

# Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στην οργάνωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Πέτρος Κολοβός  
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Παναγιώτα Σουρτζή  
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Τομέας Δημόσιας Διοίκησης

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας, αν και χρονολογείται από πολύ νωρίς, έχει προσελκύσει το επιστημονικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, αφού κανένα υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να υποστηρίξει όλες τις υπηρεσίες που θα ήθελε να προσφέρει. Επιδιώκει τη δικαιοσύνη στην κατανομή των πόρων στη φροντίδα υγείας και, για το λόγο αυτό, στοχεύει στην υιοθέτηση δίκαιων και νόμιμων μηχανισμών και διαδικασιών λήψης μιας απόφασης. Οι συμμετέχοντες στη διαδικασία λήψης απόφασης, τα κριτήρια βάσει των οποίων θα ληφθεί η απόφαση, η μελέτη των εναλλακτικών δυνατοτήτων και η εφαρμογή της κατάλληλης μεθόδου αποτελούν τα κύρια συστατικά της διαδικασίας. Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στον υγειονομικό σχεδιασμό βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων σε πολλές χώρες, ενώ η Ολλανδία, το Όρεγκον των ΗΠΑ, η Σουηδία, η Νέα Ζηλανδία και η Αγγλία έχουν εφαρμόσει πολιτικές για την αντιμετώπιση των διλημάτων που ανακύπτουν κατά την κατανομή των πόρων στην υγεία. Έχουν δημοσιευτεί πολλά άρθρα για τις προτεραιότητες στη φροντίδα υγείας, ενώ το επιστημονικό ενδιαφέρον

# Priority setting in the planning of health care services

Petros Kolovos  
HV, RN, BSc, MSc

Panayota Sourtzi  
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Department of Public Health, University of Athens, Athens, Greece

Faculty of Nursing, University of Athens,  
Public Health Sector

**ABSTRACT** Priority setting in health care is not a novelty but it is an issue of growing scientific importance during the last decades because no health care system can afford to pay for every service it wishes to provide. A goal of priority setting is justice in health care resource allocation; that is, it is based on fair and legitimate mechanisms and processes in decision-making. Participants in decision-making process, criteria, alternatives and the appropriate methods are some of the basic components of the priority setting process. Prioritization of health care planning is on government agendas across the world. Some places, like the Netherlands, Oregon (USA), New Zealand, Sweden and the United Kingdom, have carried out ambitious efforts to cope with the dilemmas of resource allocation in health care. Several articles have been published, about prioritization in the planning of health care services whereas some researchers have studied the attitudes to health care priority setting among managers, politicians, providers, users and the general public. The common denominator of the empirical studies is that there are substantial differences

επικεντρώνεται και στη μελέτη των απόψεων όσων σχεδιάζουν, παρέχουν ή λαμβάνουν υπηρεσίες αναφορικά με την ιεράρχηση υγειονομικών προτεραιοτήτων· κοινό συμπέρασμα όλων αυτών των μελετών είναι ότι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες προσεγγίζουν διαφορετικά το θέμα των προτεραιοτήτων.

#### Λέξεις-κλειδιά:

- Υγειονομικός σχεδιασμός • Λήψη απόφασης
- Προσδιορισμός προτεραιοτήτων • Κατανομή πόρων

#### Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Πέτρος Κολοβός

Εηροκάμπι Δ. Φάριδος, 230 54 Λακωνία

E-mail: petroskolovos@yahoo.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε σύστημα υγείας είναι υποχρεωμένο να αποφασίζει και να επιλέγει πού θα κατανείμει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία του πληθυσμού, στον οποίο απευθύνεται. Η επιλογή αυτή γίνεται ανάμεσα σε ανταγωνιζόμενες δραστηριότητες/προγράμματα φροντίδας υγείας και ομάδες χρηστών/καταναλωτών.<sup>1</sup> Ποιες υπηρεσίες υγείας θα αναπτύξει το κράτος; Σε ποιους τύπους ασθενών και ασθενειών θα δώσει προτεραιότητα; Στις μεταμοσχεύσεις της καρδιάς; Στη φροντίδα των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων; Στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα ή στη βοήθεια των νέων που πάσχουν από AIDS; Τα ερωτήματα αυτά αποτελούν ένα μόνο μέρος των αποφάσεων που αφορούν στην κατανομή των πόρων που αφιερώνονται για την υγεία.

Οι επιλογές αυτές στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από το κράτος, αντανakλούν και τις προτεραιότητες που δίνει το κάθε σύστημα σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες.

Η στρατηγική προσδιορισμού προτεραιοτήτων έχει αποκτήσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες. Ο περιορισμός των πόρων σε συνδυασμό με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες φροντίδας υγείας έχει οδηγήσει όσους εμπλέκονται με τον υγειονομικό σχεδιασμό να αναζητούν τρόπους για έναν περισσότερο σαφή, συστηματικό και καλά τεκμηριωμένο προσδιορισμό προτεραιοτήτων. Η ανάγκη μιας νέας πολιτικής καθορισμού προτεραιοτήτων αποτελεί απάντηση στην ανεπάρκεια της

in the way the different groups have approached the issue of prioritization health services.

#### Key words:

- Health planning • Decision-making
- Priority setting • Resource allocation

#### Corresponding author

Petros Kolovos

Xirotaki D. Pharidos, GR-230 54 Lakonia, Greece

E-mail: petroskolovos@yahoo.gr

ήδη υπάρχουσας μεθοδολογίας (λίστες αναμονής, η γνώμη του «ειδικού»).

Τα κριτήρια βάσει των οποίων θα ληφθεί η απόφαση, η μελέτη των εναλλακτικών δυνατοτήτων, οι συμμετέχοντες στη διαδικασία λήψης απόφασης και η υιοθέτηση της κατάλληλης μεθοδολογίας αποτελούν τα συστατικά στοιχεία της στρατηγικής αυτής.

Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της μελέτης του σχεδιασμού για την κατανομή των πόρων σε μια κοινωνία και περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:<sup>2</sup> την αποτίμηση των διαθέσιμων πόρων (resource evaluation), τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων (priority setting), τη διαδικασία λήψης απόφασης (decision making) και την κατανομή των πόρων (resource allocation).

Ένα Σύστημα Υγείας διακρίνεται ή αξιολογείται σύμφωνα με την απόδοσή του ως προς ορισμένες κύριες μεταβλητές, που είναι η ισοτιμία, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και η κοινωνική συνοχή. Η έννοια της ισοτιμίας ερμηνεύεται μέσα από πολλές προσεγγίσεις (ισοτιμία ως προς τις δαπάνες ανά κεφαλή, ισοτιμία ως προς τις εισροές ανά κεφαλή κ.ά.). Ανεξάρτητα από τις προσεγγίσεις αυτές, η ισοτιμία που παράγει ένα σύστημα υγείας πρέπει να περιλαμβάνει δύο διαστάσεις, την ισοτιμία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ισοτιμία στην οικονομική επιβάρυνση. Η ισοτιμία στην οικονομική επιβάρυνση εξαρτάται από τις πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή από την κοινωνική ομάδα από την οποία αντλούνται τα έσοδα του συστήματος υγείας.

Όσον αφορά στην ισοτιμία στην πρόσβαση, υπάρχουν δύο έννοιες, οι οποίες συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες και αποτελούν αντικείμενο συζητήσεων στη διεθνή βιβλιογραφία. Η μια αφορά στην ελεγχόμενη διανομή (rationing), δηλαδή το ποιος έχει το δικαίωμα σε κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις και σε πόσες. Με την έννοια αυτή, η ελεγχόμενη διανομή απευθύνεται στη Ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Η δεύτερη έννοια της ισοτιμίας στην πρόσβαση αφορά στις προτεραιότητες (priority setting), δηλαδή στην απόφαση σχετικά με τον καθορισμό κάποιου «πακέτου» υπηρεσιών που θα παράγει το σύστημα κατά προτεραιότητα. Με την έννοια αυτή, οι προτεραιότητες αναφέρονται στην Προσφορά.<sup>3</sup>

Μερικοί συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο προσδιορισμός προτεραιοτήτων (priority setting) εναλλακτικά με τον όρο ελεγχόμενη διανομή (rationing) και οι δύο όροι αναφέρονται στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, από διαφορετική όμως πλευρά ο κάθε ένας (priority setting-προσφορά, rationing-ζήτηση). Κάποιοι άλλοι συγγραφείς, με τον όρο priority setting αναφέρονται σε αποφάσεις που λαμβάνονται για την κατανομή των πόρων σε εθνικό επίπεδο (μακρο-επίπεδο), ενώ με τον όρο rationing αναφέρονται στις αποφάσεις σε επίπεδο ατόμου (μικρο-επίπεδο), που συνήθως γίνεται από τους προμηθευτές φροντίδας υγείας. Τέλος, αναφέρεται και το μεσαίο επίπεδο απόφασης, που αφορά στην κατανομή των πόρων σε επίπεδο περιφέρειας-οργανισμού.<sup>4-6</sup>

Ο Klein<sup>1</sup> υποστηρίζει ότι οι αποφάσεις μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας του τομέα υγείας λαμβάνονται σε πέντε επίπεδα, κοινά σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας. Αυτά είναι:

- Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας σε σχέση με άλλους τομείς της κοινωνίας
- Η κατανομή των διατιθέμενων προϋπολογισμών ανάμεσα σε γεωγραφικές περιοχές και υπηρεσίες φροντίδας υγείας
- Η κατανομή των πόρων ανάμεσα σε επιμέρους τομείς παρεμβάσεων
- Η επιλογή για το ποιες ομάδες ασθενών θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας
- Η λήψη απόφασης για το πόσοι από τους πόρους θα διατεθούν σε μεμονωμένους ασθενείς.

Εκτός από τα διαφορετικά επίπεδα προσδιορισμού προτεραιοτήτων, διάκριση υφίσταται ανάμεσα και στις επιλογές είτε μεταξύ παρεμβάσεων για διαφορετικές περιπτώσεις φροντίδας υγείας είτε μεταξύ παρεμβάσεων για την ίδια νοσολογική οντότητα. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε τον οριζόντιο προσδιορισμό προτεραιοτήτων (horizontal priority setting), ενώ στη δεύτερη τον κάθετο (vertical priority setting). Ο οριζόντιος προσδιορισμός προτεραιοτήτων είναι μια επίπονη διαδικασία για τα συστήματα υγείας, αφού δεν υπάρχει ένα κοινό μέτρο σύγκρισης του κόστους και του οφέλους κάθε μιας παρέμβασης. Οι αναφορές από τη βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας, αν και παρέχουν κάποιες λύσεις (κόστος ανά ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής), δεν επαρκούν για να καλύψουν τις απαιτήσεις της διαδικασίας του προσδιορισμού, παρά τις αντίθετες απόψεις των εκπροσώπων τους.<sup>1</sup>

Υπό το πρίσμα όλων των παραπάνω, σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση της στρατηγικής του προσδιορισμού προτεραιοτήτων στον υγειονομικό σχεδιασμό και η περιγραφή εμπειρικών δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας συμβαδίζει σχεδόν με την ανάπτυξη και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, μιας και επιλογές ανάμεσα σε ασθενείς και θεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονταν από πολύ νωρίς· οι μέθοδοι όμως που χρησιμοποιούνταν διέφεραν τόσο χρονικά όσο και από χώρα σε χώρα.<sup>7</sup> Παραδοσιακά, ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων «ανήκε» στους γιατρούς· αργότερα, μέρος της ευθύνης ανέλαβαν και οι διαχειριστές (administrators/managers) των υγειονομικών συστημάτων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη κινητοποίηση και των ίδιων των καταναλωτών και των χρηστών για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που τους αφορούν άμεσα ή έμμεσα.<sup>8</sup>

Η στρατηγική αυτή έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα σημαντική στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών για την υγεία τις τελευταίες δεκαετίες, αφού κανένα υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να υποστηρίξει όλες τις υπηρεσίες που θα ήθελε να προσφέρει. Αποτελεί δε πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες,

ιδίως τις αναπτυγμένες. Η λήψη της κατάλληλης απόφασης γίνεται όλο και πιο δύσκολη, καθώς το χάσμα ανάμεσα στη ζήτηση και τους διαθέσιμους πόρους μεγαλώνει.<sup>5</sup>

Απώτερος σκοπός του προσδιορισμού προτεραιοτήτων είναι η βέλτιστη δυνατή χρήση των σπάνιων πόρων. Επιδιώκει τη δικαιοσύνη στην κατανομή των πόρων και στοχεύει, για το λόγο αυτό, στην υιοθέτηση δίκαιων και νόμιμων μηχανισμών και διαδικασιών λήψης μιας απόφασης.<sup>9</sup> Έχουν προταθεί διάφορες προσεγγίσεις, ωστόσο η διεθνής εμπειρία αποκαλύπτει τη δυσκολία που υπάρχει προκειμένου να επιτευχθεί συμφωνία για το ποιες αρχές θα χρησιμοποιηθούν στον προσδιορισμό προτεραιοτήτων.<sup>10</sup>

Οι φιλοσοφικές θεωρίες της δικαιοσύνης (θεωρίες ωφελισμού, κοινωνικής ισότητας) οδηγούν σε διαφορετικά αποτελέσματα και δεν υπάρχει συμφωνία για το ποια θεωρία είναι και η πιο σωστή. Οι οικονομικές προσεγγίσεις (π.χ. μελέτες κόστους-αποτελέσματος) εστιάζουν στο κόστος και το όφελος, αγνοώντας τις ηθικές διαστάσεις (ισότητα, δικαιοσύνη, αλληλεγγύη) στην παροχή φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οι μελέτες αυτές παρέχουν αναγκαίες αλλά όχι επαρκείς πληροφορίες, ενώ δεν είναι πάντα διαθέσιμες όταν χρειάζονται. Οι νομικές προσεγγίσεις προσδιορίζουν τι θεωρείται μη αποδεκτό στη φροντίδα υγείας (διακρίσεις, ανισότητες), όχι όμως και ποιο είναι το δίκαιο στην κατανομή των πόρων. Οι προσεγγίσεις που αναφέρονται στην οργανωσιακή κουλτούρα των οργανισμών φροντίδας υγείας υποστηρίζουν ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και τη φιλοσοφία του κάθε οργανισμού (αποστολή, σκοποί, στόχοι), χωρίς όμως να προσδιορίζουν και τον τρόπο που θα επιτευχθεί αυτό.<sup>9,10</sup>

Οι προσπάθειες για σαφή προσδιορισμό προτεραιοτήτων έχουν οδηγηθεί σε αδιέξοδο, αφού δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα διλήμματα που ανακύπτουν κατά τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων, ενώ τις περισσότερες φορές οι αποφάσεις στηρίζονται σε δεδομένα του παρελθόντος (προϋπολογισμοί προηγούμενων ετών, ανεπαρκής προσδιορισμός αναγκών) καθώς και σε πολιτικές συμφωνίες και διαπραγματεύσεις.<sup>1</sup>

Στη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας έγιναν πολλές κυβερνητικές προσπάθειες με σκοπό να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της διαφάνειας στην κατανομή των πόρων· για το λόγο αυτό, υιοθετήθηκαν πολιτικές προσδιορισμού προτεραιοτήτων, τη βάση των οποίων

αποτελέσαν η συστηματική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, η τεκμηριωμένη κλινική πρακτική, αλλά και η διερεύνηση της συμμετοχής ειδικών και μη ειδικών στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων.<sup>1</sup>

Με τη συμμετοχή και άλλων πληθυσμιακών ομάδων στον υγειονομικό σχεδιασμό (απλοί πολίτες, χρήστες συγκεκριμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, επιμέρους κοινωνικές ομάδες), οι διαδικασίες λήψης των αποφάσεων τροφοδοτούνται με απόψεις και εμπειρίες που συμβάλλουν σε μια πιο ολοκληρωμένη, ισότιμη και ηθικά αποδεκτή προσέγγιση των προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας.<sup>8</sup>

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας<sup>10-14</sup> προκύπτει ότι έχουν προταθεί διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις προσδιορισμού προτεραιοτήτων στην οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Απώτερος σκοπός κάθε μιας μεθόδου είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους για το σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια των διατιθέμενων πόρων. Στις μεθόδους αυτές ανήκουν:

- Η εκτίμηση των αναγκών φροντίδας υγείας (needs assessments)
- Η παροχή ενός βασικού επιπέδου/«πακέτου» υπηρεσιών (core services)
- Η κοινωνικοοικονομική αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας· οι κυριότεροι τύποι οικονομικής ανάλυσης που περιλαμβάνονται στην κατηγορία αυτή είναι:
  - Η ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis)
  - Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis)
  - Η ανάλυση κόστους-αποτελέσματος (cost-effectiveness analysis)
  - Ο δείκτης των ποιοτικών σταθμισμένων ετών ζωής (quality adjusted life years, QALYs)
- Ο προϋπολογιστικός σχεδιασμός και η διερεύνηση του οριακού κόστους και οφέλους στη φροντίδα υγείας (program budgeting and marginal analysis, PBMA)
- Το πλαίσιο «υποχρέωση για το εύλογο» (accountability for reasonableness), που αποτελεί τη μεθοδολογική

βάση για την εξασφάλιση δικαιοσύνης στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων σε επίπεδο οργανισμού.

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Ο προσδιορισμός των κριτηρίων αποτελεί βασική προϋπόθεση στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Τα κριτήρια λειτουργούν ως οδηγός αξιολόγησης των προσφερόμενων επιλογών και καθορίζουν τις αρχές βάσει των οποίων θα ληφθούν οι τελικές αποφάσεις. Πρέπει να αντανακλούν τη φιλοσοφία οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων φροντίδας υγείας (σκοποί και στόχοι των υγειονομικών συστημάτων), καθώς και τις αξίες του κοινωνικού συνόλου στο οποίο και απευθύνονται.<sup>11</sup>

Τα κριτήρια που έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες προσδιορισμού προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:<sup>1,5,15</sup>

- Κριτήρια που σχετίζονται με τον ασθενή: ηλικία, τόπος κατοικίας, κοινωνική θέση, επάγγελμα, θρησκεία και η ευθύνη του ίδιου του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του (κάπνισμα, παχυσαρκία, κατάχρηση αλκοόλ κ.ά.)
- Κριτήρια που σχετίζονται με τη νοσολογική οντότητα: κόστος φροντίδας, όφελος, κόστος-αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, σοβαρότητα της κατάστασης, πρόγνωση, ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, παράγοντες κίνδυνου
- Κριτήρια που σχετίζονται με την κοινωνική διάσταση της φροντίδας υγείας: ισότητα στην πρόσβαση, σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αλληλεγγύη, ανταποκρισιμότητα του συστήματος φροντίδας υγείας, συμφωνία με τις αρχές των πολιτικών υγείας (σε εθνικό και διεθνές επίπεδο).

Η Επιτροπή Dunning προτείνει τέσσερα κριτήρια «φίλτρα» για τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων στο Ολλανδικό σύστημα υγείας.<sup>16</sup>

Τα κριτήρια αυτά είναι:

- Η παροχή αναγκαίας φροντίδας-necessary care
- Η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας-effective care
- Η αποδοτικότητα στην παροχή φροντίδας υγείας-efficient care
- Η ανάληψη της ατομικής ευθύνης για τη φροντίδα-individual responsibility.

### ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αν και η έννοια του προσδιορισμού προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας χρονολογείται από το 1979, μόλις στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας υιοθετήθηκαν σε αρκετές χώρες κατάλληλες πολιτικές, ενώ συγχρόνως δημοσιεύτηκαν πολλά άρθρα και πραγματοποιήθηκαν αρκετές μελέτες σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, πλουτίζοντας έτσι τη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>7,17</sup> Η υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στην ιεράρχηση υγειονομικών προτεραιοτήτων αποτελεί κοινή πρακτική σε όλες αυτές τις αναφορές, με ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή των απλών πολιτών· ο Oddsson<sup>18</sup> αναφέρει ότι η διαδικασία του προσδιορισμού προτεραιοτήτων δεν μπορεί να μελετηθεί ανεξάρτητα από τη λειτουργία της «κοινότητας».

Τα αποτελέσματα των μελετών από διάφορες χώρες ποικίλλουν, καθώς επηρεάζονται από παράγοντες όπως η πολιτική και πολιτειακή δομή και οργάνωση, η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος, η λειτουργία των ασφαλιστικών οργανισμών και εταιρειών, η (διεθνής και εθνική) βιομηχανία φαρμάκων, το πολιτιστικό υπόβαθρο των κοινωνικών ομάδων, καθώς και οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση. Διαφορές όμως εντοπίζονται και ανάμεσα στις επιμέρους πλευρές που συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων.

Κοινό συμπέρασμα όλων αυτών των μελετών είναι ότι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες προσεγγίζουν διαφορετικά το θέμα των προτεραιοτήτων, με αποτέλεσμα οι ανάγκες και προσδοκίες που εκφράζουν να έρχονται συχνά σε αντίθεση μεταξύ τους.<sup>7,19</sup>

Κριτήρια που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων σε επίπεδο ατόμου (μικρο-επίπεδο) είναι η ηλικία, η σοβαρότητα της κατάστασης, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, η ποιότητα ζωής για τον ασθενή και η ευθύνη των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους. Αντίθετα, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και ο χρόνος αναμονής δεν θα πρέπει να επηρεάζουν την παροχή φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούν απόψεις απλών πολιτών (general public) και προκύπτουν από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.<sup>4</sup>

Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων με βάση την ηλικία του ασθενούς έχει προκαλέσει έντονο προβληματισμό στα Εθνικά Συστήματα Υγείας. Υπάρχουν αναφορές όπου οι πολίτες υποστηρίζουν ότι οι μικρότερες ηλικιακές ομάδες πρέπει να ευνοούνται από τις παροχές των υγειονομικών συστημάτων, ενώ σε μια μελέτη οι ίδιοι

οι ηλικιωμένοι πιστεύουν πως πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στους νέους.<sup>4,17</sup> Προτεραιότητα στις νεότερες ηλικιακές ομάδες δίνουν, σύμφωνα με μια μελέτη του Πανεπιστημίου του Κυορίο της Φινλανδίας, και οι νοσηλεύτες, καθώς και οι νεότεροι ηλικιακά (45 ετών και κάτω) γιατροί και πολιτικοί.

Επιπλέον, η ευθύνη του ίδιου του ατόμου (self-induced nature of the disease) για την κατάσταση της υγείας του –με την υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορών– ως κριτήριο για την παροχή φροντίδας υγείας, προκαλεί έντονους ηθικά προβληματισμούς. Αν και η πλειοψηφία των μελετών<sup>4,20,21</sup> δεν δίνουν προτεραιότητα σε αυτή την ομάδα των χρηστών (ενώ σε άλλες μελέτες οι απόψεις δίστανται<sup>17</sup>), οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι το κριτήριο αυτό δεν πρέπει να αποτελεί τη βάση για τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων.

Στις περισσότερες μελέτες,<sup>4,17,19–21</sup> οι πολίτες θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα των δημοσίων συστημάτων τις παρεμβάσεις που αποδεικνύονται «σωτήριες» για τη ζωή των ανθρώπων (life saving treatments-acute interventions), ενώ οι υπηρεσίες πρόληψης (δοκιμασίες διαλογής, εμβολιασμοί) βρίσκονται ανάμεσα στις πρώτες προτιμήσεις τους. Ακολουθεί η φροντίδα των χρονίως πασχόντων και των ψυχικά ασθενών και στη χαμηλότερη θέση των προτεραιοτήτων βρίσκονται ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αγωγή υγείας. Επιπλέον, οι πολίτες υποστηρίζουν ότι η παροχή φροντίδας υγείας πρέπει να βασίζεται στη χρήση υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, γεγονός που βρίσκει αντίθετη την ιατρική κοινότητα.

Σε αντίθεση με τις απόψεις των πολιτών, οι προμηθευτές φροντίδας υγείας δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών, των χρονίως πασχόντων και στη φροντίδα υγείας στην κοινότητα.<sup>4,17,20,21</sup>

Διαφορές όμως εντοπίζονται και ανάμεσα στις επιμέρους ιατρικές ειδικότητες. Στη μελέτη των Bowling et al,<sup>20</sup> οι γιατροί δημόσιας υγείας θέτουν σε μεγαλύτερη προτεραιότητα στον υγειονομικό σχεδιασμό την αγωγή υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη φροντίδα των ατόμων με ειδικές ικανότητες, αντίθετα απ' ό,τι υποστηρίζουν άλλες ιατρικές ειδικότητες.

Τέλος, οι υπηρεσίες για τη γονιμότητα, την αισθητική χειρουργική και οι παρεμβάσεις εναλλακτικής ιατρικής βρίσκονται στις χαμηλότερες προτιμήσεις όλων των ερωτώμενων σε πολλές μελέτες.<sup>4</sup>

Οι διαφορές στις προτεραιότητες ανάμεσα στις ομάδες των ερωτώμενων τεκμηριώνονται σε αρκετές με-

λέτες<sup>16,17,20</sup> και αντανακλούν τον τρόπο που η κάθε πλευρά προσεγγίζει την αυξημένη ζήτηση και τους περιορισμένους πόρους που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας.<sup>7,16,22</sup>

Σύμφωνα με τη μελέτη των Stronks et al,<sup>16</sup> το ιατρικό σώμα πιστεύει ότι το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχει ένα σύστημα υγείας είναι απαραίτητο. Οι γενικοί γιατροί υποστηρίζουν ότι θα εξασφαλιζόνταν περισσότεροι πόροι εάν περιοριζόταν η πρόσβαση μόνο σε αυτούς που πραγματικά έχουν ανάγκη και σε αυτούς που αδυνατούν να καταβάλλουν τις απαιτούμενες εισφορές. Οι κλινικοί γιατροί, από την άλλη πλευρά, πιστεύουν ότι το κόστος του υγειονομικού τομέα θα μειωθεί εάν αυξηθεί η αποδοτικότητά του και αποτραπεί η ακατάλληλη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Οι ομάδες των ασθενών, με τις απαντήσεις τους, δίνουν έμφαση στη φροντίδα των χρονίως πασχόντων, ενώ απορρίπτουν υπηρεσίες πρόληψης και επείγουσας φροντίδας.<sup>16</sup> Οι πολίτες αποκλείουν από τα δημόσια συστήματα υπηρεσίες για τις οποίες ο κάθε πολίτης μπορεί να πληρώσει· ενθαρρύνουν την ανάληψη ατομικής ευθύνης τόσο για την υγεία (υιοθέτηση μη επιβλαβών συμπεριφορών) όσο και για το κόστος των συστημάτων (αποφυγή αλόγιστης χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας), ενώ προτείνουν και τη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (co payment).<sup>16</sup>

Στη μελέτη των Ryyanen et al,<sup>7</sup> οι γιατροί και οι πολιτικοί προτείνουν την αύξηση των αμοιβών των προμηθευτών ως τη βάση για τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων, γεγονός που βρίσκει αντίθετους τους νοσηλεύτες και το ευρύτερο κοινό· οι πρώτοι προτείνουν τον περιορισμό των δαπανηρών θεραπευτικών παρεμβάσεων και εργαστηριακών εξετάσεων, ενώ οι δεύτεροι δεν συμφωνούν με κανένα είδος περιορισμού των παροχών από τα δημόσια συστήματα.

Αν και οι προσδοκίες των πολιτών από τα δημόσια συστήματα φροντίδας υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές, συχνά έρχονται σε αντίθεση με τις περισσότερες «μετριοπαθείς» απόψεις των υπευθύνων για τον υγειονομικό σχεδιασμό<sup>6,22</sup> και δεν καταλήγουν πάντα σε μια κοινή πολιτική προσδιορισμού προτεραιοτήτων· εντούτοις, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα σχεδιασμού (π.χ. Συμβούλιο Υγείας), μιας και αντανακλούν τη γνώμη όλων αυτών που επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από την ιεράρχηση των υγειονομικών προτεραιοτήτων.<sup>16</sup>

### ΠΟΙΟΙ ΤΕΛΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι υπάρχει περιθώριο για μεγαλύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων για την κατανομή των πόρων στη φροντίδα υγείας. Εκτός των υπευθύνων για το σχεδιασμό των υγειονομικών συστημάτων, προμηθευτές φροντίδας υγείας, εκπρόσωποι της πολιτικής εξουσίας, ομάδες ασθενών και απλοί πολίτες πρέπει να έχουν κάποιο λόγο στον καθορισμό υγειονομικών προτεραιοτήτων.

Αν και οι πολίτες επιθυμούν οι απόψεις τους να συνεισφέρουν στη λήψη των αποφάσεων, πιστεύουν ότι το υγειονομικό προσωπικό στο σύνολό του πρέπει να έχει τον πρώτο λόγο στον καθορισμό προτεραιοτήτων. Σε αντίθεση με τους γιατρούς, οι πολίτες δεν εμπιστεύονται άλλες ομάδες (διαχειριστές, πολιτικούς), ενώ οι ίδιοι αισθάνονται ανεπαρκείς για έναν τέτοιο ρόλο. Οι γιατροί, από την πλευρά τους, προτιμούν οι εκπρόσωποι της πολιτικής εξουσίας να έχουν μεγαλύτερη επιρροή σε θέματα κατανομής των πόρων σε εθνικό επίπεδο και να αναλαμβάνουν την ευθύνη του αποκλεισμού συγκεκριμένων παρεμβάσεων από τα δημόσια συστήματα.<sup>4,19,23,24</sup>

Σε μια μελέτη του ο Leneghar<sup>19</sup> υποστηρίζει ότι οι πολίτες συμφωνούν να συμμετέχουν σε θέματα προσδιορισμού ηθικών και δεοντολογικών αρχών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων καθώς και για την εκτίμηση των αναγκών φροντίδας υγείας του πληθυσμού, αλλά για τα πιο σύνθετα ζητήματα (μελέτες οικονομικής αξιολόγησης, εκτίμηση κλινικών αποφάσεων) οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους ειδικούς.

Η ανάλυση των δεδομένων από μια μελέτη του Ευρωβαρόμετρου το 1998 σε έξι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ολλανδία, Αγγλία και Σουηδία) για το ποιος πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη των προτεραιοτήτων, επιβεβαιώνει τα παραπάνω αποτελέσματα.<sup>4</sup> Η ιατρική κοινότητα κατέχει την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των πολιτών σε όλες τις χώρες. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται ο γενικός πληθυσμός για την Ολλανδία, τη Γερμανία και την Αγγλία, ενώ για τη Σουηδία οι διαχειριστές των υγειονομικών συστημάτων υπερέρχουν με μια μικρή διάφορα έναντι του γενικού πληθυσμού· στη Γαλλία και την Ιταλία υπάρχει μια ξεκάθαρη προτίμηση υπέρ των διαχειριστών στη δεύτερη θέση. Οι προτιμήσεις των πολιτών για την ανάληψη ευθύνης από την πλευρά των εκπροσώπων της πολιτικής εξουσίας (σε εθνικό και τοπικό επίπεδο) και των νοσηλευτών στην κατανομή των πόρων, δεν παρουσιάζουν κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, η συμμετοχή κάθε πλευράς αποτελεί μια μοναδική εισροή στη διαδικασία προσδιορισμού υγειονομικών προτεραιοτήτων και εγγυάται τη διαφάνεια στη λήψη των αποφάσεων και τη δικαιοσύνη στην κατανομή των περιορισμένων πόρων στην παροχή φροντίδας υγείας στον 21ο αιώνα.

### Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Στη βιβλιογραφία για την οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων, έχουν μελετηθεί πέντε δυνατές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης μέσα στο πλαίσιο των διατιθέμενων πόρων. Αυτές είναι:<sup>1,25</sup>

- Η ενίσχυση της χρηματοδότησης του τομέα υγείας
- Ο έλεγχος (συγκράτηση) της ζήτησης (συμμετοχή στο κόστος) ή της προσφοράς υπηρεσιών
- Η μη χρηματοδότηση υπηρεσιών που έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές ή η εισαγωγή εναλλακτικών επιλογών (περισσότερο αποτελεσματικών)
- Η αύξηση της αποδοτικότητας των υγειονομικών συστημάτων
- Η υιοθέτηση μηχανισμών που οδηγούν σε συστηματικό και καλά τεκμηριωμένο προσδιορισμό προτεραιοτήτων.

Με εξαίρεση τη Μ. Βρετανία και τη Γερμανία, που υιοθέτησαν επιτυχώς πολιτικές συγκράτησης της προσφοράς (σφαιρικοί προϋπολογισμοί), οι τέσσερις πρώτες προσεγγίσεις δεν φαίνεται να έχουν συμβάλει ουσιαστικά στη συγκράτηση των δαπανών στην παροχή φροντίδας ούτε και στη μείωση των ανισοτήτων. Αντίθετα, ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων φαίνεται να έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και αποτελεί κεντρικό άξονα πολιτικής σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες (Αγγλία, Σουηδία, Ν. Ζηλανδία).<sup>25</sup>

Μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών, για τους οποίους το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε αρκετές χώρες της Δύσης αρνήθηκε τη χρηματοδότηση συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων είτε γιατί το κόστος ήταν μεγάλο είτε γιατί το αποτέλεσμα ήταν αμφίβολο, έφεραν το θέμα του προσδιορισμού προτεραιοτήτων στο επίκεντρο των συζητήσεων στα συστήματα αυτά.<sup>1</sup> Σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις έγινε εμφανής η ανάγκη για σαφή προσδιορισμό προτεραιοτήτων, ενώ συγχρόνως επιβεβαιώθηκαν και οι δυσκολίες που χαρακτηρίζουν τη διαδικασία λήψης της κατάλληλης κάθε φορά απόφασης.

Τα συστήματα υγείας στο Όρεγκον των ΗΠΑ, τη Νέα Ζηλανδία, τη Σουηδία, την Ολλανδία και την Αγγλία είναι

από τα πρώτα Εθνικά Συστήματα που υιοθέτησαν πολιτικές για να αντιμετωπίσουν τα διλήμματα των προτεραιοτήτων. Η μελέτη της εμπειρίας αυτής αποκαλύπτει την ποικιλία των μεθοδολογικών προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί (η υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, η συστηματική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, η λίστα υπηρεσιών φροντίδας υγείας/θεραπευτικών παρεμβάσεων και η εξασφάλιση ενός ελάχιστου «πακέτου» υπηρεσιών). Κεντρικός άξονας των προσεγγίσεων αυτών αποτελεί η υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στη λήψη των αποφάσεων, μιας και η συμβολή των απόψεων και εμπειριών και άλλων πλευρών (προμηθευτές φροντίδας υγείας, απλοί πολίτες, ασθενείς) θεωρείται απαραίτητη για την ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων που διατίθενται για την υγεία.<sup>19</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σχεδιασμός πολιτικής για την υγεία και η εφαρμογή μιας κατάλληλης στρατηγικής πρέπει να χαρακτηρίζονται από ελαστικότητα και τοπική προσαρμοστικότητα, ενώ οι εκάστοτε στόχοι φροντίδας υγείας πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις ιδιαίτερες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε χώρας και εποχής. Η διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία και η λήψη των αποφάσεων δεν πρέπει να αγνοούν τις ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις στην παροχή φροντίδας και ιδίως την αρχή της δικαιοσύνης και της ισότητας.

Σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου, οι πόροι που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη της αυξημένης ζήτησης. Η γήρανση του πληθυσμού, οι εξελίξεις στη βιοϊατρική τεχνολογία και οι υψηλές προσδοκίες των πολιτών εμφανίζονται ως οι κύριοι παράγοντες αύξησης της ζήτησης. Μια ποικιλία εθνικών πολιτικών προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες στην πρόσβαση και το πρόβλημα της αναμονής για τη λήψη της απαιτούμενης φροντίδας.

Οι αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν στο πλαίσιο λειτουργίας του τομέα υγείας είναι δύσκολες και γίνονται ακόμα πιο δύσκολες καθώς το χάσμα ανάμεσα στη ζήτηση και στους διαθέσιμους πόρους αυξάνει διαρκώς. Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων παρέχει ένα πλαίσιο (αρχές-κριτήρια) που υποστηρίζει και διευκολύνει τη λήψη της κατάλληλης κάθε φορά απόφασης. Ο σκοπός του είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των περιορισμένων πόρων, η τεκμηρίωση στη λήψη των αποφάσεων και η διαφάνεια στην εκτέλεσή τους.

Παρά το αυξανόμενο ενδιαφέρον που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στη στρατηγική του προσδιορισμού προτεραιοτήτων, δεν υπάρχει συμφωνία για τον τρόπο υλοποίησής της.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997, 42:49–66
2. <http://www.isnar.cgiar.org/priority.htm>
3. Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας*. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Αθήνα, 2004
4. Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy* 1999, 49:75–135
5. Kapiriri L, Norheim OF. *Criteria for priority setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values*. Bulletin of the World Health Organization 2004, 82
6. Tenbensel T. Interpreting public input into priority setting: the role of mediating institutions. *Health Policy* 2002, 62:173–194
7. Ryyananen OP et al. Attitudes to health care prioritization methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Soc Sci Med* 1999, 49:1529–1539
8. Κολοβός Π. *Προτεραιότητες στην οργάνωση υπηρεσιών υγείας: απόψεις επαγγελματιών υγείας και του κοινού*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2005
9. Ham C, Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy* 2001, 6:163–169
10. Martin D, Singer P. A strategy to improve priority setting in health care institutions. *Health Care Analys* 2003, 11:59–68
11. Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc* 2004, 22:3
12. Mitton C, Donaldson C. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy* 2003, 64:335–348
13. Gibson J, Martin D, Singer P. Setting priorities in health care organizations: criteria, process and parameters of success. *BMC Health Serv Res* 2004, 4:25
14. Mitton C, Donaldson C. Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in health care. *Health Serv Manage Res* 2003, 16:96–105
15. Hadorn D, Holmes A. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997, 314:131
16. Stronks K et al. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals and insurers on priorities in health care. *BMJ* 1997, 315:92–96

17. Bowling A. Health care rationing: the public's debate. *BMJ* 1996, 312:670–674
18. Oddsson K. Assessing attitude towards prioritizing in healthcare in Iceland. *Health Policy* 2003, 66:135–146
19. Wiseman V et al. Involving the general public in priority setting: experience from Australia. *Soc Sci Med* 2003, 56:1001–1112
20. Bowling A et al. Explorations in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London health district. *Soc Sci Med* 1993, 37:851–857
21. Myllykangas M et al. Comparison of doctors', nurses', politicians' and public attitudes to health care priorities. *Health Serv Res Policy* 1996, 1:212–216
22. Karlberg I, Rosen P. Opinions of Swedish citizens, health care politicians, administrators and doctors on rationing and health care financing. *Health Expect* 2002, 5:148–155
23. Martin D, Singer P, Abelson J. Participation in health care priority-setting through the eyes of the participants. *J Health Serv Res Policy* 2002, 7:222–229
24. Lees A et al. Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views. *Health Expect* 2002, 5:47–53
25. McKee M, Figueras J. For debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden. *BMJ* 1996, 312:691–694

Υποβλήθηκε: 10/6/2005

Εγκρίθηκε: 10/11/2005

---

### ΠΑΡΟΡΑΜΑ

---

Στο τεύχος 4 (Οκτώβριος–Δεκέμβριος) 2005, σελίδες 426–432, στο Γενικό άρθρο με τίτλο «Κριτήρια και Δείκτες Διασφάλισης της Ποιότητας στα Χειρουργεία Ημέρας», των Μ. Αρβανίτη, Π. Σαράφη, Ε. Πατιστέα, οι βιβλιογραφίες εκ παραδρομής δεν είναι οι σωστές. Οι σωστές είναι οι εξής:

1. Ρουμελιώτης Γ. Το χειρουργείο μιας ημέρας στον Κόσμο και στην Ελλάδα. *Επιθ Υγείας* 2001, 5:15–16,46
2. Tham C, Koh KF. Unanticipated admission after day surgery. *Sing Med J* 2002, 43:522–526
3. Chapman R. It's better by day. *Hosp Developm* 1991, 101:18–20
4. Roumeliotis Gr. *The establishment of ODS in the Greek NHS hospitals*, 1995
5. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI). *Standards of day case surgery: the anaesthetist's role in promoting high quality care*. AAGBI, London, 2001
6. Carrington S. Day surgery in Bristol. *Br J Theatre Nurs* 1996, 12–15
7. Department of Health, Australia. *Strengthening day surgery: Lessons in practice from some Australian case studies*. Sydney, Department of Health, 1999
8. Rudkin GE, Osborne GA, Doyle CE. Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital. *Med J Austr* 1993, 158:308–312
9. Department of Health, Australia. *Day surgery: Operational guide*. Sydney, Department of Health, 2002
10. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J* 2001, 74:874–881
11. Vuori H. Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Qual Rev Bull* 1987, 13:106–108
12. Hoare J. Day surgery. *Health Serv Manag* 1992, 88:12–14
13. ASGE, Committee on Outcomes Research. Quality and outcomes assessment in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000, 56:147–153
14. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Guidelines for clinical application. *Gastrointest Endosc* 1999, 45:842–844
15. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg* 1999, 81:1635–1638
16. Fitzpatrick JM, Selby TT, While AE. Patients' experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery. *Br J Nurs* 1998, 7:1107–1115
17. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999, 8:86–91
18. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002, 14:349–353
19. Groggaard B, Kimsas E, Raeder J. Wound infection in day surgery. *Scand J Car Scie* 2001, 19:109–112
20. Hunters JD, Chambers WA, Penny KI. Minor morbidity after day-case surgery. *Scott Med J* 2000, 43:54–56
21. Margovsky A. Unplanned admission in day-case surgery as a clinical indicator of quality assurance. *Austr N Zeal J Surg* 2000, 70:216–220
22. Odell MJ, Durham JS. Parotid surgery in an outpatient setting: the Vancouver Hospital experience. *J Otolaryngol* 2003, 32:298–301
23. Wong LS, Kaukuntla HK, Lam FT, Fraser IA. A survey of patient satisfaction after day case surgery. *Int J Clin Pract* 2004, 53:189–191
24. Nordin P, Zetterstrom H, Gunnarsson U, Nilsson E. Local regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomized trial. *Lancet* 2003, 362:853–858
25. O'Connor SJ, Gibbert RW, West P. Patient satisfaction with day surgery. *Austr Clin Rev* 1991, 11:143–149
26. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery - a prospective study. *Can J Anaesth* 1998, 45:612–619
27. Fougler V. Patients' views of day-case cardiac catheterization. *Prof Nurs* 1999, 12:478–480
28. Blatt A, Chen S. Day-only laparoscopic cholecystectomy in a regional teaching hospital. *ANZ J Surg* 2003, 73:321–325
29. Waghorn A, McKee M. Understanding patients' views of a surgical outpatient clinic. *J Eval Clin Pract* 2000, 6:273–279
30. Avis M. Silent partners. Patients' views about choice and decision making in a day unit. *Br J Theatre Nurs* 1992, 2:8–11
31. Fenton-Lee D, Riach E, Cooke T. Patient acceptance of day surgery. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1998, 76:332–334