



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΒ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Διακυβέρνηση Συστημάτων Υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στο εργαλείο Λογοδοσία και Διαφάνεια

Επιβλέπων:

Χρήστος Μπουρσανίδης

Σπουδάστρια:

Ιουλιανή Ζώρζου



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΑΘΗΝΑ - 2014

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποβλέπει στην συστηματική παρουσίαση των ρυθμίσεων στις οποίες έχουν προβεί δεκαπέντε επιλεγμένες χώρες προκειμένου να ενισχύσουν τα εργαλεία «διαφάνεια» και «λογοδοσία» στα εθνικά συστήματα υγείας τους. Η επιλογή των χωρών αυτών έγινε με γνώμονα την όσο το δυνατόν πληρέστερη γεωγραφική και τυπολογική κάλυψη, ενώ η έμφαση στην παράθεση των σχετικών ρυθμίσεων δόθηκε σε τέσσερεις κύριους τομείς: την πληροφόρηση, τη χρηματοδότηση, τα φάρμακα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δευτερογενών πηγών. Στους συγκεντρωτικούς πίνακες που διαμορφώθηκαν, παρουσιάζονται οι ρυθμίσεις ανά χώρα και ομάδα χωρών στους άνωθεν τομείς, ενώ επισημαίνονται εκείνες που διακρίνονται ανά εξεταζόμενο τομέα. Τέλος, στο καταληκτικό κεφάλαιο προτείνονται ρυθμίσεις προς υιοθέτηση για την περίπτωση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Λέξεις κλειδιά: διαφάνεια, λογοδοσία, σύστημα υγείας, Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ, εργαλεία, διακυβέρνηση.

Abstract

This thesis aims at the systematic presentation of the regulations that have been enacted in the fifteen selected countries, in order to strengthen the tools 'transparency' and 'accountability' at their national health systems. These countries were selected based on geographical and typological criteria, while emphasis was given to four main areas: information, finance, drugs and quality of services. The methodology used includes literature review of secondary sources. In the PivotTables that were formed, the regulations in the aforementioned areas are presented by country and by group of countries, while the exceptional regulations by sector are highlighted. Finally, in the last chapter a number of proposed regulations is presented that could be implemented in the Greek health system.

Key words: transparency, accountability, health system, New Public Management, tools, governance.

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων	3
Κατάλογος Πινάκων.....	4
Κατάλογος Σχημάτων.....	4
Πίνακας Συντιμήσεων και Συντομογραφιών.....	5
Πρόλογος.....	8
1.Εισαγωγή και μεθοδολογία	8
2. Εννοιολογική προσέγγιση του Συστήματος Υγείας	11
3.Εννοιολογική προσέγγιση των όρων Διαφάνεια και Λογοδοσία	13
3.1. Διαφάνεια (Transparency).....	13
3.2. Λογοδοσία (Accountability).....	14
4. Χώρες με Εθνική Ασφάλιση Υγείας	15
4.1. Λιθουανία	15
4.2. Πολωνία.....	17
4.3. Εσθονία.....	19
4.4. Ουγγαρία	20
5. Χώρες Κεντρικής Ευρώπης - Μοντέλο Bismark	22
5.1. Αυστρία	22
5.2. Ολλανδία	25
5.3. Βελγιο	26
5.4. Γαλλία.....	29
6. Χώρες Βόρειου Μοντέλου Beveridge	32
6.1. Αγγλία.....	32
6.2. Νορβηγία	34
6.3. Σουηδία.....	36
6.4. Δανία.....	39
7. Χώρες Νότιου Μοντέλου Beveridge.....	41

7.1. Ιταλία.....	41
7.2. Ισπανία.....	44
7.3. Πορτογαλία.....	47
8. Συγκριτική Παρουσίαση Χωρών.....	49
8.1. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών με Εθνική Ασφάλιση Υγείας.....	50
8.2. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Κεντρικής Ευρώπης – Μοντέλο Bismark.....	53
8.3. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Βόρειου Μοντέλου Beveridge.....	56
8.4. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Νότιου Μοντέλου Beveridge.....	59
9. Συμπεράσματα.....	62
10. Προτάσεις για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	64
Βιβλιογραφία.....	66

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Χώρες με Εθνική Ασφάλιση Υγείας.....	49
Πίνακας 2: Χώρες Κεντρικής Ευρώπης - Μοντέλο Bismark.....	52
Πίνακας 3: Χώρες Βόρειου Μοντέλου Beveridge.....	55
Πίνακας 4: Χώρες Νότιου Μοντέλου Beveridge.....	58

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Στοιχεία μια Νέας Αρχιτεκτονικής και Σύγχρονης Διοικητικής Κουλτούρας στο Σύστημα Υγείας.....	9
Σχήμα 2: Αναλυτικό Αξιολογικό Πλαίσιο Αναφοράς του Συστήματος Υγείας.....	12

Πίνακας Συντμήσεων και Συντομογραφιών

AFSSAPS	Agence Francaise de Securite Sanitaire des Produits de Sante	Οργανισμός για την Υγειονομική Ασφάλεια των Προϊόντων Υγείας
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Τοπικός Οργανισμός Υγείας
AOTM	Agency for Health Technology Assessment	Οργανισμός για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	Νόμος περί Ειδικών Εξόδων
CCM	Comitato Consultivo Misto	Μεικτές Συμβουλευτικές Επιτροπές
CCRQ	Comitato Consultivo Regionale per la Qualita dal lato del Cittadino	Περιφερειακή Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ποιότητα από την πλευρά του Πολίτη
CEAP	Commission d’Evaluation des Actes Professionnels	Εθνική Επιτροπή για την Αξιολόγηση των Ιατρικών Διαδικασιών
CEPS	Comite Economique des Produits de Sante	Οικονομική Επιτροπή για τα Προϊόντα Υγείας
CHAI	The Commission for Healthcare Audit and Inspection	Επιτροπή για τον Έλεγχο και την Επιθεώρηση της Υγειονομικής Περίθαλψης
CISNS	Inter-territorial Council of the National Health System	Διατοπικό Συμβούλιο Εθνικού Συστήματος Υγείας
CNEDIMTS	Commission Nationale d’Evaluation des Dispositifs Mdicaux et des Technologies de Sante	Εθνική Επιτροπή για την Αξιολόγηση των Ιατρικών Μηχανημάτων
CT	Commission de la Transparence	Επιτροπή για τη Διαφάνεια
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	Διοικητικό Συμβούλιο για την Τιμολόγηση της Υγειονομικής Περίθαλψης

CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen	Εποπτικό Συμβούλιο για την Ασφάλιση Υγείας
CQC	The Care Quality Commission	Επιτροπή για την Ποιότητα Φροντίδας
DRG	Diagnosis-related Groups	Ομάδες Διαγνώσεων
EHIF	Estonian Health Insurance Fund	Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας
GPs	General Practitioners	Παθολόγοι
HAS	Haute Autorite de Sante	Ανώτατη Αρχή για την Υγεία
HELFO	Norwegian Health Economics Administration	Νορβηγική Διοίκηση Οικονομικών Υγείας
HRA	Health Regulatory Agency	Ρυθμιστικός Οργανισμός Υγείας
HTA	Health Technology Assessment	Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	Επιθεώρηση Υγειονομικής Περίθαλψης
INFARMED	National Authority of Medicines and Health Products	Εθνική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας
IPH	Scientific Institute of Public Health	Επιστημονικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre	Βελγικό Κέντρο Γνώσης για την Υγειονομική Περίθαλψη
NFZ	National Health Fund	Εθνικό Ταμείο Υγείας
NIHDI	National Institute for Health and Disability Insurance	Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την ασφάλιση αναπηρίας
NHIF	National Health Insurance Fund	Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας
NHIFA	National Health Insurance Fund Administration	Διοίκηση του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας
NHP	National Health Plan	Εθνικό Σχέδιο Υγείας
NHS	National Health System	Εθνικό Σύστημα Υγείας

NPHIMOS	National Public Health and Medical Officer Service	Υπηρεσία για την Εθνική Δημόσια Υγεία και τον Ιατρικό Λειτουργό
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario	Νέο Σύστημα Πληροφοριών Υγείας
NZa	Dutch Health Care Authority	Ολλανδική Αρχή Υγειονομικής Περίθαλψης
PCT	Primary Care Trust	Σύνδεσμος για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα
RHAs	Regional Health Authority	Περιφερειακή Αρχή Υγείας
RIVM	Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiene	Εθνικό Ινστιτούτο για τη Δημόσια Υγεία και το Περιβάλλον
SHA	Strategic Health Authority	Αρχή Στρατηγικής για την Υγεία
SHCAA	State Health-Care Accreditation Agency	Κρατικός Οργανισμός Διαπίστευσης Υγειονομικής Περίθαλψης
SHI	Statutory Health Insurance	Νομοθετημένη Ασφάλιση Υγείας
SMCA	State Medicines Control Agency	Κρατική Υπηρεσία Ελέγχου Φαρμάκων
SNS	Spanish National Health System	Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας
SSN	Servizio Sanitario Nazionale	Εθνική Υπηρεσία Υγείας
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen	Νόμος για την Είσοδο Ιδρυμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την εφαρμογή και χρήση των εργαλείων «διαφάνεια» και «λογοδοσία» στα συστήματα υγείας δεκαπέντε χωρών. Η επιλογή και ο καθορισμός του θέματος, στηρίχτηκε αφενός στην ολοένα αυξανόμενη σημασία των εργαλείων αυτών για το σχεδιασμό των εθνικών πολιτικών, και αφετέρου στην υφιστάμενη κρίση του κράτους πρόνοιας, έκφραση του οποίου συνιστά και το εθνικό σύστημα υγείας.

Καθοριστικής σημασίας για την εκπόνηση της εργασίας, στάθηκε η συνδρομή του υπεύθυνου καθηγητή Χρήστου Μπουρσανίδη, τον οποίο και ευχαριστώ θερμά για την καθοδήγηση, τις συμβουλές και την πολύτιμη βοήθεια του. Επίσης, για τη βοήθεια και τη στήριξη τους, ευχαριστώ τους συναδέλφους Χρήστο Βαμβακούλα, Παναγιώτη Χαχή και Μαρίνα Σινάνου.

1.Εισαγωγή και μεθοδολογία

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, οι σχεδιαζόμενες μεταρρυθμίσεις στη Δημόσια Διοίκηση, χαρακτηρίζονται εκτενώς από μια προσπάθεια σταδιακής υιοθέτησης των αρχών και των εργαλείων του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ, μεταξύ των οποίων η διαφάνεια και η λογοδοσία. Βασική αιτία της προσπάθειας αυτής συνιστά η πρόσφατη οικονομική κρίση, η οποία έχει διευρύνει σημαντικά την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στους δημοκρατικούς θεσμούς και τις εθνικές κυβερνήσεις. Την εν λόγω έλλειψη, καθώς και τη μείωση των φαινομένων κακοδιαχείρισης, καλείται να αντιμετωπίσει η εισαγωγή των νέων αυτών εργαλείων διοίκησης, αποσκοπώντας αφενός στην αποκατάσταση της από καιρό χαμένης εμπιστοσύνης των πολιτών στις κρατικές πολιτικές και αφετέρου στην αποτελεσματικότερη και ορθολογικότερη κατανομή των περιορισμένων οικονομικών πόρων.

Από την ευρύτερη αυτή προσπάθεια υιοθέτησης εργαλείων Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ, δεν εξαιρούνται τα εθνικά συστήματα υγείας, καθώς αποτελούν βασική συνιστώσα του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, το οποίο και επαναπροσδιορίζεται λόγω των υφιστάμενων κοινωνικοπολιτικών και οικονομικών συνθηκών, ως προς το ευρύτερο εννοιολογικό του πλαίσιο. Επιπλέον, οι σχεδιαζόμενες και

πραγματοποιηθείσες μεταρρυθμίσεις, λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο μιας Νέας Αρχιτεκτονικής και συνοδευόμενες από μια γενικότερη προσπάθεια υιοθέτησης μιας σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας, η οποία υποστηρίζει και υπηρετεί την ύπαρξη περισσότερης διαφάνειας και λογοδοσίας, ενός δημόσιου τομέα προσανατολισμένου στον πολίτη, στα σύγχρονα εργαλεία διοίκησης και στην διασφάλιση της αποτελεσματικότητας (Μπουρσανίδης, Χ. 2013). Η Νέα αυτή Αρχιτεκτονική, απεικονίζεται στο κάτωθι σχήμα, όπου δύναται κανείς να δει τα εργαλεία διαφάνεια και λογοδοσία, στον δεύτερο εκ των τριών ομόκεντρο κύκλο.

Σχήμα 1: Στοιχεία μια Νέας Αρχιτεκτονικής και Σύγχρονης Διοικητικής Κουλτούρας στο Σύστημα Υγείας



(Πηγή Μπουρσανίδης, Χ. 2013)

Η παρούσα εργασία αποβλέπει στην συστηματική παρουσίαση των ρυθμίσεων στις οποίες έχουν προβεί οι υπό εξέταση χώρες προκειμένου να ενισχύσουν τα εργαλεία διαφάνειας και λογοδοσίας των εθνικών συστημάτων υγείας τους. Οι χώρες επιλέχθηκαν με γνώμονα την όσο το δυνατόν πληρέστερη γεωγραφική και τυπολογική κάλυψη και κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις κύριες ομάδες, οι ως ακολούθως:

1. Χώρες με Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Λιθουανία, Πολωνία, Εσθονία και Ουγγαρία
2. Χώρες Κεντρικής Ευρώπης – Μοντέλο Bismark: Αυστρία, Ολλανδία, Βέλγιο και Γαλλία
3. Χώρες Βόρειου Μοντέλου Beveridge: Αγγλία, Νορβηγία, Σουηδία και Δανία
4. Χώρες Νότιου Μοντέλου Beveridge: Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία

Απώτερος σκοπός της ανάλυσης που ακολουθεί, είναι ο εντοπισμός εκείνων των ρυθμίσεων-μέτρων που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από τις ελληνικές αρμόδιες αρχές για τη βελτίωση του επιπέδου χρήσης και εφαρμογής των εν λόγω εργαλείων στο ελληνικό σύστημα υγείας. Επισημαίνεται, πως η εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση των υφιστάμενων ρυθμίσεων στις δεκαπέντε υπό εξέταση χώρες και δεν αποπειράται μια κριτική προσέγγιση και ανάλυση αυτών.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δευτερογενών πηγών. Οι πηγές αυτές περιλαμβάνουν πρωτίστως τη μελέτη των εθνικών εκθέσεων Health systems in Transition του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθώς επίσης και σχετικών επιστημονικών συγγραμμάτων, άρθρων, μελετών και επίσημων ιστοσελίδων.

Η δομή της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει 10 διακριτά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά στην παρούσα εισαγωγή, ενώ το δεύτερο τον εννοιολογικό προσδιορισμό του συστήματος υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται απόπειρα παρουσίασης των εννοιών λογοδοσία και διαφάνεια και στο τέταρτο παρουσιάζονται οι ρυθμίσεις και οι φορείς που αφορούν στην ενδυνάμωση της διαφάνειας και της λογοδοσίας σε έκαστη χώρα των τεσσάρων ομάδων. Ακολουθεί η παρουσίαση συγκεντρωτικών πινάκων ανά ομάδα χωρών, βάσει των κριτηρίων που καθορίστηκαν από τα στοιχεία που παρατίθενται στην προηγούμενη ενότητα. Τέλος διατυπώνονται τα συναγόμενα συμπεράσματα και οι προτάσεις εφαρμογή επιλεγμένων ρυθμίσεων στην ελληνική περίπτωση.

2. Εννοιολογική προσέγγιση του Συστήματος Υγείας

Η εγκαθίδρυση του κράτους πρόνοιας και η διαμόρφωση των συστημάτων υγείας, φέρουν ως χρονική περίοδο ορόσημο το πέρας του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Οι επικρατούσες τότε κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές συνθήκες, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη διαμόρφωσης εκείνων των θεσμών και πολιτικών, που θα εξασφάλιζαν τη στήριξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και θα περιορίζαν τις υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες. Στο πλαίσιο αυτό ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους, βρίσκει πρόσφορο έδαφος η ανάπτυξη συστημάτων υγείας, τα οποία διαφοροποιούνται μεταξύ τους ως προς τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Η διαφοροποίηση αυτή, συνιστά αποτέλεσμα των ιδιαίτερων κοινωνικοπολιτικών και πολιτισμικών συνθηκών του εκάστοτε κράτους, καθώς και της ιστορικής πορείας αυτού (Κοντιάδης Ξ., 2008).

Ένα «Σύστημα Υγείας» απαρτίζεται από διακριτά και διαρκώς αλληλοσυνδεδεμένα υποσυστήματα, των οποίων η λειτουργία αποσκοπεί στη διατήρηση και ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π., 2007). Τα διαφοροποιημένα ως προς τη λειτουργία τους υποσυστήματα, βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση και ανάδραση μεταξύ τους, καλύπτοντας τους επιμέρους τομείς του συστήματος υγείας, από τη χρηματοδότηση και τον συντονισμό, έως και την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. (Μπουρσανίδης Χ., 2010). Τέλος, ένα σύστημα υγείας δύναται να χαρακτηριστεί ως «ανοικτό» σε εξωγενείς παράγοντες, με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού να καθορίζεται και από κοινωνικούς και πολιτικοοικονομικούς παράγοντες (Θεοδώρου Μ. et al, 2001).

Οι στόχοι των συστημάτων υγείας, όπως αυτοί παρατίθενται στο κάτωθι σχήμα, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την ανταπόκριση των μη ιατρικών προσδοκιών των πολιτών, την ίση πρόσβαση, καθώς επίσης και την οικονομική προστασία και τη δίκαιη κατανομή των βαρών χρηματοδότησης. Για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων, ως σημαντική κρίνεται η συνδρομή ενδιάμεσων αρχών, όπως οι παραδοσιακές αρχές Δημόσιας Διοίκησης, αλλά και αρχές του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ, μεταξύ των οποίων η διαφάνεια και η λογοδοσία (Μπουρσανίδης, Χ. 2013)

Σχήμα 2: Αναλυτικό Αξιολογικό Πλαίσιο Αναφοράς του Συστήματος Υγείας



(Πηγή: Μπουρσανίδης, Χ. 2013)

Τέλος, στην παρούσα εργασία, ιδιάζουσα σημασία αποκτά και η έννοια της διακυβέρνησης. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η έννοια της «διακυβέρνησης» περιλαμβάνει τη διαδικασία εφαρμογής των κυβερνητικών πολιτικών, καθώς επίσης και τις σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ της κυβέρνησης και των υφιστάμενων κοινωνικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται εντός της κοινωνίας, με τους πολίτες που διαβιούν εντός της εθνικής επικράτειας. Εξειδικεύοντας στον τομέα της υγείας, η διακυβέρνηση αναφέρεται στην διαδικασία εξασφάλισης της υγείας μέσω της ενδυνάμωσης της συμμετοχής του συνόλου των ενδιαφερόντων (WHO, 2011). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, στα παραδοσιακά εργαλεία διακυβέρνησης, έχουν προστεθεί και εκείνα του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ. Κατά συνέπεια, στο πλαίσιο των υφιστάμενων μεταρρυθμίσεων, επιδιώκεται μέσω της χρήσης εργαλείων όπως η διαφάνεια και η λογοδοσία, η ενίσχυση του ρόλου και της συνδρομής του συνόλου των ενδιαφερομένων προκειμένου να εξασφαλισθεί η καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας.

3.Εννοιολογική προσέγγιση των όρων Διαφάνεια και Λογοδοσία

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην θέσπιση θεσμών και πολιτικών που θα ενδυναμώσουν σταδιακά την ύπαρξη διαφάνειας και λογοδοσίας στον τομέα της υγείας. Η στροφή αυτή σε μια πιο «ανοιχτή» διακυβέρνηση απορρέει κατά ένα μεγάλο μέρος από τη γενικότερη κρίση και δυσπιστία απέναντι στους δημοκρατικούς θεσμούς και στη συνεπακόλουθη ανάγκη ενίσχυσης της εμπιστοσύνης των πολιτών σε αυτούς. Επισημαίνεται στο σημείο αυτό, πως οι έννοιες «διαφάνεια» και «λογοδοσία» είναι αλληλένδετες και δρουν συμπληρωματικά, με τη μία να συνιστά αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη της άλλης.

3.1. Διαφάνεια (Transparency)

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται από την Διεθνή Διαφάνεια (Transparency International), ο όρος «διαφάνεια» περιλαμβάνει τη δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες που αφορούν τις διαδικασίες και τις ενέργειες τόσο της κυβέρνησης και των φορέων του δημοσίου, όσο και των φορέων που δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα και σε επίπεδο κοινωνικών οργανώσεων.

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθορίζει δύο αλληλοσυνδεόμενες συνιστώσες της διαφάνειας. Η πρώτη αφορά στην ποιότητα των διαθέσιμων πληροφοριών, ενώ η δεύτερη αναφέρεται στην ύπαρξη εμπιστοσύνης μεταξύ των δημόσιων αρχών υγείας και των πολιτών / αποδεκτών των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εξειδικεύοντας, η πρώτη συνιστώσα αναφέρεται στην ακριβή παράθεση των γεγονότων, τα οποία διατυπώνονται και παρουσιάζονται με σαφήνεια και πληρότητα ώστε να συμβάλλουν στην προώθηση των επιθυμητών συμπεριφορών. Η δεύτερη συνιστώσα, περιλαμβάνει τη χρήση στοιχείων και υποθέσεων εκ μέρους των αρχών του δημοσίου προκειμένου να προβούν σε αποφάσεις για το σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών στον τομέα της υγείας (WHO, 2009).

3.2.Λογοδοσία (Accountability)

Ο όρος «λογοδοσία» αναφέρεται στην υποχρέωση ενός ή περισσοτέρων εκ των δρώντων σε μία σαφώς θεσμοθετημένη σχέση προς τους υπόλοιπους δρώντες, για σαφή αναφορά και πλήρη αιτιολόγηση των πράξεων και των παραλείψεων αυτού κατά την άσκηση των καθηκόντων του (Maybin J., 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, το εννοιολογικό πλαίσιο της λογοδοσίας εμπεριέχει την έννοια της ατομικής υπευθυνότητας του εκάστοτε δημόσιου φορέα, καθώς και την ύπαρξη θεσμικών προβλέψεων για τη διεξαγωγή ελέγχων προς και από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Επιπλέον, περιλαμβάνει την υποχρέωση των κυβερνήσεων και των δημόσιων αξιωματούχων για ικανοποίηση των αιτημάτων των πολιτών, καθώς επίσης και την εξασφάλιση διενέργειας δημόσιου διαλόγου μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών του συστήματος (WHO 2011).

Η σχέση λογοδοσίας δύναται να περιγραφεί σε τέσσερα βασικά στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά την τυπική ρύθμιση, η οποία καθορίζει την αναμενόμενη συμπεριφορά και τις αρμοδιότητες του υπόλογου, καθώς επίσης και τα κριτήρια αξιολόγησης του. Ακολουθεί το στάδιο της διερεύνησης, που αποσκοπεί στη διαπίστωση για το αν ο υπόλογος έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του ή όχι και το στάδιο καταλογισμού των ευθυνών, όπως καλείται η διαδικασία κατά την οποία ο υπόλογος καλείται να αιτιολογήσει βάσει στοιχείων τις ενέργειες ή τις παραλείψεις του. Τέλος, η διαδικασία ολοκληρώνεται με το στάδιο της κύρωσης που αφορά στην επιβολή κυρώσεων για τη μη ικανοποίηση των εκ του νόμου οριζόμενων καθηκόντων του ή στην ανταμοιβή του για υπέρβαση αυτών (WHO, 2011).

Επιπρόσθετα, η λογοδοσία δύναται να πάρει τρεις βασικές μορφές: οριζόντια, κάθετη και διαγώνια. Η κάθετη λογοδοσία, σχετίζεται με τον έλεγχο που ασκούν οι πολίτες μέσω της άσκησης του εκλογικού τους δικαιώματος, ενώ η διαγώνια επιτυγχάνεται με την άμεση συμμετοχή των πολιτών σε θεσμούς λογοδοσίας οριζόντιας οργάνωσης. Τέλος, η οριζόντια λογοδοσία πραγματοποιείται μέσω των σχέσεων των δημόσιων φορέων κατά την άσκηση των καθηκόντων τους .

Κλείνοντας, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως για την ουσιαστική ύπαρξη λογοδοσίας, αναγκαία προϋπόθεση συνιστά η παράθεση επαληθεύσιμων πληροφοριών εκ μέρους του υπόλογου, γεγονός που αποδεικνύει την συμπληρωματική φύση των εννοιών διαφάνεια και λογοδοσία (Maybin J., 2011).

Τέλος, στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως κατά την επισκόπηση των υπό εξέταση χωρών, θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στους τομείς της πληροφόρησης και των υφιστάμενων βάσεων δεδομένων, της χρηματοδότησης, των φαρμακευτικών προϊόντων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Χώρες με Εθνική Ασφάλιση Υγείας

4.1. Λιθουανία

Το σύστημα υγείας της Λιθουανίας, παρά τις προόδους που έχει σημειώσει η χώρα στους τομείς ενδυνάμωσης των δικαιωμάτων των ασθενών και συμμετοχής των πολιτών, εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από έλλειψη διαφάνειας.

Η υφιστάμενη δυσαρέσκεια των πολιτών με το σύστημα υγείας της χώρας προκύπτει, μεταξύ άλλων παραγόντων, και από το υπάρχον επίπεδο διαφθοράς, όπως αυτό έχει καταγραφεί σε σχετική έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας το 2009 (WHO, 2009). Ομοίως, αντίστοιχα υψηλό επίπεδο διαφθοράς διαπιστώνεται και βάσει πραγματοποιηθείσας έρευνας για τη Διεθνή Διαφάνεια, κατά την οποία το 31% των ερωτηθέντων αντιλαμβάνεται και χαρακτηρίζει την υγειονομική περίθαλψη, ως έναν από τους πλέον διεφθαρμένους τομείς της χώρας. Πέραν της έλλειψης σχετικής ρύθμισης αναφορικά με την διαδικασία πληρωμών στην έξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, η μελέτη των Cockcroft et al., 2008, καταδεικνύει πως το 8% των ασθενών έχει καταβάλει ανεπίσημα μετρητά για την λαμβάνουσα θεραπεία του, ενώ το 14% έχει προβεί σε εμπράγματα δωροδοκία του ιατρικού προσωπικού (Murauskiene L et al., 2003).

Επιπλέον, η έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας (2009), ανέδειξε ορισμένα ζητήματα σχετικά με τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας, όπως ο περιορισμένος έλεγχος και διαχείριση της ποιότητας, των παρεχόμενων υπηρεσιών, η κατακερματισμένη και αναποτελεσματική διαχείριση και ο σημαντικός βαθμός άσκησης επιρροής των παρόχων ως ομάδα πίεσης στη διαχείριση του συστήματος υγείας. Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί, πως ζητήματα σχετικά με τη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας, αποτελούν ολοένα και περισσότερο αντικείμενο

ποικίλων δημοσιεύσεων και μελετών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι έλεγχοι που διεξάγονται από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (NHIF) και την Εθνική Ελεγκτική Υπηρεσία της Λιθουανίας, καθώς και θεματικές αξιολογήσεις οι οποίες ανατέθηκαν τα τελευταία χρόνια στους ανωτέρω φορείς από το Υπουργείο Υγείας της χώρας.

Επιπρόσθετα, σημαντική βελτίωση εντοπίζεται στο σύστημα τιμολόγησης και επιστροφής φαρμακευτικών προϊόντων, μέσω της ανάπτυξης των θετικών καταλόγων και καταλόγων καταγραφής των τιμών των επιστρεφόμενων φαρμάκων. Η σχετική μεταρρύθμιση έλαβε χώρα το 2002 βάσει του διατάγματος 159 του Υπουργείου Υγείας, στο οποίο περιγράφεται η διαδικασία ένταξης των φαρμάκων και των ασθενειών στους θετικούς καταλόγους, αναγνωρίζοντας παράλληλα στους κατασκευαστές φαρμάκων ή / και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, τη δυνατότητα να προβούν σε αλλαγές επ' αυτού. Ωστόσο, παρά τις πραγματοποιηθείσες βελτιώσεις στις διαδικασίες τιμολόγησης και επιστροφής δαπανών για φάρμακα, διατυπώνονται επανειλημμένως επικρίσεις για έλλειψη διαφάνειας στις εν λόγω διαδικασίες.

Την έλλειψη αυτή διαφάνειας, επιχειρεί να περιορίσει τα τελευταία χρόνια μια σειρά μέτρων ελέγχου της σχέσης μεταξύ των ιατρών και των φαρμακευτικών εταιρειών, καθώς επίσης και ελέγχου των δραστηριοτήτων προώθησης. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων, οι περιορισμοί στις πληρωμές γιατρών για τη συμμετοχή τους σε προωθητικές ενέργειες και οι ετήσιες εκθέσεις της Κρατικής Υπηρεσίας Ελέγχου Φαρμάκων (SMCA) σχετικά με τις διαφημιστικές δαπάνες.

Επιπρόσθετα, οι δημόσιες εγκαταστάσεις φέρουν την υποχρέωση τήρησης των κανόνων δημοσίων συμβάσεων για την αγορά προμηθειών, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών συσκευών. Υπεύθυνος φορέας για την συμμόρφωση με αυτή την υποχρέωση είναι το Γραφείο Δημοσίων Συμβάσεων, το οποίο εξασφαλίζει περισσότερη διαφάνεια μέσω της προκήρυξης και διενέργειας διαγωνισμών, οι διαδικασίες των οποίων είναι διαθέσιμες για το ευρύ κοινό στην ιστοσελίδα του φορέα.

Η καταγραφή και ο έλεγχος της χρήσης του ιατρικού εξοπλισμού, ρυθμίζεται σύμφωνα με τη σχετική και κοινοτική νομοθεσία, σύμφωνα με την οποία ο Κρατικός Οργανισμός Διαπίστευσης Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCAA) είναι επιφορτισμένος με την καταγραφή των προμηθευτών ιατρικού εξοπλισμού και των εταιρειών που έχουν άδεια για την τεχνική υποστήριξη αυτού. Επίσης, συλλέγει και αξιολογεί στοιχεία που αφορούν σε ιατρικά μηχανήματα υψηλού κόστους, τα οποία στη συνέχεια υποβάλλει για έλεγχο στην κοινοβουλευτική επιτροπή για τη διαφθορά, προκειμένου να εντοπιστούν

οι περιπτώσεις καταχρήσεων και να καταλογιστούν οι αντίστοιχες ευθύνες.

Τέλος, το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας στερείται σαφήνειας αναφορικά με τις ευθύνες για τη διαχείριση από το κράτος των περιουσιακών στοιχείων του εθνικού συστήματος υγείας. Τα επενδυτικά σχέδια που αφορούν τον υπό εξέταση τομέα, καταρτίζονται από το Υπουργείο Οικονομικών και εν συνεχεία υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας προς έγκριση. Επισημαίνεται, πως δεν υπάρχει πρόβλεψη για συστηματική αξιολόγηση της επενδυτικής στρατηγικής και συχνά οι επενδυτικές αποφάσεις χαρακτηρίζονται από έλλειψη διαφάνειας, παρά το γεγονός ότι από το 2004 τα επενδυτικά κεφάλαια στον τομέα της υγείας έχουν καταβληθεί κυρίως από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι φορείς διαχείρισης δεσμεύονται από την υποχρέωση λογοδοσίας και ανοικτής πρόσβασης στις πληροφορίες (Murauskiene L et al., 2003).

Καταλήγοντας, βάσει των προαναφερθέντων συνάγεται η αναγκαιότητα για αύξηση του επιπέδου διαφάνειας και λογοδοσίας στο σύστημα υγείας της Λιθουανίας, αναφορικά με την κατανομή των πόρων, την χρηματοδότηση και τη σχέση παρόχου και ασθενούς.

4.2. Πολωνία

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναληφθεί πολλές πρωτοβουλίες με στόχο την αύξηση του επιπέδου διαφάνειας του συστήματος υγείας της χώρας, με έμφαση στην παροχή πληροφοριών, στον σχεδιασμό διαδικασιών βάσει στοιχείων και στην αντιμετώπιση του φαινομένου της διαφθοράς.

Αρχικά, το Εθνικό Ταμείο Υγείας (NFZ), παρέχει ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με την ασφάλιση υγείας και την παροχή υπηρεσιών, υποχρεώνοντας παράλληλα και τους παρόχους να πράξουν ομοίως. Στις αρμοδιότητες του εντάσσεται και η σύνταξη του πολυετούς δημοσιονομικού σχεδίου, το οποίο στη συνέχεια υποβάλλεται προς έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικονομικών, καθώς επίσης και η διασφάλιση της διαφάνειας της δημόσιας χρηματοδότησης. Η τελευταία, λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω της ελεύθερης πρόσβασης του κοινού σε επιλεγμένες πληροφορίες σχετικά με το ετήσιο οικονομικό του σχέδιο και την εφαρμογή αυτού, καθώς επίσης και σχετικά με τις συμβάσεις που έχουν συναφθεί με

τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης. Επισημαίνεται, πως το NZF δεν μπορεί να συμμετέχει στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ της δημόσιας χρηματοδότησης και της παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Το 2005 ιδρύεται ο Οργανισμός για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (AOTM), ο οποίος στόχευε μεταξύ άλλων στην εξασφάλιση μιας τεκμηριωμένης και διαφανούς διαδικασίας για την ένταξη των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Βασική μέριμνα του είναι η συμβουλευτική υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας προκειμένου να διασφαλιστεί μια διαδικασία προμηθειών και τιμολόγησης φαρμάκων βάσει στοιχείων. Καθοριστικό ρόλο για τη λήψη της απόφασης δημιουργίας του Οργανισμού, αποτέλεσε η Ευρωπαϊκή Οδηγία για τη Διαφάνεια, η οποία προέβλεπε πως οι αποφάσεις σχετικά με την τιμολόγηση των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με διαφανή τρόπο. Βάσει των ανωτέρω προβλέψεων, προκειμένου ένα φάρμακο να συμπεριληφθεί στη λίστα απόδοσης δαπανών, μια φαρμακευτική εταιρεία πρέπει να υποβάλλει αίτηση στο Υπουργείο Υγείας και στο AOTM. Η αίτηση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει μια πλήρη αξιολόγηση για την τεχνολογία υγείας αναλύοντας τη κλινική αποτελεσματικότητα, τη σχέση κόστους - αποτελέσματος και την επίπτωση στον προϋπολογισμό. Η εν λόγω έκθεση υποβάλλεται κατόπιν σε κριτική αξιολόγηση από την ομάδα ανάλυσης του AOTM, η οποία και επεξεργάζεται τα κατατεθέντα στοιχεία. Τα συμπεράσματα από την αξιολόγηση αυτή μπορούν να σχολιαστούν από τον αιτούντα κατά τη διάρκεια ειδικής διαδικασίας, ενώ τα σχόλια και η έκθεση κατατίθενται στη Συμβουλευτική Επιτροπή του AOTM για τη διατύπωση της τελικής γνώμης που θα κατατεθεί στο Υπουργείο Υγείας. Επισημαίνεται πως η τελική γνώμη του AOTM δεν είναι νομικά δεσμευτική και ο Υπουργός Υγείας φέρει την τελική απόφαση επί του φαρμάκου.

Επιπλέον, έχουν εφαρμοστεί αρκετά μέτρα κατά της διαφθοράς και κυρίως αναφορικά με το ζήτημα της χρηματοδότησης, όσο και το ζήτημα αύξησης των ατομικών δαπανών για την περίθαλψη. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σχέση πάροχου – αγοραστή, με τις διαδικασίες σύναψης συμβάσεων για τα ποικίλα είδη υπηρεσιών υγείας να καθορίζονται από τον Νόμο για τη Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγειονομικής Φροντίδας και τα διατάγματα του Προέδρου του NZF. Βάσει των ρυθμίσεων αυτών, τα περιφερειακά υποκαταστήματα του NZF φέρουν την ευθύνη για ολόκληρη τη διαδικασία των συμβάσεων, ενώ το NZF δημοσιεύει τις πληροφορίες σχετικά με τις συναπτόμενες συμβάσεις στην ιστοσελίδα του προκειμένου να

διασφαλίσει τη διαφάνεια στην εκτέλεση της διαδικασίας (Sagan A., et al. 2011).

4.3. Εσθονία

Στην Εσθονία, το σύνολο των εθνικών στρατηγικών σχεδίων αναφορικά με το σύστημα υγείας, καθώς και το σύνολο των εγγράφων πολιτικής, απαιτείται να περιλαμβάνουν δείκτες και στόχους, ώστε να κατασταθεί μετρήσιμη η πρόοδος που επιτυγχάνεται στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, τα προαναφερθέντα έγγραφα, κρίνεται αναγκαίο να περιλαμβάνουν λεπτομερή σχέδια δράσης στα οποία να περιγράφονται οι δραστηριότητες, οι οικονομικοί πόροι, καθώς και τα αρμόδια για τη διαχείριση τους όργανα. Ωστόσο, το ανωτέρω μέτρο δεν είναι επαρκές για την υπαγωγή του τομέα της υγείας σε όλες τις ατζέντες πολιτικής και για τη διασφάλιση της συνεχούς του βελτίωσης. Για το σκοπό αυτό, έλαβαν χώρα επίσης και άλλες θετικές εξελίξεις όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε το 2010 και περιλάμβανε μια σειρά ακροάσεων σχετικών με ζητήματα υγείας, ανοιχτή σε όλους τους βουλευτές, οι οποίες όμως κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως δεν έχουν ακόμη κατορθώσει να δημιουργήσουν μια επαρκή και αποτελεσματική βάση για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις.

Στο ανωτέρω πλαίσιο θετικών εξελίξεων εντάσσεται και η διατύπωση των προϋποθέσεων για τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων και την πραγματοποίηση διαβουλεύσεων για την ανάπτυξη των εγγράφων στρατηγικής πολιτικής για την υγεία, η οποία κατά το τελευταίο στάδιο της ανάπτυξης της επιτρέπει επίσης τη συμμετοχή του κοινού μέσω μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Κατά τη διάρκεια υλοποίησης του εγγράφου πολιτικής, ομάδες εμπειρογνομόνων και διοικητικά όργανα υποχρεούνται να συμπεριλάβουν στις εργασίες τους, τους ενδιαφερόμενους, τις ομάδες συμφερόντων και το ευρύ κοινό.

Ένας επιπλέον μηχανισμός λογοδοσίας έχει σχεδιαστεί με τη μορφή τακτικών αξιολογήσεων σχετικά με την απόδοση του συστήματος υγείας, οι οποίες θα παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη συνολική πρόοδο και τις υφιστάμενες προκλήσεις και θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Υγείας (NHP). Η πρώτη εθνική έκθεση αξιολόγησης της απόδοσης του συστήματος υγείας της Εσθονίας, δημοσιεύτηκε το 2010, αποτελώντας προϊόν συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και του Ευρωπαϊκού Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Καθιστώντας το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας (EHIF) ανεξάρτητο

και δεδομένου του ιδιωτικού χαρακτήρα των παρόχων (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που βρίσκονται υπό δημόσια ιδιοκτησία), δημιουργείται κάποιος κίνδυνος όσον αφορά τη λογοδοσία, ιδίως αναφορικά με την εξασφάλιση ότι οι αυτόνομοι θεσμοί θα ανταποκρίνονται στους στόχους της εθνικής πολιτικής υγείας. Κατά την προετοιμασία της νομοθεσίας που αναγνώρισε στο EHIF ανεξάρτητο καθεστώς, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην εξασφάλιση ότι το EHIF θα καθοδηγείται από τους στόχους της εθνικής πολιτικής για την υγεία και ότι θα είναι δημοσίως υπόλογο. Για παράδειγμα, ο Υπουργός Κοινωνικών Υποθέσεων θα προεδρεύει αυτόματα το εποπτικό συμβούλιο του EHIF και θα υπάρχουν ισχυρές απαιτήσεις για να καταστήσει διαθέσιμες στο ευρύ κοινό και τους πολίτες τις πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του (μεταξύ άλλων μεθόδων και αυτή των ετήσιων αναφορών) (Lai T. et al., 2013).

4.4. Ουγγαρία

Η διαφάνεια και η λογοδοσία στο ουγγρικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναπτυχθεί σε άνισο βαθμό στους επιμέρους τομείς και δρώντες της παροχής υπηρεσιών. Παρά τα σταθερά συλλεγόμενα στοιχεία, δεν έχει αναπτυχθεί έως τα σήμερα ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρακολούθησης των επιδόσεων του συστήματος υγείας. Αιτία για αυτό το γεγονός συνιστά η απουσία ενός ολοκληρωμένου νομικού και εννοιολογικού πλαισίου ικανού να αντιμετωπίσει τα ποικίλα εμπόδια, όπως αυτά προκύπτουν από τη συγχώνευση των βάσεων δεδομένων των διαφόρων τομέων υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται σε μεγαλύτερο βαθμό στην έλλειψη πολιτικής δέσμευσης για την εκπλήρωση των στόχων της πολιτικής υγείας, καθώς και σε μια παρατεταμένη και στενή εστίαση στις βραχυπρόθεσμες πολιτικές για τη συγκράτηση του κόστους παρά σε δημοσιονομικούς παράγοντες.

Κατά συνέπεια, το πιο εξελιγμένο πλαίσιο διασφάλισης της διαφάνειας και της λογοδοσίας στο ουγγρικό σύστημα υγείας αφορά τομείς που σχετίζονται με το κόστος του τομέα υγείας. Οι πάροχοι που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο υποχρεούνται να τηρούν προκαθορισμένους προϋπολογισμούς σε ποικίλα επίπεδα του συστήματος υγείας και να ακολουθούν τους κανόνες των διαφόρων μηχανισμών χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κυρώσεις σε αντίθετη περίπτωση κυμαίνονται από την επιβολή προστίμων και την απόσυρση κεφαλαίων, στην απόσυρση αδειών

λειτουργίας ή σε αστικές και ποινικές κυρώσεις (συμπεριλαμβανομένων της οικονομικής αποζημίωσης και του αποκλεισμού από τις δημόσιες υποθέσεις) και έχουν γίνει ολοένα και περισσότερο αυστηρές.

Το πλαίσιο για τον καθορισμό στόχων και για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση ισότητας και της ποιότητας του συστήματος είναι λιγότερο ανεπτυγμένο. Οι προσπάθειες για τη διασφάλιση της διαφάνειας και της λογοδοσίας έχουν βασιστεί σε δευτερογενή ανάλυση των υφιστάμενων βάσεων δεδομένων, κυρίως στη χρήση της βάσης δεδομένων υγείας της Διοίκησης του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (NHIFA). Επί του παρόντος η ευθύνη για τη διασφάλιση της καθαρής θέσης δεν είναι σαφώς καθορισμένη και περιορίζεται σε λίστες αναμονής, όπως εκείνες για μεταμόσχευση, οι οποίες έχουν συσταθεί σε εθνικό επίπεδο ή σε επίπεδο παρόχων, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ορίζεται από τη νομοθεσία του 1997 για την υγεία και την ασφάλιση υγείας. Προς το παρόν η ποιότητα της περίθαλψης στην Ουγγαρία ελέγχεται ως επί το πλείστον έμμεσα, μέσω των ελάχιστων προδιαγραφών για τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τους ανθρώπινους πόρους που απαιτούνται από τους βασικούς πάροχους, τα εξωτερικά ιατρεία και την ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Η Υπηρεσία για την Εθνική Δημόσια Υγεία και τον Ιατρικό Λειτουργό (NPHMOS) είναι υπεύθυνη τόσο για την καταγραφή των πάροχων, όσο και για την παροχή αδειών σε αυτούς, συμπεριλαμβανομένων των επιμέρους ιατρών και των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία που υποχρεούνται δια νόμου να παρέχουν υπηρεσίες σε μια δεδομένη γεωγραφική περιοχή ως μέρος της υποχρέωσης για παροχή υπηρεσιών στη ευρύτερη εδαφική περιοχή, απαιτείται να διατηρούν ένα σύστημα ποιοτικού ελέγχου και να καθιερώσουν ένα εποπτικό συμβούλιο που θα εξασφαλίζει και θα ελέγχει την εκπλήρωση των ανωτέρω υποχρεώσεων.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί, ότι μια σειρά από πρωτοβουλίες που έχουν αναπτυχθεί για τη μέτρηση και την παρακολούθηση της ποιότητας περίθαλψης με τη χρήση δεικτών ποιότητας, δεν έχουν ακόμη συστηματικά τεθεί σε εφαρμογή. Ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν δημιουργήσει τους δικούς τους εσωτερικούς και εξωτερικούς μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας, οι οποίοι βασίζονται σε μοντέλα που αναπτύχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης και το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης της Ποιότητας. Τέλος, το 2005 δημιουργείται ένα επαγγελματικό εποπτικό σύστημα από το Εθνικό Κέντρο για τον Έλεγχο της Υγειονομικής Περίθαλψης, με βάση τις αρχές και την πρακτική του κλινικού ελέγχου (Gaál P. et al., 2011).

5. Χώρες Κεντρικής Ευρώπης - Μοντέλο Bismark

5.1. Αυστρία

Στην Αυστρία, τόσο η ποσότητα όσο και η ποιότητα των πληροφοριών για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Αρχικά, η βελτίωση αυτή αναφέρεται στην πρόσβαση των ασθενών σε πληροφορίες διασφαλισμένης ποιότητας σχετικά με την υγεία και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και στη δημιουργία και επέκταση των πληροφοριακών συστημάτων για τη βελτιωμένη διαχείριση των πάροχων υπηρεσιών και των πηγών χρηματοδότησης.

Επιπρόσθετα, βάσει της Εθνικής Στρατηγικής για την Ποιότητα έχουν υπάρξει ολοκληρωμένες προσπάθειες για την καθιέρωση ενός συστήματος υποβολής εκθέσεων, το οποίο θα περιλαμβάνει και εκθέσεις αξιολόγησης της ποιότητας των αποτελεσμάτων, ιδίως αναφορικά με τον τομέα των νοσοκομείων.

Επισημαίνεται ότι παρότι τα μέτρα αυτά συμβάλλουν στην ύπαρξη διαφάνειας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και ενώ η Αυστρία, σε σύγκριση με άλλες χώρες, είναι ιδιαίτερα εξελιγμένη σε τομείς όπως η αρχιτεκτονική του ηλεκτρονικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, ο καθορισμός των ρόλων και των ευθυνών για τις αποφάσεις που σχετίζονται με την χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών, χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού κατακερματισμό των ρόλων, συμβάλλοντας στην ύπαρξη σημαντικής έλλειψης διαφάνειας.

Αρχικά, ενώ η βασιζόμενη στις ομάδες διαγνώσεων (DRG) βάση πληρωμής των νοσοκομείων έχει βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο διαφάνειας στους τομείς παροχής υπηρεσιών και δαπανών στο σύνολο σχεδόν των νοσοκομειακών μονάδων, η επεξεργασία των πληρωμών σε νοσοκομεία δεν είναι συνεχώς και σταθερά διαφανής. Η αιτία για το γεγονός αυτό είναι η διαφοροποίηση μεταξύ των συστημάτων αναφοράς που χρησιμοποιούνται από τα ομόσπονδα κράτη όταν συνδυάζουν τα κεφάλαια από διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και όταν πληρώνουν τα νοσοκομεία.

Επιπλέον, αυτό το επίπεδο αδιαφάνειας εντείνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των χρηματοδοτών (ομοσπονδιακά κεφάλαια), των περιφερειακών διοικητικών μονάδων και της επιχειρηματοποίησης των εταιριών που λειτουργούν στα υφιστάμενα ομόσπονδα κράτη (με εξαίρεση εκείνο της Βιέννης). Οι οργανώσεις έχουν

επωμιστεί σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις από την ανάληψη του χρέους. Κατ' επέκταση, το γεγονός αυτό καθιστά πιο δύσκολη τη συγχώνευση των ρόλων και των ευθυνών. Ωστόσο, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνολική βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών, είναι απαραίτητο να καταστεί δυνατός ο συνδυασμός των ρόλων και των αρμοδιοτήτων σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Ως εκ τούτου, οι προϋπολογισμοί των ομόσπονδων κρατιδίων επωμίζονται συνεχώς αυξανόμενα ποσά χρέους προκειμένου να χρηματοδοτήσουν τα νοσοκομεία τους, γεγονός όμως που εξαρτάται από το εκάστοτε κρατίδιο. Έτσι, ενώ για παράδειγμα οι υποχρεώσεις και το χρέος της Carinthia το 2008 ανήλθε στο 200% των δαπανών για την επιχορήγηση των νοσοκομείων, το αντίστοιχο ποσοστό στο Vorarlberg ήταν μόνο 2,3%. Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των ομόσπονδων κρατιδίων, το οικονομικό βάρος του δανεισμού, ως ποσοστό των δαπανών για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, ανήλθε σε 25,7% το 2008.

Επιπρόσθετα, η εξέλιξη αυτή δύναται να χαρακτηριστεί από υψηλή δημοσιονομική αστάθεια. Ενώ η διαδικασία ανακατανομής των δημόσιων πόρων είναι ουσιαστικά αδιαφανής και θεωρείται ως ιδιαιτέρως αναποτελεσματική στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η πρόθεση των ομόσπονδων κρατιδίων να μεγιστοποιήσουν τα έσοδα των νοσοκομείων, θα μπορούσε να αυξηθεί την περίοδο 2008 με 2013, καθώς την υφιστάμενη περίοδο υπάρχουν περισσότερες ελεύθερες μεταφορές διαθέσιμες απ' ό,τι συνέβαινε κατά το παρελθόν. Επιπλέον, υπήρξε εξαιρετικά περιορισμένης έκτασης συστηματική αξιολόγηση των μέτρων που λαμβάνονται από τα ομόσπονδα κρατίδια, τα οποία στην περίπτωση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας που έλαβε χώρα το 2005, ήταν υποχρεωμένα να ικανοποιήσουν τους στόχους μείωσης του κόστους από το 2008.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σήμερα ορισμένες ποιοτικές μελέτες, δεν υπήρξε κάποια ποιοτική επισκόπηση των μέτρων που έχουν ληφθεί. Ακόμη, τα ομόσπονδα κρατίδια εισέπρατταν επιπλέον 100 εκατομμύρια ευρώ ετησίως για το διάστημα 2008-2013, χωρίς την υποχρέωση να αιτιολογήσουν πως αυτά τα κεφάλαια χρησιμοποιούνται.

Τέλος, δεν υφίστανται εγγυήσεις για την ύπαρξη διαφάνειας αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών των παθολόγων (GP) και των ειδικευμένων ιατρών εξαιτίας του κατακερματισμού των αρμοδιοτήτων στον εν λόγω τομέα. Το γεγονός αυτό, επηρεάζει ιδιαιτέρως τους τομείς προώθησης της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής, στους οποίους, πέραν από την έλλειψη εθνικής στρατηγικής, έχει διαπιστωθεί η

έλλειψη μιας στο μέλλον προσανατολισμένης επιστημονικής ερευνητικής ικανότητας.

Από την άποψη των συνολικών εθνικών προσπαθειών εξυγίανσης, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενός συστήματος παρακολούθησης, έτσι ώστε οι λειτουργίες των ομόσπονδων κρατιδίων και των νοσοκομειακών φορέων να παρακολουθούνται καλύτερα. Επιπλέον, χαρακτηρίζεται ως αναγκαία η λήψη των κατάλληλων προφυλάξεων ώστε τα μελλοντικά κονδύλια που απαιτούνται για τη λειτουργία των νοσοκομείων να χρησιμοποιούνται συχνότερα ως παράμετρος για το εσωτερικό σύμφωνο σταθερότητας.

Μια ολοκληρωμένη μελέτη¹ του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ασφάλειας (ΟΟΣΑ) του 2010, συγκρίνει την Αυστρία με τον ΟΟΣΑ ως σύνολο καθώς και με μια συγκεκριμένη ομάδα χωρών, η οποία έχει ταξινομηθεί ως παραπλήσια με το αυστριακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη αυτή, επισημαίνει μια σειρά από αδυναμίες στο εκτελεστικό και διαχειριστικό επίπεδο του αυστριακού συστήματος. Το εν λόγω σύστημα χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη αποκέντρωσης, σχετικά αδύναμου ρυθμιστικού πλαισίου και περιορισμένου ελέγχου του προϋπολογισμού με περιορισμένη «διαφύλαξη/διαμεσολάβηση». Ο συνδυασμός των δομικών αδυναμιών, των ανεπαρκειών και της αυξανόμενης ανάγκης για παροχή φροντίδας, η οποία λόγω των δημογραφικών μεταβολών αναμένεται να αυξηθεί στο μέλλον, οδηγεί στη διαπίστωση ότι η αυστριακή πολιτική υγείας αντιμετωπίζει μεγάλες προκλήσεις. Μολονότι ο πληθυσμός εξακολουθεί να είναι ικανοποιημένος με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και έχει μεγάλη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι οι πολίτες αποζημιώνονται για τα κενά ή τα σημεία συμφόρησης στις υφιστάμενες παροχές, είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης για την προστασία της υγείας, και / ή μέσω ιδιωτικών πληρωμών, συμπεριλαμβανομένης και της άτυπης πληρωμής. Επιπλέον, οι αναφερόμενες ελλείψεις είναι αξιοσημείωτα πιο διακριτές για τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες. Ειδικότερα, για τα άτομα που υπάγονται στις ομάδες αυτές, η προοδευτική ανάπτυξη της παροχής φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάδειξη και προώθηση της αύξησης της «προσδόκιμης υγείας», η οποία θα αυξήσει με τη σειρά της τις ευκαιρίες για πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας.

¹ OECD (2010b). *Health care systems: efficiency and policy settings*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

5.2. Ολλανδία

Σημαντικό ρόλο στον τομέα τη διαφάνειας και της λογοδοσίας στην Ολλανδία διαδραματίζει η Ολλανδική Αρχή Υγειονομικής Περίθαλψης (NZa). Η εν λόγω Αρχή, είναι ένα ανεξάρτητο διοικητικό όργανο, το οποίο χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού και αποτελεί θεσμική συνέχεια του Διοικητικού Συμβουλίου για την Τιμολόγηση της Υγειονομικής Περίθαλψης (CTG) και του Εποπτικού Συμβουλίου για την Ασφάλιση Υγείας (CTZ). Στις αρμοδιότητες του, οι οποίες καθορίζονται από το Νόμο για τη Ρύθμιση της Αγοράς Υγείας, υπάγονται μεταξύ άλλων, η εποπτεία των τριών αγορών υγειονομικής περίθαλψης της χώρας, ο καθορισμός τιμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ρύθμιση των επιδόσεων. Επιπλέον, τα καθήκοντα του περιλαμβάνουν την παρακολούθηση και διαχείριση της ασφάλιση υγείας, καθώς επίσης και την επίβλεψη της νόμιμης εφαρμογής του Νόμου περί Ασφάλισης Υγείας και Έκτακτων Ιατρικών Εξόδων από το σύνολο των ενδιαφερομένων. Η εν λόγω αρχή έχει την εξουσία να επιβάλει ειδικές υποχρεώσεις σε παράγοντες οι οποίοι έχουν αποκτήσει σημαντική ισχύ στην αγορά, όπως για παράδειγμα δύναται να ζητήσει την προσαρμογή των τιμών βάσει των κανόνων που έχει καθορίσει. Μπορεί ακόμη να καθορίζει τους γενικούς κανόνες για τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης και τους ασφαλιστές υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι την αύξηση της διαφάνειας της αγοράς για τους καταναλωτές.

Κατά την άσκηση του έργου της, η Ολλανδική Αρχή Υγειονομικής Περίθαλψης διαπίστωσε ότι παρόλο που οι πληροφορίες σχετικά με την ιατρική ποιότητα έχουν βελτιωθεί αισθητά από το 2006, εξακολουθούν να είναι σχετικά περιορισμένες, επηρεάζοντας έτσι και το βαθμό διαφάνειας που την διέπει. Αντιθέτως, την περαιτέρω ενίσχυση της διαφάνειας υπηρετεί το πρόγραμμα της Επιθεώρησης Υγειονομικής Περίθαλψης (IGZ), το οποίο έχει αναπτύξει μία σειρά δεικτών για την ιατρική ποιότητα στοχεύοντας στην αύξηση του βαθμού διαφάνειας στην υγειονομική περίθαλψη σε ποσοστό 80%. Επιπλέον, περιορισμένες είναι και οι πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών, γεγονός όμως που βελτιώνεται σταδιακά.

Από πλευράς κυβέρνησης, οι πληροφορίες παρέχονται διαδικτυακά. Το Εθνικό Ινστιτούτο για τη Δημόσια Υγεία και το Περιβάλλον (RIVM), έχει αναρτήσει ιστοσελίδα², η οποία βοηθά τους καταναλωτές στην επιλογή τους μεταξύ διαφορετικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλιστών υγείας. Η ιστοσελίδα αυτή παρέχει

² www.kiesbeter.nl

γενικές πληροφορίες, όπως για παράδειγμα τις διαθέσιμες υπηρεσίες, τις τιμές ανά υπηρεσία και τις λίστες αναμονής, συμβάλλοντας μερικώς στην αύξηση της διαφάνειας.

Επιπρόσθετα, κάθε οργανισμός παροχής φροντίδας που υπάγεται στο πλαίσιο του Νόμου περί Υγειονομικής Ασφάλισης (ZVW) ή του Νόμου περί Ειδικών Εξόδων (AWBZ), υποχρεούται να λάβει άδεια λειτουργίας σύμφωνα με το Νόμο για την Είσοδο Ιδρυμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης (WTZi). Για την απόκτηση άδειας, το ίδρυμα θα πρέπει να συμμορφώνεται με τους δημοσιονομικούς κανόνες που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού και παράλληλα να πληροί τις οριζόμενες από τον ανωτέρω νόμο απαιτήσεις διαφάνειας. Οι απαιτήσεις αυτές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την θέσπιση ενός εποπτικού συμβουλίου απαρτιζόμενο από μέλη που δεν θα συμμετέχουν στην καθημερινή διαχείριση του ιδρύματος, την κατοχύρωση της δυνατότητας πρόσβασης στις αποφάσεις του εποπτικού συμβουλίου για την διεξαγωγή έρευνας από ανεξάρτητο φορέα, όπως για παράδειγμα τα διοικητικά συμβούλια των πελατών, την καταγραφή της ανάθεσης των αρμοδιοτήτων του ιδρύματος σε διακριτό γραπτό κείμενο, καθώς επίσης και την εξασφάλιση ότι σε σχετικές εκθέσεις του ιδρύματος τα έσοδα από σχετιζόμενες με την περίθαλψη δραστηριότητες θα είναι διακριτά από εκείνα που προέρχονται από άλλες δραστηριότητες (όπως για παράδειγμα από καταστήματα, χώρους στάθμευσης κτλ) (Schäfer W. et al., 2010).

5.3. Βελγιο

Το σύστημα υγείας του Βελγίου καθορίστηκε ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά του από τις αποφάσεις που ελήφθησαν μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οπότε και έλαβε τη μορφή ενός συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Το σύστημα αυτό βασίστηκε μεταξύ άλλων, στην ελεύθερη άσκηση ιατρικής πρακτικής και την ελεύθερη επιλογή πάροχου υγειονομικής περίθαλψης, ενώ σταδιακά εξελίχθηκε σε ένα σύστημα καθολικής κάλυψης. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχει ληφθεί μία σειρά από μέτρα με στόχο την αύξηση της λογοδοσίας των πάροχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και την ενίσχυση της διαφάνειας.

Το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας βρίσκεται υπό τη διαχείριση του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία και την Ασφάλιση Αναπηρίας (NIHDI), το οποίο παρέχει στα ταμεία ασθενείας ένα ποσό προϋπολογισμού προκειμένου αυτά να

χρηματοδοτήσουν τις δαπάνες των μελών τους για υγειονομική περίθαλψη. Στο παρελθόν, οι δαπάνες αυτές επιστρέφονταν συστηματικά στο NIHDI. Ωστόσο, από το 1995 και έπειτα τα ταμεία ασφάλισης ασθένειας έχουν καταστεί οικονομικά υπόλογοι για κάθε απόκλιση μεταξύ των πραγματικών δαπανών τους και των κανονιστικά σταθμισμένων ως προς τον κίνδυνο δαπανών υγείας.

Το 1994, λαμβάνει χώρα η μεταρρύθμιση των ασφαλιστικών ταμείων με στόχο την αύξηση της λογοδοσίας για τις δαπάνες που πραγματοποιούνται για την υγεία. Το 2001, η βελγική κυβέρνηση διαπιστώνει την ανεπαρκή πρόοδο αναφορικά με την αποδοτική χρήση των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων στην πρακτική των ιατρών, χωρίς ωστόσο αυτές να μπορούν να δικαιολογηθούν, γεγονός που οδήγησε την κυβέρνηση να ζητήσει από τους ιατρούς, τα ασφαλιστικά ταμεία και τους διευθυντές των νοσοκομείων, αφενός να διατυπώσουν προτάσεις για τη μείωση των διαφορών σε ένα αποδεκτό επίπεδο διαφοροποίησης / απόκλισης με σεβασμό στα επιστημονικά καθορισμένα πρότυπα κι αφετέρου να αναπτύξουν τεχνικές για τον εντοπισμό εκείνων των συνταγογράφων και πάροχων που θα τεθούν υπόλογοι για τους πόρους που χρησιμοποιούν και το κόστος που εγείρουν για τον φορέα.

Βάσει των συμπερασμάτων της ανωτέρω διαβούλευσης, η κυβέρνηση σχεδίασε μια πολιτική με στόχο να καταστήσει από το 2003 και έπειτα, τους πάροχους περισσότερο υπόλογους. Αρχικά, η πολιτική αυτή στοχεύει στην προώθηση της ποιότητας, μέσω της ενθάρρυνσης των καλών ιατρικών πρακτικών στην βάση των συστάσεων και της ανατροφοδότησης παρέχοντας στους ιατρούς τη δυνατότητα να συγκρίνουν την δική τους ιατρική πρακτική με εκείνη άλλων ιατρών. Επίσης, σε περιπτώσεις που αυτό είναι δυνατόν, η εν λόγω πολιτική προσανατολίζεται στην αποφυγή κυρώσεων αναφορικά με τις αποκλίσεις από την καλή ιατρική πρακτική και στην σωστή εφαρμογή των συμφωνιών για το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας.

Για την εφαρμογή της πολιτικής αυτής, κρίθηκε απαραίτητη η μεταρρύθμιση το 2003 του Γραφείου για την Ιατρική Αξιολόγηση και Έλεγχο, η οποία είχε ως σκοπό να καταστήσει τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης ατομικά υπόλογους για τη δράση τους.

Επίσης, το 2002 ιδρύεται το Εθνικό Συμβούλιο για την Προώθηση της Ποιότητας, το οποίο αποτελείται από αντιπροσώπους των ιατρών, των πανεπιστημίων, των ιατρικών επιστημονικών ενώσεων, των ασφαλιστικών ταμείων και του Υπουργού Κοινωνικών Υποθέσεων και Δημόσιας Υγείας. Το Εθνικό αυτό Συμβούλιο ελέγχει τα

δεδομένα ιατρικής πρακτικής και συνταγογράφησης ως προς την σχετικότητα και την αντιστοιχία τους με τον περιορισμένο αριθμό των τοπικών ομάδων αξιολόγησης ποιότητας, παρέχοντας ανατροφοδότηση στο σύνολο των ιατρών. Στη συνέχεια, οι ιατροί στις Τοπικές Ομάδες Ιατρικής Αξιολόγησης (Local Medical Evaluation Groups) εξετάζουν την ατομική τους δράση και απόδοση σε σύγκριση με εκείνη των συναδέλφων τους με στόχο την ατομική τους βελτίωση στην παροχή φροντίδας. Σημειώνεται πως η σύνταξη σχετικής έκθεσης είναι προαιρετική.

Επιπλέον, το 2003, στο πλαίσιο εφαρμογής της νέας αυτής πολιτικής για τη λογοδοσία και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μεταρρυθμίζεται το Τμήμα για τον Ιατρικό Έλεγχο του NIHD. Στόχο της μεταρρύθμισης αυτής συνιστά η αντιμετώπιση του ζητήματος των αποκλίσεων αναφορικά με την εφαρμογή των καλών ιατρικών πρακτικών.

Το 2002, ιδρύεται το Βελγικό Κέντρο Γνώσης για την Υγειονομική Περίθαλψη (KCE), με στόχο την υποστήριξη των αποφάσεων για το καθορισμό εκείνων των πολιτικών υγείας που θα συσχετίσουν ικανοποιητικά την τιμή με την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, συμβάλλοντας στην αποδοτική κατανομή των περιορισμένων πόρων για την υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, στις αρμοδιότητες της KCE εντάσσεται και η εξασφάλιση της ποιότητας και της διαφάνειας των πραγματοποιηθέντων μελετών. Συγκεκριμένα, στοχεύει στον ακριβή καθορισμό των ερευνητικών ερωτημάτων, ενός αυστηρού προγράμματος και επιστημονικών διαδικασιών, βασιζόμενων στα διεθνή πρότυπα και χρησιμοποιώντας εξωτερικούς ειδικούς αξιολογητές, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις ενδεχόμενες συγκρούσεις συμφερόντων. Στην περίπτωση απόρριψης μιας έκθεσης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αξιολόγησης της, η έκθεση αυτή τίθεται ξανά σε επεξεργασία. Κάθε έκθεση υποβάλλεται προς έγκριση στο Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο απαρτίζεται από εκπροσώπους ομάδων ενδιαφερομένων του τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Επισημαίνεται πως η KCE δεν συμμετέχει στη λήψη πολιτικών αποφάσεων ή την εφαρμογή πολιτικών, ενώ οι εκθέσεις δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα της και είναι διαθέσιμες δωρεάν στο ευρύ κοινό (Gerkens S. & Merkur S., 2010).

Στις 27 Ιουνίου του 2008, ο Βέλγος Υπουργός Υγείας υπογράφει τον Καταστατικό Χάρτη Tallinn, με τον οποίο η χώρα δεσμεύεται να προωθήσει την διαφάνεια και τη λογοδοσία αναφορικά με την απόδοση του συστήματος υγείας, επιτυγχάνοντας μετρήσιμα αποτελέσματα. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, κρίθηκε αναγκαία η αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας, καθώς επίσης και η

ανάπτυξη μιας ισορροπημένης συνεργασίας μεταξύ των ενδιαφερομένων σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης (WHO, 2008b).

Βάσει της ανωτέρω δέσμευσης, η NIHDI, η Ομοσπονδιακή Δημόσια Υπηρεσία για τη Δημόσια Υγεία, η Ομοσπονδιακή Δημόσια Υπηρεσία για την Κοινωνική Ασφάλιση, το Επιστημονικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (IPH) και το KCE πρότειναν την καθιέρωση της συστηματικής υποβολής εκθέσεων σχετικά με την απόδοση του συστήματος υγείας της χώρας. Οι εκθέσεις αυτές θα αποτελούσαν προϊόν συνεργασίας μεταξύ του ομοσπονδιακού κράτους και των ομόσπονδων κρατιδίων αυτού. Σκοπός της πρώτης έκθεσης ήταν ο καθορισμός δεικτών απόδοσης, η εξέταση της συνέπειας τους και η συγκέντρωση σχετικών πληροφοριών (Gerkens S. & Merkur S., 2010).

5.4. Γαλλία

Η γενικότερη ευθύνη του συστήματος υγείας της Γαλλίας μοιράζεται μεταξύ της Κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας, Γενική Διεύθυνση Υγείας) και των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας, με τη συνδρομή συμβουλευτικών οργάνων, προτείνει τους νόμους για τη δημόσια υγεία, ενώ οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας επωμίζονται την ευθύνη της εφαρμογής των περιφερειακών στρατηγικών στον τομέα αυτό (Thomson, S. et al., 2013).

Οι αξιολογήσεις των παρόχων υγείας πραγματοποιούνται κυρίως από ad hoc επιτροπές. Ενδεικτικά αναφέρονται η Εθνική Επιτροπή για την Αξιολόγηση των Ιατρικών Μηχανημάτων (CNEDIMTS) και η Εθνική Επιτροπή για την Αξιολόγηση των Ιατρικών Διαδικασιών (CEAP), οι οποίες έχουν πλέον συγχωνευτεί σε έναν φορέα και έχουν έναν πρόεδρο. Στις επιτροπές αυτές συμμετέχουν ως μέλη και εκπρόσωποι από ομάδες συμφερόντων, όπως ασθενείς, επαγγελματίες της υγείας (μέσω των επιστημονικών συλλόγων τους) και οι κατασκευαστές ιατρικών μηχανημάτων, με άμεση συνέπεια την αύξηση του βαθμού διαφάνειας των αξιολογήσεων (Chevreul K, 2010).

Στην προσπάθεια για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας του γαλλικού συστήματος υγείας, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η Επιτροπή για τη Διαφάνεια (CT). Η εν λόγω Επιτροπή συνιστά μία από τις επτά εξειδικευμένες Επιτροπές που

βρίσκονται υπό την επιτήρηση και τον έλεγχο της Ανώτατης Αρχής για την Υγεία (HAS) (Prescrire International, 2006).

Η Επιτροπή για τη Διαφάνεια, παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στο Υπουργείο Υγείας της χώρας, το οποίο εν συνεχεία αποφασίζει την καταγραφή ή μη ενός φαρμάκου στις εγκεκριμένες λίστες. Επιπλέον, ασκεί συμβουλευτικό ρόλο αφενός στη Νομοθετημένη Ασφάλιση Υγείας (SHI), η οποία καθορίζει το ποσοστό κάλυψης κι αφετέρου στην Οικονομική Επιτροπή για τα Προϊόντα Υγείας (CEPS), η οποία ορίζει τις νόμιμες τιμές των εγγεγραμμένων στις λίστες φαρμάκων.

Έως και το τέλος του 2004, οι απόψεις της Επιτροπής Διαφάνειας αναρτιόνταν στην ιστοσελίδα του γαλλικού ρυθμιστικού Οργανισμού για την Υγειονομική Ασφάλεια των Προϊόντων Υγείας (AFSSAPS), αλλά από το 2005 και έπειτα, η σχετική ανάρτηση λαμβάνει χώρα στην ιστοσελίδα του HAS. Και στις δύο περιπτώσεις, η δημοσιοποίηση των απόψεων της Επιτροπής στο διαδίκτυο, ενισχύει το βαθμό διαφάνειας στους τομείς των αρμοδιοτήτων της (Cheuvreil, K. 2010) .

Επίσης, στην ιστοσελίδα του HAS αναρτιόνται και πληροφορίες σχετικά με την επίδοση των νοσοκομείων, οι οποίες αφορούν τα αποτελέσματα διαπίστευσης τους. Επιπλέον, παρέχεται η δυνατότητα στους ιατρούς που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία τη διαδικασία αξιολόγησης τους να το διαφημίζουν σε αυτή δημοσίως, χωρίς όμως να καθορίζεται εκ των προτέρων το πλαίσιο διάχυσης των πληροφοριών αυτών. (Thomson, S. et al., 2013).

Ωστόσο, επισημαίνεται πως στην ιστοσελίδα της Επιτροπής ή του HAS δεν περιγράφεται η διαδικασία βάσει της οποίας επιλέγονται οι απόψεις προς δημοσιοποίηση της Επιτροπής, ενώ δεν είναι ηλεκτρονικά διαθέσιμα και τα πρακτικά των συνεδριάσεων που οδήγησαν στη διατύπωση τους. Επιπλέον, στην ιστοσελίδα δεν είναι δυνατή η διάκριση των απόψεων των κατασκευαστών φαρμάκων που αντιτίθεται με εκείνες της Επιτροπής, από τις υπόλοιπες απόψεις, γεγονός που δυσχεραίνει περαιτέρω την αξιολόγηση του έργου της. Τέλος, δεν παρέχεται καμία από τις περιλήψεις των μελετών και των εκθέσεων που η Επιτροπή ζητά από τις φαρμακευτικές εταιρείες προκειμένου να προβεί στην αξιολόγηση κάποιου προϊόντος (Prescrire International, 2006).

Το Δεκέμβριο του 2011, εγκρίνεται στη Γαλλία ο Νόμος “Sunshine”, κατ’ αντιστοιχία του Sunshine Act των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Στόχος του εν λόγω νομοθετήματος ήταν η διασφάλιση της διαφάνειας στις συναλλαγές μεταξύ των κατασκευαστών φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων και των επαγγελματιών υγείας.

Στα τέλη Φεβρουαρίου του 2012, το Υπουργείο Υγείας της Γαλλίας εκδίδει σχέδιο διατάγματος, στο οποίο αναφέρονται λεπτομερώς οι νομικές απαιτήσεις του ανωτέρω νόμου, ενώ παράλληλα υποχρεώνει τις φαρμακευτικές εταιρείες να αναρτούν στις ιστοσελίδες τους πληροφορίες για κάθε συναλλαγή που πραγματοποιούν (όπως συμβάσεις ή «φιλοξενία» σε επιστημονικές εκδηλώσεις) τα ονόματα και τις διευθύνσεις των ενδιαφερόμενων επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις σχετικές χρηματοοικονομικές πληροφορίες, όπως για παράδειγμα τη συναπτόμενη σύμβαση αποδοχών (Baker & McKenzie, 2012).

Επιπρόσθετα, μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του γαλλικού συστήματος υγείας αφορά στην ενδυνάμωση των ασθενών και την ενίσχυση των δικαιωμάτων τους. Το 2002, ψηφίζεται ο Νόμος για τα Δικαιώματα των Ασθενών και την Ποιότητα Περίθαλψης (Kouchner), ενώ το 2009 ο Νόμος για τη Μεταρρύθμιση στα Νοσοκομεία, την Υγεία και την Επικράτεια, διεύρυνε την έννοια της πρόσβασης των ασθενών σε πληροφορίες και ενδυνάμωσε το ρόλο των εκπροσώπων αυτών στα νοσοκομεία και στην Εθνική Αρχή Υγείας. Το 2011, το Υπουργείο Υγείας έθεσε ως στόχο μεταξύ άλλων, τον εντοπισμό και την επιβολή κυρώσεων σε επαγγελματίες υγείας που αρνήθηκαν την παροχή ιατρικής φροντίδας.

Τέλος, τον Απρίλιο του 2004 ιδρύεται η Επιτροπή για τον Έλεγχο και την Επιθεώρηση της Υγειονομικής Περίθαλψης (CHAI), η οποία είναι επιφορτισμένη με την εξέταση των κριτηρίων για την αξιολόγηση των πάροχων, τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, δίνοντας παράλληλα έμφαση στην ποιότητα και τη λογοδοσία (Thomson, S. et al., 2013).

6. Χώρες Βόρειου Μοντέλου Beveridge

6.1. Αγγλία

Το βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1948 με στόχο την παροχή προληπτικής ιατρικής, πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομειακών παροχών, στο σύνολο εκείνου του πληθυσμού που διέμενε στη χώρα.

Η ευθύνη για την χρηματοδοτούμενη από κρατικά κεφάλαια υγειονομική περίθαλψη, επαφίεται στον Υπουργό Υγείας, ο οποίος είναι υπόλογος στο Βρετανικό Κοινοβούλιο. Το Υπουργείο Υγείας είναι εκείνος ο φορέας της κεντρικής κυβέρνησης, που φέρει την ευθύνη για τον καθορισμό της πολιτικής του NHS, της δημόσιας υγείας και άλλων συναφών τομέων. Σημαντικός χαρακτηρίζεται επίσης ο ρόλος του Θησαυροφυλακίου, εξαιτίας της επιρροής του στην κατάρτιση του κρατικού προϋπολογισμού για το κομμάτι εκείνο που αφορά στη χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας είναι ο Μόνιμος Γραμματέας, καθώς και ο Γενικός Διευθυντής του NHS, ο οποίος κατέχει την στρατηγική ηγεσία για το NHS και την κοινωνική φροντίδα.

Το NHS είναι υπόλογο στο Βρετανικό Κοινοβούλιο μέσω του Υπουργείου Υγείας. Για τη λογοδοσία αυτού χρησιμοποιούνται μια σειρά μηχανισμών, όπως οι κοινοβουλευτική συζήτηση, η κατάθεση ερωτήσεων από τα μέλη του Κοινοβουλίου σε υπουργούς της κυβέρνησης, και οι εργασίες επιλεγμένων κοινοβουλευτικών επιτροπών τόσο στη Βουλή των Λόρδων, όσο και στη Βουλή των Κοινοτήτων. Οι κοινοβουλευτικές αυτές επιτροπές εξετάζουν τις εκάστοτε θεματικές περιοχές συγκεντρώνοντας προφορικές και γραπτές αποδείξεις και πραγματοποιώντας έπειτα συσκέψεις μεταξύ των μελών τους. Η βασική επιτροπή που έχει την αρμοδιότητα να καταστήσει υπόλογο το NHS είναι η Ειδική Επιτροπή για την Υγεία της Βουλής των Κοινοτήτων, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις τη δυνατότητα αυτή έχουν και η Επιτροπή Επιστήμης και Τεχνολογίας και η Επιτροπή Δημόσιας Διοίκησης. Στην περίπτωση της τελευταίας, η δυνατότητα αυτή ασκείται συνήθως στο πλαίσιο μιας γενικότερης έρευνας. Η Ειδική Επιτροπή για την Υγεία, πραγματοποιεί κάθε χρόνο έρευνα στις δαπάνες που πραγματοποιούνται για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν στο εθνικό σύστημα υγείας. Ωστόσο, επισημαίνεται πως η γενικότερη ευθύνη και έλεγχος των δημόσιων δαπανών στον

τομέα της υγείας επαφίεται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας.

Σημαντικό ρόλο στον τομέα διαφάνειας και λογοδοσίας διαδραματίζει η Επιτροπή για την Ποιότητα Φροντίδας (CQC) η οποία ιδρύθηκε το 2009 προς αντικατάσταση την Επιτροπής για την Υγειονομική Περίθαλψη (Healthcare Commission), την Επιτροπή για τον Έλεγχο της Κοινωνικής Φροντίδας (The Commission for Social Care Inspection) και της Επιτροπής για το Νόμο περί Πνευματικής Υγείας (The Mental Health Act Commission). Ρόλος της εν λόγω Επιτροπής είναι η προώθηση της βελτίωσης, καθώς και της αξιολόγησης της ποιότητας στο NHS και στον ανεξάρτητο τομέα (ιδιωτικός τομέας, εθελοντικός τομέας και κοινοτικές οργανώσεις).

Σε περιφερειακό επίπεδο, η ευθύνη για την επίβλεψη των υπηρεσιών υγείας επαφίεται στις Αρχές για τη Στρατηγική Υγείας (SHAs) τα οποία είναι υπόλογα στο Υπουργείο Υγείας. Τα SHAs ιδρύθηκαν το 2002 συνιστώντας τον σύνδεσμο μεταξύ Υπουργείου Υγείας και NHS.

Σε τοπικό επίπεδο, η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και για την διαχείριση των κονδυλίων που εγείρονται από τα ίδια τα νοσοκομεία, επαφίεται στους 151 οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, και κυρίως στους Συνδέσμους για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα (PCTs), οι οποίοι επιτηρούνται σε περιφερειακό επίπεδο από τα SHAs και είναι υπόλογα στον Υπουργό Υγείας.

Σε επίπεδο Ανεξάρτητων Αρχών, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των ανεξάρτητων Ρυθμιστικών φορέων, τα οποία φέρουν την ευθύνη για τον καθορισμό των κριτηρίων, την αξιολόγηση και την καταγραφή των επαγγελματιών υγειονομικής φροντίδας στις γεωγραφικές ζώνες της αρμοδιότητας τους. Η ανεξαρτησία την οποία απολαμβάνουν, τους παρέχει τη δυνατότητα να αυξάνουν την λογοδοσία και τη διαφάνεια αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας, εισάγοντας παράλληλα περισσότερη λογοδοσία το Βρετανικό Κοινοβούλιο. Το 2008, βάσει μεταρρυθμίσεων του Νόμου για την Υγεία και την Υγειονομική Περίθαλψη, ιδρύεται το Δικαστικό Γραφείο Υποθέσεων Επαγγελματιών Υγείας, ένα νέο ανεξάρτητο όργανο, το οποίο είναι αρμόδιο για τον έλεγχο παραβάσεων που αφορούν στα επαγγέλματα υγείας. Πρόκειται για έναν ανεξάρτητο νομικό οργανισμό ο οποίος είναι επιφορτισμένος με την επ' ακροατηρίου συζήτηση των υπό εξέταση υποθέσεων, διαχωρίζοντας έτσι την εκδίκαση της υπόθεσης από την έρευνα και τη βάση του πορίσματος αυτής εκδίωξη.

Προβλέψεις για περισσότερη διαφάνεια υφίστανται επίσης και αναφορικά με τις εταιρείες παραγωγής φαρμάκων. Ενδεικτικά αναφέρεται η υποχρέωση των εταιρειών

να γνωστοποιήσουν τις επαφές τους με οργανώσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας, παρέχοντας ταυτόχρονα ένα λεπτομερή κατάλογο αυτών. Ο κατάλογος θα πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες της συνδιαλλαγής και της παρεχόμενης στήριξης, ώστε να επιτρέπεται στο μέσο αναγνώστη η κατανόηση της φύσης της στήριξης και της νομισματικής αξίας αυτής. Στην περίπτωση που ένας οργανισμός ασθενών, δεσμεύεται να παρέχει σημαντικές πληροφορίες προς μια φαρμακευτική υπηρεσία, θα πρέπει επίσης να δημοσιοποιούνται τα στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών και το συνολικό ποσό που καταβάλλεται από την εταιρεία ανά οργανισμό. Αποτέλεσμα της ανωτέρω πρόβλεψης, είναι η ενίσχυση της διαφάνειας στις σχέσεις των φαρμακευτικών εταιρειών και των οργανισμών του τομέα υγείας (Boyle, S., 2011).

6.2. Νορβηγία

Η βελτίωση της διαφάνειας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στη Νορβηγία, συνιστά κατά τις τελευταίες δεκαετίες πολιτική προτεραιότητα. Το γεγονός αυτό καταδεικνύεται στο επίπεδο των ασθενών με το νομοσχέδιο «Τα Δικαιώματα των Ασθενών» του 1999, το οποίο και φέρει ιδιαίζουσα σημασία για την αύξηση της διαφάνειας, καθώς ένα ολόκληρο κεφάλαιο του είναι αφιερωμένο στα δικαιώματα των ασθενών στη συμμετοχή και την πληροφόρηση. Το Υπουργείο Υγείας της χώρας, εργάζεται για τη θέσπιση μιας νέας νομοθεσίας, η οποία έχει ως στόχο την ενίσχυση της θέσης των ασθενών και των πλησιέστερων αυτών συγγενών, σε περιπτώσεις σοβαρών περιστατικών στον τομέα παροχής υπηρεσιών.

Η διαφάνεια, έχει επίσης βελτιωθεί μέσω της ανάπτυξης και της δημόσιας απελευθέρωσης πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Παραδοσιακά, οι σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις διαφορές στην ποιότητα μεταξύ των παρόχων των νοσοκομείων βρίσκονταν στη διάθεση αποκλειστικά των επαγγελματιών του ιατρικού τομέα, οι οποίοι και είχαν πρόσβαση στα δεδομένα από τα αντίστοιχα εθνικά μητρώα. Σήμερα, οι πληροφορίες σχετικά με περισσότερους από 30 δείκτες ποιότητας, πέραν από επικαιροποιημένες πληροφορίες σχετικά με τους υφιστάμενους χρόνους αναμονής, είναι διαθέσιμες στο κοινό σε δημόσιες ιστοσελίδες³.

Στην Ευρωπαϊκή Κατάταξη Υγείας Καταναλωτή του 2012, η Νορβηγία

³ Ενδεικτικά αναφέρονται οι δημόσιοι ιστότοποι www.frittsykehusvalg.no και www.helsenorge.no

σημείωσε πολύ μεγάλο βαθμό στην κατηγορία «τα δικαιώματα των ασθενών και πληροφόρηση» (κατετάγη τρίτη, μαζί με το Ηνωμένο Βασίλειο, μετά τη Δανία και τις Κάτω Χώρες). Η εισαγωγή το 2001, του δικαιώματος του ασθενούς να επιλέξει νοσοκομείο, αποτέλεσε επίσης έναν σημαντικό παράγοντα στη πορεία προς τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης και των κλινικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, η έκθεση του Γενικού Ελεγκτή το 2011 δείχνει ότι μόνο το 9% των συμμετεχόντων που θεωρήθηκε ότι επέλεξαν νοσοκομείο είχε επισκεφτεί πραγματικά την ιστοσελίδα, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα για την επιλογή νοσοκομείου χρειάζεται να βελτιωθούν προκειμένου να κατασταθούν χρήσιμες για τους ασθενείς.

Επίσης, η ποιότητα ελέγχεται μέσω των εθνικών και των διεθνών ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών είναι διαθέσιμα στο ευρύ κοινό. Η συνεχής προσπάθεια για την ανάπτυξη των προτύπων και κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, συμβάλλει επίσης στην αύξηση της διαφάνειας του συστήματος, όπως επίσης και η εισαγωγή το 2012, του εθνικού συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών και συμβάντων. Η διαφάνεια γύρω από θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών, γνωρίζουν περαιτέρω προώθησης στην πρόσφατη Λευκή Βίβλο υπό τον τίτλο «Υψηλή ποιότητα – ασφαλείς υπηρεσίες» (αρ. 10 2012-13) του Υπουργείου Υγείας.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με τα υφιστάμενα επίπεδα λογοδοσίας, αυτά διαφοροποιούνται στα ποικίλα επίπεδα του συστήματος. Ο πρωτογενής τομέας της υγειονομικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας παρέχονται σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι τοπικοί πολιτικοί είναι υπόλογοι στους κατοίκους της περιοχής μέσω των εκλογών. Οι δήμοι είναι επίσης υπόλογοι ενώπιον της κεντρικής κυβέρνησης ότι ακολουθούν την υφιστάμενη πολιτική και τους κανονισμούς. Επιπλέον, οι ελεγκτικοί φορείς του Δημοσίου ελέγχουν τους δήμους αναφορικά με τους προϋπολογισμούς τους και άλλα δημοσιονομικά ζητήματα. Ωστόσο, το σύστημα είναι σε μεγάλο βαθμό αποκεντρωμένο και ο σημαντικός βαθμός διακριτικής ευχέρειας στα χαμηλότερα επίπεδα του συστήματος έχει ως αποτέλεσμα τη διάχυση της λογοδοσίας.

Οι γενικοί παθολόγοι και οι ιδιώτες ειδικοί συνιστούν μεγάλες ομάδες αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών, οι οποίοι εργάζονται στο πλαίσιο γενικών συμβάσεων και αμοιβών από τη Νορβηγική Διοίκηση Οικονομικών Υγείας (HELFO), ενώ και οι δύο κατηγορίες υπόκεινται σε λογιστικό έλεγχο. Οι γενικοί παθολόγοι είναι επίσης υπόλογοι στις εθνικές και δημοτικές αρχές εποπτείας, όπως για παράδειγμα το

Εθνικό Συμβούλιο Εποπτείας της Υγείας, το οποίο διαθέτει τοπικά γραφεία στους δήμους. Ωστόσο, η σχετική ανεξαρτησία που απολαμβάνουν σε σχέση με άλλα ιατρικά επαγγέλματα δύναται να τους αναγκάσει να αισθάνονται περισσότερο υπόλογοι στους ασθενείς τους όσον αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και λιγότερο υπόλογοι προς τους ανωτέρω φορείς όσον αφορά την αποτελεσματικότητα ή την αποδοτικότητα. Το γεγονός αυτό δύναται να αλλάξει με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης που αφορά στο συντονισμό, στην οποία οι ιατροί στη Νορβηγία έχουν προβάλλει σθεναρή αντίσταση.

Αναφορικά με τον τομέα των εξειδικευμένων υπηρεσιών, τα διοικητικά συμβούλια και οι διοικήσεις των Περιφερειακών Αρχών Υγείας (RHAs) είναι υπόλογοι στο Υπουργείο Υγείας, ενώ το υπουργείο φέρει την εξουσία να λαμβάνει δεσμευτικές αποφάσεις σχετικά με τις δραστηριότητες των RHAs. Η εξουσία αυτή ασκείται κατά τη διάρκεια των ετήσιων συναντήσεων μεταξύ του υπουργείου και των RHAs. Ομοίως, τα καταπιστεύματα των νοσοκομείων είναι υπόλογα στα RHAs. Ένας άλλος σημαντικός μηχανισμός λογοδοσίας, είναι η συμπερίληψη των τοπικών πολιτικών, οι οποίοι οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές ανάγκες και τις επιθυμίες των εκλογικών τους περιφερειών, στα συμβούλια τόσο των RHAs όσο και των νοσοκομειακών καταπιστευμάτων.

Τέλος, η εκπροσώπηση του ασθενούς, για παράδειγμα στις συμβουλευτικές επιτροπές, μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως ένας τρόπος για την αύξηση της υπευθυνότητας των ειδικευμένων παρόχων φροντίδας προς εκείνους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες (Ringard Å, 2013).

6.3. Σουηδία

Στη Σουηδία, η αρχή της πρόσβασης του κοινού σε επίσημα έγγραφα βοήθησε στο να κατασταθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων περισσότερο διαφανής, τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Ωστόσο, η τυπική πρόσβαση στα πρωτόκολλα και στις πολιτικές και διοικητικές αποφάσεις, δεν συνεπάγεται αυτοδικαίως και την ύπαρξη ουσιαστικής διαφάνειας. Λιγότερο από 10 χρόνια πριν, οι σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις διαφορές στην ποιότητα μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων και των παρόχων, ήταν διαθέσιμες μόνο για εκείνα τα μέλη του ιατρικού επαγγέλματος που

είχαν πρόσβαση στα δεδομένα των εθνικών μητρώων ποιότητας. Οι συγκρίσεις σε περιφερειακό επίπεδο εισήχθησαν το 2006, αποτελώντας ένα σημαντικό βήμα προς τη βελτίωση της διαφάνειας αναφορικά με τις υπάρχουσες διαφορές στα αποτελέσματα και την ποιότητα. Η αυξημένη διαφάνεια φέρει επίσης μια σημαντική τάση ανάπτυξης στο σύνολο των εθνικών μητρώων ποιότητας.

Η δημόσια κυκλοφορία των πληροφοριών και των περιφερειακών συγκρίσεων έχει επίσης αυξήσει τη διαφάνεια γύρω από το γεγονός ότι διαφορετικοί πάροχοι, τόσο εντός όσο και μεταξύ νομαρχιακών συμβουλίων, θέτουν διαφορετικές προτεραιότητες. Βασικοί τομείς οι οποίοι έχουν συζητηθεί εντόνως από τα μέσα ενημέρωσης, αποτελούν διαφορετική χρήση νέων φαρμάκων για την καταπολέμηση του καρκίνου και διαφορετική χρήση νέων και δαπανηρών επιλογών βιολογικής θεραπείας για ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ψωρίαση και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Και οι δύο ενώσεις ασθενών, καθώς και η φαρμακευτική βιομηχανία, έχουν συμβάλλει στο να εστιαστεί η προσοχή των μέσων ενημέρωσης στις υπάρχουσες διαφορές. Ωστόσο, η πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με την αυξημένη διαφάνεια στον τομέα της ποιότητας, δύναται να χαρακτηριστεί ως μάλλον περιορισμένη και χαμηλή. Εν μέρει, αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η πραγματοποιηθείσα σύγκριση εστιάζεται κυρίως στις διαφορές μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων και των δήμων και όχι στους πάροχους υπηρεσιών, όπως τα νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι πληροφορίες από τις συγκρίσεις μεταξύ περιφερειών συνιστούν ενδιαφέρον για τους πολιτικούς και τα στελέχη που βρίσκονται στα νομαρχιακά συμβούλια. Ωστόσο, ολοένα και περισσότερο, οι συγκρίσεις πραγματοποιούνται και ανάμεσα σε πάροχους. Σε πρόσφατες εκθέσεις αναφορικά με συγκρίσεις μεταξύ των περιφερειών, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από τη SALAR και το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, παρουσιάζονται οι συγκρίσεις βάσει επιλεγμένων δεικτών μεταξύ των νοσοκομείων της χώρας. Υπάρχουν επίσης και παρόμοιες ιδιωτικές πρωτοβουλίες, όπως εκείνη της www.omvard.se, με στόχο την παροχή προς τους πολίτες και τους ασθενείς συγκριτικών πληροφοριών σχετικά με τους παρόχους, ώστε να είναι σε θέση να επιλέξουν βάσει αυτού του κριτηρίου. Εντοπίζονται ακόμη ιδιωτικές πρωτοβουλίες όπως αυτές του www.doktorsguiden.se, το οποίο χρησιμοποιεί πληροφορίες απευθείας από τους ασθενείς προκειμένου να ταξινομήσει μεμονωμένους ιατρούς, καθώς επίσης και νοσοκομεία και μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, δεν εντοπίζονται μελέτες που να εξετάζουν το βαθμό στον οποίο οι συγκριτικές πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους, χρησιμοποιούνται στην πραγματικότητα από τους καταναλωτές.

Μελέτες καταδεικνύουν επίσης, την ύπαρξη αναλφαβητισμού στο γενικό πληθυσμό της χώρας, σχετικά με ότι αφορά τα οφέλη και τις παροχές στις οποίες έχουν πρόσβαση. Ενδεικτικό παράδειγμα συνιστά η περιορισμένη γνώση των υφιστάμενων εγγυήσεων αναφορικά με τον χρόνο αναμονής.

Η Σουηδία έχει μια μακρά παράδοση στην τοπική αυτοδιοίκηση, με αποτέλεσμα η βασική ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να ανήκει στα 21 νομαρχιακά συμβούλια και τους 290 δήμους. Το κύριο επιχείρημα από την πλευρά των τοπικών κυβερνητικών πολιτικών προκειμένου να αποτρέψουν την υπερβολική επιρροή από το εθνικό επίπεδο και να περιορίσουν πιθανές τάσεις συγκεντρωτισμού, ήταν από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η απώλεια της δημοκρατίας. Ωστόσο, το πλαίσιο δράσης των τοπικών κυβερνήσεων καθορίζεται από την εθνική κυβέρνηση και οι τυχόν αλλαγές στην εθνική νομοθεσία και το νομοσχέδιο για την υγειονομική περίθαλψη, καθορίζονται από το εθνικό κοινοβούλιο. Κρίνεται δε σκόπιμο να επισημανθεί, πως τόσο η εθνική όσο και οι τοπικές κυβερνήσεις, είναι υπόλογοι για τις επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως μέσα από τις γενικές εκλογές, οι οποίες πραγματοποιούνται κάθε τέταρτο έτος.

Επιπρόσθετα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι εξελίξεις προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης διαφάνειας και των συγκρίσεων των αποτελεσμάτων και των δεικτών ποιότητας σε περιφερειακό επίπεδο, καθιστούν τόσο την εθνική όσο και τις τοπικές κυβερνήσεις, ολοένα και περισσότερο υπόλογους για τις επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ίδιος τύπος σύγκρισης χρησιμοποιείται επίσης εσωτερικά από τα νοσοκομεία και τις διευθύνσεις πρωτογενούς φροντίδας, προκειμένου να καταστήσει τους επιμέρους παρόχους υπόλογους. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι νεοεισαχθείσες μεταρρυθμίσεις των τελευταίων ετών αναφορικά με την ελευθερία καθιέρωσης ιδιωτικών πάροχων, έχουν καταστήσει συχνότερη τη συστηματική παρακολούθηση της απόδοσης και του ιατρικού ελέγχου επιλεγμένων εξ αυτών πάροχων. Επιπλέον, η αυξημένη διαφάνεια σε συνδυασμό με τη βελτίωση των δυνατοτήτων επιλογής των καταναλωτών, έχει επίσης συμβάλει στην αύξηση της λογοδοσίας μεταξύ των ασθενών και των πάροχων πρωτοβάθμιας φροντίδας, στον τομέα της ανταπόκρισης στις υφιστάμενες ανάγκες (Anell A, 2012).

6.4. Δανία

Η διαφάνεια του συστήματος υγείας της Δανίας συνιστά τις τελευταίες δεκαετίες μια εκ των βασικών πολιτικών προτεραιοτήτων της χώρας.

Αρχικά, οι πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της διαφάνειας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και δείκτες ποιότητας σχετικά με την κλινική απόδοση των επιμέρους τμημάτων των νοσοκομείων, οι οποίοι θα κατασταθούν σταδιακά διαθέσιμοι στο διαδίκτυο. Επίσης, στο διαδίκτυο έχουν αναρτηθεί πληροφορίες για τους πραγματικούς χρόνους αναμονής για την εισαγωγή σε δημόσια νοσοκομεία, προκειμένου να διευκολυνθεί η χρήση του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής από τους ασθενείς. Γενικά εντοπίζεται ένα υψηλό επίπεδο ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού σχετικά με τα γενικά δικαιώματα, όπως η εγγύηση χρόνου αναμονής και η ελεύθερη επιλογή. Η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων λαμβάνει χώρα κυρίως έμμεσα, μέσω της άσκησης πιέσεων από οργανώσεις ασθενών. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των πιο ισχυρών οργανώσεων, όπως η Δανική Εταιρεία Καρκίνου και οργανώσεων με λιγότερους πόρους όπως η Δανική Εταιρεία για τις Ρευματικές Παθήσεις, όσον αφορά το βαθμό επιρροής και τις επιπτώσεις της δράσης τους.

Επιπρόσθετα, σπάνια λαμβάνουν χώρα στο δημόσιο τομέα οι αποφάσεις που παίρνονται κατά προτεραιότητα όσον αφορά συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, πρόσφατα πολλοί από τους πολιτικούς και περιφερειακούς διευθυντές στον τομέα της υγείας έχουν εκφράσει την ανάγκη για πιο σαφή και ρητό καθορισμό της προτεραιότητας αποφάσεων. Ο ετήσιος προϋπολογισμός στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα, προκύπτει κυρίως με περιορισμένη δημόσια διαφάνεια αναπαράγοντας προηγούμενους προϋπολογισμούς, με μόνο τις οριακές αλλαγές να υπόκεινται σε δημόσιο διάλογο. Μεγαλύτερες όμως αλλαγές, όπως η συγκέντρωση των υπηρεσιών των νοσοκομείων και το γεωγραφικό κριτήριο τοποθέτησης νέων νοσοκομείων, συνιστούν γενικά αντικείμενο δημόσιας συζήτησης και ως εκ τούτου πολύ ορατό και ευρέως γνωστό – μερικές φορές ως ζήτημα μείζονος σύγκρουσης μεταξύ των εθνικών και των περιφερειακών πολιτικών. Ο τομέας των μικρών ιδιωτικών νοσοκομείων δεν επιτρέπει τη δημόσια πρόσβαση στην οικονομική κατάσταση των ιδιωτικών νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, οι συγκρίσεις του κόστους και της παραγωγικότητας μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών παρόχων είναι δύσκολες, και η διαφάνεια όσον αφορά τη βάση διαπραγματεύσεων για τις τιμές μεταξύ των

περιφερειακών αρχών υγείας και των ιδιωτικών φορέων νοσοκομειακών παροχών , είναι περιορισμένη και υποκείμενη σε έντονη δημόσια συζήτηση. Η νεοεισαχθείσα βάση για τις διαπραγματεύσεις σχετικά με τις τιμές (οι δαπάνες ανάλογων υπηρεσιών στο 25% των πιο αποτελεσματικών δημόσιων νοσοκομείων) συνιστά ωστόσο ένα βήμα προς την κατεύθυνση εξασφάλισης μεγαλύτερης διαφάνειας όσον αφορά τις συμφωνίες και τις δαπάνες που σχετίζονται με τον τομέα των ιδιωτικών νοσοκομείων.

Η λογοδοσία των πληρωτών και των πάροχων διασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό με την άσκηση ιεραρχικού ελέγχου εντός των πολιτικό-γραφειοκρατικών δομών σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Η κατάρτιση του προϋπολογισμού και των διαδικασιών οικονομικής διαχείρισης περιλαμβάνουν εκτιμήσεις σχετικά με τη λογοδοσία σε όλα τα επίπεδα. Οι ετήσιες διαπραγματεύσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ του κράτους και των περιφερειακών και δημοτικών αρχών, περιλαμβάνουν λεπτομερή αξιολόγηση των αναγκών, των αποτελεσμάτων και των νέων τομέων δραστηριότητας. Η δημόσια διαχείριση σε περιφερειακό επίπεδο και σε επίπεδο δήμων, βασίζεται στους συμβαλλόμενους, στα δοθέντα κίνητρα και στα μέτρα επιτήρησης προκειμένου να πραγματοποιήσει τον έλεγχο της απόδοσης των νοσοκομείων και άλλων δημόσιων οργανισμών. Οι δραστηριότητες των εν ενεργεία ιατρών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ελέγχονται και χρηματοδοτούνται από τις περιφερειακές αρχές, βάσει των προγραμμάτων διαπραγμάτευσης αμοιβών σε εθνικό επίπεδο.

Επιπλέον, η ποιότητα ελέγχεται από τα εθνικά μέτρα για την ικανοποίηση των ασθενών και από ποικίλες εθνικές και περιφερειακές πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη προτύπων και βάσεων κλινικών δεδομένων. Ακόμη, το σύνολο των νοσοκομείων της Δανίας έχουν συμπεριληφθεί στο γενικό μοντέλο της χώρας για τη διασφάλιση της ποιότητας από το 2007, ενώ η εξωτερική διαπίστευση πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Στη χώρα, έχει επίσης καθιερωθεί ένα εθνικό σύστημα για την αναφορά ακούσιων γεγονότων. Η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA) έχει εξελιχθεί σε αναπόσπαστο μέρος του συστήματος, μαζί με άλλους τύπους αξιολόγησης, τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Οι αξιολογήσεις μπορούν πέραν του πλαισίου του εθνικού προγράμματος για τη διασφάλιση της ποιότητας, να εκτελούνται από τοπικές ή περιφερειακές πρωτοβουλίες. Το πλαίσιο δικαιωμάτων των ασθενών επεκτάθηκε και επισημοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Τα δικαιώματα αυτά έχουν κατασταθεί σε γενικές γραμμές σεβαστά και προστατεύονται από μηχανισμούς οι οποίοι προβλέπουν την επιβολή κυρώσεων για επαγγελματικό

παράπτωμα ή / και κακοποίηση (Olejaz M, 2012).

7. Χώρες Νότιου Μοντέλου Beveridge

7.1. Ιταλία

Όπως προαναφέρθηκε, η διαφάνεια και η λογοδοσία συνιστούν σημαντικά ζητήματα στον τομέα της υγείας, γεγονός που οδήγησε την Ιταλία να στο να καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών για την ενίσχυση του τομέα αυτού.

Αρχικά, δύναται κανείς να παρατηρήσει σημαντικές βελτιώσεις στον τομέα της τεχνολογίας των πληροφοριών, και κατά συνέπεια την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και στον τομέα παρακολούθησης της λογοδοσίας των επαγγελματιών υγείας και των θεσμικών οργάνων. Συγκεκριμένα, η εισαγωγή από το Υπουργείο Υγείας του Νέου Συστήματος Πληροφοριών Υγείας (NSIS), ενός νέου συστήματος πληροφοριών, έχει καταστήσει δυνατή τη δημιουργία μίας τεράστιας βάσης δεδομένων για όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, το 2003 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών της χώρας, ξεκίνησε ένα σχέδιο για τη θέσπιση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας των πολιτών (e-card)⁴. Αρχικά, η ηλεκτρονική κάρτα διαμοιράστηκε σε ορισμένες πιλοτικές περιφέρειες και σταδιακά διαδόθηκε σε όλη την Ιταλία, όπου διαμοιράστηκε σε όλους τους πολίτες οι οποίοι την παρέλαβαν με ένα γράμμα το οποίο ανέφερε αναλυτικά τις βασικές της λειτουργίες. Η εν λόγω ηλεκτρονική κάρτα, περιέχει δημογραφικές πληροφορίες αναφορικά με τους πολίτες, όπως για παράδειγμα τον αριθμό φορολογικού τους μητρώου, την ημερομηνία και τον τόπο γεννήσεως τους, καθώς και ένα μαγνητικό κωδικό που θα καταστήσει δυνατό τον εντοπισμό στο μέλλον, ολόκληρης της διαδρομής του ασθενή στον οποίο ανήκει. Επιπλέον, οι σχετικές με την ηλεκτρονική κάρτα πληροφορίες, προορίζονται να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση των φαρμακευτικών δαπανών σε ολόκληρη την επικράτεια της χώρας. Σε ορισμένες περιοχές, το σύστημα αυτό έχει ήδη τεθεί σε εφαρμογή με επιτυχία, ενώ σε κάποιες άλλες η ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών δεν είναι ιδιαίτερα

⁴ Η ανωτέρω πρόβλεψη περιλαμβάνεται στο Νόμο 326/2003

αξιόπιστη. Από τον Ιανουάριο του 2008, η ηλεκτρονική κάρτα έχει χρησιμοποιηθεί στα φαρμακεία για την επικύρωση αγορών φαρμάκων με ιδιωτική δαπάνη ασθενών, με στόχο την έκπτωση του φόρου.

Ακόμη, παρατηρείται σημαντική προσπάθεια από πλευράς του ιταλικού κράτους, για την καθιέρωση και σταδιακή ενδυνάμωση της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών στη διαδικασία αξιολόγησης της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (SSN). Ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, αποτελεί η ενίσχυση ενώσεων ασθενών με την εθελοντική προσχώρηση σε αυτές πολιτών, οι οποίοι στη συνέχεια συμμετέχουν σε έρευνες σχετικές με την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τις υπηρεσίες των παρόχων.

Επιπρόσθετα, οι ενώσεις των ασθενών εργάζονται από κοινού με το Υπουργείο Υγείας της χώρας, με στόχο την καθιέρωση δεικτών για την αξιολόγηση της εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία, τις πολιτικές που στοχεύουν στην πρόληψη των ασθενειών και το βαθμό ενημέρωσης των πολιτών. Οι ανωτέρω δείκτες, συμβάλλουν στην ενίσχυση της συμμετοχής του ασθενούς στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ εξειδικεύονται περαιτέρω στο Π.Δ. του 1996 με την καθιέρωση 79 συνολικά κατηγοριών ικανοποίησης των ασθενών.

Στην προσπάθεια για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, συνέβαλλε επίσης και ο «Χάρτης Υπηρεσιών Υγείας» (Carta dei Servizi), η ετήσια σύνταξη του οποίου επιβαρύνει το σύνολο των δημόσιων πάροχων υγείας από το 1995 έως σήμερα. Ο εν λόγω χάρτης αποσκοπεί στην ενημέρωση του πολίτη σχετικά με τις δυνατότητες και τα δικαιώματα που του προσφέρονται στο υπάρχον εθνικό σύστημα υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι υπάρχουσες διαδικασίες για την διατύπωση παραπόνων, οι καθοριζόμενοι από το Υπουργείο Υγείας και τις ενώσεις ασθενών δείκτες ποιότητας, οι εκτιμώμενοι και εκ του νόμου καθοριζόμενοι χρόνοι αναμονής, καθώς και τα υφιστάμενα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η γνωστοποίηση του χάρτη στους πολίτες, λαμβάνει χώρα μέσω της διανομής σχετικών φυλλαδίων, καθώς επίσης και από τις ιστοσελίδες και τα γραφεία δημοσίων σχέσεων των οργανισμών υγείας.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης και οι διαδικασίες διατύπωσης παραπόνων των ασθενών, οι οποίες καθιερώθηκαν κατόπιν συνεργασίας των δημόσιων νοσοκομείων, των Τοπικών Οργανισμών Υγείας (ASLs) και των υφιστάμενων ενώσεων ασθενών. Σκοπός των παραπόνων που θα συγκεντρωθούν από το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας είναι σε ένα πρώτο επίπεδο ο εντοπισμός δυσλειτουργιών του

συστήματος και σε ένα δεύτερο επίπεδο, η διατύπωση προτάσεων βελτίωσης αυτών.

Τέλος, η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται σε ετήσια βάση μέσω του Συνεδρίου Υπηρεσιών Υγείας που διοργανώνεται από τον Γενικό Διευθυντή των δημόσιων νοσοκομείων και των ASLs, ενώ επιπλέον κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί η πρόβλεψη της εθνικής νομοθεσίας για τη σύσταση Επιτροπών Δεοντολογίας υπό την ιδιότητα ανεξάρτητων μη κυβερνητικών οργάνων, απαρτιζόμενων από επιστήμονες διαφόρων τομέων / πεδίων. Σκοπός λειτουργίας των επιτροπών αυτών είναι η περαιτέρω αξιολόγηση των κλινικών δοκιμών που επιβάλλονται σε προϊόντα φαρμακευτικής φύσης.

Καταλήγοντας, επισημαίνεται ότι πάρα τις βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί, ορισμένα από τα αρχικώς υφιστάμενα προβλήματα εξακολουθούν να υφίστανται. Αρχικά, το νομοθετικό πλαίσιο και ο τρόπος διακυβέρνησης των πάροχων υπηρεσιών και των φορέων χρηματοδότησης, δεν προωθούν επαρκώς την καθιέρωση πλήρους λογοδοσίας στις τελικές αποφάσεις αγορών. Το πρόβλημα οφείλεται μεταξύ άλλων στο γεγονός ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού δεν συνιστούν την κύρια προτεραιότητα με αποτέλεσμα η παροχή υγειονομικής περίθαλψης να γίνεται συχνά βάσει των τρεχουσών πολιτικών στρατηγικών, των υφιστάμενων εγκαταστάσεων και του υπάρχοντος προσωπικού.

Επιπλέον, ενώ η διαδικασία αποκέντρωσης έχει αποδώσει μεγαλύτερη αυτονομία στις περιφέρειες, έχει την ίδια στιγμή δημιουργήσει επίσης ορισμένα προβλήματα αναφορικά με τις σχέσεις και την επικοινωνία μεταξύ του κεντρικού και των περιφερειακών επιπέδων διακυβέρνησης, δημιουργώντας ορισμένες δυσχέρειες στον καταμερισμό των ευθυνών, προκαλώντας συχνά μετατόπιση κόστους και αλληλοεπικάλυψη υπηρεσιών.

Η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας, συνιστά βασική παράμετρο στο πλαίσιο αξιολόγησης της ποιότητας περίθαλψης και της λογοδοσίας. Το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης που παρατηρείται, αποτελεί ένα από τα πιο διαρκή και επίμονα της ιταλικής SSN. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται επίσης, η ιδιαίτερη σημασία του ρόλου των περιφερειών στη διαμόρφωση του βαθμού συμμετοχής των ασθενών, καθώς έκαστη περιφέρεια καταβάλλει διαφορετικής έντασης προσπάθειες. Ενδεικτικό παράδειγμα συνιστούν οι περιφέρειες Αιμίλια Ρομάνα, Τοσκάνη και Βένετο, οι οποίες από το 1994 κιόλας έχουν ιδρύσει Μεικτές Συμβουλευτικές Επιτροπές (CCM) σε κάθε διακριτή ASL και νοσοκομείο. Οι επιτροπές αυτές απαρτίζονται μεταξύ άλλων και από μέλη της κοινωνίας των πολιτών, ενώ μέσω της συνεργασίας τους με τα αντίστοιχα

γραφεία δημοσίων σχέσεων, στοχεύουν στην αύξηση λογοδοσίας εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί, η ίδρυση το 2001 από τους πολίτες, της Περιφερειακής Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Ποιότητα από την πλευρά του Πολίτη (CCRQ), η οποία συνιστά συμβουλευτικό όργανο διαρκούς λειτουργίας με αποστολή την υποβολή προτάσεων προς το Περιφερειακό Υπουργείο Υγείας, για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Lo Scalzo A, 2009).

7.2. Ισπανία

Η μεταβατική περίοδος από ένα συγκεντρωτικό μοντέλο νομοθεσίας και παροχής υπηρεσιών υγείας προς ένα μοντέλο ενίσχυσης του περιφερειακού επιπέδου όσον αφορά αρμοδιότητες υπηρεσιών υγείας, διήρκησε στην περίπτωση της Ισπανίας περί τα 25 έτη. Μετά το πέρας αυτής της περιόδου, ένα σημαντικό μέρος του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας έχει υπαχθεί στις αρμοδιότητες φορέων του περιφερειακού συστήματος. Ωστόσο, διαπιστώνεται πως τα μέτρα που έχουν ληφθεί προς ενίσχυση του επιπέδου διαφάνειας και λογοδοσίας του υπάρχοντος συστήματος υγείας, εστιάζονται κατά κύριο λόγο στο κεντρικό επίπεδο διακυβέρνησης, καθώς περιλαμβάνουν τη θέσπιση αρμόδιων οργάνων, τον καθορισμό διαδικασιών ή / και κατευθυντηρίων, απαραίτητων για τον καθορισμό της δράσης και των πολιτικών των Αυτόνομων Κοινοτήτων. Κρίνεται όμως σκόπιμο να επισημανθεί, πως παρά τον από τα πάνω καθορισμό του γενικού πλαισίου δράσης, η αρμοδιότητα επιβολής κυρώσεων συνιστά αποκλειστικό δικαίωμα των οργάνων του περιφερειακού συστήματος της χώρας.

Αρχικά, σημαντικό ρόλο για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, διαδραματίζει η Επιτροπή Διαβούλευσης του Διατοπικού συμβουλίου Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS), η οποία και εκφράζει τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών. Η εν λόγω Επιτροπή, λαμβάνει τις σχετικές αναφορές και εκθέσεις και παρέχει συμβουλές σχετικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση των κανονιστικών έργων, τα οποία θα διαμορφώσουν και επηρεάσουν το πακέτο παροχών, τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και τις φαρμακευτικές δαπάνες. Η γνώμη της Επιτροπής κρίνεται επίσης αναγκαία στο πλαίσιο της διαβούλευσης για την

προετοιμασία των εθνικών σχεδίων για την υγεία. Επιπλέον, παρέχει συμβουλές κάθε σχέδιο νόμου που προέρχεται από τη CISNS και το οποίο επηρεάζει τα βασικά δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών.

Ιδιάζοντα ρόλο φέρει επίσης και η Ισπανική Εταιρεία Φαρμάκων και Υγειονομικών Προϊόντων, η οποία διασφαλίζει πως τα φαρμακευτικά προϊόντα που καταγράφονται στην Ισπανία πληρούν τα κριτήρια ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αποδοτικότητας, όπως αυτά ορίζονται στη σχετική ισπανική και ευρωπαϊκή νομοθεσία. Από το 1999, η Επιτροπή είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση της κλινικής αποδοτικότητας των νέων φαρμακευτικών προϊόντων και των εμπορικών σημάτων, εγκρίνοντας την εγγραφή τους στα εμπορικά μητρώα. Στο πλαίσιο άσκησης των αρμοδιοτήτων της η εν λόγω Επιτροπή, υποχρεούται να διεξάγει κλινικούς ελέγχους, δημοσιεύοντας παράλληλα και τα αποτελέσματα αυτών. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως το έργο της είναι συμπληρωματικό προς, αλλά ταυτόχρονα και διακριτό από, εκείνο της Γενικής Διεύθυνσης Φαρμάκων και Υγειονομικών Προϊόντων, την οποία επιβλέπει κατά την άσκηση των καθηκόντων της η Γενική Γραμματεία για την Υγειονομική Περίθαλψη.

Ακόμη, την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας διασφαλίζει και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών, το οποίο πλέον περιλαμβάνει πληροφορίες τόσο από το εθνικό όσο και από το περιφερειακό επίπεδο. Το ανωτέρω σύστημα διασφαλίζει την ύπαρξη διαφάνειας στην παρακολούθηση των επιδόσεων των φορέων υγείας, καθώς επίσης και στην κατανομή των πόρων στο σύνολο της ισπανικής επικράτειας. Επιπλέον, στο Σχέδιο για την Ποιότητα (The SNS Quality Plan), περιλαμβάνεται και το υπό διαμόρφωση έργο για την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Υγείας (The National Health Information System), καθώς και η ανάπτυξη μιας ενιαίας ταυτότητας ασθενούς η οποία και θα περιέχει σχετικές με τον ασθενή πληροφορίες κλινικής φύσης ή μιας ενιαίας ηλεκτρονικής κάρτας (eCR). Κατ' αυτόν τον τρόπο, συμβάλλει στη δημιουργία μιας ενιαίας ασφάλισης και στην εγγύηση προς τους ασθενείς για συνέχεια της υγειονομικής τους περίθαλψης και εκτός της Αυτόνομης Κοινότητας στην οποία κατοικούν.

Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο για την ενίσχυση της διαφάνειας κατά τη λειτουργία του CISNS διαδραματίζει και η Επιτροπή Διαβούλευσης, η οποία απαρτίζεται από εκπροσώπου της εθνικής κυβέρνησης, καθώς και από εκπροσώπους του περιφερειακού και τοπικού επιπέδου διοίκησης, των επιχειρηματικών ενώσεων και των συνδικαλιστικών οργανώσεων. Η Επιτροπή Διαβούλευσης επιτελεί συμβουλευτικό

ρόλο και στις αρμοδιότητες της υπάγονται ζητήματα που αφορούν στη διάρθρωση του καλαθίου παροχών, στη χρηματοδότηση του συστήματος και στις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, ενώ καλείται επίσης να γνωμοδοτήσει επί του Εθνικού σχεδίου Ποιότητας και νομοσχεδίων. Οι γνωμοδοτήσεις αυτές αφορούν την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και το εύρος των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ασθενών.

Στο περιφερειακό επίπεδο, την ενίσχυση της διαφάνειας επιδιώκουν τα Υγειονομικά Συμβούλια, τα οποία εδρεύουν σε έκαστη υγειονομική ζώνη, καθώς επίσης και οι Επιτροπές Συμμετοχής των νοσοκομείων, οι οποίες ασκούν ρόλο διαμεσολαβητή μεταξύ αυτών και των τοπικών κοινωνιών, προσφέροντας τους πληροφόρηση και συγκεντρώνοντας τις προτάσεις τους για βελτίωση της λειτουργίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στα 2012 θεσπίζεται το βασιλικό διάταγμα 200/2012, βάσει του οποίου καταργούνται η Εθνική Υπηρεσία για την Ποιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (SNS), το Ινστιτούτο Υγειονομικής Πληροφόρησης και η Γενική Διεύθυνση για τη Συνοχή, την Υψηλή Επιθεώρηση και τη Ρύθμιση των Επαγγελματιών του SNS. Σύμφωνα με το βασιλικό αυτό διάταγμα, προβλέπεται επίσης πως οι αρμοδιότητες των ανωτέρω οργάνων, θα μεταβιβαστούν στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, Ποιότητας και Καινοτομίας, η οποία επιφορτίζεται περαιτέρω με την υποχρέωση σύνταξης ετήσιας έκθεσης, με αντικείμενο τη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Στην εν λόγω έκθεση, θα δημοσιεύονται επίσης οι συγκριτικές μελέτες που πραγματοποιούνται για τα περιφερειακά συστήματα υγείας, καθώς και τα αποτελέσματα αυτών.

Τέλος, στις αρμοδιότητες της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, Ποιότητας και Καινοτομίας υπάγεται και η αξιολόγηση των προγραμμάτων που κατατίθενται από τις Αυτόνομες Κοινότητες για την εκπλήρωση των καθορισμένων βάσει συμφωνιών με το CISNS στόχων, καθώς και η άσκηση αξιολόγησης για την επίδοση των περιφερειακών συστημάτων επί των στόχων αυτών. Κρίνεται δε σκόπιμο να επισημανθεί πως η έκδοση εκτελεστών πράξεων δεν περιλαμβάνεται στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων της εν λόγω Γενικής Διεύθυνσης (García-Armesto S, 2010).

7.3. Πορτογαλία

Το 2008 η Πορτογαλία εγκρίνει τον Χάρτη Tallinn, σκοπός του οποίου είναι η δέσμευση όλων των κρατών – μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών μέσω της ενίσχυσης και ενδυνάμωσης του εθνικού συστήματος υγείας, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την κοινωνική, πολιτισμική και οικονομική διαφοροποίηση στις διάφορες περιοχές της επικράτειας. Με την έγκριση και υιοθέτηση του Χάρτη, η Πορτογαλία δεσμεύτηκε για την προώθηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας σε όλους τους τομείς και τα επίπεδα του συστήματος υγείας, με στόχο την σταδιακή επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων (WHO, 2008b).

Στο πορτογαλικό σύστημα υγείας, ο έλεγχος που ασκείται προέρχεται κατά βάση από το κεντρικό επίπεδο διακυβέρνησης. Συγκεκριμένα, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και η εξέλιξη αυτής, εξετάζεται κυρίως με τη χρήση ορισμένων δεικτών οι οποίοι καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας της χώρας. Στους εν λόγω δείκτες περιλαμβάνονται ενδεικτικά οι λίστες αναμονής (χρόνος παραμονής και μέγεθος λίστας). Ωστόσο, μόλις από το 2005 το πορτογαλικό σύστημα υγείας απέκτησε ένα κεντρικό μητρώο για τους εγγεγραμμένους σε λίστες αναμονής και συνεπώς τα δεδομένα των προηγούμενων ετών τίθενται υπό αμφισβήτηση ως προς την εγκυρότητα τους.

Επιπλέον, η διαδικασία χάραξης πολιτικής πραγματοποιείται εντός των κυβερνητικών γραφείων, με περιορισμένη ή καθόλου σχετική πληροφόρηση του ευρύ κοινού. Οι κυβερνητικές αποφάσεις για θέσπιση νόμων για την υγεία μεταβιβάζονται συχνά στους θεσμικούς της εταίρους για διαβούλευση, χωρίς ωστόσο να είναι διαθέσιμα στο κοινό τα σχόλια και οι απόψεις που εκφράζονται εκ μέρους τους. Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει λεπτομερές σχέδιο αξιολόγησης ή εκ των υστέρων εκτίμηση των μέτρων πολιτικής. Η εφαρμογή των εν λόγω πολιτικών, συνιστά αρμοδιότητα των RHAs, ενώ το Υπουργείο Υγείας ασκεί κάποιου βαθμού έλεγχο και αξιολόγηση, όπως επίσης και το Συμβούλιο Επιθεωρητών και η Γενική Επιθεώρηση Δραστηριοτήτων του Τομέα Υγείας. Ωστόσο, η διαδικασία αξιολόγησης των πολιτικών απέχει κατά πολύ από το να χαρακτηριστεί ως συστηματική (Adalsteinn B, 2010).

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας εστίασε στην θέσπιση διαύλων επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους πολίτες εν γένει. Για το σκοπό αυτό, επιστρατεύτηκαν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όπως το Facebook και το Twitter, καθώς επίσης και το διαδίκτυο, επιλεγμένες ιστοσελίδες του οποίου συνδέονταν με ποικίλες Ενώσεις Ασθενών (Barros et al., 2011).

Το 2003 ιδρύεται ο Ρυθμιστικός Οργανισμός Υγείας (HRA), με στόχο τη ρύθμιση και την εποπτεία των δραστηριοτήτων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, απέβλεπε στη διασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των πάροχων, προστατεύοντας παράλληλα τα δικαιώματα των ασθενών και εξασφαλίζοντας την πρόσβαση, την ποιότητα και την ασφάλεια. Το 2009, μεταρρυθμίζεται η οργανωσιακή δομή του και συστήνεται σε αυτό η Συμβουλευτική Επιτροπή, ενώ πλέον διαθέτει και online σύστημα στην επίσημη ιστοσελίδα του για την υποβολή παραπόνων και σχολίων από τους πολίτες.

Το 1993 συστήνεται η Εθνική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (INFARMED), το οποίο από το 1994 έχει υπαγάγει στις αρμοδιότητες του τον έλεγχο της παραγωγής, διανομής, πώλησης και κατανάλωσης των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών μηχανημάτων. Κατά τη λειτουργία του επικουρείται από τη Φαρμακευτική Υπηρεσία Επιθεώρησης, την Υπηρεσία Επιθεώρησης Φαρμάκου και το Επίσημο Εργαστήριο για τον Ποιοτικό Έλεγχο Φαρμάκων.

Το Συμβούλιο Επιθεωρητών συνιστά με τη σειρά του ανεξάρτητο σώμα και είναι επιφορτισμένο με την σύνταξη εκθέσεων αναφορικά με το σύνολο των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Επιπλέον, καλείται να επιτελέσει κατά περιόδους τον εξωτερικό έλεγχο και την αξιολόγηση της λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας, καταγράφοντας τα αποτελέσματα και διατυπώνοντας τα παραγόμενα συμπεράσματα.

Συνοψίζοντας, το πορτογαλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντικές ελλείψεις και κενά αναφορικά με τον τομέα της πληροφόρησης, γεγονός που περιορίζει την δυνατότητα ανάπτυξης πολιτικών και στρατηγικών στη βάση επαρκών αποδείξεων. Τα κενά αυτά στην πληροφόρηση περιορίζουν επίσης και την ικανότητα να υποστηρίξει το σύστημα υγείας επαρκείς συνθήκες διαφάνειας και λογοδοσίας μέσω της δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων (Adalsteinn B, 2010).

8.Συγκριτική Παρουσίαση Χωρών

Στον παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μια συγκριτική παρουσίαση των θεσμικών οργάνων και των πολιτικών βάσει των οποίων οι υπό εξέταση χώρες επιδιώκουν να ενισχύσουν τα επίπεδα διαφάνειας και λογοδοσίας στα εθνικά τους συστήματα υγείας. Από τις μελέτες του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για την Υγεία και τις υποβαλλόμενες εκθέσεις των χωρών, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι εθνικές προσπάθειες εστιάζονται κατά κύριο λόγο στους ακόλουθους τέσσερις τομείς:

- 1) Πληροφόρηση των ασθενών αναφορικά με τα δικαιώματά τους, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα νοσοκομεία της χώρας, καθώς επίσης και τις υπάρχουσες αξιολογήσεις των πάροχων υγειονομικής περίθαλψης. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται επίσης και οι σχετικές βάσεις δεδομένων
- 2) Χρηματοδότηση και έλεγχος δαπανών
- 3) Τομέας φαρμάκων, όπου εξετάζεται αφενός η σχέση των φαρμακευτικών εταιρειών με τους επαγγελματίες υγείας και αφετέρου ο έλεγχος των φαρμακευτικών προϊόντων
- 4) Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, κρίθηκε σκόπιμο οι συγκεντρωτικοί πίνακες να αφορούν στις ομαδοποιημένες ανά κεφάλαιο ομάδες χωρών, ώστε αφενός να διευκολυνθεί η μελέτη των στοιχείων και αφετέρου να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις σε δύο επίπεδα: σε επίπεδο ομάδας χωρών και σε συνολικό επίπεδο.

8.1. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών με Εθνική Ασφάλιση Υγείας

Η εν λόγω ομάδα χωρών περιλαμβάνει τη Λιθουανία και την Εσθονία, (δύο εκ των χωρών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης), καθώς επίσης την Πολωνία και την Ουγγαρία.

Από τις υπό εξέταση χώρες, στον τομέα ελέγχου της χρηματοδότησης και των δαπανών διακρίνεται η Λιθουανία, ενώ αντιστοίχως στον τομέα που αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, έμφαση φαίνεται να δίνει η Ουγγαρία. Συγκριτικά, η ανωτέρω ομάδα χωρών φαίνεται να έχει περιορισμένη εστίαση στον τομέα πληροφόρησης των ασθενών και στον τομέα φαρμάκων. Επίσης, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί η περίπτωση της Πολωνίας, στην οποία ένας φορέας, το Εθνικό Ταμείο Υγείας, είναι επιφορτισμένο με την ενδυνάμωση των δύο αυτών εργαλείων, τόσο στον τομέα της πληροφόρησης, όσο και στον τομέα της χρηματοδότησης και του ελέγχου των δαπανών.

Πίνακας 1: Χώρες με Εθνική Ασφάλιση Υγείας

A/A	Χώρες	Τομείς			
		Πληροφόρηση Ασθενών / Βάσεις Δεδομένων	Χρηματοδότηση / Έλεγχος Δαπανών	Τομέας Φαρμάκων	Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών
1	Λιθουανία	-	1)Γραφείο Δημοσίων Συμβάσεων 2)Κρατικός Οργανισμός Διαπίστευσης Υγειονομικής Περιθαλψης (SHCAA) 3)Κοινοβουλευτική Επιτροπή Διαφθοράς	1)Σύνταξη καταλόγων καταγραφής των επιστρεφόμενων φαρμάκων 2)Έλεγχος σχέσης ιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών	-
2	Πολωνία	1)Εθνικό Ταμείο Υγείας (NFZ) 2)Ιστοσελίδα NFZ	1)NFZ και περιφερειακά τμήματα αυτού	1)Οργανισμός Αξιολόγησης των Τεχνολογιών Υγείας (AOTM)	-
3	Εσθονία	1)Υπαρξη ηλεκτρονικής πλατφόρμας για τον τομέα υγείας	-	-	1)Διενέργεια τακτικών αξιολογήσεων
4	Ουγγαρία	1)Υπηρεσία για την	1)Υποχρέωση τήρησης	-	1)Διοίκηση του

		Εθνική Δημόσια Υγεία και τον Ιατρικό Λειτουργό (NPHMOS)	προκαθορισμένων προϋπολογισμών		Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας 2)Εσωτερικοί έλεγχοι βάσει προτύπων από: α) Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης β)Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης της Ποιότητας 3)Εθνικό Κέντρο Ελέγχου Υγειονομικής Περίθαλψης
--	--	---	-----------------------------------	--	---

8.2. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Κεντρικής Ευρώπης – Μοντέλο Bismarck

Το μοντέλο Bismarck αντιλαμβάνεται την υγεία ως δημόσιο αγαθό και προβλέπει την καθολική και υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία. Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων γίνεται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, οι οποίες καθορίζονται βάσει της εκάστοτε ικανότητας πληρωμής (χρήση προοδευτικού συντελεστή), ενώ ο ασφαλισμένος συνεισφέρει αναλογικά στο κόστος. Οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης που εφαρμόζουν το εν λόγω μοντέλο και εξετάζονται στην παρούσα εργασία, είναι οι Αυστρία, Ολλανδία, Βέλγιο και Γαλλία.

Βάσει του συγκεντρωτικού πίνακα 2, στον τομέα που αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διακρίνεται ως προ την χρήση των εργαλείων διαφάνεια και λογοδοσία το Βέλγιο, το οποίο έχει θεσπίσει πέντε σχετικούς φορείς, ενώ παράλληλα έχει υπογράψει τον Χάρτη Tallinn. Αναλόγως, στον τομέα πληροφόρησης σημαντικές προσπάθειες ενίσχυσης των εν λόγω εργαλείων φαίνεται να έχει καταβάλλει η Γαλλία, και στον τομέα χρηματοδότησης και ελέγχου των δαπανών η Αυστρία. Κρίνεται δε σκόπιμο να επισημανθεί, πως με εξαίρεση την περίπτωση της Γαλλίας, δεν έχουν εντοπιστεί στις υπόλοιπες χώρες της υπό εξέταση ομάδας, φορείς που να ενδυναμώνουν τη διαφάνεια και τη λογοδοσία στον τομέα των φαρμάκων.

Πίνακας 2: Χώρες Κεντρικής Ευρώπης - Μοντέλο Bismark

		Τομείς			
A/A	Χώρες	Πληροφόρηση Ασθενών / Βάσεις Δεδομένων	Χρηματοδότηση / Έλεγχος Δαπανών	Τομέας Φαρμάκων	Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών
1	Αυστρία	1)Πρόσβαση ασθενών σε διασφαλισμένης ποιότητας πληροφορίες	1)Υπαρξη ηλεκτρονικής βάσης πληρωμών στα νοσοκομεία (DRG) 2)Ανάληψη μέρους της χρηματοδότησης από ομόσπονδα κρατίδια	-	1)Υποβολή εκθέσεων ποιότητας
2	Ολλανδία	1)Περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με εμπειρίες ασθενών 2)Εθνικό Ινστιτούτο για τη Δημόσια Υγεία και το Περιβάλλον (RIVM)	1)Ολλανδική Αρχή Υγειονομικής Περίθαλψης (NZa) 2)Εποπτικό Συμβούλιο	-	1)Επιθεώρηση Υγειονομικής Περίθαλψης (IGZ) 2)Νόμος για την Είσοδο Ιδρυμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης (WTZi)
3	Βέλγιο	1)Δημοσίευση εκθέσεων του Βελγικού Κέντρου Γνώσης για την Υγειονομική Περίθαλψη (KCE) στην επίσημη ιστοσελίδα του	1)Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Ασφάλιση Αναπηρίας (NIHDI)	-	1)Γραφείο για την Ιατρική Αξιολόγηση και Έλεγχο 2)Εθνικό Συμβούλιο για την Αξιολόγηση της Ποιότητας

					<p>3) Τοπικές Ομάδες Ιατρικής Αξιολόγησης</p> <p>4) Τμήμα Ιατρικού Ελέγχου NIHD</p> <p>5) Βελγικό Κέντρο Γνώσης για την Υγειονομική Περιθαλψη (KCE)</p> <p>6) Καταστατικός Χάρτης Tallinn</p>
4	Γαλλία	<p>1) Ανάρτηση εκθέσεων για τα φάρμακα στην ιστοσελίδα της Ανώτατης Αρχής για την Υγεία (HAS)</p> <p>2) Ανάρτηση πληροφοριών για την επίδοση των νοσοκομείων στην ιστοσελίδα της HAS</p>	-	<p>1) Επιτροπή Διαφάνειας (CT)</p> <p>2) Νόμος Sunshine</p>	<p>1) Ad hoc επιτροπές</p> <p>2) Επιτροπή για τον Έλεγχο και την Επιθεώρηση της Υγειονομικής Περιθαλψης (CHAI)</p>

8.3. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Βόρειου Μοντέλου Beveridge

Το μοντέλο Beveridge αντιλαμβάνεται την υγεία ως δημόσιο αγαθό και πρεσβεύει την ενιαία και καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής, ενώ η χρηματοδότηση του συστήματος λαμβάνει χώρα μέσω της έμμεσης και της άμεσης φορολογίας με την εφαρμογή προοδευτικού φορολογικού συντελεστή. Από τις χώρες που υπάγονται στο υπό εξέταση μοντέλο επιλέχθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας οι Αγγλία, Νορβηγία, Σουηδία και Δανία.

Η μελέτη του κάτωθι πίνακα, καταδεικνύει πως στις τέσσερις υπό εξέταση χώρες, η χρήση των εργαλείων διαφάνεια και λογοδοσία είναι ιδιαίτερα ενισχυμένη στον τομέα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την Αγγλία να δίνει τη μεγαλύτερη συγκριτικά έμφαση. Επιπλέον, με εξαίρεση την Αγγλία για την οποία δεν έχει εντοπιστεί σχετική πληροφορία, η χρήση των εργαλείων στον τομέα πληροφόρησης των ασθενών στις υπόλοιπες τρεις χώρες λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω της δημοσιοποίησης πληροφοριών σε σχετικές ιστοσελίδες. Στην περίπτωση μάλιστα της Σουηδίας, οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν και περιφερειακές συγκρίσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τέλος, επισημαίνεται πως στον τομέα των φαρμάκων η χρήση των εργαλείων παρουσιάζεται σημαντικά περιορισμένη, με μόνη χώρα την Αγγλία να παρουσιάζει σχετική ρύθμιση.

Πίνακας 3: Χώρες Βόρειου Μοντέλου Beveridge

		Τομείς			
A/A	Χώρες	Πληροφόρηση Ασθενών /Βάσεις Δεδομένων	Χρηματοδότηση /Ελεγχος Δαπανών	Τομέας Φαρμάκων	Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών
1	Αγγλία	-	1)Υπουργείο Υγείας και Υπουργείο Οικονομικών 2)Ειδική επιτροπή για την Υγεία	1)Υποχρέωση εταιρειών για γνωστοποίηση των επαφών τους με οργανώσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας	1)Βρετανικό Κοινοβούλιο 2)Επιτροπή για την Ποιότητα Φροντίδας (CQC) 3)Αρχές για τη Στρατηγική Υγείας (SHAs) 4)Σύνδεσμοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs) 5)Ανεξάρτητοι Ρυθμιστικοί Φορείς 6)Δικαστικό Γραφείο Υποθέσεων Επαγγελματιών Υγείας
2	Νορβηγία	1)Νόμος «Τα Δικαιώματα των Ασθενών» 1999 2)Δημόσιες ιστοσελίδες πληροφόρησης του	1)Ελεγκτικοί φορείς του Δημοσίου 2)Νορβηγική διοίκηση Οικονομικών Υγείας (HELFO) 3)Περιφερειακές Αρχές Υγείας	-	1)Λευκή Βίβλος του Υπουργείου Υγείας (Υψηλή Ποιότητα – Ασφαλείς Υπηρεσίες, 2012) 2)Εθνικό Συμβούλιο Εποπτείας της Υγείας

		κοινού (πχ www.frittsykehusvalg.no)	(RHAs)		3)Περιφερειακές Αρχές Υγείας (RHAs)
3	Σουηδία	1)Δημόσια κυκλοφορία πληροφοριών και περιφερειακών συγκρίσεων	-	-	1)Εθνικά Μητρώα Ποιότητας 2)Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας 3)Ιδιωτικές πρωτοβουλίες
4	Δανία	1)Ανάρτηση στο διαδίκτυο	1)Περιφερειακές Αρχές	-	1)Περιφερειακές Αρχές 2)Γενικό Μοντέλο για τη διασφάλιση της ποιότητας (2007) 3)Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA)

8.4. Συγκεντρωτικός Πίνακας Χωρών Νότιου Μοντέλου Beveridge

Το Νότιο Μοντέλο συνδυάζει στοιχεία τόσο από το μοντέλο Bismarck, όσο και από το μοντέλο Beveridge. Πιο συγκεκριμένα, από το μοντέλο Bismarck δανείζεται στοιχεία που αφορούν τον τομέα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας, ενώ από το μοντέλο Beveridge στοιχεία που αφορούν τον τομέα υγείας. Την εν λόγω κατηγορία συγκροτούν μαζί με την Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία. (Ferrera, M., 1996)

Από τις υπό εξέταση χώρες, η Ισπανία και η Πορτογαλία διαθέτουν φορείς για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας και στους τέσσερις τομείς που εξετάζονται στην παρούσα εργασία. Αντιθέτως, η Ιταλία δεν εμφανίζει κάποια πρόβλεψη για την ενδυνάμωση των προαναφερθέντων εργαλείων στον τομέα ελέγχου της χρηματοδότησης και των δαπανών, ενώ η διαφάνεια και η λογοδοσία στο τομέα των φαρμάκων επιδιώκεται μόνο με τη χρήση της ηλεκτρονικής κάρτας. Ωστόσο επισημαίνεται πως η εν λόγω χώρα εμφανίζεται να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση των εργαλείων αναφορικά με τους τομείς της πληροφόρησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 4: Χώρες Νότιου Μοντέλου Beveridge

		Τομείς			
A/A	Χώρες	Πληροφόρηση Ασθενών / Βάσεις Δεδομένων	Χρηματοδότηση / Έλεγχος Δαπανών	Τομέας Φαρμάκων	Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών
1	Ιταλία	1)Νέο Σύστημα Πληροφοριών Υγείας (NSIS) 2)Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (e-card) 3)Χάρτης Υπηρεσιών Υγείας (Carta dei Servizi) 4)Διαδικασία διατύπωσης παραπόνων ασθενών	-	1)Ηλεκτρονική κάρτα (e-card)	1)Ενώσεις ασθενών 2)Χάρτης Υπηρεσιών Υγείας (Carta dei Servizi) 3) Διαδικασία διατύπωσης παραπόνων ασθενών 4)Συνέδριο Υπηρεσιών Υγείας 5)Μεικτές Συμβουλευτικές Επιτροπές (CCM) 6)Περιφερειακή Συμβουλευτική Επιτροπή (CCRQ)
2	Ισπανία	1)Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών 2)Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (e-card)	1)Επιτροπή Διαβούλευσης του Διατοπικού Συμβουλίου Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS) 2)Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών	1)Επιτροπή Διαβούλευσης του Διατοπικού Συμβουλίου Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS) 2)Ισπανική Εταιρεία	1)Επιτροπή Διαβούλευσης του Διατοπικού Συμβουλίου Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS) 2)Επιτροπή Διαβούλευσης 3)Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, Ποιότητας και Καινοτομίας

			3) Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (e-card) 4) Επιτροπή Διαβούλευσης	Φαρμάκων και Υγειονομικών Προϊόντων	
3	Πορτογαλία	1) Εξαιρετικά περιορισμένη πληροφόρηση κοινού 2) Μέσα κοινωνικής δικτύωσης 3) Συμβουλευτική Επιτροπή	1) Ρυθμιστικός Οργανισμός Υγείας (HRA) 2) Συμβούλιο Επιθεωρητών	1) Εθνική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (INFARMED)	1) Καταστατικός Χάρτης Tallinn 2) Δείκτες Υπουργείου Υγείας 3) Ρυθμιστικός Οργανισμός Υγείας (HRA)

9. Συμπεράσματα

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μια συγκεντρωτική παρουσίαση των συμπερασμάτων που συνάγονται βάσει των πινάκων της προηγούμενης ενότητας.

Αρχικά, στον τομέα που αφορά την πληροφόρηση των ασθενών και τη δημιουργία σχετικών βάσεων δεδομένων, από τις χώρες που εξετάστηκαν μόνο στην Αγγλία (Βόρειο Μοντέλο – Μοντέλο Beveridge) και τη Λιθουανία (πρώην Ανατολική Χώρα) δεν βρέθηκαν στοιχεία εφαρμογής των εργαλείων διαφάνεια και λογοδοσία. Επιπλέον, στον τομέα αυτό, ξεχωρίζει η Ιταλία (Νότιο Μοντέλο), η οποία έχει προβεί στη λήψη μέτρων που ενδυναμώνουν σημαντικά τα δύο αυτά εργαλεία, όπως ενδεικτικά αναφέρονται το Νέο Σύστημα Πληροφοριών Υγείας (NSIS) και ο Χάρτης Υπηρεσιών Υγείας (Carta dei Servizi).

Στον τομέα ελέγχου της χρηματοδότησης και των δαπανών, ιδιαίτερη εστίαση παρατηρείται στις περιπτώσεις της Νορβηγίας (Βόρειο Μοντέλο – Μοντέλο Beveridge), της Ισπανίας (Νότιο Μοντέλο) και της Λιθουανίας (πρώην Ανατολική Χώρα). Πιο συγκεκριμένα, στην προσπάθεια της να ενδυναμώσει τους μηχανισμούς διαφάνειας και λογοδοσίας του εθνικού της συστήματος υγείας, η Νορβηγία έχει αναθέσει σχετικές αρμοδιότητες στη Νορβηγική Διοίκηση Οικονομικών Υγείας (HELFO) και στις Περιφερειακές Αρχές Υγείας (RHAs), ενώ παράλληλα δρουν και οι δημόσιοι ελεγκτικοί φορείς τη χώρας. Αντιστοίχως στην Ισπανία, για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας δραστηριοποιούνται τρεις φορείς, δύο εκ των οποίων είναι Επιτροπές Διαβούλευσης. Ομοίως, στη Λιθουανία η εποπτεία του εν λόγω τομέα υπάγεται στις αρμοδιότητες του Γραφείου Δημοσίων Συμβάσεων, του Κρατικού Οργανισμού Διαπίστευσης Υγειονομικής Περίθαλψης (SHCAA) και της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Διαφθοράς.

Αναφορικά με την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στον τομέα των φαρμάκων, για οκτώ από τις δεκαπέντε χώρες δεν εντοπίστηκε κάποια σχετική πρόβλεψη. Ωστόσο, σημαντικά βήματα έχει πραγματοποιήσει η Γαλλία (Κεντρική Ευρώπη – Μοντέλο Bismark) τόσο για τον έλεγχο των φαρμάκων, όσο και για τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών και επαγγελματιών υγείας. Ομοίως, σημαντική είναι και η πρόβλεψη της Αγγλίας (Βόρειο Μοντέλο – Μοντέλο Beveridge), σύμφωνα με την οποία οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται να γνωστοποιήσουν τις επαφές τους με οργανώσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας,

ενισχύοντας έτσι τη διαφάνεια στο χώρο εμπορίας και προμήθειας φαρμακευτικών προϊόντων.

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, ο τομέας ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αναδεικνύεται ως ο τομέας εκείνος για τον οποίο έχουν γίνει οι σημαντικότερες ρυθμίσεις. Όπως διαφαίνεται και από τους συγκεντρωτικούς πίνακες της προηγούμενης ενότητας, η συντριπτική πλειοψηφία των υπό εξέταση χωρών έχει προσδώσει ιδιαίτερη έμφαση στην ενδυνάμωση της διαφάνειας και της λογοδοσίας όσον αφορά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ μόνο για τη Λιθουανία και την Πολωνία (πρώην Ανατολικές Χώρες) δεν εντοπίστηκαν πληροφορίες για την ανάληψη σχετικών δράσεων. Ωστόσο, από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, για τις ρυθμίσεις της στον τομέα αυτό διακρίνεται η Ολλανδία (χώρα Κεντρικής Ευρώπης – Μοντέλο Bismark) η οποία ενίσχυσε τη διαφάνεια και τη λογοδοσία σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Στο ίδιο μοτίβο κινήθηκε και η Ιταλία, στην οποία παρατηρείται επιπλέον έμφαση όσον αφορά την συμμετοχή των ενώσεων ασθενών. Σημαντική είναι επίσης και η δράση της Ουγγαρίας (πρώην Ανατολική Χώρα), η οποία ακολούθησε για τον σχεδιασμό μέρους των ρυθμίσεων της διεθνή και ευρωπαϊκά πρότυπα.

Κλείνοντας, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως το σύνολο των υπό εξέταση χωρών έχει προβεί σε σημαντικές προσπάθειες για την ουσιαστική ενδυνάμωση της διαφάνειας και της λογοδοσίας σε έκαστο από τους υπό εξέταση τομείς. Επισημαίνεται επίσης, στην περίπτωση της Ισπανίας και της Πορτογαλίας οι ρυθμίσεις αφορούν το σύνολο των εξεταζόμενων τομέων. Επιπλέον, δύναται κανείς να παρατηρήσει τη δυνατότητα διασφάλισης της διαφάνειας μέσω της σταδιακά αυξανόμενης χρήσης του διαδικτύου, κυρίως αναφορικά με τον τομέα της πληροφόρησης και της πρόσβασης σε βάσεις δεδομένων. Τέλος, ιδιάζουσας σημασίας για την ενίσχυση της λογοδοσίας είναι η υποχρέωση υποβολής ετήσιων εκθέσεων, στις οποίες καταγράφονται οι στόχοι και η πρόοδος που έχει επιτευχθεί στην επίτευξη αυτών.

10. Προτάσεις για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το παρόν κεφάλαιο στοχεύει στην παράθεση των μέτρων εκείνων που θα μπορούσαν να βρουν εφαρμογή στην περίπτωση του ελληνικού συστήματος υγείας, προκειμένου να συνδράμουν στην δημιουργία και καθιέρωση μιας διοικητικής κουλτούρας που θα ενίσχυε τα υφιστάμενα επίπεδα διαφάνειας και λογοδοσίας.

Αρχικά, προτείνεται η δημιουργία μιας Κοινοβουλευτικής Επιτροπής κατά της Διαφθοράς, κατ' αντιστοιχία με εκείνη της Λιθουανίας, ή της Γαλλίας. Με τον τρόπο αυτό ενισχύονται τα επίπεδα διαφάνειας και λογοδοσίας σε κεντρικό επίπεδο.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της ευρύτερης ενίσχυσης των αρμοδιοτήτων και της συμμετοχής του περιφερειακού επιπέδου, προτείνεται η σύσταση Περιφερειακών Αρχών Υγείας, κατ' αντιστοιχία με εκείνες της Νορβηγίας. Η δημιουργία τέτοιων αρχών, θα δημιουργούσε συνθήκες για πιο ενδελεχή έλεγχο του συστήματος υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, ενώ θα μείωνε τον εργασιακό φόρτο του κεντρικού επιπέδου.

Ιδιάζουσα σημασία για την ενίσχυση της διαφάνειας του ελληνικού συστήματος υγείας θα διαδραμάτιζε επίσης μια ενδεχόμενη ανάπτυξη των υφιστάμενων πληροφοριακών συστημάτων και δικτυακών τόπων. Η ανάπτυξη των συστημάτων πληροφοριών στο διαδίκτυο, συνοδευόμενη και από τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτά του συνόλου των ενδιαφερομένων, θα οδηγούσε στην αύξηση της διαφάνειας που διέπει το ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ παράλληλα να ενίσχυε την εμπιστοσύνη των πολιτών σε αυτό.

Στην ενίσχυση των εργαλείων «διαφάνεια» και «λογοδοσία» θα συνέβαλε ακόμη και η εφαρμογή ενός συστήματος δεικτών (πχ performance management / μάνατζμεντ απόδοσης), όπως αυτά που εφαρμόζονται στην Εσθονία και τη Νορβηγία. Τα εν λόγω συστήματα δεικτών θα καταστήσουν ευκολότερη και πληρέστερη την παρακολούθηση του εθνικού συστήματος υγείας, ενώ παράλληλα θα παρουσιάζονται και στις ετήσιες εκθέσεις της χώρας.

Κλείνοντας, προτείνεται η καθιέρωση της «ανοιχτότητας» στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, η οποία θα συμβάλλει σημαντικά στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των πολιτών και στην ενδυνάμωση των εργαλείων της διαφάνειας και της λογοδοσίας. Ενδεικτικά, ως μέτρο ενίσχυσης της ανοιχτότητας προτείνεται η διενέργεια ανοιχτών προς τους ενδιαφερομένους συνελεύσεων των Διοικητικών Συμβουλίων των φορέων του ελληνικού συστήματος υγείας.

Τέλος, επισημαίνεται η γενικότερη ανάγκη για υιοθέτηση από το σύστημα

υγείας της χώρας εργαλείων του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (μάνατζμεντ απόδοσης, μάνατζμεντ συμβάσεων, μάνατζμεντ ποιότητας κ.α.), τα οποία θα δρουν σε συνδυασμό με εκείνα της διαφάνειας και της λογοδοσίας, εξασφαλίζοντας την αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα του.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Μ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*, Τόμ. Α', Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κοντιάδης Ξ. (2008), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και τους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Μπουρσανίδης Χ., (2010), «Συγκριτική Πολιτική Υγείας – Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία Δημοσίου Μάνατζμεντ στα συστήματα υγείας στη ΕΕ», σε: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (Επιμ.), *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 247-296.

Μπουρσανίδης Χρήστος (2013): Οργάνωση Συστημάτων Υγείας. Από τη σκοπιά του Δημοσίου Μάνατζμεντ Υγείας. Διδακτικό Υλικό ΕΣΔΔΑ – Αθήνα 2013

Μπουρσανίδης Χρήστος (2013): Συγκριτική Ανάλυση Συστημάτων Υγείας & Πολιτική Υγείας. Διδακτικό Υλικό ΕΣΔΔΑ – Αθήνα 2013

Ξενόγλωσση

Adalsteinn B, Caplan E, Tipper B, Leppo K, Lozon J, and Polton D. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 13(7): 1-74.

Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1–159.

Baker, S. & McKenzie, L.: Interactions between Life Sciences Companies and Health Care Professionals: Can the French Sunshine Act Push Transparency so far? Pharmaceutical and Health Care Industries. Information Bulletin.

Barros, P.P., Machado, S.R. & Simões, J. de A. 2011, Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4). European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): 1– 291.

Ferrera, M. The Southern Model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 1996; 6(1): 17-37.

Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(5):210–211.

García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.

Gerken S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(5):1–266

Hofmarcher M, Quentin W. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(7): 264– 266.

Jo Maybin, Rachael Addicott, Anna Dixon, John Storey. Accountability in the NHS. Implications of the Government's Reform Programme. The King's Fund (2011).

Khushf G.(2007) : An agenda for future debate on concepts of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10:19–27

Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiiwet R, van Ginneken E. Estonia: health

system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(6): 174–175.

Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(6):1-216

Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2): 38-39, 119, 138–140.

OECD (2010b). *Health care systems: efficiency and policy settings*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Olejz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1 – 192.

Prescrire International, Dec. 2006, 15(86): 235-236

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8): 1– 162.

Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M, Goryński P, Karpacka D, Kiersztyn E, Kowalska I, Książak M, Kuszewski K, Leśniewska A, Lipska I, Maciąg R, Madowicz J, Mądra A, Marek M, Mokrzycka A, Poznański D, Sobczak A, Sowada C, Świderek M, Terka A, Trzeciak P, Wiktorzak K, Włodarczyk C, Wojtyniak B, Wrześniewska-Wal I, Zelwiańska D, Busse R. Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, 13(8): 176.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.

Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1–486.

Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., Jun, M. London (Eds). The Common Wealth Fund. International Profiles of HealthCare Systems, 2013: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States (2013).

World Bank (2009). Lithuania. Social sector's public expenditure review. Washington, DC, World bank

WHO Regional Office for Europe (2008b). *The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2011), Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe

Δικτυακοί Τόποι:

Transparency International:

<http://www.transparency-initiative.org/about/definitions> (ημερομηνία πρόσβασης 28/05/2014, 09:42 π.μ.)

World Health Organisation:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-056689/en> (ημερομηνία πρόσβασης 29/05/2014, 11:25)



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr