσματα. Το μοντέλο είναι χωρισμένο ισοβαρώς μεταξύ προϋποθέσεων και αποτελεσμάτων. Οι προϋποθέσεις (enablers) αφορούν στο πώς ο οργανισμός προσεγγίζει κάθε μία από τις περιοχές που αναγνωρίζει. Κάθε κριτήριο «προϋποθέσεων» χωρίζεται σε ένα αριθμό μερών, τα οποία με τη σειρά τους συμπληρώνονται από έναν κατάλογο των περιοχών (areas to address). Μολονότι υπάρχουν διαδικασίες αυτο-αξιολόγησης, οι οργανισμοί απαιτείται να αξιολογούν την «Αριστεία» της προσέγγισης που χρησιμοποιούν και την έκταση της ανάπτυξής της σε όλα τα επίπεδα, περιοχές και δραστηριότητες. Τα κριτήρια «αποτελεσμάτων» επικεντρώνονται σε αποτελέσματα για την εκάστοτε χρονική στιγμή ως προς την απόδοση, τον βαθμό επίτευξης των στόχων και όπου είναι δυνατό την απόδοση των ανταγωνιστών και των καλύτερων οργανισμών. Στο Ευρωπαϊκό Βραβείο ποιότητας έχει διαμορφωθεί ειδική επιτροπή για τις υπηρεσίες υγείας με τον τίτλο «The EFQM Health Sector Group».



Σχήμα 5.4 Δομή και περιεχόμενο Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας (πηγή: www.efqm.org)

5.6.3 Συστήματα αυτο-αξιολόγησης διοικητικού έργου

Μια μονάδα υγείας, που αξιολογείται σύμφωνα με ένα μοντέλο, το οποίο προκύπτει από τα βραβεία ποιότητας, μπορεί να «μαθαίνει» από τα σφάλματα και τις παραλείψεις του παρελθόντος. Η αξιολόγηση μέσω των βραβείων ποιότητας αποτελεί «μαθησιακή» διαδικασία αυτο-ρύθμισης και μέσο ενίσχυσης της νέας δημό-

σιας διοίκησης, με ευέλικτες οργανωτικές δομές, χαρακτηριστικά αποδοτικών οργανισμών, ανάπτυξης συνεργασιών, διαμόρφωσης κουλτούρας διοίκησης ποιότητας, καθώς και ανάπτυξης υποδομών πληροφόρησης (Κουζμίν et. all, 1999).

Οι κύριοι λόγοι για την αξιολόγηση στο πλαίσιο κάποιου βραβείου ποιότητας συνδέονται είτε με την ανάγκη για αλλαγές είτε με την υποβολή υποψηφιότητας σε κάποιο βραβείο (Δερβιτσιώτης, 2001). Για παράδειγμα, τα «συμβόλαια αποδοτικότητας» στα δημόσια νοσοκομεία προέβλεπαν –με βάση τις ρυθμίσεις του Ν. 2889/01– την αξιολόγηση του έργου των διοικήσεων κάθε δεκαοκτώ μήνες. Σύμφωνα με τα παραπάνω, διαμορφώθηκε το πλαίσιο αξιολόγησης που συμπεριλαμβάνει τα εξής (Κωσταγιόλας και Πλατής, 2005): α) ανάπτυξη προτύπων απόδοσης (κλίμακα) πάνω σε σημαντικές περιοχές δράσης, β) γνωστοποίηση των προτύπων αυτών προς τους Διοικητές, με στόχο την αποδοχή ή την προσαρμογή τους, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της απόδοσής τους, γ) τεκμηριωμένη αυτό-αξιολόγηση της απόδοσης έναντι αυτών των προτύπων και δ) από κοινού ανάπτυξη πλάνου δράσης για την υπέρβαση των σημείων μειονεξίας και την ενδυνάμωση των σημείων υπεροχής.

Το έντυπο αξιολόγησης βασίζεται στη φιλοσοφία των βραβείων ποιότητας και παρουσιάζεται στο Παράρτημα Ι. Οι κύριες ενότητες του ερωτηματολογίου είναι α) ηγετικό προφίλ, β) διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, γ) βελτίωση της εξυπηρέτησης του πολίτη, δ) διαδικασίες παροχής υπηρεσιών, ε) μέτρηση και βελτίωση βασικών δεικτών παραγωγικότητας, στ) ποιότητα υποστηρικτικών υπηρεσιών, η) υποδομές, ζ) οικονομικά αποτελέσματα, θ) ανάπτυξη συνεργασιών, ι) σχέσεις με εποπτεύουσες αρχές και ελεγκτές. Τα παραπάνω κριτήρια συνδέονται με συναφείς περιοχές δράσης και διαγνωστική ανάλυση τύπου S.W.O.T. (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Οι περιοχές δράσης είναι ενδεικτικές και είναι δυνατόν να εμπλουτισθούν, εφόσον παραμένουν συναφείς με τα κριτήρια.