



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΑΡΕΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	57878
COMP.	39366
ΤΑΞΙΝ.	362.1'0371 ΣΑΡ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2008



00157878



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΑΡΕΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ
ΚΑΝΑΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επόπτης :
Νεκτάριος Μιλτιάδης
Αναπλ. Καθηγητής

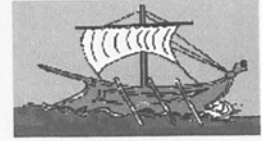
Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE IN
HEALTH MANAGEMENT**



**TEI OF
PIRAEUS**

SARELAKOS GEORGIOS

**OPERATIONS MANAGEMENT FRAMEWORK
OF THE CANADIAN HEALTH CARE SYSTEM**

Supervisor:
Miltiadis Nektarios
Associate Professor

Piraeus, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα κάτωθι άτομα.

Αρχικά, στον κο. Νεκτάριο Μιλτιάδη, υπεύθυνο καθηγητή αυτής της διπλωματικής εργασίας, για την συνεχή υποστήριξη και ανταπόκριση καθώς επίσης και για την παροχή ορθής συμβουλευτικής και καθοδήγησης σε ζητήματα έρευνας.

Στην κα. Creasey Julie, βοηθό συντάκτη στο εκδοτικό τμήμα ερευνητικών θεμάτων του Καναδικού Υπουργείου Υγείας, για την ενημέρωση και τις κατευθύνσεις που παρείχε.

Τέλος, απευθύνω τις θερμές ευχαριστίες μου στην οικογένεια και στους φίλους μου για την αδιάκοπη συμπαράσταση τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες η οργάνωση των συστημάτων υγείας αποτελεί βασικό θέμα διαλόγου και προβληματισμού στο σύνολο των ανεπτυγμένων κρατών. Οι διαρκώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες δημιουργούν νέα δεδομένα και αναδεικνύουν την ανάγκη ορθής και αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων. Με βάση το ζητούμενο αυτό, πλήθος χωρών βρίσκονται στη διαδικασία επαναπροσδιορισμού του χαρακτήρα των συστημάτων υγείας τους.

Αντικείμενο της εργασίας αυτής αποτελεί η παρουσίαση του Καναδικού συστήματος υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ένα από τα πλέον αποτελεσματικά εθνικά συστήματα υγείας. Συγκεκριμένα, η μελέτη αφορά την εξέταση των γενικών χαρακτηριστικών του καθώς και την ανάλυση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του. Επιπρόσθετα, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο θέμα της χρηματοδότησης, καθώς παρουσιάζονται οι εμπλεκόμενοι φορείς, όλες οι σχετικές διαδικασίες αλλά και η διάρθρωση των δαπανών υγείας βάσει των εισροών και των εκροών του συστήματος.

Τέλος, η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την ανάδειξη όλων εκείνων των στοιχείων που χαρακτηρίζουν το Καναδικό δημόσιο σύστημα υγείας και παράλληλα αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της ορθής διαχείρισης του.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Δημόσιο σύστημα υγείας, Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις, Βαθμίδα υγείας, Διάρθρωση δαπανών, Δημόσιες δαπάνες

ABSTRACT

Over the last decades, one of the key political and social issues in developed countries has been the organization of their national health care systems. The ever-changing social and financial conditions have brought new facts on the map while at once elevating the need for sound and efficacious administration of resources. Based on this terminus, a number of countries are currently redefining the nature of their health care systems.

The main subject of this essay is the presentation of the Canadian health care system, considered as one of the most effective national systems in the world. This study pertains particularly to the inspection of its general characteristics as well as to the analysis of its mode of organization and operation. Additionally, emphasis is given to the matter of financing, while all involved stakeholders and relevant procedures are presented, as well as the structure of health expenses based on the system's inputs and outputs.

This study aims to showcase all the components of the Canadian public health system while simultaneously comprising a representative typification of its sound administration.

KEYWORDS:

Public health care system, Federal Government, Provincial and Territorial Governments, Primary and Secondary health care, Distribution of health expenditures, Public sector health expenditures

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	- 1 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	- 3 -
1.1 Η ανάγκη αξιολόγησης της απόδοσης ενός συστήματος υγείας.....	- 3 -
1.2 Στόχοι και λειτουργίες ενός συστήματος υγείας.....	- 4 -
1.3 Κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας.....	- 6 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	- 9 -
2.1 Γενικά δημογραφικά στοιχεία περί του καναδικού πληθυσμού.....	- 9 -
2.2 Αξιολόγηση και κατάταξη του καναδικού συστήματος υγείας.....	- 11 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	
ΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	- 19 -
3.1 Φορείς άσκησης πολιτικής υγείας και λοιποί οργανισμοί.....	- 19 -
3.1.1. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση.....	- 19 -
3.1.2. Περιφερειακές κυβερνήσεις.....	- 20 -
3.1.3. Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές.....	- 20 -
3.1.4. Ενδοκυβερνητικοί φορείς.....	- 21 -
3.1.5. Φορείς υπό την ευθύνη του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας.....	- 23 -
3.1.6. Ενδοκυβερνητικοί Οργανισμοί.....	- 26 -
3.2 Πρόσφατες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις.....	- 29 -
3.2.1. Α' φάση μεταρρυθμίσεων.....	- 30 -
3.2.2. Β' φάση μεταρρυθμίσεων.....	- 32 -
3.3 Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία.....	- 36 -
3.3.1. Κριτήρια και προϋποθέσεις χρηματοδότησης περιφερειών και επαρχιών.....	- 37 -
3.3.1.1. Προγραμματικά κριτήρια χρηματοδότησης.....	- 38 -
3.3.1.2. Προϋποθέσεις χρηματοδότησης.....	- 39 -
3.3.1.3. Διατάξεις για την επιπρόσθετη τιμολόγηση και τις δαπάνες χρήσης.....	- 39 -
3.3.2. Λοιπά στοιχεία περί της «Πράξης για την Υγεία στον Καναδά».....	- 39 -
3.4 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	- 41 -
3.4.1. Φάσμα υπηρεσιών, προμηθευτές, θέματα πρόσβασης.....	- 41 -
3.4.2. Κεφάλαιο Μεταβατικής Περιόδου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Εθνική Στρατηγική Αξιολόγησης.....	- 43 -
3.5 Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.....	- 46 -
3.5.1. Φάσμα υπηρεσιών, προμηθευτές, θέματα πρόσβασης.....	- 46 -
3.5.2. Πολιτικές μείωσης του αριθμού των νοσοκομείων και αποτελέσματα στη χρήση των υπηρεσιών τους.....	- 50 -
3.6 Ροή των ασθενών μεταξύ των βαθμίδων υγείας.....	- 51 -
3.7 Ο φαρμακευτικός τομέας.....	- 52 -
3.7.1. Η φαρμακευτική βιομηχανία σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.....	- 53 -
3.7.2. Ιδιωτικά και κυβερνητικά προγράμματα φαρμακευτικής ασφαλιστικής κάλυψης.....	- 54 -
3.7.3. Προμηθευτές και κατανομή πωλήσεων.....	- 55 -
3.7.4. Εθνική στρατηγική για τα φαρμακευτικά προϊόντα.....	- 57 -
3.8 Υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό.....	- 60 -
3.8.1. Υποδομές.....	- 60 -
3.8.2. Ανθρώπινο δυναμικό.....	- 61 -

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	- 65 -
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	- 65 -
4.1 Εισαγωγή	- 65 -
4.2 Γενικά στοιχεία περί των συνολικών δαπανών υγείας	- 67 -
4.3 Φορείς και διαδικασίες χρηματοδότησης	- 67 -
4.3.1. Εμπλεκόμενοι φορείς στη διακίνηση των πόρων	- 68 -
4.3.2. Διαδικασίες συλλογής, μεταφοράς, διαχείρισης πόρων	- 71 -
4.4 Διάρθρωση των δαπανών βάσει των εισροών του συστήματος	- 71 -
4.4.1. Κατανομή συνολικών δαπανών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα	- 73 -
4.4.2. Δαπάνες δημόσιου τομέα	- 75 -
4.4.3. Δαπάνες ιδιωτικού τομέα	- 76 -
4.5 Διάρθρωση των δαπανών βάσει των εκροών του συστήματος	- 76 -
4.5.1. Κατανομή δαπανών ανά τομέα παροχής υπηρεσιών	- 78 -
4.5.2. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κατηγορία υπηρεσιών	- 79 -
4.5.2.1. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακές υπηρεσίες	- 79 -
4.5.2.2. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα	- 80 -
4.5.2.3. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες	- 80 -
4.6 Εισροές και εκροές σε επίπεδο Περιφερειών και Επαρχιών	- 80 -
4.6.1. Μεταφορές οικονομικών πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση	- 82 -
4.6.2. Κατανομή δαπανών ανά περιφέρειες και επαρχίες	- 85 -
4.7 Διεθνείς συγκρίσεις βάσει των δαπανών υγείας	- 89 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	- 89 -
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	- 94 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	- 94 -
ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	- 94 -
Ο ρόλος της Βάσης Δεδομένων MIS και τα κριτήρια ανάπτυξης της	- 95 -
Διαδικασίες αξιολόγηση του επιπέδου πληροφοριών και σχετικά προβλήματα	- 100 -
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 100 -

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ, ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

<i>Διάγραμμα 1.1</i>	Διασύνδεση λειτουργιών και στόχων εντός συστήματος Υγείας	6
<i>Διάγραμμα 3.1</i>	Διαδικασία συλλογής πληροφοριών και υποβολής προτάσεων για την καναδική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	45
<i>Διάγραμμα 4.1</i>	Φορείς χρηματοδότησης του καναδικού συστήματος υγείας και σύνθεση των δαπανών	67

ΠΙΝΑΚΕΣ

<i>Πίνακας 2.1</i>	Πληθυσμός και ηλικιακές ομάδες του Καναδά κατά το έτος 2006	9
<i>Πίνακας 2.2</i>	Ολικά επιτεύγματα συστημάτων υγείας (Overall health system attainment) για όλες τις χώρες-μέλη, δείκτης Π.Ο.Υ., υπολογισμοί για το έτος 1997	12
<i>Πίνακας 2.3</i>	Επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας (Health attainment) σε όλες τις χώρες-μέλη, υπολογισμοί για τα έτη 1997 και 1999	12
<i>Πίνακας 2.4</i>	Απόδοση συστημάτων υγείας των 35 πρώτων χωρών-μελών Π.Ο.Υ. κατά το έτος 1997	13
<i>Πίνακας 2.5</i>	Βρεφική θνησιμότητα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004	14
<i>Πίνακας 2.6</i>	Αντίληψη% πληθυσμού περί καλού επιπέδου υγείας του (perceived health status) στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2001	15
<i>Πίνακας 2.7</i>	Αριθμός ενεργών παθολόγων ανά 1000 άτομα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004	15
<i>Πίνακας 2.8</i>	Αριθμός γενικών ιατρών ανά 1000 άτομα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004	16
<i>Πίνακας 2.9</i>	Πλήθος ενεργού νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 άτομα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004	16
<i>Πίνακας 2.10</i>	Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 άτομα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2003	17
<i>Πίνακας 3.1</i>	Ποσοστό Καναδών με πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και αντίστοιχες δυσκολίες πρόσβασης σε αυτές, ανά τύπο υπηρεσιών, κατά το έτος 2005	47
<i>Πίνακας 3.2</i>	Φάσμα και εύρος κάλυψης φαρμακευτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων	54
<i>Πίνακας 3.3</i>	Αριθμός φαρμακοποιών/φαρμακείων κατά το έτος 2007	55
<i>Πίνακας 3.4</i>	Κατανομή πωλήσεων ανά είδος εμπορευμάτων και εμπορικό κλάδο κατά το έτος 2005	56
<i>Πίνακας 3.5</i>	Κατηγορίες φαρμάκων και αντίστοιχων συνταγογραφήσεων κατά το έτος 2006	56
<i>Πίνακας 3.6</i>	Αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά 100.000 Καναδούς πολίτες κατά το έτος 2005	64

Πίνακας 3.7	Αναλογία ιατρών και νοσοκόμων επί πληθυσμού χιλίων Καναδών πολιτών κατά τα έτη 2000-2005	64
Πίνακας 4.1	Μεταφορά πόρων Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης στις Περιφερειακές Κυβερνήσεις για τη φροντίδα υγείας κατά τα έτη 2004-2008	69
Πίνακας 4.2	Διάρθρωση νοσοκομειακών δαπανών ανά παράγοντα χρηματοδότησης κατά το έτος 2005	79
Πίνακας 4.3	Μεταφορά οικονομικών πόρων (εκατ.δολλ.) Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης στις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις κατά τα έτη 2004 έως 2007	81
Πίνακας 4.4	Συνολικές δαπάνες υγείας (εκ.δολ.) και κατά κεφαλήν δαπάνες (δολ.) ανά περιφέρεια και επαρχία κατά τα έτη 2005 έως 2007	82
Πίνακας 4.5	Συμμετοχή (%) ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας ανά περιφέρεια και επαρχία κατά τα έτη 2005 έως 2007	83
Πίνακας 4.6	Ποσοστό συμμετοχής των δαπανών υγείας των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων επί των συνολικών δαπανών υγείας κατά τα έτη 2005 έως 2007	84

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 2.1	Δείκτης ηλικιακής εξάρτησης στις 7 ανεπτυγμένες χώρες (G 7) κατά το έτος 2004	10
Γράφημα 2.2	Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του Α.Ε.Π. για τις G7 χώρες κατά το έτος 2005	17
Γράφημα 2.3	Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας για τις G7 χώρες κατά το έτος 2005	18
Γράφημα 3.1	Πρόσβαση πληθυσμού, ηλικίας 15 ετών και άνω, σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας κατά το έτος 2001	42
Γράφημα 3.2	Αναφερόμενες δυσκολίες πρόσβασης σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας κατά το έτος 2001	43
Γράφημα 3.3	Κατανομή χρόνου αναμονής των Καναδών πολιτών ανά εξειδικευμένη υπηρεσία κατά το έτος 2005	48
Γράφημα 3.4	Κατανομή ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας του Καναδά κατά το έτος 2005	62
Γράφημα 4.1	Συνολικές δαπάνες υγείας στον Καναδά κατά την περίοδο 1990 έως 2007	66
Γράφημα 4.2	Κατανομή των δαπανών υγείας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα	71
Γράφημα 4.3	Αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής συμμετοχής στο σύνολο των δαπανών υγείας κατά τα έτη 1990 έως 2007	72
Γράφημα 4.4	Κατανομή δημόσιων δαπανών ανά φορείς κατά το έτος 2005	73
Γράφημα 4.5	Περιφερειακές και ομοσπονδιακές δαπάνες ως προς το σύνολο των δημόσιων δαπανών υγείας κατά τα έτη 1988 έως 2007	74
Γράφημα 4.6	Κατανομή δαπανών ιδιωτικού τομέα ανά πηγή χρηματοδότησης κατά το έτος 2005	75

Γράφημα 4.7	Κατανομή δαπανών υγείας ανά κατηγορία υπηρεσιών κατά το έτος 2005 (Εκατομ. δολλάρια, τρέχουσες τιμές)	76
Γράφημα 4.8	Εξέλιξη των νοσοκομειακών, φαρμακευτικών και ιατρικών δαπανών κατά τα έτη 1990 έως 2007	77
Γράφημα 4.9	Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κατηγορία υπηρεσιών κατά το έτος 2005	78
Γράφημα 4.10	Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε 23 επιλεγμένες χώρες κατά το έτος 2005	85
Γράφημα 4.11	Συμμετοχή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε 23 επιλεγμένες χώρες κατά το έτος 2005	86
Γράφημα 4.12	Διάρθρωση των δημόσιων δαπανών υγείας, βάσει τομέα χρηματοδότησης, σε 23 επιλεγμένες χώρες κατά το έτος 2005	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Καναδικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό δείγμα δημόσιου συστήματος υγείας στο οποίο κυρίαρχο στοιχείο συνιστά η καθολική δωρεάν κάλυψη της υγειονομικής φροντίδας των πολιτών. Στη σημερινή εποχή οι διαδικασίες διαχείρισης του συστήματος χαρακτηρίζονται εξαιρετικά αποκεντρωμένες, καθώς υπεύθυνες για αυτό ορίζονται σε μεγάλο βαθμό οι Περιφερειακές και οι Επαρχιακές Κυβερνήσεις της χώρας. Παράλληλα, εντοπίζεται πλήθος λυσιπώρων και οργανισμών που αναπτύσσουν παράλληλη δράση και ενισχύουν το διαχειριστικό αυτό έργο. Τη δεκαετία του 1990 η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση εισήγαγε σημαντικές μεταρρυθμίσεις με σκοπό την αντιμετώπιση καιρικών ζητημάτων, τα οποία δυνητικά θα μπορούσαν να απειλήσουν την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος. Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων δεν έχουν γίνει εξ' ολοκλήρου ορατά, ωστόσο το σύστημα απέκτησε μια νέα δυναμική. Τα δημόσια συστήματα υγείας ανά τις χώρες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σχετικά με την οικονομική σταθερότητα και τη βιωσιμότητά τους. Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στις συνιστώσες της αποτελεσματικής λειτουργίας του Καναδικού συστήματος, ενώ παράλληλα καταγράφονται οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων, διαχείρισης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα, το Κεφάλαιο 1 αναφέρεται στο σύνολο των στοιχείων που καθιστούν την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας τόσο απαραίτητη και σημαντική καθώς επίσης και στα αντίστοιχα κριτήρια που έχουν καθοριστεί για μια τέτοια διαδικασία.

Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται γενικά δημογραφικά και γεωγραφικά δεδομένα για τη χώρα του Καναδά, ενώ παραθέτονται στοιχεία σχετικά με την αξιολόγηση και την κατάταξη του συστήματος υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στο Κεφάλαιο 3 πραγματοποιείται μια λεπτομερής περιγραφή των φορέων και των οργανισμών άσκησης πολιτικής και διαχείρισης του συστήματος, ενώ παράλληλα παρατίθεται το είδος και το εύρος των δραστηριοτήτων τους. Παράλληλα, παρουσιάζονται οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία εικοσαετία και το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία. Επιπρόσθετα, αναφέρονται στοιχεία για τις βαθμίδες υγείας, για το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών και για τους αρμόδιους προμηθευτές. Επίσης, περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η ροή των ασθενών μεταξύ των βαθμίδων υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται ειδική αναφορά στο φαρμακευτικό τομέα και εκτίθενται στοιχεία σχετικά με το ρόλο του και το ανάλογο μερίδιο αγοράς που κατέχει εντός του Καναδικού συστήματος υγείας. Τέλος, η γενική παρουσίαση του προαναφερόμενου συστήματος ολοκληρώνεται έπειτα από την εξέταση του ζητήματος των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας.

Στο Κεφάλαιο 4 καταγράφονται λεπτομερώς δεδομένα που αφορούν τη διαδικασία χρηματοδότησης του συστήματος και τους εμπλεκόμενους φορείς. Επίσης, εξετάζεται η διάρθρωση των δαπανών, βάσει των εισροών και των εκροών του συστήματος, καθώς επίσης και η κατανομή τους ανά το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, ανά παράγοντα και κατηγορία υπηρεσιών, ανά περιφέρειες και επαρχίες κ.ά. Παράλληλα, παραθέτονται συγκριτικά στοιχεία σχετικά με το επίπεδο και τους παράγοντες δαπανών υγείας μεταξύ του Καναδά και άλλων χωρών.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 5 συνοψίζονται τα κυριότερα σημεία της παρούσας εργασίας, ενώ διατυπώνονται συμπεράσματα και προβληματισμοί σχετικά με συγκεκριμένα ζητήματα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η ανάγκη αξιολόγησης της απόδοσης ενός συστήματος υγείας

Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη του κόσμου προσδίδουν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στην ενδεδειγμένη μελέτη της απόδοσης των συστημάτων υγείας τους. Ο ρόλος ενός συστήματος υγείας, το οποίο ορίζεται από το σύνολο των δυνάμεων διασφάλισης και προαγωγής του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, καθιστά αναγκαία την αξιολόγηση των λειτουργιών του.

Η παραπάνω αντίληψη ενισχύεται στην περίπτωση κατά την οποία ληφθούν υπόψη παράγοντες οι οποίοι πηγάζουν από τη φύση και τη δυναμική των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, κυρίαρχο στοιχείο αποτελεί το υψηλό ποσοστό συμμετοχής των δαπανών υγείας στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) των περισσότερων ανεπτυγμένων χωρών. Χαρακτηριστικά, στις χώρες οι οποίες απαρτίζουν τον Οργανισμό Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας (Ο.Ο.Σ.Α. - Ο.Ε.Κ.Δ., Organisation for Economic Co-operation and Development) το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 6%-15,3% για το έτος 2005, όταν για τη πλειοψηφία των χωρών αυτών η ανάλογη τιμή υπερβαίνει το 8% (Ο.Ε.Κ.Δ. HEALTH DATA, 2007)¹. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί το ποσοστό του ενεργού πληθυσμού το οποίο απασχολείται στον κλάδο των συστημάτων υγείας και αντιστοιχεί στην τιμή του 5% του συνόλου των εργαζομένων (Θεοδώρου κ.ά., 2001). Τα δεδομένα αυτά καθιστούν την κατηγορία των δαπανών υγείας καθοριστικό παράγοντα όσον αφορά την οικονομική σταθερότητα και ανάπτυξη της κάθε χώρας.

Η κοινωνική προέκταση των συστημάτων υγείας αποτελεί επιπλέον μεταβλητή, η οποία εισάγει την ανάγκη αξιολόγησης και βελτίωσης των εκροών τους. Το αγαθό της υγείας «θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη

¹ <http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls>

(συντήρηση ανθρώπινου κεφαλαίου, διασφάλιση ευημερίας, ευεξίας και ποιότητας ζωής)» (Θεοδώρου κ.ά., 2001). Ως εκ τούτου, αποτελεί ρυθμιστικό στοιχείο για την ομαλή διεξαγωγή και ολοκλήρωση οποιασδήποτε ανθρώπινης δραστηριότητας και διαμορφώνει τη δυναμική εξέλιξη κάθε κοινωνίας. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από την πολιτική επιλογή πολλών χωρών, των οποίων τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται δημόσιου χαρακτήρα, σύμφωνα με την οποία διασφαλίζεται η ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας σε πληθυσμιακή βάση.

Τέλος, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την έννοια και την ύπαρξη των συστημάτων υγείας. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού διαμορφώνεται και εξαρτάται από επιπρόσθετες μεταβλητές, οι οποίες είναι δυνατόν να απορρέουν από το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό κλπ. σύστημα. Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας θεωρείται ως ένα από τα πλέον ανοικτά συστήματα, δεδομένης της ύπαρξης απεριόριστων παραγόντων που προέρχονται από το εύρύτερο περιβάλλον και σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία. Αναπτύσσονται μεταξύ αυτών πολύπλοκες σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης, γεγονός που καθιστά τη συνεχή παρακολούθηση των σχετικών διαδικασιών επιτακτική ανάγκη.

Οι παραπάνω λόγοι καταδεικνύουν το μέγεθος και τη σημασία των λειτουργιών ενός συστήματος υγείας στο πλαίσιο ενός κράτους και αιτιολογούν την ανάγκη συνεχούς αξιολόγησης της αποδοτικότητας του.

1.2 Στόχοι και λειτουργίες ενός συστήματος υγείας

Οι σκοποί και στόχοι ενός συστήματος υγείας αποτελούν κυρίαρχες συνιστώσες στην προσπάθεια καθορισμού του οργανωτικού μοντέλου όπου αυτό εντάσσεται. Τα στοιχεία αυτά ευθύνονται για τη διαφοροποίηση κάθε συστήματος από τα υπόλοιπα και διαμορφώνουν τη βάση αξιολόγησης των λειτουργιών του. Ωστόσο, διακρίνονται κοινοί στόχοι μεταξύ όλων των συστημάτων υγείας, εφόσον το προσφερόμενο αγαθό χαρακτηρίζεται, πρωτίστως, κοινωνικό.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.-W.H.O., World Health Organisation) ως πρωταρχικός στόχος κάθε εν λόγω συστήματος ορίζεται η προαγωγή της υγείας. Οι πολύπλευρες θετικές επιπτώσεις τις οποίες συνεπάγεται η διατήρηση

υψηλού επιπέδου υγείας σε πληθυσμιακή βάση αναφοράς δικαιολογούν την απόδοση πρωταρχικής σημασίας στη θέσπιση και ικανοποίηση αυτού του στόχου.

Δεύτερο στόχο αποτελεί η εξασφάλιση του στοιχείου της δικαιοσύνης κατά τις διαδικασίες χρηματοδότησης του συστήματος υγείας από τους πολίτες. Συγκεκριμένα, δίκαιη χρηματοδότηση επιτυγχάνεται όταν οι κίνδυνοι, τους οποίους κάθε νοικοκυριό αντιμετωπίζει λόγω του κόστους εξασφάλισης υπηρεσιών υγείας, κατανέμονται σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής παρά με το κίνδυνο εκδήλωσης της ίδιας της ασθένειας (W.H.O., 2000). Το σύστημα υγείας το οποίο αναγκάζει τον ιδιώτη να διαβιώνει υπό καθεστώς φτώχειας, λόγω της αγοράς απαραίτητων υπηρεσιών υγείας για την επιβίωση του, χαρακτηρίζεται ως μη δίκαιο.

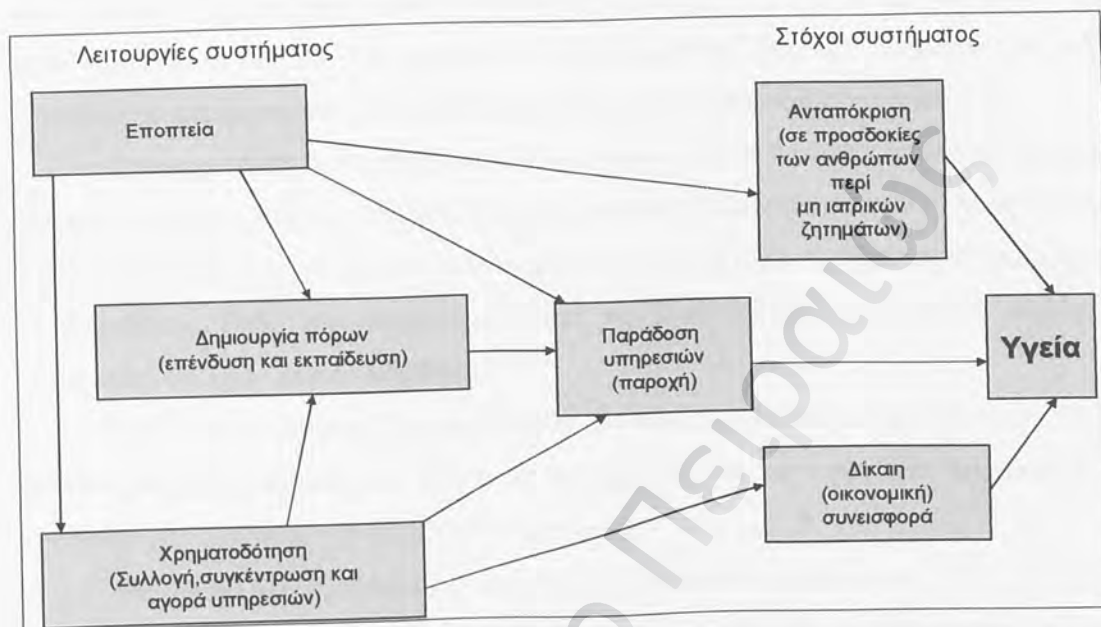
Ως τρίτος και τελευταίος στόχος ορίζεται η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών σε ζητήματα που δεν αφορούν άμεσα το ίδιο το επίπεδο υγείας. Ο στόχος αυτός αφορά την απόδοση πολυπληθών λειτουργιών ενός συστήματος υγείας και εμπλέκει σημαντικά αντίρροπα (trade-offs), συνδυασμούς εισροών και εκροών, στην επίτευξη επιμέρους στόχων. Συνοπτικά, ένα απόλυτα δίκαιο σύστημα υγείας δεν χαρακτηρίζεται από ύπαρξη διακρίσεων με γνώμονα συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, ενώ, αντιθέτως, αναπτύσσει παρόμοιο επίπεδο ανταπόκρισης σε όλα τα υπό μελέτη ζητήματα.

Η ύπαρξη ποικίλων τρόπων σύνδεσης λειτουργιών και στόχων θεωρείται δεδομένη στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας. Η πρωτοβουλία "*Public health in the Americas*" του Παναμερικανικού Οργανισμού Υγείας περιγράφει δώδεκα (12) διαφορετικές αναγκαίες λειτουργίες, όπου η καθεμία περιλαμβάνει τρεις (3) έως (6) υπολειτουργίες². Θα πρέπει να σημειωθεί πως οι περισσότερες προαναφερθείσες λειτουργίες σχετίζονται με την υπευθυνότητα διαχείρισης, ενώ άλλες αφορούν την παροχή υπηρεσιών και την παραγωγή πόρων. Το παρακάτω διάγραμμα ροών (1.1) αναπαριστά τον τρόπο σύνδεσης μεταξύ των κύριων λειτουργιών και των τριών (3) στόχων που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Κατά αυτό το τρόπο αποτυπώνεται το εύρος των λειτουργιών που αναπτύσσονται στο πλαίσιο του συστήματος και η δυνατότητα επιλογής πολλαπλών συνδυασμών εισροών βάσει των επιθυμητών εκροών.

² http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1

Διασύνδεση λειτουργιών και στόχων εντός συστήματος Υγείας



ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από "The World Health Report 2000"

1.3 Κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας

Η αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας βασίζεται σε συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση δύο βασικών ζητημάτων. Αρχικά, εξετάζεται το μέγεθος των επιτευγμάτων αναφορικά με τους τρεις (3) στόχους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Επιπρόσθετα, απαιτείται η σύγκριση των επιτευγμάτων αυτών με τις καλύτερες δυνατές εκροές που θα ήταν δυνατόν να επιτευχθούν κατόπιν χρήσης των ιδίων εισροών. Ωστόσο, το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται στην περίπτωση που η επίτευξη ενός στόχου δεν ασκεί αρνητική επίδραση στην προσπάθεια επίτευξης κάποιου άλλου στόχου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην προσπάθεια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας επικεντρώνει την έρευνα του σε πέντε βασικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές αφορούν το επίπεδο υγείας πληθυσμού, την κατανομή υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, το ολικό επίπεδο ανταπόκρισης, την κατανομή ανταπόκρισης και την κατανομή της οικονομικής συνεισφοράς στο σύνολο

του πληθυσμού (W.H.O., 2000). Στο πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης των συστημάτων υγείας χρησιμοποιούνται δύο (2) βασικοί δείκτες, μέσω των οποίων συνδέονται οι εισροές και εκροές. Η σύνδεση αυτή συντελείται εντός των ορίων που διαμορφώνονται μεταξύ των μεγίστων και ελαχίστων δυνατών εκροών που κάθε σύστημα θα μπορούσε να παρουσιάσει δεδομένων των διαθέσιμων εισροών του.

Ο πρώτος δείκτης συσχετίζει το μέσο επίπεδο υγείας ή αλλιώς το σταθμισμένο με την ανικανότητα προσδόκιμο ζωής (Disability-adjusted life expectancy – DALE) με τους δαπανηθέντες πόρους. Ο DALE παρουσιάζει το πλεονέκτημα της άμεσης σύγκρισης με το προσδόκιμο ζωής, ενώ υπολογίζεται από την θνησιμότητα και αποτελεί εύχρηστο συγκριτικό στοιχείο μεταξύ πληθυσμών.

Ο δεύτερος δείκτης (Overall Health System Attainment) εκφράζει την ολική απόδοση του συστήματος σε σχέση με τις εισροές και τις τιμές που λαμβάνουν οι προαναφερθέντες πέντε (5) σταθμικοί παράγοντες.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι και οι δύο δείκτες διαμορφώνονται βάσει του ίδιου μεγέθους πόρων για κάθε χώρα. Επιπλέον, η απόδοση ενός συστήματος υγείας κρίνεται σύμφωνα με τους πόρους που έχουν ήδη διατεθεί σε αυτό, αποφεύγοντας τη συνεκτίμηση πόρων που θα μπορούσαν συγχρόνως να χρησιμοποιηθούν αλλά αξιοποιήθηκαν σε διαφορετικούς τομείς παραγωγής.

Με βάση τις μελέτες του Π.Ο.Υ. εξάγονται γενικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τη χρήση των δύο (2) βασικών αυτών δεικτών. Η αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας 191 χωρών σε σχέση με το δείκτη DALE κατά το έτος 1999 παρουσιάζει τη θετική σχέση μεταξύ των δαπανών για την υγεία και των εκροών σε επίπεδο υγείας. Συγκεκριμένα, οι υψηλότερες δαπάνες επιδρούν θετικά στην βελτίωση του επιπέδου υγείας, ακόμη και όταν οι δαπάνες θεωρηθούν σχετικός παράγοντας επιρροής παρά απόλυτος (W.H.O., 2000). Συμπληρωματικά, ο Handley, στην έρευνα του, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι δαπάνες για την υγεία συμβάλλουν στατιστικώς σημαντικά και οριακά στη βελτίωση της (Folland, et al., 2007). Στην περίπτωση του δείκτη ολικής απόδοσης, ο οποίος καθορίζεται βάσει περισσότερων μεταβλητών, τα αποδοτικότερα συστήματα εμφανίζονται στα πλουσιότερα κράτη.

Γενική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι η σειρά ταξινόμησης των χωρών σύμφωνα με τους δύο (2) δείκτες χωριστά δεν διαφοροποιείται σημαντικά. Συνολικά, ο Π.Ο.Υ. χρησιμοποιώντας ποικίλους δείκτες, οι οποίοι αφορούν θέματα και λειτουργίες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Γενικά δημογραφικά στοιχεία περί του καναδικού πληθυσμού

Με σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση των επιδόσεων του καναδικού συστήματος υγείας κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση κάποιων γενικών δημογραφικών στοιχείων. Αρχικά, ο πληθυσμός του Καναδά το 2006 ανερχόταν σε 31.612.895 άτομα, εκ των οποίων τα 15.475.970 αποτελούσαν τον ανδρικό πληθυσμό και τα υπόλοιπα 16.136.925 τον αντίστοιχο γυναικείο³. Κατά τα έτη 2001-2006 ο συνολικός πληθυσμός αυξήθηκε κατά 5,4%, ποσοστό το οποίο αντιπροσωπεύει τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης πληθυσμού μεταξύ των 8 πλέον ανεπτυγμένων χωρών (G 8). Επιπλέον, μεγαλύτερη αύξηση ποσοστού συμμετοχής (11,5%) εντός του καναδικού πληθυσμού, κατά την ίδια χρονική περίοδο, παρουσίασε η ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω. Παράλληλα, το 2006 ο πληθυσμός ηλικίας 15 έως 64 ετών αντιπροσώπευε το 68,6% του πληθυσμού, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για ηλικίες άνω των 65 ετών ανερχόταν στο 13,7%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

Πληθυσμός και ηλικιακές ομάδες του Καναδά κατά το έτος 2006

	Ηλικιακές ομάδες			Σύνολο	Ηλικιακή ομάδα 80 και άνω
	0 έως 14	15 έως 64	65 και άνω		
Καταμέτρηση	5,579,835	21,697,805	4,335,255	31,612,895	1,167,310
% κατανομή	17.7%	68.6%	13.7%	100.0%	3.7%

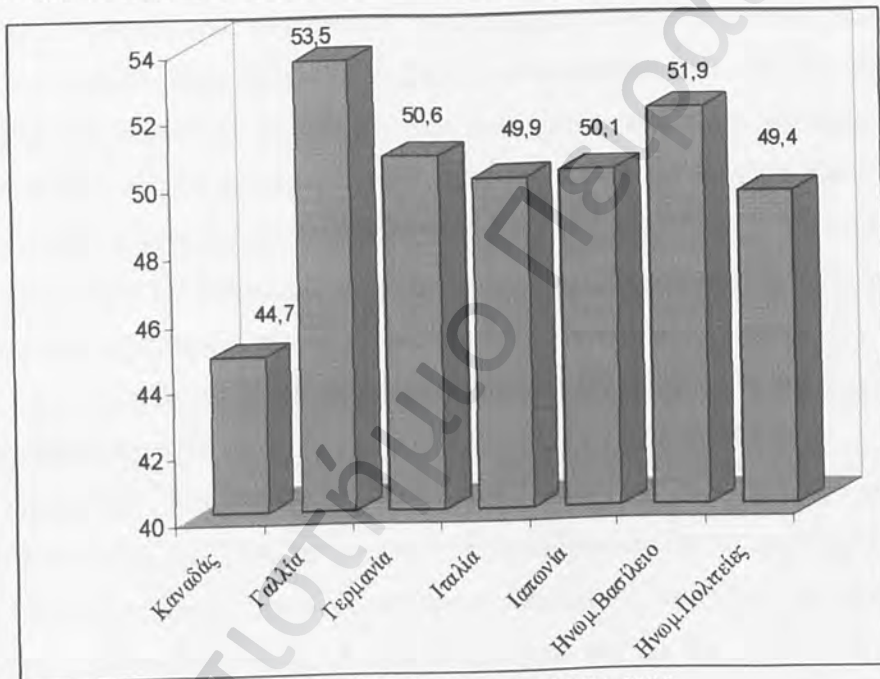
ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από "2006 Census: Data products"

³<http://www12.statcan.ca/english/census06/data/highlights/agesex/pages/Page.cfm?Lang=E&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Dist&Sex=1&StartRec=1&Sort=2&Display=Page>

Η σύγκριση του δείκτη ηλικιακής εξάρτησης⁴ μεταξύ των επτά (7) πλέον ανεπτυγμένων χωρών για το έτος 2004 αναδεικνύει τον Καναδά ως τη χώρα με το χαμηλότερο δείκτη (44,7), όταν ο μέσος όρος για τις χώρες αυτές διαμορφώνεται στο 50,01. Το παρακάτω γράφημα (2.1) παρουσιάζει τον αντίστοιχο δείκτη για κάθε χώρα που ανήκει στην προαναφερόμενη ομάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1

Δείκτης ηλικιακής εξάρτησης στις 7 ανεπτυγμένες χώρες (G 7) κατά το έτος 2004



ΠΗΓΗ: Ο.Ε.С.Д., HEALTH DATA 2006

Εξίσου ενδιαφέροντα στοιχεία προκύπτουν από τη μελέτη της περιφερειακής κατανομής του καναδικού πληθυσμού στο γεωγραφικό χώρο που καταλαμβάνει η χώρα. Κατά το έτος 2006 το κύριο μέρος του πληθυσμού (25 εκατομμύρια άνθρωποι) εντοπίζεται σε αστικά κέντρα, ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 75% των καναδών πολιτών. Μάλιστα, έξι (6) πόλεις συγκεντρώνουν -η κάθε μία χωριστά- πληθυσμό μεγαλύτερο του ενός εκατομμυρίου, ενώ το σύνολο των κατοίκων τους, το οποίο ισούται

⁴ Ο δείκτης ηλικιακής εξάρτησης καθορίζεται ως το άθροισμα του ποσοστού των ατόμων νεαρής ηλικίας (ηλικιακή ομάδα 1-14 έτη) και του ποσοστού των ηλικιωμένων (ηλικιακή ομάδα 65 έτη και άνω) σε εύρος πληθυσμού, διαιρούμενο με το ποσοστό του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας (15-64 έτη).

με 13.6 εκατομμύρια, αποτελεί το 45% του συνολικού πληθυσμού⁵. Τέλος, στον Καναδά η πυκνότητα του πληθυσμού είναι ιδιαίτερος χαμηλή συγκριτικά με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες, καθώς στο έδαφος της επικράτειας βρίσκονται κατά μέσο όρο 3,5 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο.

2.2 Αξιολόγηση και κατάταξη του καναδικού συστήματος υγείας

Η αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας παρακολουθεί το μέγεθος επίτευξης των στόχων τους οποίους κάθε κράτος θέτει βάσει συγκεκριμένων αναγκών και περιορισμών. Επιπρόσθετα, η διαδικασία κατάταξης ενός συστήματος υγείας σε παγκόσμια κλίμακα λαμβάνει υπόψη πλήθος μεταβλητών, με σκοπό την αντικειμενικότερη και ακριβέστερη αποτύπωση της συνολικής και επιμέρους απόδοσης του. Το 2000 ο Π.Ο.Υ., στην ετήσια έκθεση του (WORLD HEALTH REPORT 2000), παρουσίασε τα συμπεράσματα του σχετικά με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας 191 χωρών και κατέταξε τις χώρες αυτές βάσει συγκεκριμένων δεικτών. Ωστόσο, η κατάταξη για κάθε χώρα μεταβάλλεται κάθε φορά ανάλογα με τον υπό εξέταση παράγοντα.

Σημαντικά συμπεράσματα προκύπτουν από την συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας με βάση το δείκτη, που αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, κατά τον οποίο εκφράζεται η απόδοση ενός συστήματος σε σχέση με τους πέντε (5) σταθμικούς παράγοντες (Overall Health System Attainment). Το μέγεθος επιρροής κάθε παράγοντα στον καθορισμό του δείκτη διαφέρει και εκφράζεται με συγκεκριμένο ποσοστό⁶. Επίσης, οι τιμές που συνιστούν τη κλίμακα κατάταξης κυμαίνονται από το 0 (ελάχιστη τιμή) ως το 100 (ανώτερη τιμή). Σύμφωνα με την κατάταξη που προκύπτει (Πίνακας 2.2) ο Καναδάς εμφανίζεται στην έβδομη θέση με το σχετικό δείκτη να ισούται με 91,7, όταν ο υψηλότερος αντίστοιχος δείκτης καθορίζεται στη τιμή του 93,4.

⁵ <http://www12.statcan.ca/english/census06/analysis/popdwell/highlights.cfm>

⁶ Το επίπεδο υγείας πληθυσμού, η κατανομή υγείας στο σύνολο του πληθυσμού και η κατανομή της οικονομικής συνεισφοράς στο σύνολο του πληθυσμού συμμετέχουν κατά 25%, ενώ το ολικό επίπεδο ανταπόκρισης και η κατανομή ανταπόκρισης κατά 12,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

Ολικά επιτεύγματα συστημάτων υγείας (Overall health system attainment) για όλες τις χώρες-μέλη, δείκτης Π.Ο.Υ., υπολογισμοί για το έτος 1997

Κατάταξη	Χώρα-μέλος	Δείκτης
1	Ιαπωνία	93.4
2	Ελβετία	92.2
3	Νορβηγία	92.2
4	Σουηδία	92.0
5	Λουξεμβούργο	92.0
6	Γαλλία	91.9
7	Καναδάς	91.7
8	Ολλανδία	91.6
9	Ηνωμ.Βασίλειο	91.6
10	Αυστρία	91.5

ΠΗΓΗ: W.H.O., The World Health Report 2000

Επιπρόσθετα, η κατάταξη (Πίνακας 2.3) κάθε χώρας σύμφωνα με το μέσο επιπέδο υγείας πληθυσμού, το οποίο βασίζεται στο σταθμισμένο με την ανικανότητα προσδόκιμο ζωής (DALE), τοποθετεί τον Καναδά στη δωδέκατη (12) θέση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3

Επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας (Health attainment) σε όλες τις χώρες-μέλη, υπολογισμοί για τα έτη 1997 και 1999

Σταθμισμένο με την ανικανότητα προσδόκιμο ζωής (έτη)/ Disability-adjusted life expectancy (years)		
Κατάταξη	Χώρα-μέλος	Συνολικός πληθυσμός, γέννηση
1	Ιαπωνία	74.5
2	Αυστραλία	73.2
3	Γαλλία	73.1
4	Σουηδία	73.0
5	Ισπανία	72.8
6	Ιταλία	72.7
7	Ελλάδα	72.5
8	Ελβετία	72.5
9	Μονακό	72.4
10	Ανδόρρα	72.3
11	Σαν Μαρίνο	72.3
12	Καναδάς	72.0

ΠΗΓΗ: W.H.O., The World Health Report 2000

Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η γενική κατάταξη κάθε συστήματος υγείας προκύπτει από τη συσχέτιση της ολικής απόδοσής του, όσον αφορά τους πέντε παράγοντες (overall health system attainment), και των δαπανηθέντων

πόρων⁷. Στη περίπτωση του Καναδά ο συνδυασμός των δύο παραπάνω δεικτών είχε ως αποτέλεσμα την τοποθέτηση του αντίστοιχου συστήματος υγείας στη τριακοστή θέση της κατάταξης. Το Παράρτημα-Πίνακας (10), το οποίο περιλαμβάνεται στην ετήσια έκθεση του Π.Ο.Υ. για το έτος 2000 (WORLD HEALTH REPORT 2000), παρουσιάζει τη γενική σειρά κατάταξης 191 χωρών. Συγκεκριμένα, οι τριάντα πέντε (35) πρώτες χώρες εμφανίζονται στον Πίνακα 2.4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4

Απόδοση συστημάτων υγείας των 35 πρώτων χωρών-μελών Π.Ο.Υ. κατά το έτος 1997

ΟΛΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ		
ΚΑΤΑΤΑΞΗ	ΧΩΡΑ-ΜΕΛΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ
1	Γαλλία	0.994
2	Ιταλία	0.991
3	Σαν Μαρίνο	0.988
4	Ανδόρρα	0.982
5	Μάλτα	0.978
6	Σγκαπούρη	0.973
7	Ισπανία	0.972
8	Ομάν	0.961
9	Αυστρία	0.959
10	Ιαπωνία	0.957
11	Νορβηγία	0.955
12	Πορτογαλία	0.945
13	Μονακό	0.943
14	Ελλάδα	0.933
15	Ισλανδία	0.932
16	Λουξεμβούργο	0.928
17	Ολλανδία	0.928
18	Ηνωμένο Βασίλειο	0.925
19	Ιρλανδία	0.924
20	Ελβετία	0.916
21	Βέλγιο	0.915
22	Κολομβία	0.910
23	Σουηδία	0.908
24	Κύπρος	0.906
25	Γερμανία	0.902
26	Σαουδική Αραβία	0.894
27	Ην.Αραβικά Εμιράτα	0.886
28	Ισραήλ	0.884
29	Μαρόκο	0.882
30	Καναδάς	0.881
31	Φιλανδία	0.881
32	Αυστραλία	0.876
33	Χιλή	0.870
34	Δανία	0.862
35	Δομικανική Δημοκρατία	0.854

ΠΗΓΗ: W.H.O., The World Health Report 2000

⁷ Η συσχέτιση αυτή έχει ως σκοπό τη σύγκριση του επιπέδου ολικής απόδοσης ενός συστήματος υγείας, δεδομένων των πόρων, με την απόδοση που θα παρουσίαζε το πλέον αποτελεσματικό σύστημα υγείας βάσει του ίδιου μεγέθους πόρων.

Με στόχο μία λεπτομερέστερη εξέταση των επιδόσεων του καναδικού συστήματος υγείας κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση δεικτών ειδικότερου περιεχομένου. Για το λόγο αυτό επιλέγεται η σύγκριση δεδομένων μεταξύ των συστημάτων υγείας των επτά (7) πιο ανεπτυγμένων χωρών G 7⁸, στις οποίες εντάσσεται και το καναδικό κράτος. Οι παρακάτω εξεταζόμενες μεταβλητές σχετίζονται με ποικίλα και διαφορετικά ζητήματα στο ευρύ πλαίσιο λειτουργίας και απόδοσης ενός συστήματος υγείας.

Αρχικά, παρουσιάζονται δείκτες που αφορούν το επίπεδο υγείας πληθυσμού. Ο Πίνακας 2.5 παρουσιάζει το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας για τις G 7 χώρες για το έτος 2004. Το σχετικό ποσοστό για το Καναδά εκφράζεται από την αναλογία 5.3 θανάτων βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων βρεφών. Το ποσοστό αυτό είναι το δεύτερο μεγαλύτερο μεταξύ των επτά (7) χωρών και μεγαλύτερο από το μέσο όρο (4.57) των αντίστοιχων ποσοστών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5

Βρεφική θνησιμότητα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004

Θάνατοι/1000 γεννήσεις ζώντων Deaths per 1 000 live births	
Καναδάς	5.3
Γαλλία	3.9
Γερμανία	4.1
Ιταλία	4.1
Ιαπωνία	2.8
Ηνωμένο Βασίλειο	5.0
Ην. Πολιτείες	6.8

ΠΗΓΗ: OECD, HEALTH DATA 2007

Αντίθετα, ο Καναδάς, σύμφωνα με στοιχεία του 2001, εμφανίζει υψηλό ποσοστό πληθυσμού (87.6%) που αυτοαξιολογεί το επίπεδο υγείας του (perceived health status)⁹ ως καλό. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 2.6 το ποσοστό αυτό είναι το δεύτερο υψηλότερο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης ομάδας χωρών.

⁸ Οι χώρες οι οποίες εντάσσονται σε αυτή τη κατηγορία είναι η Γαλλία, Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Η.Π.Α., η Ιταλία, Ιαπωνία και ο Καναδάς. Το έτος 1997 προστέθηκε και η Ρωσία ανεβάζοντας τον αριθμό μελών σε 8 (G 8). Ωστόσο, λόγω έλλειψης αρκετών στοιχείων περί του Ρωσικού συστήματος υγείας η μελέτη επικεντρώνεται στις επτά υπόλοιπες χώρες.

⁹ Ο δείκτης αυτός εκφράζει το ποσοστό πληθυσμού που χαρακτηρίζει το επίπεδο υγείας του καλό, ενώ οι διαδικασίες υπολογισμού του προϋποθέτουν τη διενέργεια συγκεκριμένης συνέντευξης και έρευνας σύμφωνα με υποδείξεις του Π.Ο.Υ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6

Αντίληψη % πληθυσμού περί καλού επιπέδου υγείας του (*perceived health status*) στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2001

Χώρα	Ποσοστό (%) πληθυσμού
Καναδάς	87.6 b ¹⁰
Γαλλία	
Γερμανία	
Ιταλία	60.6
Ιαπωνία	38.2
Ην.Βασίλειο	74.3
Ην.Πολιτείες	88.9

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2006

Στη συνέχεια εξετάζεται η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών (νοσοκομειακές κλίνες) σε σχέση με τον πληθυσμό κάθε χώρας της προαναφερόμενης ομάδας G 7. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία εμφανίζουν τον αριθμό των παθολόγων (Πίνακας 2.7), των γενικών ιατρών (Πίνακας 2.8), του νοσηλευτικού προσωπικού (Πίνακας 2.9) και των νοσοκομειακών κλινών που αναλογούν σε πληθυσμό 1000 ατόμων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7

Αριθμός ενεργών παθολόγων ανά 1000 άτομα στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004

Χώρα	Αριθμός Παθολόγων
Καναδάς	2.1
Γαλλία	3.4
Γερμανία	3.4
Ιταλία	4.2
Ιαπωνία	2.0
Ην.Βασίλειο	2.3
Ην.Πολιτείες	2.4

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2006

¹⁰ Το γράμμα b συμβολίζει την ύπαρξη κενών στις σειρές μέτρησης (break in series).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8

Αριθμός γενικών ιατρών ανά 1000 άτομα
στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004

Χώρα	Αριθμός ιατρών
Καναδάς	1.0
Γαλλία	1.7
Γερμανία	1.0
Ιταλία	0.9
Ιαπωνία	
Ην.Βασίλειο	0.7
Ην.Πολιτείες	1.0

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.9

Πλήθος ενεργού νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 άτομα
στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2004

Χώρα	Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού
Καναδάς	9.9
Γαλλία	7.5
Γερμανία	9.6
Ιταλία	
Ιαπωνία	9.0
Ην.Βασίλειο	9.2
Ην.Πολιτείες	

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2006

Το καναδικό σύστημα υγείας, σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2004, εξασφαλίζει 2.1 ενεργούς παθολόγους, 1 γενικό ιατρό και 9.9 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε 1000 κάτοικους. Στην περίπτωση του ιατρικού προσωπικού, οι προαναφερόμενες αναλογίες κινούνται πολύ κοντά στα επίπεδα των μέσων ποσοστών, τα οποία προκύπτουν από τους αντίστοιχους επιμέρους δείκτες των συστημάτων υγείας των G 7 χωρών. Αντίθετα, ο Καναδάς καταγράφεται ως η χώρα με τον υψηλότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το σχετικό ποσοστό (9.9 απασχολούμενοι / 1000 κάτοικους) αποτελεί το μεγαλύτερο στο σύνολο των σχετικών χωρών. Παράλληλα, το έτος 2003, σύμφωνα με τα δεδομένα (Πίνακας 2.10) αντιστοίχισης αριθμού νοσοκομειακών κλινών σε πλήθος 1000 κατοίκων, ο Καναδάς (αναλογία 3.4 κλίνες /1000 κάτοικους) κατατάσσεται στη προτελευταία θέση μεταξύ των G7 χωρών. Συμπληρωματικά, η αναλογία αυτή παρουσιάζεται σημαντικά κατώτερη από τον αντίστοιχο μέσο όρο (6.53) των επτά (7) κρατών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.10

Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 άτομα
στις επτά (7) πλέον ανεπτυγμένες χώρες κατά το έτος 2003

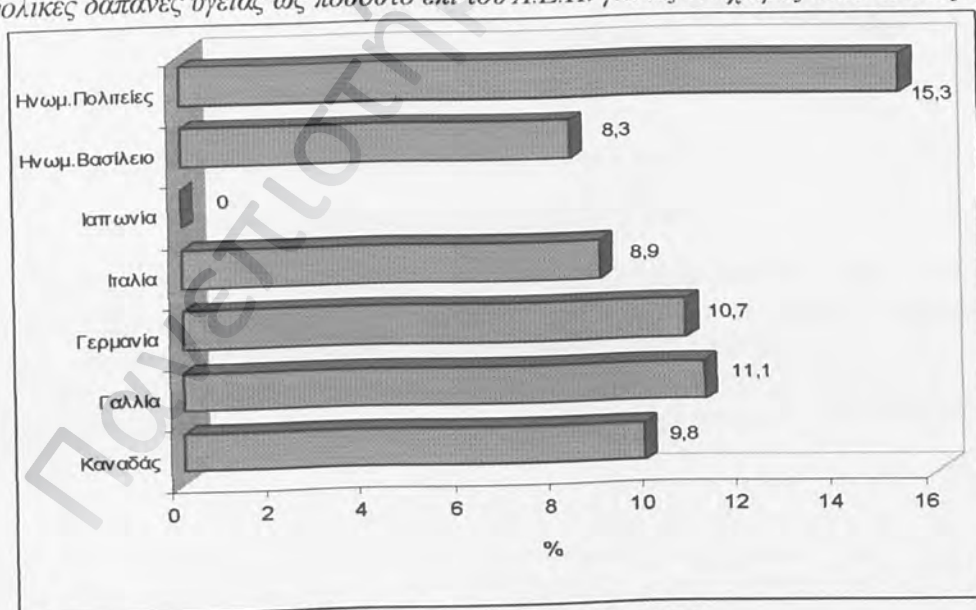
Χώρα	Αριθμός κλινών
Καναδάς	3.4
Γαλλία	7.7
Γερμανία	8.7
Ιταλία	4.2
Ιαπωνία	14.3
Ην.Βασίλειο	4.1
Ην.Πολιτείες	3.3

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2006

Στη συνέχεια, πεδίο διερεύνησης αποτελούν οι οικονομικές εισροές των συστημάτων υγείας των G7 χωρών. Το Γράφημα 2.2 παρουσιάζει τις συνολικές δαπάνες υγείας για τις προαναφερόμενες χώρες και το ποσοστό που αντιπροσωπεύουν στο σύνολο του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, το αντίστοιχο ποσοστό του Καναδά (9.8%) καταγράφεται ως το τρίτο χαμηλότερο στο σύνολο των έξι χωρών¹¹ αλλά και κατώτερο του μέσου όρου τους (10,68%).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2

Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του Α.Ε.Π. για τις G7 χώρες κατά το έτος 2005



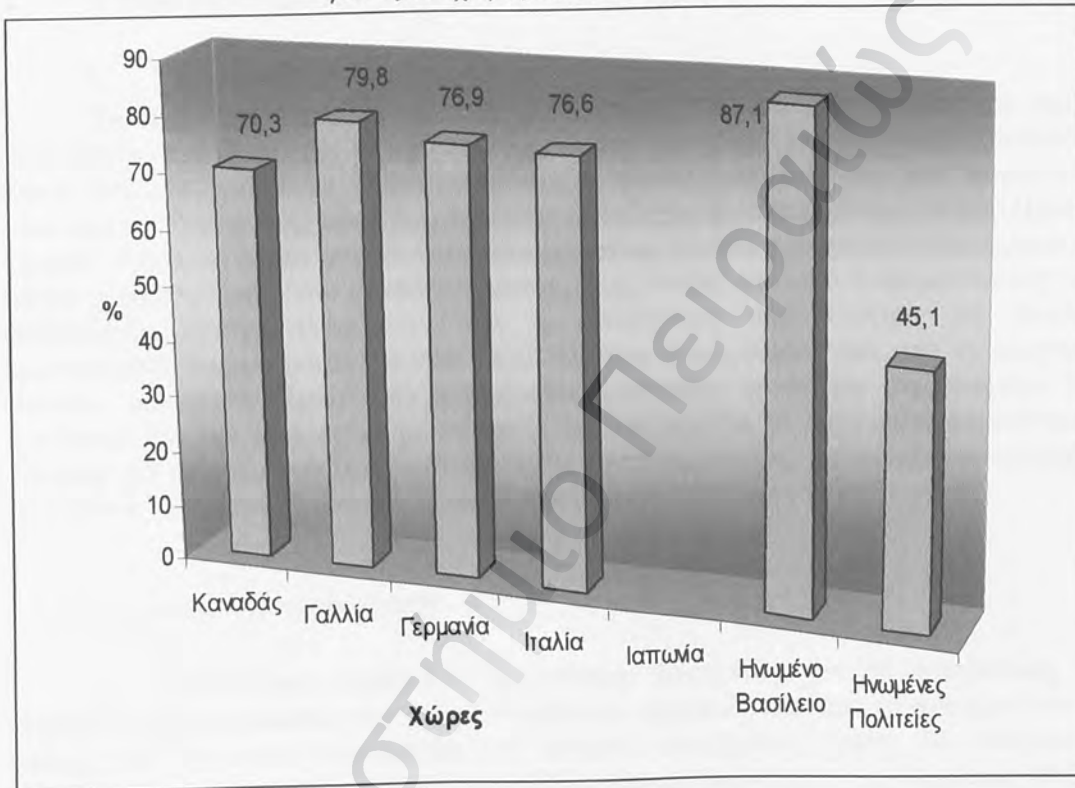
ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2007

¹¹ Αναφέρεται το σύνολο των έξι χωρών καθώς δεν υφίστανται δεδομένα για το ιαπωνικό σύστημα υγείας σχετικά με το έτος 2005. Παράλληλα, στη περίπτωση του Αγγλικού συστήματος υγείας διαπιστώνονται διαφορές στη μεθοδολογία υπολογισμού.

Τέλος, κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση του ποσοστού συμμετοχής των κρατικών δαπανών στις ολικές δαπάνες υγείας σε κάθε χώρα, με σκοπό το καθορισμό της κύριας πηγής χρηματοδότησης των αντίστοιχων συστημάτων υγείας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.3

Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας για τις G7 χώρες κατά το έτος 2005



12

ΠΗΓΗ:OECD, HEALTH DATA 2007

Το έτος 2005 το καναδικό σύστημα υγείας χρηματοδοτήθηκε κατά 70,3% από κρατικούς πόρους (Γράφημα 2.3), ποσοστό που εκφράζει τη δεύτερη χαμηλότερη κρατική συμμετοχή στη χρηματοδότηση συστήματος υγείας στο σύνολο των έξι χωρών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το προαναφερόμενο ποσοστό μειώθηκε κατά 4,2 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό κατά το έτος 1990 (O.E.C.D. Health Data 2007).

¹² Αναφέρεται το σύνολο των έξι χωρών καθώς δεν υφίστανται δεδομένα για το ιαπωνικό σύστημα υγείας σχετικά με το έτος 2005. Παράλληλα, στη περίπτωση του Αγγλικού συστήματος υγείας διαπιστώνονται διαφορές στη μεθοδολογία υπολογισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Φορείς άσκησης πολιτικής υγείας και λοιποί οργανισμοί

Το καναδικό κράτος ορίζεται διοικητικώς ως μια ομοσπονδία, η οποία αποτελείται από δέκα (10) περιφέρειες (provinces) και τρεις (3) επαρχίες (territories)¹³. Κατά ανάλογο τρόπο το καναδικό σύστημα υγείας βασίζεται σε ένα σύμπλεγμα δεκατριών (13) υγειονομικών προγραμμάτων ασφάλισης (health insurance plans) (Health Canada, 2005), τα οποία αντιστοιχούν στα προαναφερόμενα γεωγραφικά διαμερίσματα. Κύριο χαρακτηριστικό του καναδικού συστήματος υγείας αποτελεί η αποκέντρωση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων και η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων σε ποικίλα περιφερειακά διαχειριστικά όργανα. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η πληθώρα φορέων, σε ομοσπονδιακό και περιφερειακό επίπεδο, οι οποίοι συμμετέχουν στο σχεδιασμό και την εκτέλεση της πολιτικής της υγείας. Για το λόγο αυτό παρατίθενται στοιχεία για το ρόλο που διαδραματίζει κάθε σχετικός φορέας, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των λειτουργιών που αναπτύσσονται εντός του συστήματος υγείας.

3.1.1. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση δεσμεύεται, πρωτίστως, για τη διασφάλιση της υγείας και της προστασίας των καναδών πολιτών. Παράλληλα, θέτει τα κριτήρια και τις βάσεις για την ομαλή λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας και ασφάλισης (Medicare) καθώς επίσης διατηρεί την ευθύνη για την προστασία της δημόσιας υγείας, τις ρυθμίσεις για την ασφάλεια των φαρμάκων και των τροφίμων και την υποστήριξη και προώθηση της ιατρικής έρευνας. Επίσης, σύμφωνα με το Σύνταγμα, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση συνιστά τον αρμόδιο φορέα για την υγειονομική φροντίδα συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, όπως οι Αυτόχθονες (First Nations people, Inuit) που διαβιώνουν σε προστατευόμενες περιοχές, τα μέλη των δυνάμεων στρατού, οι βετεράνοι, τα μέλη της βασιλικής καναδικής έφιππης αστυνομίας και οι τρόφιμοι σωφρονιστηρίων. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των πολιτών που υπάγονται στις προαναφερόμενες πληθυσμιακές ομάδες υπολογίζεται σε ένα εκατομμύριο άτομα.

Οι επιπρόσθετες δραστηριότητες του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας (Health Canada) σχετίζονται με τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας, την έγκριση, την ασφάλεια, και τους γενικότερους κανονισμούς που αφορούν τα φαρμακευτικά προϊόντα (συσκευές, φαρμακευτικά σκευασμάτα κ.ά.). Επιπλέον, ανάλογος έλεγχος πραγματοποιείται για προϊόντα διατροφής και λοιπά φυτικά προϊόντα.

¹³ Ο διαχωρισμός των περιφερειών από τις επαρχίες στα όρια του Καναδά έγκειται στο γεγονός ότι οι περιφέρειες λαμβάνουν το πλήθος εντολών και δικαιοδοσιών κατευθείαν από τη βασιλική εξουσία, όπως προβλέπεται από τη Συνταγματική Πράξη (Constitution Act) του 1867. Αντίθετα, οι επαρχίες αντλούν εντολές από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.

Επιπρόσθετο πεδίο ευθύνης αποτελεί και η διεξαγωγή προγραμμάτων υγείας σε ευρύ πληθυσμιακό επίπεδο, τα οποία αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης πολιτικής πρόληψης. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί η χρηματοδότηση ποικίλων οργανισμών εκ μέρους του Υπουργείου, εντεταλμένων για την ολοκλήρωση συγκεκριμένου έργου στο πλαίσιο του συστήματος υγείας (European Observatory, 2005).

3.1.2. Περιφερειακές κυβερνήσεις

Οι περιφέρειες και οι επαρχίες κατέχουν το κύριο ρόλο στην οργάνωση της παραγωγής και παράδοσης των υπηρεσιών υγείας. Κάθε περιφέρεια ή επαρχία διαχειρίζεται ένα σύστημα ενιαίας πληρωμής (single-payer system), βάσει του νομοθετικού της πλαισίου, με επίκεντρο την καθολικότητα της προσφοράς νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών. Οι αρμοδιότητες των διαχειριστικών αρχών τους επεκτείνονται στο σχεδιασμό, στην αξιολόγηση και στην πληρωμή της νοσοκομειακής φροντίδας, της ιατρικής φροντίδας, της συνταγογραφημένης φαρμακευτικής φροντίδας εντός νοσοκομείων καθώς και στη διαπραγμάτευση και στον καθορισμό των εισφορών προς τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, οι περισσότερες περιφέρειες χρηματοδοτούν για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. συνταξιούχοι, κάτοικοι με χαμηλό εισόδημα) συμπληρωματικές υπηρεσίες, όπως συνταγογραφημένα φάρμακα εκτός νοσοκομείων, δαπάνες οδοντιατρικής, οφθαλμολογικής κ.ά. φροντίδας.

Η προσφορά των προαναφερόμενων υπηρεσιών έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που συμβάλλει στη δέσμευση σημαντικού ποσοστού των περιφερειακών πόρων. Παράλληλα, σε πολλές υγειονομικές περιφέρειες έχει δημιουργηθεί δίκτυο διαχείρισης πληροφοριών με σκοπό τη διάδοση και την αξιοποίηση κλινικών δεδομένων. Επιπλέον, καταγράφεται σημαντική εμπλοκή των Περιφερειακών Κυβερνήσεων στην αξιολόγηση της ιατρικής τεχνολογίας και στη χρηματοδότηση της ιατρικής έρευνας. Γενικά, επιμέρους στόχο τους αποτελεί η βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου, ιατρού και άλλων προσφερόμενων υπηρεσιών (European Observatory, 2005). Οι περισσότερες περιφερειακές αρχές, εντός του υπάρχοντος πλαισίου άσκησης πολιτικής, περιορίζουν την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία προσφέρει κάλυψη που ουσιαστικά διπλασιάζει την ήδη υπάρχουσα δημόσια (Health Canada, 2005). Τέλος, συμπληρωματική δράση με τα περιφερειακά προγράμματα σημειώνεται από τα σωματεία των εργαζομένων, τα οποία παρέχουν¹⁴ υπηρεσίες σε υπαλλήλους που τραυματίστηκαν εν ώρα εργασίας.

3.1.3. Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές

Οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (R.H.A., Regional Health Authorities)¹⁵, ουσιαστικά, αποτελούν τη βάση διαχείρισης των πόρων και οργάνωσης της παραγωγής

¹⁴ Οι παροχές χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες.

¹⁵ Κάθε περιφέρεια περιλαμβάνει διαφορετικό αριθμό υγειονομικών αρχών. Στο σύνολο των περιφερειών καταγράφονται περίπου εκατό ανάλογες υπηρεσίες (R.H.A.), ενώ η δράση τους συμπληρώνεται από περιφερειακά και τοπικά συμβούλια κοινότητας, κ.ά. Στη παρούσα φάση αρκετές περιφέρειες εισάγουν αλλαγές ως προς τη διαμόρφωση, τη λειτουργία και τη διασύνδεση των παραπάνω διαχειριστικών φορέων. (<http://www.cpha.ca/en/about/offices.aspx>).

υπηρεσιών υγείας. Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας είχαν ως αποτέλεσμα τη μεταβίβαση του μεριδίου ευθύνης επιμερισμού των πόρων από τα Περιφερειακά Υπουργεία στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές. Οι υπηρεσίες αυτές λαμβάνουν πόρους, μέσω προϋπολογισμού, από τις Περιφερειακές Κυβερνήσεις και θεωρούνται υπεύθυνες για την αποδοτικότερη κατανομή των πόρων αυτών βάσει των αναγκών του πληθυσμού που καλύπτουν γεωγραφικώς.

Η δραστηριότητα τους καλύπτει το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στους περισσότερους τομείς. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη πολιτική οριζόντιας ολοκλήρωσης (horizontal integration) λειτουργιών εντός του καναδικού συστήματος υγείας, οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές κατέχουν παράλληλα το ρόλο αγοραστή (purchaser) και το ρόλο προμηθευτή (provider). Η διαχείριση της πλειοψηφίας των υποδομών και του προσωπικού (εκτός των ιατρών) υπάγεται στις προαναφερόμενες υπηρεσίες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις συνάπτονται συμβόλαια με ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών (outsourcing). Όσον αφορά τη διαχείριση των χώρων μακράς νοσηλείας (nursing homes) και μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care), αυτή πραγματοποιείται είτε από τις ίδιες τις υπηρεσίες είτε από εξωτερικούς προμηθευτές. Παράλληλα, στο πλαίσιο ευθυνών των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών εντάσσεται και ο σχεδιασμός, ο συντονισμός και η διεξαγωγή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής του επιπέδου υγείας με επίκεντρο τον πληθυσμό εντός των γεωγραφικών τους ορίων (European Observatory, 2005).

Ωστόσο, οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές δεν έχουν επωμιστεί το έργο διαχείρισης των πλάνων συνταγογράφησης φαρμάκων (prescription drug plans) καθώς επίσης και τη μισθοδοσία του ιατρικού προσωπικού (Lewis and Kouri, 2004). Οι περισσότεροι ιατροί εργάζονται και αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση κατόπιν συμφωνίας με τα περιφερειακά υπουργεία. Το γεγονός αυτό περιορίζει σε αξιοσημείωτο βαθμό τα περιθώρια διαχείρισης και λήψης δραστικών αποφάσεων σε όρους κόστους από τους προαναφερόμενους περιφερειακούς φορείς. Γενικότερα, ο διαχωρισμός ευθυνών μεταξύ των Περιφερειακών Κυβερνήσεων και των αντίστοιχων Υγειονομικών Αρχών περιγράφεται ως ιδιαιτέρως ευρύς (European Observatory, 2005). Συμπερασματικά, η καθορισμένη διά του νόμου λειτουργία των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών επιδρά στη δημιουργία οικονομικών κλίμακας εντός του συστήματος, ενώ ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ των Περιφερειακών Υπουργείων Υγείας και των ιδιωτικών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

3.1.4. Ενδοκυβερνητικοί φορείς

Η αποκέντρωση των λειτουργιών εντός του καναδικού συστήματος υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη ισχυρών ενδοκυβερνητικών μηχανισμών, οι οποίοι δύνανται να συντονίζουν την πολιτική και τη δράση όλων των εμπλεκόμενων φορέων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Στο πρώτο επίπεδο των συντονιστικών οργάνων εντοπίζονται τα ομοσπονδιακά/περιφερειακά/επαρχιακά συμβουλευτικά συμβούλια και επιτροπές (Ο/Π/Ε)¹⁶. Τα συγκεκριμένα όργανα λογοδοτούν στη διάσκεψη των Ο/Π/Ε

¹⁶ Federal/provincial/territorial (F/P/T, advisory councils and committees).

Αναπληρωτών Υπουργών Υγείας, οι οποίοι με τη σειρά τους αναφέρονται στη διάσκεψη των Ο/Π/Ε Υπουργών Υγείας. Όλοι οι παραπάνω φορείς, ορισμένοι εκ των οποίων μόλις πρόσφατα δημιουργήθηκαν, περιέχουν ποικίλους ενδοκυβερνητικούς καθώς επίσης και μη κυβερνητικούς οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα¹⁷ που χρηματοδοτούνται από τις ανάδοχες κυβερνήσεις. Τη διάσκεψη των Ο/Π/Ε Υπουργών Υγείας προεδρεύει παράλληλα ο Ομοσπονδιακός Υπουργός Υγείας και ένας Περιφερειακός Υπουργός, επιλεγμένος από το σύνολο των περιφερειών βάσει της μεθόδου κανονικής διαδοχής (rotation). Ανάλογη μέθοδος προεδρίας ακολουθείται και στη περίπτωση της διάσκεψης των Ο/Π/Ε Αναπληρωτών Υπουργών Υγείας. Ωστόσο, η προτεραιότητα που δίνεται σε διαφορετικά ζητήματα, ανά διαφορετικές χρονικές περιόδους, από τους Περιφερειακούς Υπουργούς και τους αντίστοιχους Αναπληρωτές επιδρά στη δημιουργία, αναδιοργάνωση και κατάργηση συμβουλίων ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Σημαντικό έργο επιτελείται και από τις Συμβουλευτικές Επιτροπές (Advisory Committees):

- Παράδοσης Υπηρεσιών Υγείας και Ανθρώπινου Δυναμικού (Health Delivery and Human Resources).
- Υγείας Πληθυσμού και Ασφάλειας Υγείας (Population Health and Health Security).
- Πληροφοριών και Αναδύομενων Τεχνολογιών (Information and Emerging Technologies).
- Διακυβέρνησης και Ευθύνης (Governance and Accountability).

Οι επιτροπές αυτές αποτελούνται από ανώτερους αξιωματούχους, οι οποίοι συνεδριάζουν ανά τακτικά χρονικά διαστήματα και παρέχουν προτάσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα απευθείας στους Αναπληρωτές Υπουργούς¹⁸.

Συγκεκριμένα, η πρώτη επιτροπή (Παράδοσης Υπηρεσιών Υγείας και Ανθρώπινου Δυναμικού) συστάθηκε με σκοπό την σύνταξη έκθεσης, η οποία θα περιελάμβανε προτεινόμενες αλλαγές σχετικά με τα πιστοποιητικά άσκησης επαγγελματιών υγείας. Η κίνηση αυτή αφορούσε τη ρύθμιση της προσφοράς υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την εξασφάλιση έγκαιρης και ποιοτικής φροντίδας υγείας για τους καναδούς πολίτες¹⁹.

Η επιτροπή περί την Υγεία Πληθυσμού και την Ασφάλεια Υγείας αποτελεί το σημαντικότερο σύνδεσμο μεταξύ της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών Αρχών, όσον αφορά το πλαίσιο ανάπτυξης της καθορισμένης Στρατηγικής Υγιεινής Διαβίωσης (Healthy Living Strategy). Ο συμβουλευτικός ρόλος της επιτροπής αυτής εντάσσεται στη γενικότερη προσπάθεια βελτίωσης των εκροών υγείας για όλους τους πολίτες, μέσω της πρόληψης και της προαγωγής συνηθειών υγιεινής διαβίωσης²⁰.

¹⁷ Όλοι αυτοί οι οργανισμοί από τη πλευρά τους παρέχουν υποστήριξη στη διάσκεψη των Ο/Π/Ε Υπουργών Υγείας σχετικά με θέματα προσφοράς υπηρεσιών υγείας, ανθρώπινου δυναμικού, διασφάλισης επιπέδου υγείας πληθυσμού, πληροφόρησης περί θεμάτων τεχνολογίας, διοίκησης και αρμοδιοτήτων (http://www.euro.who.int/Document/F8_7954sum.pdf).

¹⁸ http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestatiion/fptcollab/index_e.html

¹⁹ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/plan/credentials-criteres_e.html

²⁰ http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/faq_e.html

Το έργο της επιτροπής περί την Πληροφόρηση και τις Αναδυόμενες Τεχνολογίες σχετίζεται με πέντε (5) κύριους τομείς λειτουργιών. Συγκεκριμένα, το πλαίσιο δράσης της αφορά την αξιολόγηση των αναδυόμενων τεχνολογιών, το χώρο της γονιδιακής ιατρικής, τη στρατηγική διαμόρφωσης των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, τις στρατηγικές κατευθύνσεις για τη δομή των δεδομένων υγείας σε επίπεδο χώρας (συμπεριλαμβανομένης της τεχνολογίας πληροφορικής) και το ζήτημα διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων. Η επιτροπή διαμορφώθηκε κατά την περίοδο 2002-2005 και αποτελούνταν από εκπροσώπους ομοσπονδιακών, περιφερειακών αρχών και έξι (6) εξωτερικά ειδικά στελέχη²¹.

Τέλος, κύρια δραστηριότητα της Επιτροπής Διακυβέρνησης και Ευθύνης αποτέλεσε η σύνταξη έκθεσης κατά το έτος 2004, κατόπιν εντολής της διάσκεψης των Ο/Π/Ε Αναπληρωτών Υπουργών Υγείας. Σκοπός της έκθεσης αυτής ήταν η προετοιμασία πλάνου συγκριτικών αναφορών βάσει της Συμφωνίας των Υπουργών περί ανανέωσης της φροντίδας υγείας (First Ministers' Accord on Health Care Renewal), που αποφασίσθηκε το έτος 2003. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη προσπάθεια αφορούσε την ανάπτυξη συγκριτικών δεικτών και διαδικασιών αναφορών με επίκεντρο συγκεκριμένες υπηρεσίες του συστήματος υγείας, οι οποίες θεωρήθηκαν σημαντικότερες μεταβλητές στην προσπάθεια εισαγωγής μεταρρυθμίσεων²².

3.1.5. Φορείς υπό την ευθύνη του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας

Ο Ομοσπονδιακός Υπουργός Υγείας θεωρείται υπεύθυνος στη Καναδική Βουλή για πλήθος αντιπροσωπειών. Μεταξύ αυτών ως σημαντικότερες παρουσιάζονται οι παρακάτω:

- Τα Καναδικά Ιδρύματα για την έρευνα στον τομέα της υγείας (Canadian Institutes of Health Research, CIHR).
- Η Δημόσια Αντιπροσωπεία του Καναδά για την υγεία (Public Health Agency of Canada).
- Το Συμβούλιο για την εξέταση των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων (The Patented Medicine Prices Review Board, PMPRB).
- Η Επιτροπή Εξέτασης Πληροφοριών Επικίνδυνων Υλικών (The Hazardous Materials Information Review Commission, HMIRC).

Παράλληλα, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση συνιστά το μεγαλύτερο χρηματοδότη ερευνητικών ιδρυμάτων²³ όπως η Γονιδιακή Ιατρική του Καναδά (Genome Canada), το Ίδρυμα Έρευνας για τις Καναδικές Υπηρεσίες Υγείας (Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF) κ.ά.

Τα Καναδικά Ιδρύματα για την έρευνα στο χώρο της υγείας συνθέτουν τον κύριο ομοσπονδιακό φορέα για τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας. Ο φορέας αυτός αποτελείται από δεκαεπτά (13) «πλαιομαϊκά» ιδρύματα, τα οποία συνεργάζονται μεταξύ τους αλλά και με όλο το φάσμα επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Το έργο των ιδρυμάτων περιλαμβάνει δράσεις που αφορούν τέσσερις βασικούς άξονες έρευνας, όπως αυτούς της βιοιατρικής, της κλινικής ιατρικής, της έρευνας σχετικά με τα συστήματα

²¹ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/infostructure/hist/index_e.html

²² http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/ACGA_CBN_TO_CDM_ENG.pdf

²³ Τα ιδρύματα αυτά διευθύνονται ανεξαρτήτως της ομοσπονδιακής κυβέρνησης.

υγείας και των παραγόντων (κοινωνικών, περιβαλλοντολογικών κ.ά.) που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας πληθυσμού²⁴. Συγκεκριμένα, το ενδιαφέρον εστιάζεται σε θέματα:

- Υγείας πληθυσμού Αυτοχθόνων
- Γήρανσης
- Έρευνας για τον καρκίνο
- Κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος
- Συσχετισμού φύλου και υγείας
- Γενετικής ιατρικής
- Υπηρεσιών υγείας και έρευνας περί πολιτικής
- Ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού
- Υγείας παιδικών ηλικιών
- Μεταδοτικών ασθενειών και ανοσολογίας
- Μυοσκελετικών και αρθρικών παθήσεων
- Ψυχικής υγείας και εξαρτήσεων
- Διατροφολογίας
- Μεταβολισμού και διαβήτη
- Δημόσιας υγείας

Παράλληλα, Τα Καναδικά Ιδρύματα για την έρευνα στο χώρο της υγείας ενθαρρύνουν και ενισχύουν μεγάλο αριθμό ερευνητών στο ευρύτερο πλαίσιο της πολιτικής επενδύσεων έρευνας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης. Γενικότερα, το 30% των ερευνητικών δραστηριοτήτων των Καναδικών Ιδρυμάτων για την έρευνα περί την υγεία βασίζεται σε στρατηγικούς στόχους που καθορίζονται από το διοικητικό συμβούλιο του φορέα. Στόχο της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης αποτελεί η ένταξη του συγκεκριμένου ιδρύματος στην κατηγορία των πέντε (5) κορυφαίων ερευνητικών κέντρων για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο (European Observatory, 2005).

Η εμφάνιση της πανδημίας του Σοβαρού Οξέως Αναπνευστικού Συνδρόμου (Severe Acute Respiratory Syndrome, S.A.R.S.) το 2003 κατέστησε αναγκαία την αναδιαμόρφωση του χαρακτήρα του καναδικού δημόσιου συστήματος υγείας. Οι συζητήσεις μεταξύ ομοσπονδιακής κυβέρνησης και περιφερειακών αρχών επέφεραν ως αποτέλεσμα τη χάραξη νέας στρατηγικής, η οποία βασίστηκε σε τρεις (3) πυλώνες. Ένας από αυτούς τους πυλώνες προϋπόθετε τη δημιουργία της Δημόσιας Αντιπροσωπείας του Καναδά για την υγεία²⁵. Ο φορέας αυτός επωμίστηκε την ευθύνη της δημόσιας υγείας σε ομοσπονδιακό επίπεδο, ενώ η λειτουργία του κρίθηκε ανεξάρτητη αλλά εντούτοις συνδεδεμένη με το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας. Το έργο της Αντιπροσωπείας επικεντρώνεται:

- Στην ενίσχυση της ετοιμότητας του εθνικού συστήματος σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία, με έμφαση στην επάρκεια ιατρικού εξειδικευμένου προσωπικού και στην ικανότητα ανάπτυξης του σε περιπτώσεις κρίσεων.
- Στην ανάδειξη τεχνικών και μεθόδων άριστης διαχείρισης της δημόσιας υγείας.

²⁴ <http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/7263.html>

²⁵ http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/federal_strategy_e.html

- Στον εντοπισμό των κινδύνων για τη δημόσια υγεία και στη μείωση του αριθμού τους.
- Στην ανάπτυξη και εισαγωγή πολιτικών και δράσεων με γνώμονα τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ευρύτερου πληθυσμού.

Η Αντιπροσωπεία διευθύνεται από τον Προϊστάμενο Δημόσιας Υγείας (Chief Public Health Officer), ο οποίος λογοδοτεί κατευθείαν στον Ομοσπονδιακό Υπουργό. Παράλληλα, εντός του φορέα λειτουργούν οι κάτωθι διευθύνσεις :

- Μεταδοτικών ασθενειών και Ετοιμότητας για Επείγουσες καταστάσεις (Infectious Disease and Emergency Preparedness, IDEP, Branch).
- Προαγωγής της Υγείας και Πρόληψης Χρόνιων Ασθενειών (Health Promotion and Chronic Disease Prevention, HPCDP, Branch).
- Πρακτικών Δημόσιας Υγείας και Περιφερειακών Λειτουργιών (Public Health Practice and Regional Operations, PHPRO, Branch).
- Στρατηγικής Πολιτικής, Επικοινωνιών και Ενσωματωμένων Υπηρεσιών (Strategic Policy, Communications and Corporate Services, SPCCS, Branch)²⁶.

Τέλος, υπάρχει συνεργασία με ένα δίκτυο έξι (6) Εθνικών Συνεργαζόμενων Κέντρων (National Collaborating Centres) με απώτερο στόχο την ενίσχυση της ουσιαστικότερης σύνδεσης μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων²⁷.

Το Συμβούλιο για την εξέταση των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων δημιουργήθηκε το 1987, υπό την Πράξη Ιδιοσκευάσματος (Patent Act). Λειτουργεί ως ημιδικαστική επιτροπή και θέτει όρια στις τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων²⁸ που πωλούνται στον Καναδά, συνταγογραφημένων και μη, ώστε η τιμολόγησή τους να μην ανέρχεται σε υπέρμετρα επίπεδα. Συγκεκριμένα, κύριο πεδίο δραστηριότητας αποτελεί η εξέταση της τιμής βιομηχανίας (factory-gate price), δηλαδή της τιμής στην οποία ο κατασκευαστής πωλεί τα πρωτότυπα φάρμακα σε έμπορους χονδρικής πώλησης, νοσοκομεία και φαρμακεία. Γενικά, ο ρόλος του συνίσταται στη προστασία των καταναλωτών από φαινόμενα υπερτιμολόγησης και στη παροχή συμβουλευτικής βοήθειας²⁹ προς τις αρχές που εμπλέκονται στη διαμόρφωση πολιτικής. Ωστόσο, τα εξουσιοδοτημένα καθήκοντα του Συμβουλίου δεν περιλαμβάνουν την έγκριση φαρμάκων βάσει ασφάλειας και αποτελεσματικότητας καθώς επίσης ούτε και τη δυνατότητα εγγραφής τους στα δημόσια πλάνα φαρμάκων (public drug plans). Επιπλέον, η ρύθμιση του ποσοστού δαπανών των φαρμακευτικών εταιριών για την έρευνα και την ανάπτυξη δεν αποτελεί δικαιοδοσία του Συμβουλίου. Ανάλογη απουσία ευθύνης του εντοπίζεται και στη διαμόρφωση των τιμών των αντίγραφων φαρμάκων (generics)³⁰.

Η Επιτροπή Εξέτασης Πληροφοριών Επικίνδυνων Υλικών είναι μια ανεξάρτητη αντιπροσωπεία, η οποία λογοδοτεί στη Βουλή και συνεργάζεται με στελέχη από το πολιτικό, βιομηχανικό, εμπορικό χώρο. Καθήκον της αποτελεί η διαφύλαξη της υγείας

²⁶ http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index.html#corpsec

²⁷ http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-ηp/2004/faq_e.html

²⁸ Οι τιμές των σκευασμάτων έχουν πρώτα καθοριστεί από τους κατασκευαστές τους.

²⁹ Οι συμβουλευτικές αναφορές στηρίζονται στη μελέτη της τάσης της αγοράς των φαρμακευτικών σκευασμάτων και στην εξέλιξη των δαπανών των φαρμακευτικών εταιριών σχετικών με την έρευνα και την ανάπτυξη.

³⁰ <http://www.pmprb-ccpmb.gc.ca/english/view.asp?x=272#1>

του εργατικού δυναμικού και των εμπορικών «μυστικών» της καναδικής χημικής βιομηχανίας. Με γνώμονα τους δύο (2) προαναφερόμενους στόχους δημιουργήθηκε το Σύστημα Ενημέρωσης για τα Επικίνδυνα Υλικά στο χώρο εργασίας (Workplace Hazardous Materials Information System, WHMIS), το οποίο συνδυάζει κανονισμούς, διαδικασίες και σχετικούς νόμους³¹.

Κύριο φορέα χρηματοδότησης και ενημέρωσης για θέματα γονιδιακής ιατρικής αποτελεί το ίδρυμα της Γονιδιακής Ιατρικής του Καναδά. Βασικό αντικείμενο δράσης συνιστά η ανάπτυξη και η εισαγωγή εθνικής στρατηγικής για το θέμα των γονιδιωμάτων, έτσι ώστε η χώρα να καταστεί παγκοσμίως κορυφαία δύναμη στο χώρο της έρευνας. Ο οργανισμός αυτός, στο πλαίσιο της ευρύτερης λειτουργίας του, έχει εγκαταστήσει έξι (6) κέντρα ανά την καναδική επικράτεια, όπου εξελίσσονται συνολικά ερευνητικά προγράμματα ευρείας κλίμακας. Οι ερευνητικές προσπάθειες αφορούν τους τομείς της γεωργίας, του περιβάλλοντος, της αλιείας, της δασοκομίας, της τεχνολογίας και της υγείας³².

Το έργο του ιδρύματος Έρευνας για τις Καναδικές Υπηρεσίες Υγείας επικεντρώνεται στη χρηματοδότηση της έρευνας σε θέματα διοίκησης και πολιτικής στο χώρο της υγείας, στην υποστήριξη ερευνητών στους τομείς της ιατρικής και της νοσηλευτικής, στην προώθηση της διάχυσης των ερευνητικών συμπερασμάτων καθώς και στην ενίσχυση συμπερίληψης τους σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων³³.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει ο Εθνικός Στατιστικός Οργανισμός του Καναδά³⁴ (Statistics Canada) στο πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Οι ευρύτερες έρευνες του περιλαμβάνουν τη καταγραφή δεδομένων, σχετικών με κάθε παράγοντα³⁵ που εντοπίζεται εντός του υγειονομικού συστήματος, και τη διαμόρφωση των απαιτούμενων δεικτών. Επιπλέον, σημαντικά συμπεράσματα και στοιχεία προκύπτουν από τη συνδυαστική δράση του Οργανισμού και λοιπών ερευνητικών ιδρυμάτων στο χώρο της υγείας³⁶.

3.1.6. Ενδοκυβερνητικοί Οργανισμοί

Το Υπουργείο Υγείας και κατά προέκταση η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αποτελεί τον κύριο χρηματοδότη πολλών Ενδοκυβερνητικών, Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών, πολλοί εκ των οποίων δημιουργήθηκαν προσφάτως. Το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε οργανισμού αποτελείται από αντιπροσώπους των ανάδοχων κυβερνητικών αρχών. Ως σημαντικότεροι οργανισμοί σημειώνονται:

- Ο Καναδικός Οργανισμός Πληροφόρησης για την Υγεία (Canada Health Infoway).
- Η Καναδική Υπηρεσία για τα Φάρμακα και την Τεχνολογία στην Υγεία (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, CADTH).

³¹ <http://www.hmirc-ccrmd.gc.ca/english/index.shtml>

³² <http://www.genomecanada.ca/xcorporate/about/index.asp?l=e>

³³ http://www.chsrf.ca/about/do_statement_purpose_e.php

³⁴ Η ευθύνη διαχείρισης του ανήκει στην Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση.

³⁵ Μεταβλητές που εξετάζονται είναι οι ασθένειες και οι συνθήκες διαβίωσης, οι προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας, οι υλωδομές, το ανθρώπινο δυναμικό, τα μέτρα πρόληψης, η χρήση και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών, οι δείκτες που εκφράζουν το επίπεδο υγείας πληθυσμού κ.ά.

³⁶ http://cansim2.statecan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&SP_Action=Theme&SP_ID=2966

- Το Καναδικό Συμβούλιο για την Προσφορά και τη Μεταμόσχευση (Canadian Council for Donation and Transplantation).
- Το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία (Canadian Institute for Health Information).
- Το Καναδικό Ίδρυμα για την Ασφάλεια των Ασθενών (Canadian Patient Safety Institute).
- Το Συμβούλιο Υγείας του Καναδά (Health Council of Canada).
- Ο Καναδικός Αιματολογικός Οργανισμός (Canadian Blood Services).

Ο Καναδικός Οργανισμός Πληροφόρησης για την Υγεία συνιστά έναν ανεξάρτητο, Μη Κερδοσκοπικό Οργανισμό, στον οποίο συμμετέχουν ως μέλη οι δεκατέσσερις Αναπληρωτές Υπουργοί Υγείας του Καναδά³⁷. Ιδρύθηκε το 2001 με σκοπό την ενίσχυση των πληροφοριακών συστημάτων υγείας και την αναβάθμιση των ηλεκτρονικών αρχείων για την υγεία. Το έργο του Οργανισμού βασίζεται σε πέντε (5) άξονες, οι οποίοι αφορούν τη συμμετοχή στην αναβάθμιση της φροντίδας υγείας, τη συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, τον καθορισμό των απαραίτητων επενδύσεων βάσει της επιδιωκόμενης αναβάθμισης του συστήματος υγείας, την παροχή τεχνογνωσίας για την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων και ο καθορισμός των βέλτιστων πρακτικών και οφελών που δύνανται να προκύψουν. Μέχρι προσφάτως είχαν εγκριθεί περισσότερα από 227 προγράμματα σε βασικούς τομείς υπηρεσιών, όπως τα διαγνωστικά συστήματα απεικόνισης, τα συστήματα πληροφόρησης για τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τη δομή της πληροφορίας, την καινοτομία και την εισαγωγή της στο σύστημα, τη λειτουργία του συστήματος διαχείρισης ηλεκτρονικών φακέλων³⁸, την τεχνολογία της πληροφορικής στα ιατρικά εργαστήρια, την παρακολούθηση ζητημάτων δημόσιας υγείας και την τηλειατρική. Παράλληλα, η διαμόρφωση ενός προγράμματος για την πρόσβαση ασθενών στην ποιοτική φροντίδα υγείας βρίσκεται υπό δημιουργία. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως στόχος του Οργανισμού, ως το έτος 2010, είναι η δυνατότητα διάθεσης ηλεκτρονικών φακέλων σε εξουσιοδοτημένους επαγγελματίες της υγείας για το ήμισυ του καναδικού πληθυσμού³⁹.

Το έτος 2006 η Καναδική Υπηρεσία για τα Φάρμακα και την Τεχνολογία στην Υγεία αντικατέστησε το Καναδικό Γραφείο Συντονισμού για την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας στην Υγεία (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, CCOHTA). Κύρια λειτουργία της είναι η παροχή αξιόπιστων συμβουλών και η επεξεργασία πληροφοριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα φαρμάκων και λοιπών ιατρικών τεχνολογικών επιτευγμάτων, με σκοπό την υποστήριξη των αρμοδίων για τη λήψη αποφάσεων στο χώρο της υγείας. Η Υπηρεσία συγκεντρώνει πληροφορίες στηριζόμενη σε τρία (3) προγράμματα:

³⁷ Οι δεκατρείς Αναπληρωτές Υπουργοί Υγείας των περιφερειών, επαρχιών και ο Ομοσπονδιακός Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας.

³⁸ Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (EHR) παρέχει πρόσβαση σε εξουσιοδοτημένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο ιατρικό ενός ασθενή και περιλαμβάνει εργαστηριακές και ραδιολογικές εξετάσεις, ιστορικό συνταγογράφησης και εμβολιασμούς, ενώ δίδεται έμφαση στη διατήρηση του απορρήτου και στο σεβασμό των προσωπικών δεδομένων.

³⁹ <http://www.inforoute.ca/en/WhoWeAre/Overview.aspx>

- > Της Αξιολόγησης Τεχνολογίας για την Υγεία (Health Technology Assessment, HTA)⁴⁰.
- > Του Δημόσιου Ελέγχου Φαρμάκων (Common Drug Review, CDR)⁴¹.
- > Της Καναδικής Υπηρεσίας για την Άριστη Συνταγογράφηση και Χρήση Φαρμάκων (Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service, COMPUS)⁴².

Η Καναδική Υπηρεσία για τα Φάρμακα και την Τεχνολογία στην Υγεία έχει αναπτύξει συνεργασία με περισσότερους απο πενήντα (50) οργανισμούς στον Καναδά και δεκαπέντε (15) αντίστοιχους σε διεθνές επίπεδο⁴³.

Το Καναδικό Συμβούλιο για την Προσφορά και την Μεταμόσχευση προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες στη Διάσκεψη των Ο/Π/Ε Αναπληρωτών Υπουργών Υγείας. Παράλληλα, ενισχύει τις προσπάθειες διάδοσης της δωρεάς οργάνων και ιστού καθώς και της μεταμόσχευσης τους⁴⁴.

Το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία αποτελεί φορέα υλοποίησης αναλύσεων και παροχής δεδομένων με αντικείμενο το Εθνικό Σύστημα Υγείας και το επίπεδο υγείας του καναδικού πληθυσμού. Η συγκέντρωση πληροφοριών προκύπτει μέσα από την εκτεταμένη συνεργασία με κυβερνητικές και περιφερειακές αρχές, νοσοκομεία επαγγελματίες της υγείας κ.ά. Οι μελέτες του Ίδρυματος⁴⁵ επικεντρώνονται στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, στις δαπάνες για την υγεία, στο απασχολούμενο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας και στο επίπεδο υγείας πληθυσμού. Επιπρόσθετα, προσδιορίζει δείκτες για την υγεία, οι οποίοι συνιστούν βάση σύγκρισης απόδοσης και χαρακτηριστικών συστημάτων υγείας. Τέλος, το έργο του διευρύνεται στον καθορισμό κριτηρίων⁴⁶, όσον αφορά πληροφορίες και δεδομένα για την υγεία, έτσι ώστε οι προαναφερόμενες συγκρίσεις να υπάγονται σε κοινό ποιοτικό επίπεδο.

Η διαφύλαξη της ασφάλειας των ασθενών θεωρείται χαρακτηριστικό γνώρισμα κάθε ανεπτυγμένου συστήματος υγείας. Στο πλαίσιο συνεχούς αναβάθμισης του καναδικού συστήματος υγείας δημιουργήθηκε το Καναδικό Ίδρυμα για την Ασφάλεια των Ασθενών. Η λειτουργία του σκοπεύει στη ενίσχυση της συνεργασίας κυβερνήσεων και λοιπών δυνάμεων παροχής υπηρεσιών υγείας με στόχο την ανάπτυξη πρωτοβουλιών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών⁴⁷.

⁴⁰ Αφορά την εξέταση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποτελεσματικότητας κόστους και της ευρύτερης επίδρασης των φαρμάκων και των τεχνολογικών επιτευγμάτων.

⁴¹ Σχετίζεται με την εξέταση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποτελεσματικότητας κόστους νέων φαρμάκων και αποτελεί βάση προτάσεων για την εγγραφή τους στα δημόσια plána φαρμάκων (εκτός επαρχίας Κεμπέκ).

⁴² Αντικείμενο της αποτελεί η εξέταση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας κόστους με απώτερο στόχο την άριστη φαρμακευτική αγωγή. Σημασία δίδεται και στη διάχυση των πληροφοριών στις ομάδες προσφοράς και ζήτησης φαρμάκων.

⁴³ <http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile>

⁴⁴ <http://www.ccdt.ca/english/home.html>

⁴⁵ http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_e

⁴⁶ Τα κριτήρια για τη δομή των πληροφοριών υγείας αποτελούν συμφωνίες οι οποίες καθορίζουν τεχνικές προδιαγραφές, με σκοπό την καθιέρωση της τεχνολογίας της πληροφορικής ως υποβοηθητικό παράγοντα στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

⁴⁷ <http://www.patientsafetyinstitute.ca/about/FAQ.html>

στη δημοσιονομική σταθερότητα. Γενικότερα, τις δύο τελευταίες δεκαετίες το καναδικό σύστημα υγείας γνώρισε αξιοσημείωτες μεταβολές χρηματοδότησης του, ως αποτέλεσμα αλλαγής της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης του Καναδά. Συγκεκριμένα, κατά την πρώτη περίοδο καταγράφηκε υψηλό δημόσιο χρέος, το οποίο επέβαλε σημαντικούς δημοσιονομικούς περιορισμούς. Αντίθετα, η δεύτερη περίοδος συνοδεύτηκε από αυξανόμενες δαπάνες υγείας, στο πλαίσιο μιας ανοδικής πορείας της οικονομίας και ενός χαμηλότερου δημόσιου χρέους.

3.2.1. Α' φάση μεταρρυθμίσεων

Κατά την περίοδο 1986-1988 ο Καναδάς κατατάσσεται στην τέταρτη ή πέμπτη υψηλότερη θέση των χωρών με βάση τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (Δολλ. Ηνωμ. Πολιτειών) σε όρους ισοδύναμης αγοραστικής δύναμης (OECD Health Data, 2007). Ωστόσο, το υψηλό δημόσιο χρέος και η ευρύτερη οικονομική ύφεση επέβαλε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 την υιοθέτηση πολιτικής περικοπών των δαπανών υγείας από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις αντίστοιχες περιφερειακές. Στο πλαίσιο αυτό εντάχθηκε και η απόφαση της ομοσπονδιακής κυβέρνησης να διακόψει την, ισχύουσα ως τότε, μεταφορά πόρων για την υγεία προς τις περιφέρειες. Τα μέτρα περικοπών επέδρασαν στη μείωση⁵⁴ των νοσοκομειακών κλινών και του αριθμού προμηθευτών. Κύριο μέσο δράσης αποτέλεσε η διακοπή της λειτουργίας νοσοκομειακών μονάδων, μέσω συγχωνεύσεων ή μετατροπής τους σε μεγαλύτερες μονάδες, και η μείωση της προσφοράς⁵⁵ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Παράλληλα, οι προσπάθειες συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων σε επίπεδο περιφέρειας είχαν ήδη ξεκινήσει μέσω μεταφοράς της ευθύνης διαχείρισης πόρων στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές. Η αναδιανομή ευθυνών αφορούσε την κατανομή των πόρων βάσει των αναγκών του τοπικού πληθυσμού, την ολοκλήρωση των υπηρεσιών και συνέβαλλε σημαντικά στη δημιουργία οικονομικών κλίμακας στην παραγωγή υπηρεσιών από τις Αρχές που λειτουργούσαν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υπήρξαν αρκετές μελέτες και αναφορές περιφερειών, οι οποίες έθεσαν τα θεμέλια για τις μεταρρυθμίσεις που επακολούθησαν. Ενδεικτικά, μόνο για το διάστημα 1987-1991 υπεβλήθησαν εννέα (9) αναφορές από περιφερειακές επιτροπές⁵⁶. Πιο συγκεκριμένα, το 1989 η επιτροπή Gallant της Νέας Σκωτίας (Nova Scotia) ιόνισε⁵⁷ την προτεραιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρότεινε την περιορισμένη χρηματοδότηση της νοσοκομειακής φροντίδας. Άσκησε πίεση προς την κατεύθυνση της περιφερειακής συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων και ολοκλήρωσης των υπηρεσιών και ανέπτυξε την ιδέα δημιουργίας περιφερειακών συμβουλίων υγείας. Επίσης, η επιτροπή Rainbow της περιφέρειας της Αλμπέρτα (Alberta) το 1989 επισήμανε⁵⁸ τη σημασία της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας

⁵⁴ Η μείωση των κλινών οφείλεται κατά μέρος και στην εισαγωγή νέων φαρμάκων, τεχνολογιών και τεχνικών.

⁵⁵ Η μείωση της προσφοράς περιελάμβανε τον περιορισμό δυνατοτήτων εισόδου υποψηφίων σε ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές και την παράλληλη αύξηση του απαιτούμενου χρόνου εκπαίδευσης των εισακτέων.

⁵⁶ http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3683/is_199907/ai_m8837566/pg_23

⁵⁷ Στην αναφορά "The report of the Nova Scotia Royal Commission on Health Care- Towards a new strategy"

⁵⁸ Μέσω της αναφοράς "Our vision for health".

φροντίδας υγείας, ενώ πρόβαλε το ζήτημα της ιδιωτικής χρηματοδότησης με απώτερο σκοπό την διεύρυνση των επιλογών και την εισαγωγή του ανταγωνισμού στο χώρο της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Το 1990 η Ομάδα Ανάλυσης Έργου για την Υγεία στην περιφέρεια του Οντάριο (Ontario) πρότεινε⁵⁹ την ανακατασκευή νοσοκομείων με την προοπτική επιτεύξης αποτελεσματικότητας κόστους (cost efficiencies), καλύτερου σχεδιασμού και αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεσματικότερης αξιολόγησης των αναγκών σχετικά με την τεχνολογία υγείας και καλύτερης διαχείρισης του δικτύου πληροφοριών υγείας. Τέλος, η επιτροπή Seaton της Βρετανικής Κολομβίας (British Columbia) επανέλαβε⁶⁰ την ανάγκη περιορισμού χρηματοδότησης της νοσοκομειακής φροντίδας και της παράλληλης αναβάθμισης του ρόλου της πρόληψης. Επιπρόσθετα, προτάθηκε η σύσταση συμβουλίου υγείας και η εισαγωγή στόχων μέσω σύνταξης δημόσιων αναφορών (Mhatre SL, Deber RB, 1992).

Με βάση τις ευρύτερα ισχύουσες συνθήκες και τις παραπάνω προτάσεις, σημαντικές μεταρρυθμιστικές κινήσεις πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών. Το έτος 1988 το Κεμπέκ (Quebec) υπήρξε η πρώτη περιφέρεια που ίδρυσε τις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές και αποτέλεσε χαρακτηριστικό παράδειγμα σχετικά με τις λειτουργίες τους και τα οφέλη που δύναται να προκύψουν από αυτές. Δύο χρόνια αργότερα (1990) σημειώνεται «πάγωμα» (freezing) της μεταφοράς χρημάτων από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση προς τις περιφέρειες, κατάσταση που θα διαρκέσει ως το έτος 1995. Το γεγονός αυτό επέφερε δυσανάλογες επιπτώσεις στο σύνολο των περιφερειών και ανέδειξε το πρόβλημα της άνιση κατανομής πλούτου σε αυτές. Τη διετία 1992-1993 πέντε⁶¹ περιφέρειες εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις με στόχο την ανάληψη αρμοδιοτήτων από τις αντίστοιχες κυβερνήσεις τους (regionalization). Οι προαναφερόμενες αλλαγές περιελάμβαναν την ενσωμάτωση διάφορων υγειονομικών οργανισμών και υπηρεσιών (πρόληψης και δημόσιας υγείας) στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (R.H.A) καθώς επίσης και την περικοπή δαπανών μέσω της διακοπής λειτουργίας νοσοκομειακών μονάδων. Στη συνέχεια, το 1995 η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αποφάσισε, μονομερώς, τη σημαντική μείωση της μεταφοράς πόρων στις περιφέρειες, βάσει ενός νέου μηχανισμού μεταφοράς πόρων για την Υγεία και την Κοινωνία (Health and Social Transfer mechanism)⁶² που

⁵⁹ Στην αναφορά "Final Report of the Task Force on the Use and Provision of Medical Services".

⁶⁰ Μέσω της αναφοράς "Closer to home-Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs".

⁶¹ Οι περιφέρειες αυτές ήταν το Σασκάτσουαν (Saskatchewan), το Νέο Μπράνσγουϊκ (New Brunswick), η Αλμπέρτα (Alberta), το Νιουφάουντλαντ (Newfoundland) και το Νησί του Πρινς Εντουαρντ (Prince Edward Island).

⁶² Για περισσότερα από σαράντα χρόνια η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση παρείχε υποστήριξη στις περιφέρειες μέσω μεταφοράς πόρων για θέματα υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής αλληλεγγύης. Πριν την περίοδο 1996-1997 οι μεταφορές πόρων για την υγεία και την εκπαίδευση πραγματοποιούνταν υπό τα Υπάρχοντα Προγράμματα Χρηματοδότησης (Established Programs Financing EPF), ενώ οι μεταφορές πόρων για την κοινωνική αλληλεγγύη εντάσσονταν στο πλαίσιο του Καναδικού Σχεδίου Αρωγής (Canada Assistance Plan, CAP). Το ύψος της μεταφοράς πόρων βάσει των δύο προγραμματίων είχε υπολογιστεί το 1995 σε 29,9 δισεκατομμύρια δολάρια. Την ίδια χρονιά η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση ενοποίησε τα δύο αυτά μηχανήματα μεταφοράς πόρων σε έναν απλό μηχανισμό χρηματοδότησης, τη Μεταφορά Πόρων για την Υγεία και την Κοινωνία στον Καναδά (the Canada Health and Social Transfer, CHST). Ωστόσο, το 2003 ψηφίστηκε νόμος (Bill C-28) ο οποίος διαχώρισε τον προαναφερόμενο τρόπο χρηματοδότησης (CHST), διακρίνοντας τον σε αυτόν της μεταφοράς πόρων για την υγεία και στον άλλο της μεταφοράς πόρων για τα κοινωνικά προγράμματα (<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LOpBdP/CIR/952-e.htm#1Provincialtxt>).

δεν περιελάμβανε τη χρήση κλίμακας. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε λόγο έντονων αντιπαραθέσεων⁶³ μεταξύ της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέλος, κατά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης των μεταρρυθμίσεων, οι περισσότερες περιφέρειες είχαν ήδη επενδύσει στην εγκατάσταση δικτύων διαχείρισης πληροφοριών υγείας και γενικότερα στη δημιουργία των απαιτούμενων υποδομών.

3.2.2. Β' φάση μεταρρυθμίσεων

Η δεύτερη φάση των μεταρρυθμίσεων χαρακτηρίζεται από την αύξηση των δαπανών στο χώρο της υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί ότι ο Καναδάς διανύει ακόμα τη δεύτερη φάση των μεταρρυθμίσεων, με αποτέλεσμα η εξαγωγή πιθανών συμπερασμάτων την παρούσα χρονική στιγμή να θεωρείται άστοχη. Γενικά, την περίοδο αυτή καταγράφεται αξιοσημείωτη αύξηση των κρατικών δαπανών για τον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο ευρύτερης ανάπτυξης της канаδικής οικονομίας και μείωσης του δημόσιου χρέους. Παράλληλα, αναπτύσσεται κλίμα προβληματισμού σχετικά με την οικονομική σταθερότητα του δημόσιου συστήματος υγείας και διατυπώνονται απόψεις που τονίζουν την ανάγκη ιδιωτικής χρηματοδότησης και προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Μείζον πρόβλημα ανέκυψε από την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού σε συγκεκριμένες ειδικότητες, την αύξηση των δαπανών και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, τα οποία συνδυαστικά επέδρασαν στην επιμήκυνση των λιστών αναμονής (waiting lists) ασθενών.

Το 1997 το Εθνικό Συμβούλιο για την Υγεία⁶⁴ (National Forum on Health) πρότεινε τη δημιουργία Εθνικού Προγράμματος για την Φαρμακευτική Φροντίδα (National Pharmacare Programme) και Εθνικού Προγράμματος για την Οικιακή Φροντίδα (National Home Care Programme). Επιπρόσθετα, τόνισε την ανάγκη αύξησης των επενδύσεων για την υγεία, την ιατρική έρευνα και τη διαχείριση συστημάτων πληροφοριών υγείας. Αρκετές Περιφερειακές Κυβερνήσεις, στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν το κλίμα γενικής δυσαρέσκειας που επικρατούσε σε μεγάλο αριθμό πολιτών, δημιούργησαν ειδικές επιτροπές με σκοπό τη σύνταξη προτάσεων σχετικών με τη μελλοντική πορεία των προηγούμενων μεταρρυθμίσεων τους. Αρχικά, το 2000 η Επιτροπή Κλερ (Clair Commission) στο Κεμτέκ συνέταξε έκθεση⁶⁵, η οποία αναφέρθηκε εκτενώς στο ζήτημα της ιδιωτικής χρηματοδότησης⁶⁶ στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα, τόνισε την ανάγκη αναζήτησης ιδιωτικών κεφαλαίων, συμπεριλαμβάνοντας την περίπτωση της συμπράξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα

⁶³ Στόχο της μείωσης μεταφοράς πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αποτέλεσε η μείωση του δημόσιου ελλείμματος. Βέβαια, κάποιες Περιφερειακές Κυβερνήσεις εξέφρασαν την αντίθεση τους, καθώς δεν αναγνώριζαν ως αιτία του ελλείμματος τον προαναφερόμενο τρόπο χρηματοδότησης τους. Παράλληλα, υποστήριξαν ότι αυτή η προσπάθεια ισοσκελισμού του ελλείμματος εκ μέρους της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης ουσιαστικά επιδρούσε μόνο στη μετακίνηση του κόστους στις Περιφερειακές Αρχές (<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/952-e.htm#1Provincialtxt>).

⁶⁴ Το Εθνικό Συμβούλιο για την Υγεία αποτελεί συμβουλευτικό οργανισμό σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας και ιδρύθηκε από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση το 1994.

⁶⁵ Η σχετική έκθεση ονομάζεται "Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: les solutions émergentes".

⁶⁶ Επικεντρώθηκε κυρίως στη δημογραφική γήρανση και πρότεινε την ιδιωτική χρηματοδότηση της μακροχρόνιας και οικιακής φροντίδας υγείας.

(Public and Private Partnership). Επίσης, η Επιτροπή αναφέρθηκε στην αναγκαιότητα μεταφοράς περισσότερων πόρων μέσω φορολογίας (tax transfers)⁶⁷ από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Εξέφρασε τη στήριξη της στην πολιτική της συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο, παρά την υποβολή προτάσεων για αλλαγές στο σύστημα λειτουργίας των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών. Το έτος 2001 η Επιτροπή Φάϊκ⁶⁸ (Fyke Commission), στην περιφέρεια του Σασκάτσουαν (Saskatchewan), επανέλαβε την ανάγκη επιτάχυνσης των μεταρρυθμίσεων στο πλαίσιο της συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων στην αντίστοιχη Περιφερειακή Κυβέρνηση. Παράλληλα, πρότεινε τη σύσταση Συμβουλίου Ποιότητας για την Υγεία (Health Quality Council), του οποίου έργο θα οριζόταν η υποστήριξη των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Σύμφωνα με την έκθεση, επιβλόταν η διακοπή λειτουργίας ορισμένων μικρών νοσοκομειακών μονάδων για λόγους κόστους και ποιότητας, ενώ αναφέρθηκε η ανάγκη εξασφάλισης υψηλότερης αποδοτικότητας βάσει των υπάρχουσων υποδομών. Επιπλέον, εξετάστηκε το ζήτημα ενίσχυσης του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω ομάδων προμηθευτών (provider teams) και εναλλακτικών τρόπων αποζημίωσης του ιατρικού προσωπικού. Ομοίως, η Ειδική Επιτροπή Μαζανκόφσκι (Mazankowski Task Force), στην περιφέρεια της Αλμπέρτα (Alberta), το 2002 δήλωσε⁶⁹ την υποστήριξη της στις μεταρρυθμίσεις της Περιφερειακής Κυβέρνησης. Τόνισε την ανάγκη μεταβίβασης της αρμοδιότητας του καθορισμού των προϋπολογισμένων πόρων για τους ιατρούς και τα συνταγογραφημένα φάρμακα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές. Επιπλέον, υποστήριξε πως περαιτέρω αποδοτικότητα εδύνατο να επιτευχθεί μέσω της δημόσιας διαχειριζόμενης ολοκλήρωσης υπηρεσιών, ενώ επιπλέον χρηματοδότηση θα μπορούσε να εξευρεθεί από ιδιωτικές πηγές, αποκλείοντας την περίπτωση αυξημένης φορολογίας. Ωστόσο, σύμφωνα με την Επιτροπή, ο ιδιωτικός ανταγωνισμός, ο οποίος θα ανέκυπτε από την ύπαρξη ιδιωτικών πηγών χρηματοδότησης, θα συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το 2002 μια διαρκής επιτροπή της Γερουσίας, υπό την προεδρία του Γερουσιαστού Κίρμπι (Michael Kirby), παρέδωσε Αναφορά⁷⁰ που εξέταζε ποικίλα ζητήματα και πτυχές του καναδικού συστήματος υγείας. Οι προτάσεις της έκθεσης αυτής θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε έξι (6) κύριες κατηγορίες (The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002)⁷¹. Συγκεκριμένα η Επιτροπή διατυπώνει προτάσεις για:

- Την αναδιαμόρφωση του πλαισίου προσφοράς ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών με στόχο την αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα υγείας.
- Τη θέσπιση νόμου για την παροχή εγγυήσεων σχετικών με την προσφορά υπηρεσιών στον ασθενή, εντός συγκεκριμένου μέγιστου χρόνου, για βασικές νοσοκομειακές και διαγνωστικές εξετάσεις.

⁶⁷ Η μεταφορά πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση μέσω φορολογίας συνίσταται στην παροχή φοροαπαλλαγών ορισμένου ύψους στις περιφέρειες, με σκοπό την αλληλένδετη αύξηση των εισροών τους.

⁶⁸ Στην έκθεση "Caring for Medicare: sustaining a quality system" (<http://www.health.gov.sk.ca/medicare-commission-final-report>)

⁶⁹ Στην έκθεση "A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health" (Το πλαίσιο για μεταρρύθμιση: αναφορά του Συμβουλευτικού Σώματος του Πρωθυπουργού για την Υγεία).

⁷⁰ Η αναφερόμενη έκθεση είναι η "The Health of Canadians- The Federal Role, Final Report, Recommendations for Reform" (Υγεία των Καναδών – Ο Ομοσπονδιακός Ρόλος, Τελική Έκθεση, Προτάσεις για Μεταρρύθμιση).

⁷¹ <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-c/soci-c/rep-c/repoc02vol6-e.htm>

- Την επέκταση της δημόσιας ασφαλιστικής κάλυψης, με στόχο τη συμπερίληψη της συνταγογράφησης φαρμάκων λόγω καταστροφικών φαινομένων και της οικιακής φροντίδας.
- Την αυξημένη συμμετοχή (μεταφορά πόρων) της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης σε ζητήματα υποδομών, συστημάτων πληροφοριών, ιατρικής τεχνολογίας, αξιολόγησης εκροών και απόδοσης του συστήματος υγείας, ανθρώπινου δυναμικού και πρόληψης.
- Την αύξηση των εισροών της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και τον τρόπο διαχείρισής τους, έτσι ώστε να εφαρμοστούν οι προτάσεις της Αναφοράς.
- Τις επιπτώσεις που θα επέρχονταν στην περίπτωση που οι επιπρόσθετες προαναφερόμενες εισροές της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης δεν αξιοποιούνταν εντός του συστήματος υγείας.

Σημαντικότερη έκθεση σε εθνικό επίπεδο θεωρείται αυτή που συνέταξε η Επιτροπή Ρομανόφ (The Romanow Commission, Canada) το 2002 υπό την ονομασία "Building on values: the future of health care in Canada" (Χτίζοντας σε αξίες: το μέλλον της φροντίδας υγείας στον Καναδά). Αυτή η ανεξάρτητη Βασιλική Επιτροπή δημιουργήθηκε το 2001 από τον Πρωθυπουργό του Καναδά, απαντώντας στις περιφερειακές μελέτες και αναφορές για ζητήματα του συστήματος υγείας. Σε πρώτη φάση, μέσω εκτεταμένων συσκέψεων και συνομιλιών, καθορίστηκαν οι ανάγκες και οι επιθυμίες⁷² των Καναδών πολιτών όσον αφορά το σύστημα. Κύρια θέση της Επιτροπής αποτέλεσε η ανάγκη αύξησης της μεταφοράς πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση προς τις Περιφερειακές Κυβερνήσεις. Επίσης, διατυπώθηκε μια σειρά προτάσεων όπως:

- Η σύσταση ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας με σκοπό την παροχή συμβουλευτικού έργου στις Περιφερειακές Κυβερνήσεις και τη σύνταξη εκθέσεων σχετικών με την εξέλιξη και απόδοση των μεταρρυθμίσεων.
- Ο εκσυγχρονισμός και η ενίσχυση της «Πράξης για την Καναδική Υγεία» (Canada Health Act).
- Ο πρωταρχικός ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πρόληψης εντός του συστήματος υγείας και η διαμόρφωση στρατηγικής για προγράμματα εμβολιασμών.
- Η αντιμετώπιση προκλήσεων σχετικών με ζητήματα πρόσβασης και ποιότητας σε απομακρυσμένες περιοχές και η επιλεκτική χρηματοδότηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και βελτίωσης υποδομών.
- Η αντιμετώπιση του φαινομένου διασποράς, διάσπαισης της χρηματοδότησης⁷³ για την παροχή φροντίδας υγείας στον πληθυσμό των Αυτοχθόνων, καθώς επίσης και η δημιουργία ολοκληρωμένων (integrated) οργανισμών υγείας για αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα.

⁷² Οι συνομιλίες ανέδειξαν τη στήριξη των Καναδών πολιτών στις αρχές οι οποίες διέπουν το Εθνικό Καναδικό Σύστημα Υγείας και προσδιορίζουν ως κριτήριο πρόσβασης την ανάγκη. Επίσης, εκφράστηκε η επιθυμία τους για επίτευξη υψηλότερης αποτελεσματικότητας εντός του συστήματος και επίδειξης ευθύνης από την πλευρά των Αρχών απέναντι στο κοινό.

⁷³ Επιπλέον, προτάθηκε η δέσμευση πόρων υπό τον όρο "Rural and Remote Access Fund" (Κεφάλαιο για την πρόσβαση σε απομακρυσμένες περιοχές) με σκοπό την παροχή κινήτρων σε προμηθευτές υγείας, προκειμένου να λειτουργήσουν και να παραμείνουν στις περιοχές που βρίσκονται εγκατεστημένοι οι Αυτόχθονες. Ομοίως, υπήρξε αναφορά και στην επέκταση του ρόλου της τηλειατρικής στις προαναφερθείσες περιοχές.

- > Η διαμόρφωση εθνικής πλατφόρμας πολιτικής για την παροχή οικιακής φροντίδας σε θέματα ψυχικής υγείας και αναρρωτικής αγωγής.
- > Η παροχή ασφαλιστικής κάλυψης για τη συνταγογράφηση φαρμάκων λόγω καταστροφικών φαινομένων και η εισαγωγή βελτιωμένων μεθόδων διαχείρισης στην παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης.
- > Η δημιουργία Εθνικής Φαρμακευτικής Αντιπροσωπείας (National Drug Agency) και Εθνικού Φαρμακευτικού Συνταγολογίου (National Drug Formulary).

Παράλληλα, η Επιτροπή εξέφρασε την απόλυτη στήριξη⁷⁴ της στη συνεχή δημόσια χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών, ιατρικώς απαραίτητων βάσει της «Πράξης για την Καναδική Υγεία», οι οποίες παραδοσιακά συνιστούν τη νοσοκομειακή, ιατρική και διαγνωστική φροντίδα υγείας.

Οι προτάσεις όλων των προαναφερθέντων εθνικών και περιφερειακών επιτροπών είχαν ως αποτέλεσμα την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων και τη θέσπιση στόχων. Αρχικά, το 2000 η δημιουργία των Καναδικών Ιδρυμάτων για την έρευνα στο τομέα της υγείας (CIHR) συνοδεύτηκε από τον επανασχεδιασμό στρατηγικής με κύριο αντικείμενο την έρευνα, έτσι ώστε ο Καναδάς να καταστεί μεταξύ των πέντε κορυφαίων χωρών στο συγκεκριμένο τομέα. Το ίδιο έτος υπεγράφη η συμφωνία των Πρώτων Υπουργών (First Ministers)⁷⁵, η οποία προέβλεπε την αύξηση της μεταφοράς πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Επιπρόσθετα, είχε προβλεφθεί χρηματοδότηση υπό όρους για μεταρρυθμίσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και για την κάλυψη αναγκών σχετικών με ιατρικό εξοπλισμό.

Το 2002, η Περιφερειακή Κυβέρνηση του Σασκάτσουαν (Saskatchewan), με αφορμή τις προτάσεις της Επιτροπής Φάϊκ (Fyke), αποφασίζει τη σύσταση Συμβουλίου Ποιότητας. Δύο χρόνια αργότερα εμφανίζονται οι πρώτες αναφορές με αντικείμενο την απόδοση σε θέματα ποιότητας βάσει συγκεκριμένων δεικτών. Η Σύνοδος των Πρώτων Υπουργών το έτος 2003 επικεντρώνεται στο ζήτημα των απαιτούμενων κεφαλαίων για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και ειδικότερα στους τομείς της πρωτοβάθμιας και οικιακής φροντίδας υγείας.

Επιπλέον, σύμφωνα με τις προτάσεις Ρομανόφ τίθεται το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης για τη συνταγογράφηση φαρμάκων λόγω καταστροφικών φαινομένων. Απόρροια των αποφάσεων της Συνόδου θα πρέπει να θεωρηθεί το γεγονός των αυξημένων ελεγχόμενων που οημειώθηκαν στο χώρο των διαγνωστικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και η δημιουργία του Συμβουλίου για την Υγεία (Health Council). Το 2004 δημιουργείται⁷⁶ και η Δημόσια Αντιπροσωπεία του Καναδά για την Υγεία με σκοπό τον αποτελεσματικότερο συντονισμό σε θέματα δημόσιας υγιεινής.

Το ίδιο έτος η Σύνοδος των Πρώτων Υπουργών διαμορφώνει δεκαετές πλάνο στοχευότητας στην ενίσχυση της φροντίδας υγείας (Ten Year Plan to Strengthen Health Care). Επιτυγχάνεται συμφωνία για την ανάπτυξη σημείων αναφοράς (benchmarks) και συγκριτικών δεικτών προσβλέποντας στη σύνταξη εκθέσεων, στις οποίες θα μελετώνται

⁷⁴ Η στήριξη αυτή ταυτόχρονα απέκλεισε την εισαγωγή οποιασδήποτε μορφής εισφορών ή οικονομικής συμμετοχής των ασθενών στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

⁷⁵ Την ομάδα των Πρώτων Υπουργών απαρτίζουν ο Ομοσπονδιακός Πρωθυπουργός και οι πρωθυπουργοί των Περιφερειών.

⁷⁶ Αφορμή δημιουργίας της, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη υποενότητα, αποτέλεσε η εμφάνιση της πανδημίας του Σοβαρού Οξέος Αναπνευστικού Συνδρόμου (Severe Acute Respiratory Syndrome, S.A.R.S.).

ζητήματα σχετικά με τους χρόνους αναμονής και αντίστοιχης μείωσης τους σε πέντε συγκεκριμένες περιπτώσεις⁷⁷. Επίσης, αποφασίζεται η καταβολή 5,5 δις. καναδικών δολλαρίων στις περιφέρειες εντός των δέκα ακόλουθων ετών μέσω του προγράμματος "Wait Time Reduction Fund" (Κεφάλαιο για τη Μείωση του Χρόνου Αναμονής), με στόχο τη μείωση του απαιτούμενου χρονικού διαστήματος αναμονής και την ταχύτερη πρόσβαση των ασθενών στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αύξησε τη χρηματοδότηση της προς τις επαρχιακές κυβερνήσεις (territories) και τους οργανισμούς των Αυτοχθόνων, αποσκοπώντας στη διεύρυνση των δυνατοτήτων πρόσβασης των πολιτών τους σε μονάδες υγείας. Επιπλέον, όλες οι Κυβερνήσεις δεσμεύτηκαν για τη δημιουργία συνθηκών ως το έτος 2011 οι οποίες θα επιτρέπουν σε συνεχή εβδομαδιαία βάση τη πρόσβαση του μισού τουλάχιστον πληθυσμού τους σε ιατρικές ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί η ενίσχυση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας, φαινόμενο που γίνεται αντιληπτό σε διάφορους τομείς. Οι περιφέρειες κατευθύνονται προς τον περιορισμό των υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα υγείας (Medicare). Ως εκ τούτου, σημειώνεται σημαντική αύξηση της δημιουργίας ιδιωτικών υποδομών σε όλο τον Καναδά, ενώ σε σημαντικό αριθμό περιφερειών η νομοθεσία προβλέπει την προσφορά ευρύτατων υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές κλινικές. Παράλληλα, επεκτείνεται το φαινόμενο συμπράξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, ιδίως στο χώρο κατασκευής νοσοκομειακών μονάδων. Τέλος, πολλές περιφερειακές αρχές περιόρισαν το εύρος των δημόσιων ασφαλιζόμενων υπηρεσιών, αφαιρώντας, κατά άνισο τρόπο, πολλές εξ' αυτών από τον κατάλογο ασφαλιστικής κάλυψης (de-listing). Το γεγονός αυτό συνέβαλε στη δημιουργία ανισοτήτων, όσον αφορά το επίπεδο κάλυψης στο σύνολο της χώρας (Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας, Pan American Health Organization, 2006).

3.3 Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία

Έπειτα από διεργασίες και προτάσεις δεκαετιών, το έτος 1984 ψηφίστηκε το, ισχύον έως και σήμερα, νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία, γνωστό ως "Canada Health Act" (Η Πράξη για την Υγεία στον Καναδά). Η προαναφερόμενη ομοσπονδιακή νομοθεσία καθορίζει τις αρχές που διέπουν την εθνική ασφάλιση υγείας και αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα των λειτουργιών που αναπτύσσονται εντός του συστήματος. Σε ετήσια βάση ο Ομοσπονδιακός Υπουργός Υγείας είναι υποχρεωμένος να παρουσιάζει στοιχεία, σχετικά με τη διαχείριση και το χειρισμό της εθνικής νομοθεσίας, έναντι του Κοινοβουλευτικού Σώματος. Τα παρακάτω στοιχεία προκύπτουν από την αναφορά "Canada Health Act Annual Report, 2005-2006" (Ετήσια Αναφορά για την Πράξη Περί την Υγεία στον Καναδά, 2005-2006).

Αρχικά, η «Πράξη» καθορίζει τις ευθύνες της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών καθώς επίσης και το πλαίσιο συνεργασίας τους. Κύρια αρμοδιότητα των περιφερειακών και επαρχιακών αρχών αποτελεί η διαχείριση και παράδοση των υπηρεσιών υγείας, ο καθορισμός του προϋπολογισμού, η διαχείριση των

⁷⁷ Η μείωση του χρόνου αναμονής τέθηκε ως στόχος στην αντιμετώπιση του καρκίνου και των καρδιακών νοσημάτων καθώς και στην αποκατάσταση της όρασης, στις επεμβάσεις αντικατάστασης του ισχίου και στον τομέα της διαγνωστικής απεικόνισης.

πόρων και ο ορισμός των προτεραιοτήτων και των αναγκών του συστήματος υγείας σε τοπικό επίπεδο. Αντίστοιχα, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση θεωρείται αρμόδια για τον προσδιορισμό των κριτηρίων που θα πρέπει να τηρηθούν από τα περιφερειακά και επαρχιακά προγράμματα ασφάλισης υγείας (Health Insurance Plans), έτσι ώστε οι Κυβερνήσεις τους να κριθούν κατάλληλες για το συνολικό μερίδιο χρηματικής ενίσχυσης τους, που προβλέπεται από τη διαδικασία της ομοσπονδιακής μεταφοράς χρημάτων (Canada Health Transfer). Σύμφωνα με την «Πράξη», κύριο στόχο της καναδικής πολιτικής για την υγεία συνιστά η προστασία, προαγωγή και αποκατάσταση της φυσικής και πνευματικής ευημερίας των Καναδών πολιτών και η καθιέρωση της έλλογης πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας χωρίς την ύπαρξη οικονομικών και άλλων εμποδίων⁷⁸. Συγκεκριμένα, διασφαλίζεται η πρόσβαση σε προπληρωμένες υπηρεσίες, ιατρικώς απαραίτητες, των οποίων η παροχή δεν απαιτεί την καταβολή άμεσων εισφορών στο σημείο παράδοσης τους. Επίσης, η ομοσπονδιακή νομοθεσία καθορίζει ρητά τις κατηγορίες ασφαλισμένων ατόμων⁷⁹ εντός της καναδικής επικράτειας καθώς επίσης και τις ασφαλιζόμενες⁷⁹, ιατρικές⁸⁰, νοσοκομειακές⁸¹, παρατεταμένες⁸² (extended), κ.ά. υπηρεσίες υγείας.

3.3.1. Κριτήρια και προϋποθέσεις χρηματοδότησης περιφερειών και επαρχιών

Η «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά» περιγράφει εννέα προϋποθέσεις που πρέπει να τηρηθούν από τις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις, έτσι ώστε να καταστούν ικανές να λάβουν το συνολικό μερίδιο πόρων που τους αντιστοιχεί κατά τη διαδικασία μεταφοράς χρημάτων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Συγκεκριμένα, αναφέρονται:

- Πέντε (5) προγραμματικά κριτήρια σχετικά με τις ασφαλιζόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Δύο (2) προϋποθέσεις όσον αφορά τις ασφαλιζόμενες υπηρεσίες υγείας και τις παρατεταμένες υπηρεσίες.
- Διατάξεις για την επιπρόσθετη τιμολόγηση και τις δαπάνες χρήσης που σχετίζονται με τις ασφαλιζόμενες υπηρεσίες υγείας.

⁷⁸ Ως ασφαλισμένο άτομο θεωρείται κάθε κάτοικος περιφέρειας και επαρχίας. Ανάλογα, κάτοικο περιφέρειας ή επαρχίας αποτελεί κάθε νομοταγές άτομο που κατέχει το δικαίωμα διαμονής στον Καναδά, δημιουργεί το χώρο διαμονής του και είναι παρών στη περιφέρεια του. Στην προαναφερόμενη κατηγορία δεν εντάσσονται ταξιδιώτες, επισκέπτες, άτομα με παροδική παρουσία στη χώρα.

⁷⁹ Ασφαλιζόμενες υπηρεσίες υγείας συνιστούν οι απαραίτητες νοσοκομειακές, ιατρικές, οδοντοχειρουργικές υπηρεσίες που παρέχονται σε ασφαλισμένους πολίτες.

⁸⁰ Ασφαλιζόμενες ιατρικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται κατόπιν πληρωμής από επαγγελματίες ιατρούς. Αυτές οι απαραίτητες υπηρεσίες καθορίζονται από τους ιατρούς σε συνδυασμό με τα τοπικά προγράμματα ασφάλισης υγείας.

⁸¹ Ασφαλιζόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας θεωρούνται οι ιατρικώς απαραίτητες υπηρεσίες για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν τη διαμονή, σίτιση, χρήση υποδομών, νοσηλευτική στήριξη, εργαστηριακές εξετάσεις, ραδιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις, παραϊατρικές υπηρεσίες, φαρμακευτική αγωγή κ.ά.

⁸² Ασφαλιζόμενες παρατεταμένες υπηρεσίες υγείας αποτελούν κατηγορίες μακροχρόνιας ιδρυματικής, οικιακής φροντίδας υγείας, καθώς επίσης και όλες οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε ασθενείς εκτός νοσοκομειακών μονάδων (ambulatory care services).

3.3.1.1. Προγραμματικά κριτήρια χρηματοδότησης

Τα πέντε (5) βασικά κριτήρια, τα οποία παράλληλα αποτελούν και τις κυρίαρχες αρχές του καναδικού συστήματος υγείας, είναι:

- Η Δημόσια Διαχείριση (Public Administration)
- Η Ολική Κάλυψη (Comprehensiveness)
- Η Καθολικότητα (Universality)
- Η Δυνατότητα Μεταφοράς (Portability)
- Η Δυνατότητα Πρόσβασης (Accessibility)

Το κριτήριο της Δημόσιας Διαχείρισης προβλέπει ότι τα περιφερειακά και επαρχιακά προγράμματα ασφάλισης διαχειρίζονται από δημόσιες αρχές και λειτουργούν σε μη κερδοσκοπική βάση. Οι δημόσιες αρχές θεωρούνται υπόλογες στις Τοπικές Κυβερνήσεις όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων (decision making) σε ζητήματα οφέλους και υπηρεσιών. Παράλληλα, τα αρχεία και τα λογιστικά στοιχεία τους υπόκεινται σε έλεγχο από δημόσιους ελεγκτικούς οργανισμούς.

Η αρχή της Ολικής Κάλυψης προϋποθέτει ότι κάθε πρόγραμμα ασφάλισης καλύπτει όλες τις ασφαλιζόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρέχονται από τα νοσοκομεία, τους ιατρούς και τους οδοντίατρους. Παράλληλα, πρέπει να διασφαλίζεται η κάλυψη παρόμοιων ή επιπρόσθετων υπηρεσιών, προσφερόμενων από αμοιβόμενους ιατρικούς επαγγελματίες, στην περίπτωση που αυτό επιτρέπεται βάσει της περιφερειακής νομοθεσίας.

Το κριτήριο της Καθολικότητας υπερασπίζεται για όλους τους ασφαλισμένους κατοίκους των περιφερειών το δικαίωμα χρήσης ασφαλιζόμενων υπηρεσιών υπό κοινούς όρους, στο πλαίσιο των τοπικών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, βασική προϋπόθεση αποτελεί η εγγραφή των κατοίκων κάθε περιφέρειας στο αντίστοιχο πρόγραμμα ασφάλισης. Νεοαφιχθέντες στον Καναδά υπόκεινται σε περίοδο αναμονής, η οποία δεν ξεπερνάει τους τρεις (3) μήνες, προκειμένου να αποκτήσουν το δικαίωμα χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Η Δυνατότητα Μεταφοράς προβλέπει για κατοίκους που μετακινούνται σε νέα περιφέρεια την ισχύ της ασφάλισης τους. Η ισχύουσα ασφάλιση βασίζεται στο πρόγραμμα της περιφέρειας που αρχικώς εγγράφησαν και διαρκεί για όσο διάστημα⁸³ απαιτείται προκειμένου να ολοκληρωθεί η εγγραφή τους στο πρόγραμμα ασφάλισης της νέας περιφέρειας. Επίσης, οι κάτοικοι που είναι προσωρινώς απόντες από την περιφέρεια διαμονής τους ή από τον Καναδά πρέπει να παραμένουν ασφαλισμένοι και κατά τη διάρκεια απουσίας τους. Στην περίπτωση κατά την οποία κάποιος βρίσκεται σε διαφορετική περιφέρεια από αυτή στην οποία είναι εγγεγραμμένος, τότε η πληρωμή προσφερομένων υπηρεσιών θα πρέπει να ακολουθήσει τις τιμές της περιφέρειας που τον φιλοξενεί. Η απουσία και παράλληλη χρήση υπηρεσιών εκτός ορίων του Καναδά επιβάλλει πληρωμή βάσει των τιμών της καναδικής περιφέρειας όπου πραγματοποιήθηκε η εγγραφή. Γενικά, το κριτήριο αυτό δεν συνιστά κίνητρο χρήσης υπηρεσιών σε διαφορετική περιφέρεια από αυτή που έλαβε μέρος η εγγραφή, αλλά ουσιαστικά

⁸³ Βέβαια, ο χρόνος αναμονής δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τους τρεις (3) μήνες, ενώ σε περίπτωση υπέρβασης αυτού η νέα περιφέρεια διαμονής αναλαμβάνει την ευθύνη ασφάλισης.

επιτρέπει την παροχή υπηρεσιών στα όρια δεύτερης περιφέρειας, σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο.

Η Δυνατότητα Πρόσβασης αφορά την πρόσβαση των ασφαλισμένων σε νοσοκομειακές, ιατρικές και οδοντοχειρουργικές υπηρεσίες υπό κοινές συνθήκες και χωρίς την ύπαρξη εμποδίων⁸⁴. Παράλληλα, το τοπικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας οφείλει να προβλέπει τη καταβολή δίκαιης αποζημίωσης στους ιατρούς και οδοντίατρους για το σύνολο των ασφαλιζόμενων υπηρεσιών που παρέχουν. Ομοίως, η πληρωμή των νοσοκομείων πρέπει να καλύπτει το κόστος παροχής των ασφαλιζόμενων υπηρεσιών τους. Τέλος, η έλλογη πρόσβαση, σύμφωνα με την «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά», ορίζεται ως η δυνατότητα πρόσβασης των ασφαλισμένων στο σημείο όπου παρέχονται οι υπηρεσίες (where) και στο βαθμό που οι υπηρεσίες αυτές είναι διαθέσιμες (as available).

3.3.1.2. Προϋποθέσεις χρηματοδότησης

Προϋποθέσεις χρηματοδότησης ουσιαστικά συνιστούν η παροχή πληροφοριών (information) και η αναγνώριση έργου (recognition). Η πρώτη προϋπόθεση έγκειται στην παροχή πληροφοριών από τις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις στο Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, σχετικά με ζητήματα ασφαλιζόμενων υπηρεσιών, όταν αυτό κριθεί αναγκαίο στο πλαίσιο της «Πράξης». Η δεύτερη προϋπόθεση αφορά τις δεκατριές Τοπικές Κυβερνήσεις και την αναγνώριση εκ μέρους τους της οικονομικής συνεισφοράς της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης στην ασφάλιση των υπηρεσιών υγείας.

3.3.1.3. Διατάξεις για την επιπρόσθετη τιμολόγηση και τις δαπάνες χρήσης

Οι αρχές που διέπουν την «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά» ουσιαστικά αποθαρρύνουν την εμφάνιση φαινομένων επιπρόσθετης τιμολόγησης και δαπανών χρήσης. Σε περίπτωση κατά την οποία παρουσιαστούν ανάλογα δείγματα σε κάποια περιφέρεια, σύμφωνα με την «Πράξη», προβλέπεται υποχρεωτική μείωση⁸⁵ του μεταφερόμενου χρηματικού ποσού από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Η επιπρόσθετη τιμολόγηση προσδιορίζεται ως η χρέωση της παροχής ασφαλιζόμενων υπηρεσιών με υψηλότερο ποσό από εκείνο που προβλέπει το τοπικό σύστημα ασφάλισης υγείας. Γενικά, η επιπρόσθετη τιμολόγηση αποτελεί εμπόδιο για τα άτομα τα οποία χρήζουν ιατρικής φροντίδας και αντιτίθεται στο κριτήριο της προσβασιμότητας (accessibility). Οι δαπάνες χρήσης ορίζονται ως οποιαδήποτε χρέωση για ασφαλιζόμενη υπηρεσία υγείας, εξαιρουμένης αυτής της επιπρόσθετης τιμολόγησης, η οποία είναι επιτρεπτή και μη αποπληρωτέα εντός του τοπικού προγράμματος ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, οι δαπάνες αυτές δεν θεωρούνται επιτρεπτές σύμφωνα με την «Πράξη», καθώς συνιστούν τροχοπέδη στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

3.3.2. Λοιπά στοιχεία περί της «Πράξης για την Υγεία στον Καναδά»

Η παράγραφος 22, η οποία περιλαμβάνεται στην «Πράξη», εξουσιοδοτεί την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση να δημιουργεί και να τροποποιεί ρυθμίσεις που σχετίζονται

⁸⁴ Τα εμπόδια συνίστανται στην καταβολή εισφορών, επιπρόσθετης τιμολόγησης ή εισφορών χρήσης, καθώς επίσης και σε άλλα μέσα, όπως διάκριση βάσει ηλικίας, κατάστασης υγείας, επιπέδου εισοδήματος.

⁸⁵ Το ακριβές ποσό μείωσης καθορίζεται από τον Ομοσπονδιακό Υπουργό Υγείας.

με την εφαρμογή της συγκεκριμένης νομοθεσίας. Οι προαναφερόμενες ρυθμίσεις βρίσκουν εφαρμογή στην διαδικασία προσδιορισμού:

- Των υπηρεσιών οι οποίες, σύμφωνα με την «Πράξη», περιλαμβάνονται στην κατηγορία των παρατεταμένων υπηρεσιών υγείας (extended health care services).
- Των υπηρεσιών που εξαιρούνται από τις αντίστοιχες νοσοκομειακές.
- Του είδους πληροφοριών που απαιτούνται από τον Ομοσπονδιακό Υπουργό καθώς και της χρονικής περιόδου και του τρόπου που αυτές δύνανται να παρασχεθούν.
- Του τρόπου κατά τον οποίο οι Περιφερειακές και Επαρχιακές Αρχές οφείλουν να αναγνωρίζουν εγγράφως την διαδικασία της Ομοσπονδιακής Μεταφοράς Πόρων (CHT).

Οι μοναδικές ρυθμίσεις που ορίζει η «Πράξη» και ισχύουν έως σήμερα είναι αυτές που αναφέρονται στην περίπτωση της επιπρόσθετης τιμολόγησης και των δαπανών χρήσης. Οι σχετικές ρυθμίσεις προϋποθέτουν την παροχή εκτιμήσεων από τις αρμόδιες Περιφερειακές και Επαρχιακές Αρχές ως προς τα επίμαχα ζητήματα (επιπρόσθετη τιμολόγηση και δαπάνες χρήσης). Οι προαναφερόμενες εκτιμήσεις πρέπει να κατατίθενται πριν την αρχή κάθε οικονομικού έτους, με σκοπό την επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων. Ωστόσο, εκτός των υποχρεωτικών κυρώσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω, προβλέπονται και προαιρετικές κυρώσεις που απορρέουν από τη διαπίστωση μη συμμόρφωσης με κάποιο από τα πέντε κριτήρια ή τις δύο προϋποθέσεις. Στην περίπτωση αυτή, η μείωση του ποσού των μεταφερόμενων πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση εξαρτάται από τη σοβαρότητα και το μέγεθος της παράβασης.

Το επίπεδο συμμόρφωσης με τα κριτήρια αξιολογείται βάσει της διαφάνειας, του επιπέδου διαβούλευσης και διαλόγου μεταξύ του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας και των εκπροσώπων των περιφερειακών αρχών. Στο πλαίσιο αυτό αρμόδιοι⁸⁶ (περί των ζητημάτων συμμόρφωσης) επιβλέπουν τις λειτουργίες των περιφερειακών και επαρχιακών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και παρέχουν συμβουλευτικό έργο στον Ομοσπονδιακό Υπουργό. Κύριες πηγές πληροφόρησης συνιστούν διάφοροι αξιωματούχοι περιφερειών, δημοσιεύσεις, αναφορές τοπικών μέσων μαζικής ενημέρωσης, εκθέσεις μη κυβερνητικών οργανώσεων κ.ά. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η διερεύνηση επίμαχων ζητημάτων πραγματοποιείται κατά περίπτωση (case by case). Οι κυριότερες ανησυχίες όσον αφορά το επίπεδο συμμόρφωσης σχετίζονται με ζητήματα πρόσβασης, ειδικότερα με την οικονομική επιβάρυνση ασθενών και τη μη τήρηση της σειράς αναμονής ασθενών για ιατρικώς απαραίτητες υπηρεσίες μέσω ιδιωτικών κλινικών⁸⁷. Γενικότερα, η επίλυση των προαναφερόμενων προβλημάτων δεν βασίζεται σε μειώσεις του ποσού χρηματοδότησης των περιφερειών και επαρχιών.

Οι Περιφερειακές Αρχές, παράλληλα με το φάσμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, όπως αυτό καθορίζεται από την «Πράξη», παρέχουν επιπρόσθετες υπηρεσίες μέσω πληθώρας προγραμμάτων. Τα προγράμματα αυτά διαφοροποιούνται μεταξύ των

⁸⁶ Υπεύθυνοι για ζητήματα τέτοιου περιεχομένου έχει οριστεί η Διεύθυνση της Πράξης για την Υγεία στον Καναδά (Canada Health Act Division) και τμήμα του προσωπικού των περιφερειακών γραφείων.

⁸⁷ Το πρόβλημα έγκειται στις ιδιωτικές κλινικές οι οποίες χρεώνουν ασθενείς για την προσφορά υπηρεσιών και παράλληλα επιτρέπουν σε αυτούς την πρόσβαση σε δημοσίως ασφαλιζόμενες υπηρεσίες καταργώντας τη σειρά αναμονής.

περιφερειών και η οργάνωση τους στηρίζεται σε διαφορετικούς όρους και συνθήκες. Πρόκειται, κυρίως, για προγράμματα φαρμακευτικής φροντίδας, φροντίδας μέσω κινητών μονάδων (ambulance services) και οπτικομετρικών υπηρεσιών. Η παροχή τους στοχεύει στην κάλυψη αναγκών συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, ενώ η κάλυψη τους πραγματοποιείται μερικώς ή ολικώς από τα περιφερειακά προγράμματα ασφάλισης υγείας.

3.4 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

3.4.1. Φάσμα υπηρεσιών, προμηθευτές, θέματα πρόσβασης

Κατά τη διάσκεψη των Πρώτων Υπουργών (First Ministers) το έτος 2000 η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε το επίκεντρο των συζητήσεων. Υπήρξε κοινή συμφωνία για τη σημασία και την ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς η βαθμίδα αυτή θεωρήθηκε σημαντικότερη μεταβλητή στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων και στην προσπάθεια επίτευξης μακροχρόνιας σταθερότητας του συστήματος υγείας⁸⁸.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα συνιστά το πρωταρχικό σημείο επαφής των Καναδών πολιτών με το σύστημα υγείας. Ο διπλός ρόλος της έγκειται στην παροχή υπηρεσιών⁸⁹ και στο συντονισμό των διαδικασιών προσφοράς τους, με σκοπό τη διασφάλιση της συνέχειας (continuity) της φροντίδας υγείας και τον περιορισμό της κινητικότητας του ασθενή εντός του συστήματος, στην περίπτωση που απαιτούνται εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (Health Canada, 2005). Ως υπηρεσίες που προσφέρονται σε αυτή τη βαθμίδα υγείας αναφέρονται οι σχετικές με :

- Την πρόληψη και τη θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών
- Την επείγουσας μορφής αντιμετώπιση
- Το συντονισμό και την παραπομπή στις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας
- Τη βασική ψυχική υγεία
- Την παρηγορητική αγωγή (palliative, end of life care)
- Την προαγωγή της υγείας
- Την ανάπτυξη της παιδικής υγείας
- Τη βασική μητρική φροντίδα
- Την αποκατάσταση

Οι περιφερειακές και επαρχιακές αρχές διατηρούν την κύρια ευθύνη για τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρακτικά, το μεγαλύτερο μερίδιο στην παράδοση των προαναφερόμενων υπηρεσιών κατέχουν οι οικογενειακοί και οι γενικοί ιατροί, των οποίων οι υπηρεσίες στοχεύουν στη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών και τραυματισμών. Ενδεικτικά, θα πρέπει να αναφερθεί το υψηλό ποσοστό των Καναδών που διατηρούν επαφή με οικογενειακό ιατρό⁹⁰, το οποίο αντιστοιχεί στο 86% του γενικού

⁸⁸ http://www.primaryhealthcare.ca/html_files/faqs.html

⁸⁹ Η παροχή υπηρεσιών πραγματοποιείται από οικογενειακούς ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές και συμβουλευτικές υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου.

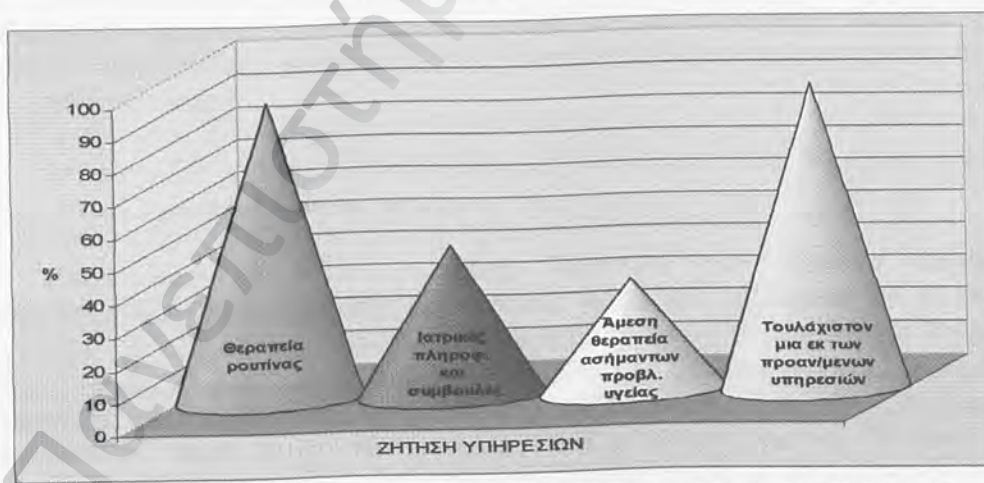
⁹⁰ Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού στηρίζεται στην ελεύθερη βούληση των ασθενών. Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί η διατήρηση μακροχρόνιας σχέσης μεταξύ τους.

πληθυσμού (Health Council of Canada, 2005)⁹¹. Παράλληλα, δραστηριοποιούνται κοινοτικά κέντρα υγείας (community health centers), νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσια ιδρύματα, βρεφονηπιακά κέντρα και λοιποί επαγγελματίες μη ιατρικής ειδικότητας που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας. Αναφορικά με την πληρωμή των ιδιωτών ιατρών εφαρμόζεται η μέθοδος της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service), το ύψος της οποίας αποτελεί αντικείμενο συμφωνίας μεταξύ των τοπικών ιατρικών ενώσεων και των αρμόδιων περιφερειακών φορέων (Health Canada, 2005)⁹². Το νοσηλευτικό προσωπικό και άλλοι επαγγελματίες υγείας αμείβονται βάσει μισθοδοσίας, η οποία επίσης καθορίζεται μέσω διαπραγματεύσεων των αντίστοιχων σωματείων τους και των εργοδοτών. Αντίθετα, στην περίπτωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, των κέντρων υγείας και των ομάδων θεραπείας καταγράφονται εναλλακτικές μέθοδοι πληρωμής τους⁹³. Γενικότερα, μεγάλος αριθμός ειδικών τάσσεται υπέρ σχημάτων ομαδικής δράσης των προαναφερόμενων προμηθευτών με σκοπό την επίλυση υπαρχόντων προβλημάτων και την εξασφάλιση καλύτερων εκροών.

Κατά το έτος 2002 η Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά (Statistics Canada) δημοσιοποίησε τα αποτελέσματα έρευνας, η οποία εξέτασε τις εμπειρίες των ερωτηθέντων όσον αφορά την χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας (selected health care services) για ολόκληρο το έτος του 2001. Μερικό αντικείμενο της έρευνας αποτέλεσε η πρόσβαση των πολιτών σε βασικές υπηρεσίες υγείας για θεραπείες «ρουτίνας», αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών και συμβουλών κ.ά. (Γράφημα 3.1).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1

Πρόσβαση πληθυσμού, ηλικίας 15 ετών και άνω, σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας κατά το έτος 2001



ΠΗΓΗ: Statistics Canada, CANSIM, table 105-3039 and Catalogue no. 82-575-XIE, 2007

Επιπρόσθετα, το Γράφημα 3.2 παρουσιάζει τις δυσκολίες που εμφανίστηκαν κατά την πρόσβαση του ίδιου πληθυσμιακού δείγματος στις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

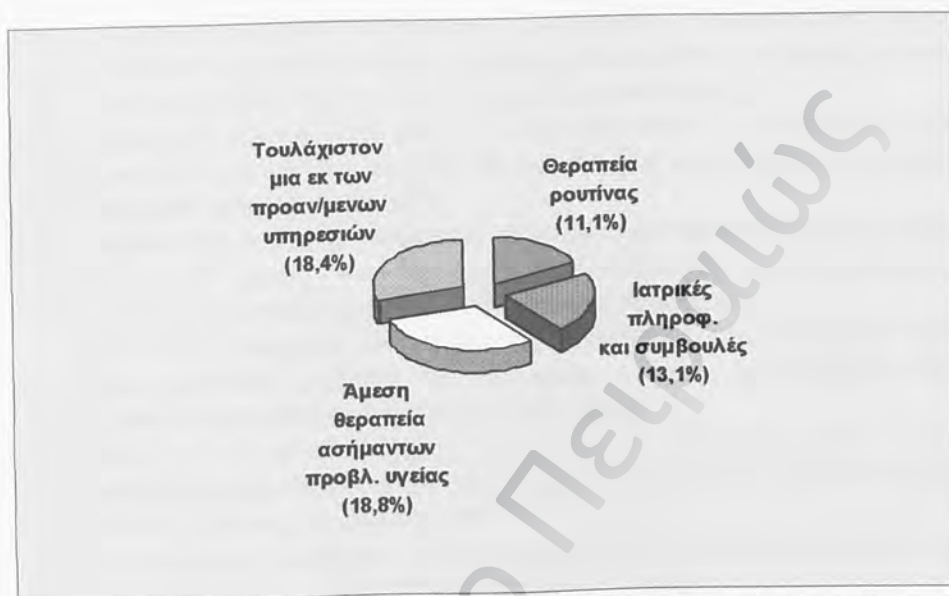
⁹¹ http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=46

⁹² http://www.he-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf

⁹³ Η πληρωμή τους βασίζεται είτε σε μισθοδοσία είτε σε μείγμα διαφόρων μεθόδων αμοιβής, όπως π.χ. συνδυασμός αμοιβής κατά πράξη, περίπτωση και παροχής κινήτρων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2⁹⁴

Αναφερόμενες δυσκολίες πρόσβασης σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας κατά το έτος 2001



ΠΗΓΗ: Statistics Canada, CANSIM, table 105-3039 and Catalogue no. 82-575-XIE, 2007

Οι συγκεκριμένες πληροφορίες αποκτούν ιδιαίτερο νόημα, καθώς θα μπορούσαν να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εντός ενός δημοσίου συστήματος υγείας, όπως αυτό του Καναδά.

3.4.2. Κεφάλαιο Μεταβατικής Περιόδου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Εθνική Στρατηγική Αξιολόγησης

Αποτέλεσμα της προαναφερόμενης διάσκεψης των Πρώτων Υπουργών αποτέλεσε η απόφαση δέσμευσης οκτακοσίων (800) εκ. δολλαρίων με σκοπό τη δημιουργία του Κεφαλαίου Μεταβατικής Περιόδου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care Transition Fund, PHCTF). Το απόθεμα αυτό ουσιαστικά επισφράγισε τη συμφωνία Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών, όσον αφορά την ανάληψη κοινής δράσης για τη βελτίωση των υπηρεσιών και των εκροών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (C.I.H.I., 2006)⁹⁵.

Το Υπουργείο Υγείας του Καναδά, στο πλαίσιο του Κεφαλαίου Μεταβατικής Περιόδου και της επιδιωκόμενης ενίσχυσης της σχετικής βαθμίδας υγείας, προχώρησε στο σχεδιασμό Εθνικής Στρατηγικής Αξιολόγησης (National Evaluation Strategy, NES). Στις αρχές του 2005, έπειτα από μια μακρά συνεργασία ειδικών από όλα τα επίπεδα

⁹⁴ Το γράφημα αυτό αναπαριστά τις αρχικές δυσκολίες πρόσβασης του πληθυσμιακού δείγματος (ποσοστά που αναφέρονται στο Γράφημα 3.1) σε επιλεγμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

⁹⁵ http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1489_E

λειτουργίας του συστήματος υγείας. καθορίστηκε μια σειρά πενήντα (50) ερωτήσεων αξιολόγησης με στόχο την εισαγωγή Στόχων (Objectives) και Υποστηρικτικών Θέσεων (Supports) ως παραμέτρων της Εθνικής Στρατηγικής Αξιολόγησης. Οι επτά στόχοι που τέθηκαν είναι οι παρακάτω:

- Η αύξηση του αριθμού πληθυσμού που δέχεται υπηρεσίες από προμηθευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος αναλαμβάνει την κύρια ευθύνη για τις υπηρεσίες και είναι γνώστης του ιστορικού των ασθενών.
- Η αύξηση του αριθμού των κέντρων και οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα ορίζονται υπεύθυνα για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένο αριθμό πληθυσμού.
- Η εισαγωγή της παροχής υπηρεσιών ολιστικού μοντέλου, δίνοντας έμφαση στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών και τραυματισμών, στη διαχείριση της ψυχικής υγείας και των χρόνιων παθήσεων.
- Η δυνατότητα συνεχούς και αδιάκοπης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για αναγκαία φροντίδα, καθ' όλη την εβδομάδα, η οποία θα παρέχεται στον κάθε πολίτη από ένα συγκεκριμένο προμηθευτή υγείας.
- Η παράδοση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και ασφάλειας και η παράλληλη διάδοση ανάλογης νοοτροπίας στους προμηθευτές που θα καθιστά τις δύο αυτές συνιστώσες στόχους της δράσης τους.
- Η διασφάλιση της αποδοχής των προσφερόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς και η ανταπόκριση στις προσδοκίες τους εντός λογικών ορίων.
- Η προώθηση της ολοκλήρωσης υπηρεσιών και συντονισμού μεταξύ των προμηθευτών υγείας, με σκοπό την επίτευξη συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή σε επίπεδο πληροφορίας και διαχείρισης.

Αντίστοιχα, οι Υποστηρικτικές Θέσεις αναφέρονται:

- Στην επάρκεια του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού με στόχο την κάλυψη των αναγκών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Στην δημιουργία ομάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Στην εισαγωγή τεχνολογίας της πληροφορίας, προσαρμοσμένης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, που θα επιτρέπει τη σύνδεση αυτής της βαθμίδας υγείας με το ευρύτερο σύστημα.
- Στον επιμερισμό των πόρων για την πρωτοβάθμια φροντίδα βάσει των ρεαλιστικών αναγκών.
- Στην εισαγωγή μεθόδων πληρωμής των προμηθευτών οι οποίες θα συμβαδίζουν με τους στόχους της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Στην αυξανόμενη υποστήριξη και ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους υπεύθυνους σχεδιασμού πολιτικής για την υγεία.

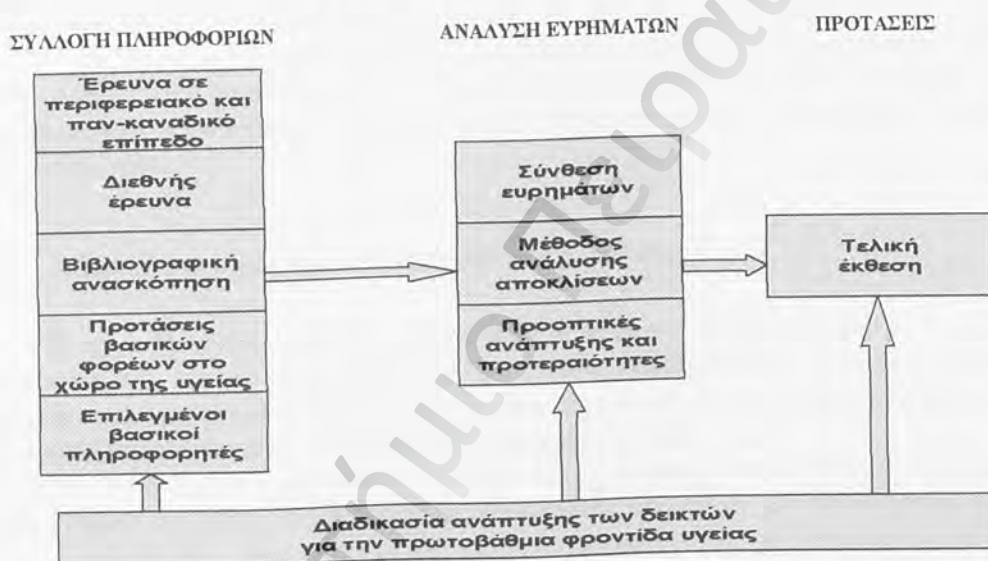
Επίσης, το σύνολο των πενήντα ερωτήσεων αποτέλεσε τη βάση ανάπτυξης εκατόν πέντε (105) δεικτών⁹⁶, οι οποίοι θα επέτρεπαν τη μέτρηση και σύγκριση των

⁹⁶ Οι συγκεκριμένοι δείκτες θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν βάσει του περιεχομένου τους σε οκτώ κατηγορίες, όπως αυτήν της δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω σταθερού προμηθευτή, της ευρύτητας φροντίδας, της διαχείρισης χρόνιων καταστάσεων και προληπτικής ιατρικής, της συνέχειας στη φροντίδα μέσω ολοκλήρωσης και συντονισμού υπηρεσιών, της δυνατότητας

εκροών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μεταξύ όλων των καναδικών περιφερειών και επαρχιών. Συμπληρωματικά, η χρήση και αξιοποίησή τους θα συνέβαλε μέγιστα στην παρακολούθηση της εξέλιξης των εθνικών και περιφερειακών μεταρρυθμίσεων. Επίσης, η μελέτη των προαναφερόμενων δεικτών θα είχε ως αποτέλεσμα την παροχή αναγκαίων πληροφοριών (Διάγραμμα 3.1) σε πτυχές και ζητήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα οποία εθεωρούντο ως τα πλέον σημαντικά σύμφωνα με τις υποδείξεις βασικών φορέων του συστήματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1

Διαδικασία συλλογής πληροφοριών και υποβολής προτάσεων για την καναδική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2006

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην παρούσα φάση ο όγκος των πληροφοριών χαρακτηρίζεται περιορισμένος, με αποτέλεσμα την αδυναμία διενέργειας εκτενών συγκριτικών μελετών για το σύνολο της καναδικής επικράτειας (C.I.H.I., 2006). Η μέθοδος της ανάλυσης αποκλίσεων (gap analysis)⁹⁷ επιβεβαίωσε τη μη διαθεσιμότητα⁹⁸ αναγκαίων στοιχείων για βασικές μεταβλητές και συνιστώσες σχετικά με υπηρεσίες και εκροές της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ως εκ τούτου, το έλλειμμα

εικοσιτετράωρης πρόσβασης καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας (24/7) σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, του αναγκαίου προσανατολισμού του πληθυσμού στις κατάλληλες υπηρεσίες, της ποιότητας και των εκροών των υπηρεσιών (Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, 2006)

⁹⁷ Η ανάλυση αποκλίσεων συνιστά επιχειρηματικό εργαλείο αξιολόγησης πηγών και πόρων, το οποίο παρέχει στον κάθε φορέα τη δυνατότητα σύγκρισης της πραγματικής απόδοσης του σε σχέση με το εφικτό επίπεδο αποδοτικότητάς του.

⁹⁸ Η καταγραφή των δεικτών συνοδεύεται από ενδείξεις που αναφέρουν την πηγή πληροφοριών (data source) και τη σχετική διαθεσιμότητά της (availability of data source). Η ύπαρξη και αξιολόγηση της διαθεσιμότητας αναφέρεται με τους όρους «ναυ», «μερικώς» και «όχι». Χαρακτηριστικό γεγονός αποτελεί το σημαντικά μεγάλο ποσοστό των δεικτών για το οποίο καταγράφεται έλλειψη στοιχείων.

πληροφοριών ουσιαστικά συνιστά ανασταλτικό παράγοντα στην προσπάθεια σχεδιασμού πολιτικής και λήψης αποφάσεων για αυτή τη βαθμίδα υγείας.

3.5 Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Κύριο χαρακτηριστικό του καναδικού συστήματος υγείας αποτέλεσε κατά τις προηγούμενες δεκαετίες ο κεντρικός και δεσπόζων ρόλος των γενικών νοσοκομείων⁹⁹ σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών. Παράλληλα, στη σημερινή εποχή το σύνολο των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγείας προσφέρεται εντός των νοσοκομειακών μονάδων. Ωστόσο, η περίπτωση του Καναδά παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς δεν καταγράφονται κοινές και συγκεκριμένες κατηγορίες υπηρεσιών για όλες τις περιφέρειες στο πλαίσιο προσφοράς δευτεροβάθμιας φροντίδας (Public Health Agency of Canada, 2003)¹⁰⁰. Στη συνέχεια, παρατίθενται γενικά στοιχεία για τη προαναφερόμενη βαθμίδα με σκοπό την κατανόηση του ρόλου της εντός του καναδικού συστήματος υγείας.

3.5.1. Φάσμα υπηρεσιών, προμηθευτές, θέματα πρόσβασης

Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε ασθενείς πραγματοποιείται κυρίως σε νοσοκομεία και κέντρα μακροχρόνιας¹⁰¹ φροντίδας. Επιπρόσθετα, σημαντικό ποσοστό αυτών των υπηρεσιών βραχυπρόθεσμου χαρακτήρα προσφέρεται μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων (community care), αλλά και κατ'οίκον (home care).

Η νοσοκομειακή φροντίδα (hospital care), αποκαλούμενη επίσης ως οξεία ή άμεση ιατρική φροντίδα (acute care), περιλαμβάνει, σύμφωνα με την «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά», όλες τις ιατρικές απαραίτητες υπηρεσίες για τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που καλύπτονται είναι:

- Διαμονή σε δημόσιους θαλάμους νοσηλείας των νοσοκομείων
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Διαγνωστικές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινογραφίες κ.ά.)
- Παροχή φαρμακευτικής αγωγής
- Χειρουργικές επεμβάσεις και χορήγηση απαραίτητης αναισθησίας

Οι περισσότερες εισαγωγές σχετίζονται με την παροχή φροντίδας σε άτομα μεγάλης ηλικίας ή με περιπτώσεις εγκυμοσύνης και τοκετού. Χαρακτηριστικά, τη διετία 1998 έως 1999 οι εισαγωγές ηλικιωμένων ατόμων αντιπροσώπευαν σχεδόν το 1/3 των αντίστοιχων συνολικών, ενώ οι ημέρες νοσηλείας τους αποτελούσαν το 50% των συνολικών ημερών νοσηλείας ασθενών (CIHI, 2001)¹⁰².

⁹⁹ <http://www.euro.who.int/Document/E87954.pdf>

¹⁰⁰ http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/limitations_e.php?Lang=e

¹⁰¹ Στα κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας νοσηλεύονται ασθενείς που χρήζουν μακροχρόνιας παραμονής λόγω αποθεραπείας ή λόγω χρόνιων παθήσεων.

¹⁰² http://secure.cihi.ca/cihiveb/disPage.jsp?cw_page=AR_43_E

Το έτος 2006 ο Εθνικός Στατιστικός Οργανισμός του Καναδά διεξήγαγε μια εκτενέστατη έρευνα με κεντρικό θέμα την πρόσβαση των Καναδών πολιτών σε διαφορετικές εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η έρευνα αφορούσε το έτος 2005 και κατέγραψε την πραγματικότητα σχετικά με τις δυσκολίες πρόσβασης των ασθενών στο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.1, το 10,9% του πληθυσμού επισκέφθηκε ειδικευμένους ιατρούς, εκ του οποίου το 18,7% ανέφερε δυσκολίες πρόσβασης. Αντίστοιχα, το 6% του πληθυσμού είχε πρόσβαση σε υπηρεσίες τακτικών χειρουργικών επεμβάσεων, ενώ το 12,5% από αυτούς συνάντησε παρόμοιες δυσκολίες. Τέλος, το 8,5% των Καναδών έλαβαν διαγνωστικές εξετάσεις και το ποσοστό αυτών που ανέφερε δυσκολίες πρόσβασης κατεγράφη στο 13,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Ποσοστό Καναδών με πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και αντίστοιχες δυσκολίες πρόσβασης σε αυτές, ανά τύπο υπηρεσιών, κατά το έτος 2005¹⁰³

Τύποι εξειδικευμένων προσβάσιμων υπηρεσιών		2005
		Εκτίμηση
Επισκέψεις σε ιατρούς ειδικότητας	Αριθμός ατόμων με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	2,8 εκατ.
	Ποσοστό πληθυσμού με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	10,9%
	Ποσοστό ατόμων που ανέφερε δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας	18,7%
Τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις	Αριθμός ατόμων με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	1,6 εκατ.
	Ποσοστό πληθυσμού με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	6,0%
	Ποσοστό ατόμων που ανέφερε δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας	12,5%
Διαγνωστικές εξετάσεις	Αριθμός ατόμων με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	2,2 εκατ.
	Ποσοστό πληθυσμού με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	8,5%
	Ποσοστό ατόμων που ανέφερε δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας	13,4%

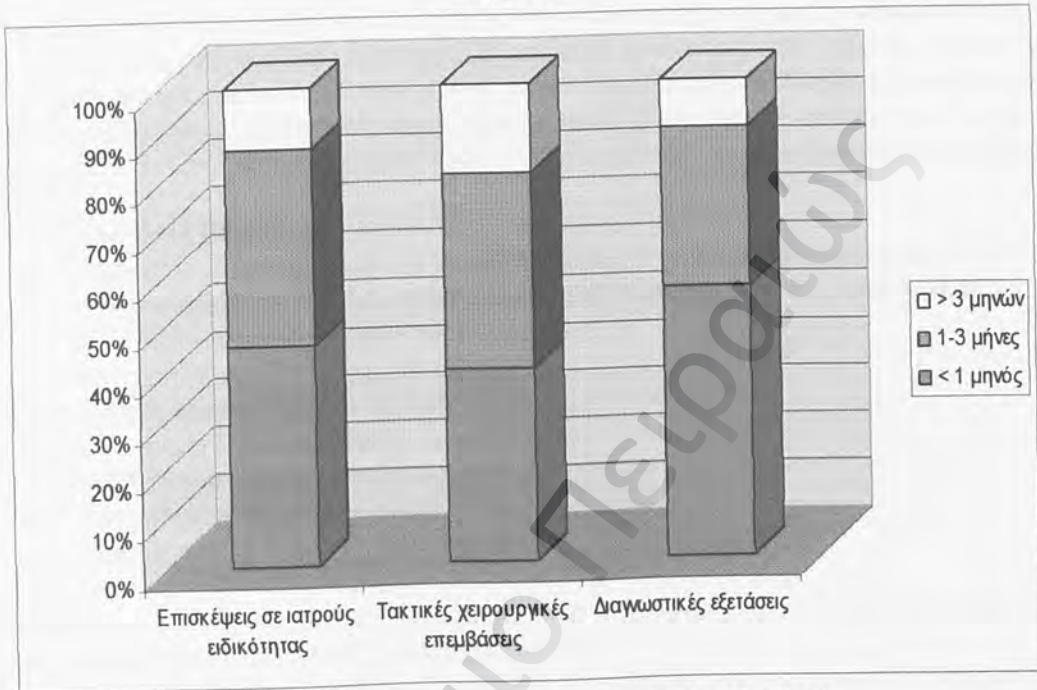
ΠΗΓΗ: Statistics Canada, Catalogue no 82-575-XIE, 2006

Συμπληρωματικά, το Γράφημα 3.3 απεικονίζει το χρόνο αναμονής των Καναδών πολιτών για την απόκτηση πρόσβασης στις προαναφερόμενες εξειδικευμένες υπηρεσίες κατά το ίδιο έτος.

¹⁰³ Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες περιλαμβάνουν επισκέψεις σε ιατρούς ειδικότητας λόγω εμφάνισης νέας ασθένειας, τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις, εκτός των οδοντοχειρουργικών επεμβάσεων, και συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Το ερωτηθέν δείγμα ανήκε ηλικιακά στην κατηγορία των 15 ετών και άνω.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3

Κατανομή χρόνου αναμονής των Καναδών πολιτών ανά εξειδικευμένη υπηρεσία κατά το έτος 2005¹⁰⁴



ΠΗΓΗ: Statistics Canada, Catalogue no 82-575-XIE, 2006

Όπως γίνεται αντιληπτό από την έρευνα, το ποσοστό του πληθυσμού το οποίο ανέμενε χρονικό διάστημα μικρότερο του ενός μηνός για την παροχή των εξειδικευμένων υπηρεσιών κυμαίνεται μεταξύ του 40% (τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις) και του 56% (διαγνωστικές εξετάσεις). Αντίστοιχα, το ποσοστό πολιτών που αντιστοιχεί σε περίοδο αναμονής ενός έως τρεις μήνες κυμαίνεται μεταξύ 33% (διαγνωστικές εξετάσεις) και 41% (επισκέψεις σε ειδικευμένους ιατρούς, τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις). Τέλος, το ποσοστό για περίοδο αναμονής μεγαλύτερη των τριών μηνών λαμβάνει τιμές μεταξύ του 10% (διαγνωστικές εξετάσεις) και του 19% ((τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις)

Η πλειονότητα των νοσοκομείων διοικείται από κοινοτικά διοικητικά συμβούλια, οργανισμούς εθελοντών (voluntary organizations) και δημοτικά συμβούλια (municipalities). Επίσης, οι πόροι των νοσοκομείων προέρχονται από ετήσιο προϋπολογισμό, ο οποίος κάθε φορά καθορίζεται κατόπιν διαπραγματεύσεων με το αρμόδιο Περιφερειακό Υπουργείο Υγείας ή με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές. Στην παρούσα φάση στόχο αποτελεί η βελτίωση της νοσοκομειακής φροντίδας, μέσω της ολοκλήρωσης των υπηρεσιών και της καλύτερης σύνδεσής τους με λοιπές παρατεταμένες (extended) υπηρεσίες.

Η κοινοτική και η κατ'οίκον φροντίδα ουσιαστικά ορίζεται ως η παράδοση υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σπίτι, με σκοπό τη δυνατότητα ανεξάρτητης διαβίωσης

¹⁰⁴ Το ερωτηθέν δείγμα ανήκε ηλικιακά στην κατηγορία των 15 ετών και άνω.

του ατόμου εντός του κοινωνικού συνόλου (Health Canada, 2006)¹⁰⁵. Παράλληλα, αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και των ιδρυμάτων μακροχρόνιας παραμονής. Η παροχή των υπηρεσιών πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας βάσει κανονισμού (regulated), όπως π.χ. το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ελεύθερους επαγγελματίες υγείας καθώς και τους εθελοντές και τα μέλη της οικογένειας του ασθενή. Οι ασθενείς παραπέμπονται σε υπηρεσίες οικιακής φροντίδας από ιατρούς, νοσοκομεία, κοινοτικές υπηρεσίες και τις οικογένειες τους. Προβλέπονται υπηρεσίες για άτομα με μικρά προβλήματα υγείας και προβλήματα αναπηρίας καθώς επίσης και υπηρεσίες εντατικής και εξειδικευμένης φροντίδας. Αναλυτικότερα, οι προβλεπόμενες υπηρεσίες είναι :

- Νοσηλεία (Nursing)
- Φροντίδα με αντικείμενο την παροχή τροφής, την ατομική υγιεινή και την ένδυση του ασθενή (Personal care such as help with bathing, dressing, and feeding)
- Φυσιοθεραπεία (Physiotherapy)
- Εργασιοθεραπεία (Occupational therapy)
- Λογοθεραπεία (Speech therapy)
- Κοινωνική Εργασία (Social work)
- Διαιτολογία (Dietician services)
- Ανακούφιση (Respite services)
- Οικογενειακή – οικιακή υποστήριξη (Homemaking services)¹⁰⁶

Παράλληλα, καταγράφεται πλήθος άλλων προγραμμάτων κοινοτικής φροντίδας, τα οποία διαφοροποιούνται μεταξύ των περιφερειών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κατ'οίκον φροντίδα δεν καλύπτεται ασφαλιστικώς, σύμφωνα με την «Πράξη», κατά τον ίδιο τρόπο όπως οι νοσοκομειακές και οι ιατρικές υπηρεσίες. Για το λόγο αυτό, η παροχή της αποτελεί ευθύνη των Περιφερειακών και Επαρχιακών Κυβερνήσεων, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις διακρίνεται παρέμβαση ακόμα και των Δημοτικών Αρχών. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση δικαιολογεί και προσφέρει απευθείας κατ'οίκον φροντίδα σε συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών, όπως οι Αυτόχθονες, τα μέλη των ενόπλων δυνάμεων, οι τρόφιμοι των ομοσπονδιακών ιδρυμάτων, οι βετεράνοι κ.ά.

Η παρηγορητική φροντίδα (palliative care) σχετίζεται με:

- Την ανακούφιση του πόνου και τη διαχείριση των συμπτωμάτων μιας ασθένειας.
- Την κοινωνική, ψυχολογική, πολιτιστική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη.
- Την υποστήριξη του φροντιστή υγείας (caregiver).
- Την υποστήριξη κατά το πένθος.

Η προσφορά των παραπάνω υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από πληθώρα προμηθευτών, καθώς ως αρμόδιοι για αυτήν ορίζονται τα νοσοκομεία, τα κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας, οι ξενώνες, ενώ δύναται να πραγματοποιείται και στο πλαίσιο της κοινοτικής και της κατ'οίκον φροντίδας. Η παροχή της δεν προϋποθέτει όρια ηλικίας, ενώ επικεντρώνεται στην παροχή διευκολύνσεων και στην επίδειξη σεβασμού στα άτομα

¹⁰⁵ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/commun/index_e.html

¹⁰⁶ Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε άτομα με μερική ή πλήρη αναπηρία.

που βρίσκονται σε τελικό στάδιο αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Συνήθως, απαιτείται η συνεργασία πολλών διαφορετικών επαγγελματιών υγείας και μη, με σκοπό την ολιστική κάλυψη των αναγκών του ασθενή. Ενδεικτικό στοιχείο για τη σημασία που δίδεται στην προαναφερόμενη μορφή φροντίδας υγείας αποτελεί ο σχεδιασμός της «Καναδικής Στρατηγικής για την Παρηγορητική και Κατά το Τέλος της Ζωής Φροντίδα» (Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care). Επιπλέον, το έτος 2001 ιδρύθηκε η «Γραμματεία για την Παρηγορητική και Κατά το Τέλος της Ζωής Φροντίδα» (Secretariat on Palliative and End-of-Life Care), η οποία διασφαλίζει τη συνεργασία ειδικών για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και των συνθηκών πρόσβασης σε αυτές¹⁰⁷.

3.5.2. Πολιτικές μείωσης του αριθμού των νοσοκομείων και αποτελέσματα στη χρήση των υπηρεσιών τους

Τα τελευταία είκοσι έτη ο τομέας της νοσοκομειακής φροντίδας στον Καναδά συρρικνώνεται. Το φαινόμενο αυτό έγινε ιδιαίτερα αντιληπτό στο σύνολο των περιφερειών κατά τη δεκαετία του 1990. Αποτέλεσε πολιτική επιλογή της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών, στοχεύοντας στη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της μεταβολής των δαπανών των νοσοκομείων αποτελεί η σύγκριση στοιχείων που παραθέτει ο Εθνικός Στατιστικός Οργανισμός του Καναδά στην έκθεση του "Η μείωση των канаδικών νοσοκομείων από το έτος 1986 έως το έτος 1995"¹⁰⁸. Συγκεκριμένα, το έτος 1991-1992 οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων είχαν αυξηθεί κατά 8% σε σχέση με το έτος 1986-1987. Η αντίστοιχη αύξηση των δαπανών μεταξύ των περιόδων 1991-1992 και 1994-1995 εμφάνισε αρνητικό πρόσημο (-2,4%), στοιχείο που αντικατροπτίζει τις προσπάθειες μείωσης του κόστους στο σύνολο της канаδικής επικράτειας.

Ως τις αρχές της δεκαετίας του 2000, περισσότερα από 275 νοσοκομεία είτε είχαν διακόψει τη λειτουργία τους είτε είχαν συγχωνευτεί και μετατραπεί σε διαφορετικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (C.I.H.I., 2001)¹⁰⁹. Ενδεικτικό στοιχείο σχετικά με το μέγεθος των αλλαγών αποτελεί η αξιοσημείωτη μείωση του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων κατά την περίοδο 1986-1995, η οποία ισούταν με το 14% του συνολικού αριθμού τους. Παράλληλα, ο αριθμός εγκεκριμένων (approved)¹¹⁰ κλινών στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε κατά 11% (Statistics Canada, 1997), ενώ ο αριθμός που εκφράζει τις επανδρωμένες (staffed)¹¹¹ κλίνες που αντιστοιχούν σε κάθε χίλιους (1000) κατοίκους κατέληξε στην τιμή του 4.1 από την προηγούμενη τιμή του 6.6. Ωστόσο, η μείωση αυτή, κατά μεγάλο ποσοστό¹¹², οφείλεται στον περιορισμό της προσφοράς των παρατεταμένων

¹⁰⁷ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/palliat/sect/index_e.html

¹⁰⁸ <http://www.statcan.ca/bsole/english/bsole?catno=82-003-X19960043023>

¹⁰⁹ http://secure.cihl.ca/cihlweb/displayPage.jsp?cw_page=AR_43_E

¹¹⁰ Εγκεκριμένη κλίνη ονομάζεται το κρεβάτι που έχει εγκριθεί για νοσοκομείο ή για μονάδα νοσοκομείου από τις περιφερειακές αρχές.

¹¹¹ «Επανδρωμένη κλίνη» ονομάζεται το κρεβάτι που είναι διαθέσιμο για ασθενή του οποίου η προσφορά συνοδεύεται από παροχή υπηρεσιών από εξειδικευμένο προσωπικό, με σκοπό την εξασφάλιση του απαιτούμενου επιπέδου φροντίδας. Ωστόσο, ο χαρακτηρισμός αυτός δεν προϋποθέτει την τρέχουσα διαθεσιμότητα κάθε κλίνης.

¹¹² Το αναφερόμενο ποσοστό υπερβαίνει την τιμή του 50%.

(extended)¹¹³ υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και στη μετατροπή πολλών μονάδων μακροχρόνιας φροντίδας σε ξενώνες φροντίδας (residential care).

Την περίοδο 1994-1995 ο αριθμός των καναδικών νοσοκομείων ανερχόταν στα 971, εκ των οποίων τα 901 λειτουργούσαν ως δημόσια. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν είκοσι δύο (22) στον αριθμό, ενώ τα αντίστοιχα ομοσπονδιακά πενήντα πέντε (55). Οι κλίνες που είχαν συνολικά εγκριθεί και καταγραφεί ήταν 156.547, ενώ η πλειονότητα αυτών (97,6% του συνολικού αριθμού) βρισκόταν στα δημόσια νοσοκομεία (Statistics Canada, 1997).

Παράλληλα, κρίνεται εξίσου άξιο αναφοράς το γεγονός της μείωσης του μέσου χρόνου παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία. Τα έτη 1994 και 1995 οι ασθενείς παρέμεναν κατά μέσο όρο επτά (7) ημέρες σε τμήματα βραχυχρόνιας φροντίδας δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός κατά τα έτη 1986 και 1987 ήταν εννέα (9) ημέρες. Αντίστοιχα, κατά την ίδια περίοδο η παραμονή ασθενών σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας μειώθηκε ποσοστιαία κατά 35,2%. Ομοίως, πολλοί περισσότεροι ασθενείς προσήλθαν στα νοσοκομεία για διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις¹¹⁴ ημερήσιας παραμονής. Το φαινόμενο αυτό εντάσσεται στη γενικότερη τάση της εποχής, κατά την οποία κατεγράφη αύξηση¹¹⁵ του αριθμού των εξωτερικών ασθενών και μείωση του αριθμού ημερών νοσηλείας των εσωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Ενδεικτικά, το έτος 1994 αντιστοιχούσαν 0,88 επισκέψεις εξωτερικών ασθενών σε κάθε ημέρα εσωτερικού ασθενή, όταν ο αντίστοιχος αριθμός το έτος 1986 υπολογιζόταν σε 0,64. Γενικότερα, ο δείκτης ο οποίος εκφράζει τις περιπτώσεις εξωτερικών ασθενών ως προς τις ημέρες εσωτερικών ασθενών παρουσιαζόταν αυξημένος σε όλους τους τύπους δημόσιων νοσοκομείων καθ' όλη τα έτη της περιόδου 1986-1993. Το επόμενο έτος (1993-1994) ο δείκτης υπερέβη της μονάδας, φαινόμενο που παρουσιάστηκε σε όλες τις περιφέρειες με διαφορετική ένταση και για διαφορετικούς λόγους (Statistics Canada, 1997). Αντίθετα, ο αριθμός εισαγωγών ασθενών λόγω επειγόντων περιστατικών παρέμεινε σχετικά σταθερός βάσει σύγκρισης στοιχείων των προαναφερόμενων ετών. Φυσικά, θα πρέπει να σημειωθεί πως η σταδιακή αυτή μείωση του μέσου χρόνου παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία θα μπορούσε να αποδοθεί εν μέρει και σε ποικίλους άλλους παράγοντες, όπως η βελτίωση της τεχνολογίας, η ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων κ.ά.

3.6 Ροή των ασθενών μεταξύ των βαθμίδων υγείας

Το μοντέλο αποκεντρωμένης διαχείρισης του καναδικού συστήματος υγείας συμβάλλει στην ύπαρξη διαφορετικού τρόπου μετακίνησης των ασθενών κατά περιφέρεια μεταξύ των βαθμίδων υγείας (European Observatory, 2005). Παρακάτω, παρουσιάζονται οι γενικές διαδικασίες που ακολουθούνται στην περίπτωση που ο ασθενής αναζητήσει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

¹¹³ Το νοσοκομείο το οποίο παρέχει υπηρεσίες παρατεταμένης φροντίδας πρώτιστα προσφέρει συνεχιζόμενη θεραπεία σε ασθενείς με μακροχρόνιες νόσους. Αυτός ο τύπος νοσοκομείου περιλαμβάνει και τις ψυχιατρικές νοσοκομειακές μονάδες αλλά και τις μονάδες αποκατάστασης.

¹¹⁴ Η προσέλευση ασθενών στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ημερήσιας χειρουργικής επέμβασης αυξήθηκε κατά 37% συγκριτικά με την περίοδο 1986-1987.

¹¹⁵ Τα έτη 1993 και 1994 καταγράφηκαν 38 εκατομμύρια περιπτώσεις προσέλευσης εξωτερικών ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία, αυξημένες κατά 15% σε σχέση με τα έτη 1986 και 1987.

Η εμφάνιση ασθένειας δικαιολογεί την επίσκεψη του ασθενή στον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος θα προχωρήσει στην υποβολή του ασθενή σε προκαταρκτικές εξετάσεις και στην πραγματοποίηση της διάγνωσης. Στο επίπεδο αυτό, ο ασθενής δεν δύναται να μεταβεί προσωπικά σε ιατρό ειδικότητας. Σύμφωνα με τη διάγνωση πιθανόν να προβλέπεται παροχή ιατροφαρμακευτικής αγωγής, διενέργεια συμπληρωματικών εξετάσεων (μικροβιολογικών, ακτινογραφιών κ.ά.) ή παραπομπή σε ιατρό ειδικότητας. Στην περίπτωση υποβολής του ασθενή σε συμπληρωματικές εξετάσεις τα αποτελέσματα θα πρέπει να προσκομιστούν στον οικογενειακό ιατρό. Κατόπιν εξέτασης των αποτελεσμάτων ο ιατρός θα πρέπει να καλέσει ξανά τον ασθενή με σκοπό τη σύσταση θεραπευτικής αγωγής ή την επεξήγηση των επόμενων βημάτων θεραπείας. Η παραπομπή του ασθενή σε ιατρό ειδικότητας απαιτεί τη διενέργεια νέων εξετάσεων και την επακόλουθη σύσταση εξειδικευμένης θεραπευτικής αγωγής. Συμπληρωματικά, ο οικογενειακός ιατρός πληροφορείται για τα αποτελέσματα των νέων εξετάσεων καθώς επίσης και για τη διάγνωση που πραγματοποιήθηκε.

Στην περίπτωση κατά την οποία απαιτείται χειρουργική ή κάποιου είδους άμεση επέμβαση στον ασθενή, τότε καθορίζεται ημερομηνία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Κατά τη διάστημα που μεσολαβεί ως την επέμβαση ο ιατρός επιμελείται της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή. Το κόστος φαρμάκων δύναται να επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή ανάλογα με την ύπαρξη ή μη ιδιωτικής ασφάλισης και κάλυψης από το τοπικό περιφερειακό πλάνο συνταγογράφησης. Αντίθετα, οι επισκέψεις του ιατρού και η διαμονή στο νοσοκομείο θεωρούνται ιατρικώς απαραίτητες υπηρεσίες, γεγονός που δικαιολογεί την δωρεάν παροχή τους. Αμέσως μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, ο οικογενειακός ιατρός του λαμβάνει μια περιληπτική έκθεση νοσηλείας από τον ιατρό ειδικότητας, ενώ πολλές φορές παρακολουθεί για κάποιο διάστημα την πορεία του επιπέδου υγείας του ασθενή. Τέλος, εάν κρίνεται αναγκαία η παροχή υπηρεσιών οικιακής φροντίδας ή υπηρεσιών αποκατάστασης, το κόστος καλύπτεται μερικώς από τον ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό που προβλέπεται από την περιφερειακή νομοθεσία.

Γενική παρατήρηση αποτελεί ο σημαντικός ρόλος του οικογενειακού ιατρού στο πλαίσιο εισόδου και εξόδου του ασθενή από το σύστημα προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Συνιστά ανασταλτικό παράγοντα όσον αφορά την άσκοπη μετακίνηση των ασθενών εντός του συστήματος, αλλά ενισχυτικό παράγοντα όσον αφορά τη διακίνηση τους στις βαθμίδες υγείας. Στο σημείο αυτό γίνεται αντιληπτή η πολιτική της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των αντίστοιχων Περιφερειακών, η οποία καθιστά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βαθμίδα ρύθμισης της ευρύτερης παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

3.7 Ο φαρμακευτικός τομέας

Ο φαρμακευτικός τομέας στον Καναδά αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα τμήματα του συστήματος υγείας, λόγω του ιδιαίτερου ρόλου που διαδραματίζει στο πλαίσιο παραγωγής των υπηρεσιών αλλά και εξαιτίας της αυξημένης συμμετοχής του στις συνολικές δαπάνες υγείας. Στη συνέχεια, παρατίθενται ενδεικτικά στοιχεία σχετικά με το μέγεθος που διαθέτει ο προαναφερόμενος τομέας εντός του πλαισίου της καναδικής οικονομίας και ειδικότερα εντός του συστήματος υγείας, ως μέρος της

ευρύτερης προσπάθειας κατανόησης του ρόλου όλων των δυνάμεων προσφοράς και ζήτησης που αναπτύσσονται σε αυτόν.

3.7.1. Η φαρμακευτική βιομηχανία σε εθνικό και διεθνές επίπεδο

Η καναδική φαρμακευτική αγορά συνιστά την όγδοη μεγαλύτερη παγκοσμίως, καθώς κατέχει το μερίδιο του 1,8% (10 δις.δολλ.) της παγκόσμιας αγοράς στο χώρο των πωλήσεων. Παράλληλα, η καναδική φαρμακευτική βιομηχανία καταγράφεται ως η τέταρτη¹¹⁶ ταχέως αναπτυσσόμενη στο πλαίσιο του παγκόσμιου φαρμακευτικού κλάδου¹¹⁷. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το έτος 2007 οι Καναδοί πολίτες δαπάνησαν 30 δις. δολλάρια¹¹⁸ στην αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων, ποσό που αντιστοιχεί στα 2/3 των δαπανών¹¹⁹ για νοσοκομειακή φροντίδα και ξεπερνάει κατά 50% τις δαπάνες για υπηρεσίες γενικής ιατρικής¹²⁰. Βάσει των τάσεων που παρατηρούνται οι φαρμακευτικές δαπάνες αναμένεται να ξεπεράσουν ακόμα και τις αντίστοιχες νοσοκομειακές έως το έτος 2017 (CHSPR, 2007).

Στο επίπεδο του Καναδά, η προαναφερόμενη βιομηχανία αντιπροσωπεύει έναν από τους πλέον κερδοφόρους και καινοτόμους κλάδους της οικονομίας. Στα όρια της εντοπίζεται η παρουσία ισχυρών καναδικών φαρμακευτικών εταιρειών επώνυμων προϊόντων (brand name drug companies)¹²¹ αλλά και γενόσημων ή αντίγραφων προϊόντων (generic drug companies). Συνολικά, οι φαρμακευτικές αυτές εταιρίες παράγουν συνταγογραφημένα και μη σκευάσματα. Ωστόσο, αξιοσημείωτο στοιχείο αποτελεί η μετατόπιση του ενδιαφέροντος της καναδικής φαρμακευτικής βιομηχανίας από τα πρωτότυπα στα γενόσημα φάρμακα. Ο κλάδος των εταιρειών επώνυμων προϊόντων απασχολεί περίπου 20.000 υπαλλήλους, οι βιοφαρμακευτικές εταιρίες 7.000 υπαλλήλους και στον κλάδο των εταιρειών γενόσημων προϊόντων εργάζονται 4.500 άτομα.

Σύμφωνα με την Καναδική Κυβέρνηση (Government of Canada)¹²², η φαρμακευτική βιομηχανία συνιστά τον πέμπτο πλέον ταχέως αναπτυσσόμενο κλάδο σε εθνικό επίπεδο, όσον αφορά τον παράγοντα της καινοτομίας. Το έτος 2001 ο Καναδάς συνέβαλλε στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων κατά 10% στο σύνολο των φαρμάκων που ανακαλύφθηκαν παγκοσμίως. Η νομοθεσία προβλέπει περίοδο διατήρησης πνευματικών δικαιωμάτων (patent protection) των πρωτότυπων σκευασμάτων ίση με είκοσι έτη, αλλά στην πραγματικότητα τα πρωτότυπα σκευάσματα παραμένουν στην αγορά για περίοδο μικρότερη των δέκα ετών. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά μεγάλο ποσοστό στη πολιτική των εταιρειών, κατά την οποία δαπανάται υψηλό ποσοστό των πόρων τους στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης, με σκοπό την εισαγωγή νέων

¹¹⁶ Ο Καναδάς κατατάσσεται τέταρτος σε όρους ρυθμού ανάπτυξης της εθνικής φαρμακοβιομηχανίας, ακολουθώντας την Κίνα, τις Η.Π.Α. και την Ισπανία.

¹¹⁷ http://www.researchandmarkets.com/reportinfo.asp?report_id=481975

¹¹⁸ Στο ποσό αυτό δεν συμπεριλαμβάνεται η αξία των φαρμάκων, τα οποία παρέχονται εντός των νοσοκομειακών μονάδων.

¹¹⁹ Οι δαπάνες αυτές συμπεριλαμβάνουν το κόστος των φαρμάκων, τα οποία παρέχονται εντός των νοσοκομειακών μονάδων.

¹²⁰ <http://www.chspr.ubc.ca/research/pharmaceuticals/roi>

¹²¹ Οι εταιρίες επώνυμων προϊόντων περιλαμβάνουν και τις εταιρίες βιοφαρμακευτικών (bio-pharmaceutical) προϊόντων.

¹²² <http://www.innovationstrategy.gc.ca/gol/innovation/site.nsf/en/in02587.html>

αποτελεσματικότερων σκευασμάτων στην αγορά. Για το λόγο αυτό, η καναδική φαρμακευτική βιομηχανία αντιπροσωπεύει έναν από τους πρώτους κλάδους ως προς τις υψηλές δαπάνες¹²³ για την έρευνα και την ανάπτυξη.

3.7.2. Ιδιωτικά και κυβερνητικά προγράμματα φαρμακευτικής ασφαλιστικής κάλυψης

Το σύνολο των Καναδών πολιτών καλύπτεται ασφαλιστικά με ποικίλους τρόπους, μέσω κρατικών ή ιδιωτικών προγραμμάτων ασφάλισης, ατομικών ή εργοδοτικών. Όλα τα παραπάνω προγράμματα φαρμακευτικής ασφάλισης διαφέρουν μεταξύ τους σε όρους σχεδιασμού, εξουσιοδότησης και κόστους συμμετοχής του ασφαλισμένου. Στον Πίνακα 3.2 παρατίθεται το φάσμα των φαρμακευτικών προγραμμάτων ασφάλισης καθώς επίσης και το εύρος τους όσον αφορά την κάλυψη του πληθυσμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2¹²⁴

Φάσμα και εύρος κάλυψης φαρμακευτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων

ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΠΛΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΠΛΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Προγράμματα ασφάλισης μέσω εργασίας¹²⁵ • Ατομικά ασφαλιστικά προγράμματα • Ομαδικά προγράμματα ασφάλισης βάσει κοινής ιδιότητας (π.χ. φοιτητές, επαγγελματικές ενώσεις) 	<ul style="list-style-type: none"> • Εγγεγραμμένοι Αυτόχθονες¹²⁶ • Βετεράνοι¹²⁷ • Συνταξιούχοι • Δικαιούχοι προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης • Μέλη Ενόπλων Δυνάμεων • Τρόφιμοι ιδρυμάτων • Σύνολο πολιτών βάσει εθνικών προγραμμάτων κάλυψης

ΠΗΓΗ: Health Canada, 2000

Κάθε Περιφερειακή Κυβέρνηση εξασφαλίζει φαρμακευτική κάλυψη για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι συνταξιούχοι, οι δικαιούχοι προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης κ.ά. Έναν αριθμό προγραμμάτων συνιστούν τα γενικά προγράμματα ασφάλισης, τα οποία βασίζονται σε εισοδηματική κλίμακα. Επίσης η πλειοψηφία των περιφερειών προβλέπει ασφαλιστική κάλυψη για πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες χρήζουν υποστήριξης στην αγορά φαρμάκων υψηλού κόστους.

¹²³ Το έτος 2000 οι δαπάνες των εταιρειών για την έρευνα και την ανάπτυξη υπολογίστηκαν σε ένα δις.δολάρια.

¹²⁴ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2000-htf-fass-acces-med/2000-htf-fass-acces-med_e.pdf

¹²⁵ Οι περισσότεροι υπάλληλοι καλύπτονται ασφαλιστικά, καθώς και τα εξαρτώμενα από αυτούς οικογενειακά μέλη, από τους εργοδότες τους.

¹²⁶ Οι εγγεγραμμένοι Αυτόχθονες καλύπτονται μέσω του ομοσπονδιακού προγράμματος «Οφέλη για την Υγεία για Μη Ασφαλισμένους» (Non Insured Health Benefits) για φαρμακευτικές δαπάνες που δεν δικαιολογούνται από το πλάνο ασφάλισης της περιφέρειας στην οποία διαμένουν (Health Canada, 2000).

¹²⁷ Οι βετεράνοι είναι ασφαλισμένοι από το Υπουργείο Υποθέσεων των Βετεράνων στον Καναδά (Veterans Affairs Canada) για τις δαπάνες φαρμάκων, οι οποίες προβλέπονται βάσει των όρων συνταξιοδότησης. Όσον αφορά θεραπείες που δεν προβλέπονται βάσει των όρων συνταξιοδότησης, οι βετεράνοι καλύπτονται ασφαλιστικά από τα περιφερειακά αντίστοιχα προγράμματα (Health Canada, 2000)

3.7.3. Προμηθευτές και κατανομή πωλήσεων

Το μεγαλύτερο μέρος των φαρμάκων συνταγογραφείται από τους οικογενειακούς ιατρούς, στους οποίους έχει δοθεί η αποκλειστική άδεια πλήρους συνταγογράφησης. Σε αρκετές περιφέρειες, ανάλογα δικαιώματα έχουν δοθεί και στο νοσηλευτικό προσωπικό για περιορισμένο αριθμό φαρμάκων (European Observatory, 2005). Επιπλέον, οι οδοντίατροι εξουσιοδοτούνται για την συνταγογράφηση περιορισμένου εύρους φαρμάκων.

Κύρια σημεία παροχής των φαρμάκων, πλην των νοσοκομείων, αποτελούν τα φαρμακεία (ιδιωτικά ή μέρος αλυσίδας), τα καταστήματα ατομικής περιποίησης (personal care stores), τα πολυκαταστήματα (Food stores and general merchandise stores) και λοιποί εμπορικοί όμιλοι (trade groups). Σύμφωνα με μετρήσεις της Εθνικής Ένωσης των Ρυθμιστικών Αρχών για τα Φαρμακεία (National Association of Pharmacy Regulatory Authorities) το έτος 2007 καταγράφηκαν 30.245 εξουσιοδοτημένοι φαρμακοποιοί και 8.201 πιστοποιημένα φαρμακεία (Πίνακας 3.3)¹²⁸.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3

Αριθμός φαρμακοποιών φαρμακείων κατά το έτος 2007

Έτος	2007
Σύνολο εξουσιοδοτημένων φαρμακοποιών	30.245
Φαρμακεία :	
Κοινοτικά Φαρμακεία	7.889
Φαρμακεία Νοσοκομείων (εγκεκριμένα από την Ρυθμιστική Αρχή)	312
Σύνολο Πιστοποιημένων Φαρμακείων	8.201

ΠΗΓΗ: NAPRA, 2007

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η δημιουργία ολοένα και περισσότερων φαρμακείων εντός των πολυκαταστημάτων. Τα συγκεκριμένα πολυκαταστήματα εμφάνισαν εντυπωσιακή αύξηση της αξίας των πωλήσεων φαρμάκων, καθώς αυτές ξεπέρασαν το ποσό των 4.6 δις. δολλαρίων κατά τη διάρκεια του έτους 2005. Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζεται η κατανομή των πωλήσεων ανά εμπορικό κλάδο. Το έτος 2005 τα φαρμακεία κατείχαν το 76.9% των συνολικών πωλήσεων φαρμάκων, σημειώνοντας απώλεια 7.1% σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό του έτους 1998. Παράλληλα, το ίδιο έτος μικρό ποσοστό πωλήσεων των φαρμακείων επιτεύχθη μέσω διαδικτύου, καθώς η αντίστοιχη αξία τους έφτασε τα 726 εκατομμύρια δολάρια. Γενικότερα, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο συμμιγής ετήσιος ρυθμός αύξησης της αξίας των πωλήσεων φαρμάκων κατά την περίοδο 1998 έως 2005 συνολικά ανήλθε στο

¹²⁸ http://www.napra.ca/pdfs/about/National_Statistics_2007.pdf

ποσοστό του 7.9% (Statistics Canada, 2006)¹²⁹. Ωστόσο, αυτή η αύξηση των πωλήσεων δεν αποδίδεται στη μεγέθυνση του κόστους πώλησης αλλά στην αύξηση της ζήτησης φαρμάκων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4

Κατανομή πωλήσεων ανά είδος εμπορευμάτων και εμπορικό κλάδο κατά το έτος 2005

Είδος εμπορευμάτων	Φαρμακεία και καταστήματα ατομικής περιποίησης	Πολυκαταστήματα	Λοιποί εμπορικοί όμιλοι	Σύνολο
Προϊόντα υγείας και είδη προσωπικής φροντίδας ¹³⁰	\$ 20.420 δις.	\$ 9.993 δις.	\$ 402 δις.	\$ 30.815 δις.
Φάρμακα ¹³¹	\$ 15.394 δις.	\$ 4.620 δις.	\$ 15 δις.	\$ 20.029 δις.
Οπτικά ¹³²	\$ 1.056 δις.	\$ 231 δις.	\$ 88 δις.	\$ 1.375 δις.

ΠΗΓΗ: Statistics Canada, 2006

Παρακάτω, στον Πίνακα 3.5 παρουσιάζονται οι δέκα πρώτες κατηγορίες φαρμάκων για τις οποίες πραγματοποιήθηκαν οι περισσότερες και συχνότερες συνταγογραφήσεις κατά το έτος 2006¹³³.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5

Κατηγορίες φαρμάκων και αντίστοιχων συνταγογραφήσεων κατά το έτος 2006

Κατηγορία	Σύνολο συνταγογραφήσεων (χιλιάδες)
Καρδιαγγειακά	64.010
Ψυχοθεραπευτικά	51.021
Γαστρεντερικά/ Ουροποιητικά	25.550
Ορμονικά	24.879
Μείωσης χοληστερόλης	24.392
Συστηματικά αντιφλεγμονώδη	24.221
Αναλγητικά	20.353
Σακχαρώδη διαβήτη	17.248
Διουρητικά	16.521
Βρογχικού δέντρου	15.278

ΠΗΓΗ: IMS Canada, 2006

Το έτος 2006 το ύψος των δαπανών για τα συνταγογραφημένα φάρμακα στα καναδικά νοσοκομεία και φαρμακεία ανήλθε στα 17.8 δισεκατομμύρια δολάρια.

¹²⁹ <http://www.statcan.ca/english/research/11-621-MIE/11-621-MIE2006048.htm>

¹³⁰ Η κατηγορία των προϊόντων υγείας και των ειδών προσωπικής φροντίδας περιλαμβάνει το σύνολο των συνταγογραφημένων και μη φαρμάκων, βιταμινούχων σκευασμάτων, καλλυντικών, οπτικών κ.ά.

¹³¹ Περιλαμβάνει συνταγογραφημένα και μη φάρμακα, βιταμινούχα και λοιπά σκευάσματα

¹³² Συνταγογραφημένα και μη.

¹³³ http://www.imshealthcanada.com/vgn/images/portal/cit_40000873/38/26/81251884160_IMS_Rx07_CD_Nv1_Final_English.pdf

Ωστόσο, η γενικότερη αύξηση των πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων τα τελευταία έτη δημιουργεί σημαντικά ερωτήματα και καθιστά την απάντηση τους επιτακτική ανάγκη. Οι αρμόδιοι φορείς εξετάζουν ζητήματα όπως το κατάλληλο ποσοστό κάλυψης κόστους από το καναδικό κράτος για το κατάλληλο εύρος φαρμάκων, ο αναγκαίος έλεγχος της ασφάλειας των σκευασμάτων, η εξασφάλιση της αποτελεσματικότερης φαρμακευτικής αγωγής για κάθε ασθενή μέσω του ιατρού του κ.ά. Λόγω των προαναφερόμενων ζητημάτων κρίνεται σκόπιμο στην επόμενη υποενότητα να παρουσιαστούν οι άξονες της καναδικής στρατηγικής για την φαρμακευτική αγορά.

3.7.4. Εθνική στρατηγική για τα φαρμακευτικά προϊόντα

Στην παρούσα φάση και δεδομένων των συνθηκών η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και οι αντίστοιχες Περιφερειακές καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες για τη διαμόρφωση φαρμακευτικής πολιτικής που θα συμβάλει στη μεγιστοποίηση των εκροών για τον ασθενή και στην εξασφάλιση της σταθερότητας του συστήματος. Είναι γεγονός πως στο πλαίσιο του καναδικού συστήματος υγείας ποικίλοι φορείς ορίζονται υπεύθυνοι για τη φαρμακευτική πολιτική. Εξάλλου, δεν θα πρέπει να αγνοηθεί η επιβολή περιορισμών και δεσμεύσεων, το σύνολο των οποίων καθορίζει το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργιών.

Ο σημαντικός ρόλος του φαρμακευτικού τομέα και η ύπαρξη πολλών εμπλεκόμενων δυνάμεων εντός αυτού αποτέλεσαν κίνητρα για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής. Για το λόγο αυτό, το έτος 2004 οι Υπουργοί Υγείας έλαβαν εντολή από τους Πρώτους Υπουργούς για τη δημιουργία Ειδικής Εκτελεστικής Επιτροπής (Ministerial Task Force), η οποία θα είχε ως αντικείμενο την ανάπτυξη και εισαγωγή ανάλογης στρατηγικής (Health Canada, 2006). Το έργο της Επιτροπής αφορούσε θέματα¹³⁴:

- Πρόσβασης
- Ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και ορθολογικής χρήσης
- Σταθερότητας του συστήματος

Σύμφωνα με την «Πράξη Υγείας του Καναδά», τα φάρμακα που δεν παρέχονται εντός των νοσοκομείων δεν συνιστούν ασφαλιζόμενες δαπάνες. Το γεγονός αυτό, ουσιαστικά, καθιστά την περιφέρεια διαμονής ή τη σύμβαση εργασίας ρυθμιστικούς παράγοντες, όσον αφορά τη δυνατότητα των πολιτών να ακολουθούν εξωνοσοκομειακές φαρμακευτικές θεραπείες. Βάσει των υπάρχουσων συνθηκών, ένα ποσοστό των Καναδών πολιτών παραμένει αποκλεισμένο από θεραπείες που συνεπάγονται υψηλό κόστος. Παράλληλα, το σύνολο των περιφερειακών αρμόδιων αρχών αντιμετωπίζει δилήμματα σχετικά με τα φάρμακα, τα οποία θα πρέπει να καλύπτονται από το αντίστοιχο, τοπικό περιφερειακό πλάνο. Το ζήτημα αυτό αφορά και ασθένειες των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί φάρμακα υψηλού κόστους και παράλληλα δεν υφίστανται εναλλακτικές θεραπείες.

Επιπρόσθετα, προβληματισμούς δημιουργούν οι περιπτώσεις λανθασμένης επιλογής φαρμάκων, ακατάλληλης λήψης τους, παρενεργειών τους, αλληλεπιδράσεων

¹³⁴ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/pharma/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp_e.html

τους, μη συμμόρφωσης του ασθενή σε υποδείξεις κ.ά.. Οι προαναφερόμενες περιπτώσεις αποτελούν παράγοντες απειλής της δημόσιας υγείας και συντελεστές διόγκωσης του κόστους εντός του συστήματος. Για το λόγο αυτό η θεραπεία μιας ασθένειας και η κάλυψη του ανάλογου κόστους της (αποζημίωση) θα πρέπει να στηρίζονται σε ακριβή, αμερόληπτα, ενημερωμένα στοιχεία για θέματα αποτελεσματικότητας και επιπτώσεων σε επίπεδο πληθυσμού.

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη υποενότητα, οι υψηλότερες δαπάνες, ακολουθώντας αυτές της νοσοκομειακής φροντίδας, αφορούν το φαρμακευτικό τομέα. Η συνεχής αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών φαρμακευτικών δαπανών τα τελευταία χρόνια απειλεί τη σταθερότητα των κρατικών προγραμμάτων φαρμακευτικής ασφάλισης. Η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων σε επίπεδο τιμών και προμηθειών θεωρείται απαραίτητη, με απώτερο στόχο την τόνωση του ανταγωνισμού, την καθιέρωση της διαφάνειας και την εξάλειψη φαινομένων διάσπασης της αγοράς. Κατά αυτό τον τρόπο μακροχρόνια θα διασφαλιστεί το χαμηλότερο δυνατό επίπεδο τιμών για τα φαρμακευτικά σκευάσματα και θα τεθούν οι βάσεις για τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Οι Πρώτοι Υπουργοί, στο πλαίσιο της συμφωνίας του 2004 περί του «Δεκαετούς Πλάνου για την Ενδυνάμωση της Φροντίδας Υγείας» (10-Year Plan to Strengthen Health Care), εισήγαγαν εννέα (9) στοιχεία (elements), τα οποία ουσιαστικά αφορούσαν στόχους της Εθνικής Φαρμακευτικής Στρατηγικής (National Pharmaceuticals Strategy, NPS). Τα στοιχεία αυτά αποτελούν:

- Η εισαγωγή διαδικασιών ανάπτυξης, εκτίμησης και η ύπαρξη πτυχών κόστους για ασφαλιστική κάλυψη φαρμάκων υψηλού κόστους.
- Η δημιουργία κοινού Εθνικού Συνταγολογίου Φαρμάκων (National Drug Formulary), το οποίο θα βασίζεται στην κατοχύρωση της ασφάλειας των σκευασμάτων και στα συμπεράσματα της μεθόδου αποτελεσματικότητας κόστους (cost effectiveness).
- Η επιτάχυνση των διαδικασιών πρόσβασης σε καινοτόμα φάρμακα για ιατρικές ανάγκες οι οποίες χρήζουν αντιμετώπισης, μέσω βελτιώσεων στις διαδικασίες έγκρισης των σκευασμάτων.
- Η ενίσχυση των διαδικασιών αξιολόγησης του επιπέδου ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των φαρμάκων.
- Η επιδίωξη διαμόρφωσης στρατηγικής αγοράς προμηθειών, με σκοπό την εξασφάλιση του χαμηλότερου δυνατού επιπέδου τιμών για τα φάρμακα και τα εμβόλια.
- Η ανάληψη δράσης με στόχο τη διαμόρφωση της κατάλληλης νοοτροπίας των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε η συνταγογράφηση φαρμάκων να στηρίζεται στην ύπαρξη ανάγκης και στην σωστή επιλογή των σκευασμάτων.
- Η διεύρυνση της πρακτικής διαδικτυακής συνταγογράφησης μέσω της ανάπτυξης και καθιέρωσης του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας.
- Η επιτάχυνση των διαδικασιών πρόσβασης σε αντίγραφα φάρμακα και η επίτευξη ισοτιμιών τους σε διεθνές επίπεδο.
- Η διεύρυνση της χρήσης των μεθόδων κόστους-οφέλους και κόστους-αποτελεσματικότητας, καθώς επίσης και η ανάδειξη των βέλτιστων πρακτικών στο πλαίσιο των ασφαλιστικών πλάνων συνταγογράφησης.

Η Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μακροχρόνια, ουσιαστική βελτίωση της διαχείρισης του φαρμακευτικού τομέα συνδέεται με την επίτευξη των παραπάνω

στόχων. Ωστόσο, τέθηκαν πέντε (5) επιμέρους θέματα προς μελέτη, σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, με σκοπό την εξαγωγή έγκαιρων και ουσιαστικών συμπερασμάτων προς όφελος των Καναδών πολιτών. Τα συγκεκριμένα θέματα σχετίζονται με την ασφαλιστική κάλυψη φαρμάκων υψηλού κόστους, τα ακριβά φαρμακευτικά σκευάσματα για σπάνιες ασθένειες, το κοινό Εθνικό Συνταγολόγιο Φαρμάκων, την ανάπτυξη στρατηγικών για την τιμολόγηση και τις προμήθειες, τη διασφάλιση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων (Health Canada, 2006).

Το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης φαρμάκων υψηλού κόστους έγκειται στη διασφάλιση της πρόσβασης των Καναδών στις απαιτούμενες θεραπείες, ανεξάρτητα από τους παράγοντες διαμονής και εργασίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 2% των πολιτών είναι πλήρως ανασφάλιστοι έναντι των φαρμακευτικών θεραπειών, ενώ το ποσοστό του 20% του πληθυσμού υπολογίζεται ως υποασφαλισμένο για φάρμακα υψηλού κόστους. Σε πρώτη φάση, κύριο μέλημα της Επιτροπής αποτέλεσε ο προσδιορισμός του γενικού επιπέδου φαρμακευτικής κάλυψης, έτσι ώστε να προστατευτούν οι πολίτες από περιπτώσεις αποκλεισμού τους από θεραπείες λόγω οικονομικών δυσκολιών. Συγκεκριμένα, προτάθηκε η καθιέρωση ενός ποσοστιαίου συντελεστή εισοδήματος, σταθερού¹³⁵ ή κλιμακωτού¹³⁶ (ανάλογα με το επίπεδο του εισοδήματος), ο οποίος θα καθορίζει το βαθμό συμμετοχής των πολιτών στις δαπάνες φαρμάκων υψηλού κόστους. Ωστόσο, τονίζονταν η ανάγκη μελέτης της σκοπιμότητας και του αντίκτυπου συμμετοχής του ασφαλιζόμενου στο κόστος αγοράς των προαναφερόμενων φαρμάκων.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα για σπάνιες ασθένειες προορίζονται για περιορισμένο αριθμό ασθενών και συνήθως τιμολογούνται υψηλά. Είναι γεγονός πως η συνεχής ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, η διεύρυνση των ιατρικών θεραπειών και η αύξηση του αριθμού των θεραπευόμενων ασθενών αποτελούν μεταβλητές διόγκωσης του κόστους υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Στο πλαίσιο προσέγγισης του θέματος, η Επιτροπή εξέτασε τις διαδικασίες προσδιορισμού, αξιολόγησης, ρύθμισης και χρηματοδότησης των προαναφερόμενων φαρμάκων στις υπόλοιπες χώρες. Οι προτάσεις των αρμοδίων συνοψίζονται στην ανάγκη δημιουργίας ενός πλαισίου αναφοράς για τα φάρμακα σπάνιων ασθενειών, επιστώντας την προσοχή σε θέματα ενδείξεων και ηθικής.

Η καθιέρωση Εθνικού Συνταγολογίου Φαρμάκων στοχεύει στην εξάλειψη των ανισοτήτων όσον αφορά τη φαρμακευτική ασφαλιστική κάλυψη στο σύνολο των καναδικών περιφερειών. Παράλληλα, επιδιώκεται και η εξασφάλιση πολλαπλασιαστικών οφελών που θα μπορούσαν να προκύψουν, όπως η χρήση των κατάλληλων φαρμάκων, η επίτευξη υψηλότερης διοικητικής αποδοτικότητας (administrative efficiency) κ.ά. Στην περίπτωση αυτή, οι προτάσεις αφορούσαν τη βαθμιαία επέκταση του προγράμματος «Δημόσιου Ελέγχου Φαρμάκων» (Common Drug Review) και την ανάπτυξη κοινών διαδικασιών ελέγχου με σκοπό τη σύγκλιση των δημοσίων περιφερειακών Συνταγολογίων.

Η καναδική φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται σύνθετη καθώς διακρίνονται πολλαπλοί χρηματοδότες, πλήθος αντικρουόμενων κινήτρων κ.ά. Παράλληλα, ο συντονισμός σε θέματα αγοράς προμηθειών, μεταξύ των περιφερειών, κρίνεται περιορισμένος, γεγονός που επιδρά στην ημιτελή αξιοποίηση της κρατικής αγοραστικής δύναμης και στη μεταβίβαση της δυνατότητας καθορισμού του επιπέδου τιμών των σκευασμάτων σε ιδιώτες προμηθευτές. Στην παρούσα φάση, οι προτεραιότητες

¹³⁵ Το σταθερό ποσοστό που προτάθηκε αντιστοιχούσε στην τιμή του 5%.

¹³⁶ Ο καθορισμός του κλιμακωτού συντελεστή θα αποτελούσε αντικείμενο προσεκτικού σχεδιασμού και θα βασιζόταν σε συμπεράσματα της ανάλυσης κόστους.

συνοψίζονται στην επίτευξη διεθνών ισοτιμιών των αντίγραφων φαρμάκων, στην ανάπτυξη στρατηγικών τιμολόγησης και αγοράς προμηθειών με σκοπό τον καθορισμό του καλύτερου δυνατού επιπέδου τιμών για τα φάρμακα και τα εμβόλια καθώς επίσης και στην επίσπευση των διαδικασιών πρόσβασης των πολιτών στα σκευάσματα. Οι προτάσεις, επιπλέον, επικεντρώνονται στην προσέγγιση των θεμάτων τιμολόγησης βάσει των αρχών της μη ρύθμισης και της επιχειρηματικής διαχείρισης.

Οι προσπάθειες περί τη διασφάλιση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων έχουν ως κύριο στόχο την ανάπτυξη του πλέον αξιόπιστου συστήματος συγκέντρωσης, αξιοποίησης και εφαρμογής στοιχείων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη των σκευασμάτων. Η Επιτροπή προτείνει τη συμμετοχή κάθε εμπλεκόμενου φορέα και την παροχή συμβουλευτικού έργου στο πλαίσιο ύπαρξης τεσσάρων σημείων στρατηγικής:

- Δημιουργία εθνικού εποπτικού σώματος, με στόχο την ανάπτυξη της συνεργασίας και τον καθορισμό των προτεραιοτήτων.
- Δημιουργία δικτύου έρευνας, για την επιπρόσθετη αξιοποίηση των υπάρχοντων δεδομένων και στοιχείων.
- Αξιοποίηση του παράγοντα της δυναμικής συμμετοχής και δημιουργία νέων ευκαιριών.
- Εισαγωγή ξεκάθαρων κριτηρίων σχετικά με την έγκριση των φαρμάκων και ενίσχυση του ρόλου των αποδείξεων στις σχετικές διαδικασίες.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός της έμφασης που έχει δοθεί στα προαναφερόμενα πέντε (5) σημεία, οι προσπάθειες συνεχίζονται και σε υπόλοιπα πεδία ενδιαφέροντος, με σκοπό την εφαρμογή της ευρύτερης στρατηγικής για τον φαρμακευτικό κλάδο.

3.8 Υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό

Το έτος 2006 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακήρυξε την πρώτη δεκαετία του εικοστού πρώτου αιώνα ως τη δεκαετία «του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας»¹³⁷. Σε παγκόσμιο επίπεδο το ανθρώπινο δυναμικό και οι υποδομές συνιστούν παράγοντες καθοριστικούς στην προαγωγή της υγείας. Βάσει του γεγονότος αυτού κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση γενικών στοιχείων σε αυτή την τελευταία ενότητα του κεφαλαίου και για τους δύο αυτούς τομείς.

3.8.1. Υποδομές

Όπως αναφέρθηκε στην υποενότητα 3.5.2 η канаδική πολιτική υγείας τα τελευταία χρόνια είναι προσανατολισμένη στη σημαντική μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών μονάδων και κλινών. Η κυριότερη μεταβολή του αριθμού των νοσοκομείων πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 1990. Παράλληλα, ο αριθμός των κλινών ακολουθεί φθίνουσα πορεία από το 1993 και μετά, καθώς κατά την περίοδο 1993-1997 οι κλίνες μειώθηκαν κατά 20.7% και η μείωση του αριθμού τους συνεχίστηκε

¹³⁷ http://www.icis.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_35_E

ως το έτος 2000-2001. Σύμφωνα με στοιχεία του Καναδικού Ιδρύματος Πληροφοριών για την Υγεία (Hospital Trends in Canada, 2005)¹³⁸, ο αριθμός κλινών στον Καναδά την περίοδο 2000-2002 κυμαινόταν περίπου στις 115.000, όταν το έτος 1988-1989 ο αντίστοιχος αριθμός υπολογιζόταν στις 179.000. Παράλληλα, το έτος 2000 ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών που αντιστοιχούσε σε κάθε χίλιους κατοίκους υπολογιζόταν σε 3,2, ενώ το έτος 2004 ο αντίστοιχος αριθμός καθορίστηκε στην τιμή του 2,9 (O.E.C.D. HEALTH DATA, 2007).

Ωστόσο, αντίθετες τάσεις παρατηρούνται στο χώρο της απεικονιστικής διαγνωστικής τεχνολογίας (Diagnostic Imaging Technologies). Ο αριθμός των μαγνητικών τομογράφων αυξήθηκε εντυπωσιακά κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας. Το 1993 υπήρχαν 30 μαγνητικοί τομογράφοι, ενώ το 2003 καταγράφηκαν 147 μηχανήματα¹³⁹. Αξιοσημείωτη αύξηση σημειώθηκε και στον αριθμό των αξονικών τομογράφων κατά την ίδια περίοδο. Το 1993 υπήρχαν 216 αξονικοί τομογράφοι και το έτος 2003 ο αριθμός τους αυξήθηκε κατά 51% περίπου (326 μηχανήματα). Επιπρόσθετα, στο σύνολο της χώρας, το ίδιο έτος υπήρχαν 594 κάμερες πυρηνικής ιατρικής, 165 μηχανήματα αγγειογραφίας, 94 εργαστήρια καθετηριασμών (αιμοδυναμικά) και 14 τομογράφοι PET-CT (C.I.H.I., 2003)¹⁴⁰. Το 2003 σε κάθε εκατομμύριο Καναδών πολιτών αντιστοιχούσαν 4,7 μαγνητικοί τομογράφοι και 10,3 αξονικοί τομογράφοι. Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία του 2001, το έτος κατασκευής των μαγνητικών και αξονικών τομογράφων του Καναδά ήταν μεταγενέστερο του αντίστοιχου των ανάλογων ευρωπαϊκών μηχανημάτων. Σχεδόν το 70% των προαναφερόμενων τομογράφων στον Καναδά είχε έτος κατασκευής το οποίο δεν ξεπερνούσε το διάστημα της πενταετίας¹⁴¹. Τέλος, ο κύριος όγκος του απεικονιστικού εξοπλισμού εντοπίζεται στα νοσοκομεία, καθώς μόλις το 18% του συνόλου των μαγνητικών τομογράφων και το αντίστοιχο 3% των αξονικών βρίσκεται σε ιδιωτικά κέντρα.

3.8.2. Ανθρώπινο δυναμικό

Κατά την τελευταία δεκαετία, στο χώρο της υγείας η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού σε επίπεδο ειδικότητας παραμένει σχετικά σταθερή. Σε γενικές γραμμές, το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αποτελεί σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των μισθωτών του ευρύτερου τομέα των επαγγελματιών υγείας. Στο Γράφημα 3.4 παρουσιάζεται η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού κατά το έτος 2005, σύμφωνα με στοιχεία του Καναδικού Ιδρύματος Πληροφοριών για την Υγεία.

Το χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 1996 και 2005 ο αριθμός των προμηθευτών υγείας στον Καναδά έχει αυξηθεί. Ωστόσο, το ποσοστό αύξησης για κάθε ειδικότητα προμηθευτή υγείας διαφοροποιείται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του εύρους διαφοράς των ποσοστών αύξησης για το προαναφερόμενο διάστημα αποτελούν οι περιπτώσεις των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων και των μαιών. Το ανθρώπινο

¹³⁸ http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_1215_E

¹³⁹ Η μεταβολή αυτή αντιπροσωπεύει αύξηση της τάξης του 400%.

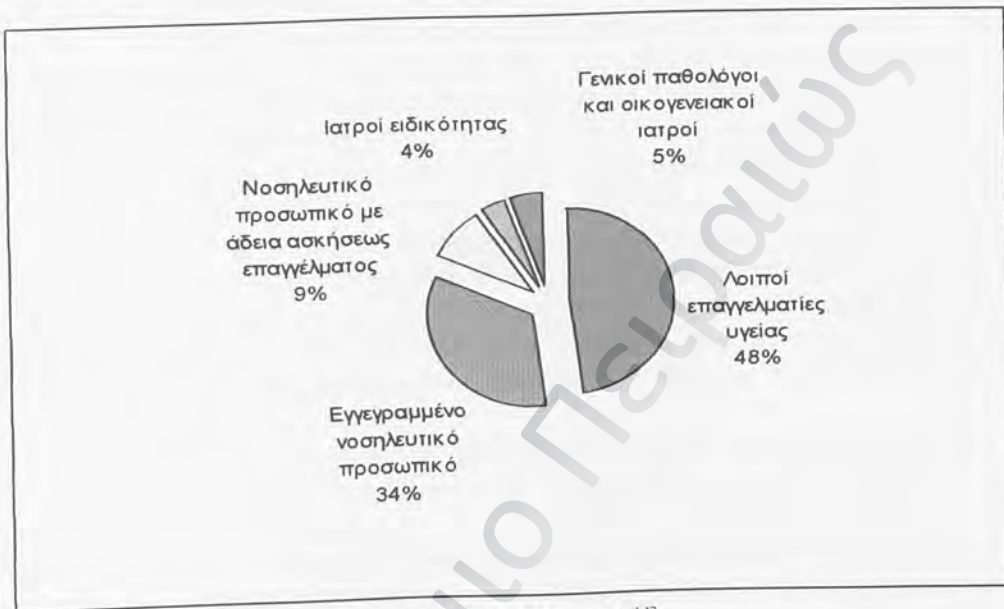
¹⁴⁰ http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_25sep2003_e#scan

¹⁴¹ http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_25sep2003_2_c#usc

δυναμικό της πρώτης κατηγορίας αυξήθηκε έως το 2005 κατά 6%, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για τη δεύτερη επαγγελματική κατηγορία αυξήθηκε κατά 217%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4

Κατανομή ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας του Καναδά κατά το έτος 2005



142

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007¹⁴³

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών εργάζεται σε ανεξάρτητη βάση ή συμμετέχει σε ομάδες ελεύθερων επαγγελματιών υγείας. Στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας ο αριθμός των ιατρών ειδικότητας άρχισε να ξεπερνά τον αριθμό των οικογενειακών ιατρών (European Observatory, 2005). Κυριότερη μέθοδος πληρωμής τους αποτελεί η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service). Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί πως η παραγωγικότητα μεταξύ των ιατρών διαφέρει, καθώς πλήθος αυτών εργάζονται ως ημιαπασχολούμενοι, προσυνταξιοδοτούμενοι ή ενταγμένοι σε ένα ιδιότυπο επαγγελματικό, σχεσιακό πλέγμα. Σύμφωνα με στοιχεία της έκθεσης¹⁴⁴ για το «Ιατρικό Εργατικό Δυναμικό του Καναδά» (Canada's Physician Workforce), βασικότεροι λόγοι για τη μεταβλητότητα του ιατρικού ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν η αυξανόμενη κινητικότητα του μεταξύ των περιφερειών, οι αυξημένες κενές θέσεις εργασίας, η μείωση του αριθμού του λόγω του υψηλού ρυθμού συνταξιοδότησης, η τάση για πρόωμη συνταξιοδότηση, ο φόρτος εργασίας κ.ά. Τέλος, τον κυριότερο φορέα εποπτείας της εκπαίδευσης και πιστοποίησης των ιατρών συνιστά το Βασιλικό Πανεπιστήμιο των Ιατρών και των Χειρουργών (Royal College of Physicians and Surgeons).

¹⁴²Στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνονται οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί, οι φυσιοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι διατροφολόγοι, οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων κ.ά.

¹⁴³http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=CHCP2007PDF&cw_ct=1&cw_dform=N

¹⁴⁴<http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-e.pdf>

Σημαντικότερο ρόλο εντός του καναδικού συστήματος υγείας διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Τις δύο μεγαλύτερες υποκατηγορίες της προαναφερόμενης ειδικότητας συνιστούν το εγγεγραμμένο νοσηλευτικό προσωπικό (registered nurses) και το αντίστοιχο προσωπικό με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (licenced practical nurses). Ωστόσο, σημαντικά καθήκοντα, στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκτελούνται από το εγγεγραμμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο διαθέτει επιπρόσθετη εκπαίδευση σχετικά με την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, τη διάγνωση, τη διαχείριση των ασθενειών και των τραυματισμών. Γενικότερα, το φάσμα υπηρεσιών που προσφέρεται από το ευρύτερο επαγγελματικό νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώνεται στη διαχείριση των ιατρικών αναγκών ασθενών κάθε ηλικίας, οικογενειών και πληθυσμιακών ομάδων. Το έργο τους προσφέρεται μέσω πλήθους διαφορετικών μονάδων υγείας (νοσοκομεία, κοινοτικά κέντρα υγείας, νοσηλευτικά ιδρύματα κ.ά.), ενώ περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως διάγνωση συγκεκριμένων ασθενειών και διαταραχών, παραπομπή σε διαγνωστικές, απεικονιστικές εξετάσεις και ανάγνωση τους καθώς επίσης και συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων (C.I.H.I., 2007). Εθνικό φορέα εκπροσώπησης του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η «Ένωση Νοσηλευτριών του Καναδά» (The Canadian Nurses Association)¹⁴⁵, η οποία περιλαμβάνει έντεκα περιφερειακά και επαρχιακά αντίστοιχα σωματεία και διατηρεί ως εγγεγραμμένα μέλη 133.714 άτομα.

Το 2007, ο αριθμός των οδοντιάτρων στον Καναδά ανερχόταν στα 18.861 άτομα. Οι περισσότεροι εξ' αυτών εργάζονταν σε ιδιωτική βάση, καθώς το 54% του συνόλου ήταν ιδιώτες και το αντίστοιχο 38% συνεργαζόταν με άλλους ιδιώτες οδοντίατρους. Αντίθετα, μόλις το 1% αυτών δραστηριοποιούνταν στο δημόσιο τομέα υγείας (CDA, 2007)¹⁴⁶. Το γεγονός αυτό, δηλαδή του υψηλού βαθμού ιδιωτικής απασχόλησης, επέδρασε στη σχετική σταθερότητα του αριθμού τους, ο οποίος δεν επηρεάστηκε από τις μεγάλες διακυμάνσεις των συνολικών δημόσιων δαπανών υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., η αναλογία οδοντιάτρων για κάθε χίλιους Καναδούς πολίτες παρέμενε σταθερή (0,6) κατά τη χρονική περίοδο 1999-2004¹⁴⁷.

Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες ενίσχυσαν το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προώθησαν τις έννοιες της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, προέβλεπαν την ανάγκη συνδρομής έργου και από άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Ειδικότητες όπως αυτή του κοινωνικού λειτουργού, του διατροφολόγου, του διαιτολόγου, του συμβούλου υγείας και άλλων ανέλαβαν πιο ενεργά καθήκοντα εντός του καναδικού συστήματος υγείας.

Με ζητούμενο την παρακολούθηση της κάλυψης των ιατρικών αναγκών των Καναδών πολιτών από το πλήθος ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας, ο Πίνακας 3.6 παρουσιάζει τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας, κάθε κατηγορίας, που αντιστοιχούσε σε πληθυσμό 100.000 ατόμων το έτος 2005.

¹⁴⁵ http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx

¹⁴⁶ http://www.cda-adc.ca/_files/cda/news_events/health_statistics/dhsc2007.pdf

¹⁴⁷ OECD Health Data, 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6

Αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά 100.000 Καναδούς πολίτες κατά το έτος 2005

Φυσικοί Ιατρικής	1
Μαίες	2
Ακοολόγοι	4
Επαγγελματίες διαχείρισης ιατρικών πληροφοριών	9
Οφθαλμίατροι	12
Λογοθεραπευτές	20
Χειροπρακτικοί	22
Πνευμονολόγοι	24
Διαιτολόγοι	25
Εργασιοθεραπευτές	35
Ψυχολόγοι	45
Φυσιοθεραπευτές	49
Τεχνολόγοι ιατρικών μηχανημάτων ακτινοβολήσης	49
Στοματολόγοι	57
Οδοντίατροι	58
Τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων	62
Φαρμακοποιοί	91
Κοινωνικοί λειτουργοί	92
Ιατροί	190
Εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες	780

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007¹⁴⁸

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως η αναλογία των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά τις δύο πολυπληθέστερες κατηγορίες (ιατροί και νοσηλεύτριες), επί πληθυσμού χιλίων κατοίκων μεταβλήθηκε ελάχιστα κατά την περίοδο 2000-2005. Ο αριθμός ιατρών παρέμεινε σταθερός κατά τη χρονική περίοδο 2000 έως 2004, ενώ το 2005 αυξήθηκε οριακά. Επιπλέον, η αντίστοιχη αναλογία νοσηλευτριών ακολούθησε πτωτική πορεία μεταξύ των ετών 2000-2002, ενώ κατά το διάστημα 2003-2005 οι τιμές διαμορφώνονταν σε συνεχώς υψηλότερα επίπεδα (Πίνακας 3.7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7

Αναλογία ιατρών και νοσοκόμων επί πληθυσμού χιλίων Καναδών πολιτών κατά τα έτη 2000-2005

Έτη	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ιατροί	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
Νοσοκόμες	10,1	10,0	9,4	9,8	9,9	10,0

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2007

¹⁴⁸http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=CHCP2007PDF&cw_ctt=1&cw_dform=N

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Το έτος 1964 η Βασιλική Επιτροπή περί των Υπηρεσιών Υγείας (The Royal Commission on Health Services) του Καναδά χαρακτήρισε τους δαπανηθέντες πόρους για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας ως επένδυση για το ανθρώπινο κεφάλαιο, η οποία θα απέδιδε στο μέλλον υψηλό μέρισμα σε επίπεδο οικονομίας και ευημερίας¹⁴⁹. Η άποψη αυτή επικράτησε κατά την πάροδο των επόμενων δεκαετιών και επηρέασε άμεσα την άσκηση πολιτικής σε ζητήματα χρηματοδότησης του τομέα της υγείας.

Η συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια έχει εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με τη μελλοντική σταθερότητα του καναδικού συστήματος υγείας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος καθιστά αναγκαία τη μελέτη του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών και της ροής των οικονομικών πόρων. Άλλωστε, η επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου σταθερότητας και βιωσιμότητας του συστήματος προϋποθέτει τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των τρέχουσων γενεών, αλλά και την διασφάλιση εκείνων των συνθηκών που θα επιτρέπουν την ικανοποίηση των αναγκών των μελλοντικών γενεών.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται γενικά και επιμέρους στοιχεία σχετικά με τη χρηματοδότηση και τις δαπάνες υγείας, ενώ παράλληλα μελετώνται θέματα όπως ο τρόπος και ο βαθμός ανάμειξης ποικίλων εμπλεκόμενων δυνάμεων στις οικονομικές λειτουργίες, οι υπάρχουσες διαφορές στην πολιτική χρηματοδότησης του συστήματος μεταξύ των περιφερειών κ.ά. Η πλειονότητα των στοιχείων, τα οποία παρατίθενται παρακάτω, αποτελούν μέρος της έκθεσης "National Health Expenditure Trends, 1975-2007"¹⁵⁰ (Τάσεις των Εθνικών Δαπανών Υγείας, 1975-2007), η οποία δημοσιεύτηκε το μήνα Νοέμβριο του 2007 από το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία.

4.2 Γενικά στοιχεία περί των συνολικών δαπανών υγείας

Τα τελευταία έτη οι δαπάνες του καναδικού συστήματος υγείας ακολουθούν αύξουσα πορεία, με αποτέλεσμα το έτος 2006 το σύνολο αυτών να ανέρχεται στα 150,3 δισεκατομμύρια δολάρια. Παράλληλα, οι αυξητικές τάσεις των δαπανών, σύμφωνα με εκτιμήσεις, θα διατηρούνταν και το επόμενο έτος (2007), καθώς το αντίστοιχο μέγεθος θα καθοριζόταν στο ποσό των 160,1 δισεκατομμυρίων δολλαρίων. Η διαφορά αυτή

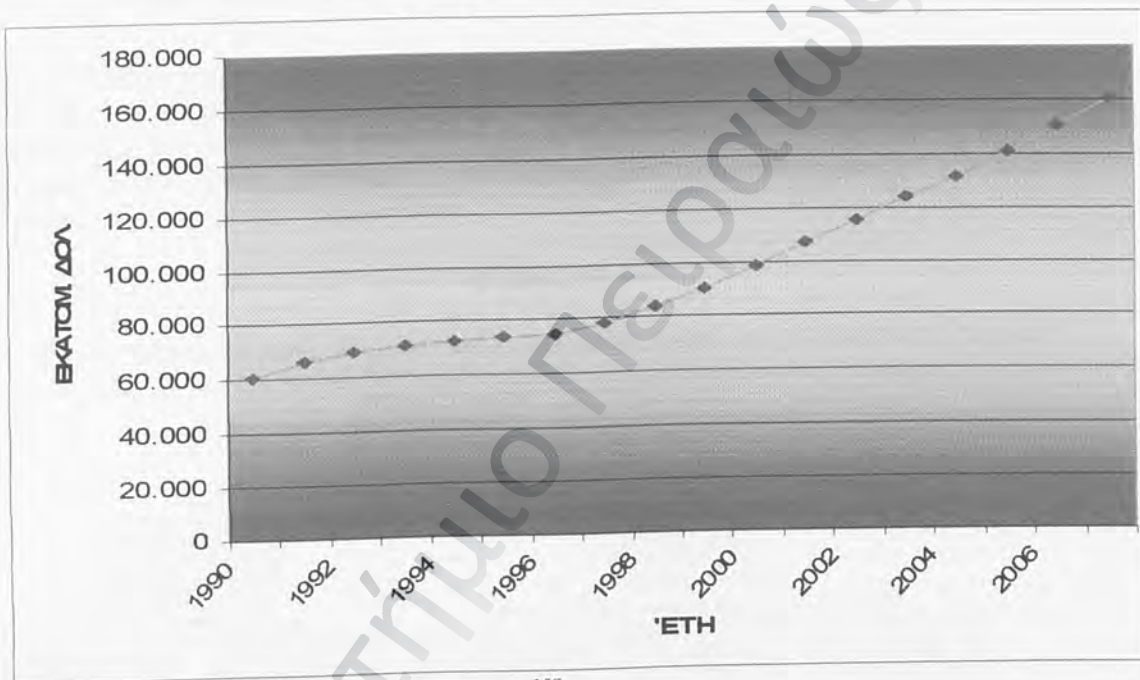
¹⁴⁹ http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf

¹⁵⁰ http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=NHEXT7507PDF&cw_ett=1&cw_dform=N

αντιστοιχεί ποσοστιαίως στην τιμή του 6,6%¹⁵¹ και αποτελεί απόρροια της αύξησης των κρατικών δαπανών, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, στο χώρο της υγείας. Το παρακάτω γράφημα (4.1) παρουσιάζει τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά την περίοδο 1990 έως 2007 με σκοπό την ακριβέστερη αποτύπωση της εξέλιξής τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1

Συνολικές δαπάνες υγείας στον Καναδά κατά την περίοδο 1990 έως 2007



152

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Η μικρότερη αύξηση των δαπανών, κατά την προαναφερόμενη περίοδο, καταγράφεται το έτος 1996 (0,9%), ενώ η αντίστοιχη μεγαλύτερη σημειώνεται τα έτη 2000 και 2001 (9%). Επίσης, το έτος 1990 οι κατά κεφαλήν δαπάνες αντιστοιχούσαν στο ποσό των 2.203,2 δολλαρίων (τρέχουσες τιμές), όταν το έτος 2007 το αντίστοιχο ποσό θα ανερχόταν στα 4.867,4 δολάρια. Οι συνολικές δαπάνες υγείας, βάσει προβλέψεων, για το τελευταίο έτος (2007) θα αντιπροσώπευαν ποσοστιαία το 10,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π), σημειώνοντας αύξηση της τάξεως του 0,2% συγκριτικά με το έτος 2006. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί πως το ποσοστό των δαπανών υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν διακυμάνθηκε σημαντικά κατά την περίοδο 1990 έως 2007. Συγκεκριμένα, το έτος 1992 το σχετικό ποσοστό υπολογίστηκε 10%, όταν το 1997 η αντίστοιχη τιμή κατήλθε στο 8,9%, ενώ πέντε χρόνια αργότερα (2002) το ποσοστό κατεγράφη ξανά στο 10%. Οι μεταβολές αυτές

¹⁵¹ Η αύξηση αυτή ουσιαστικά επαναπροσδιορίζεται στην τιμή του 3,2% στην περίπτωση κατά την οποία ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως ο πληθωρισμός και η αύξηση του πληθυσμού.

¹⁵² Τα συνολικά μεγέθη δαπανών έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ τα σχετικά ποσά για τα έτη 2006 και 2007 συνιστούν προβλέψεις.

αντικατροπίζουν τις προσπάθειες της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας κατά τη δεκαετία του 1990. Τέλος, στοιχείο άξιο αναφοράς αποτελεί η ταχύτερη αύξηση των δαπανών υγείας από την αύξηση του Α.Ε.Π. κατά το χρονικό διάστημα 1998 έως 2005.

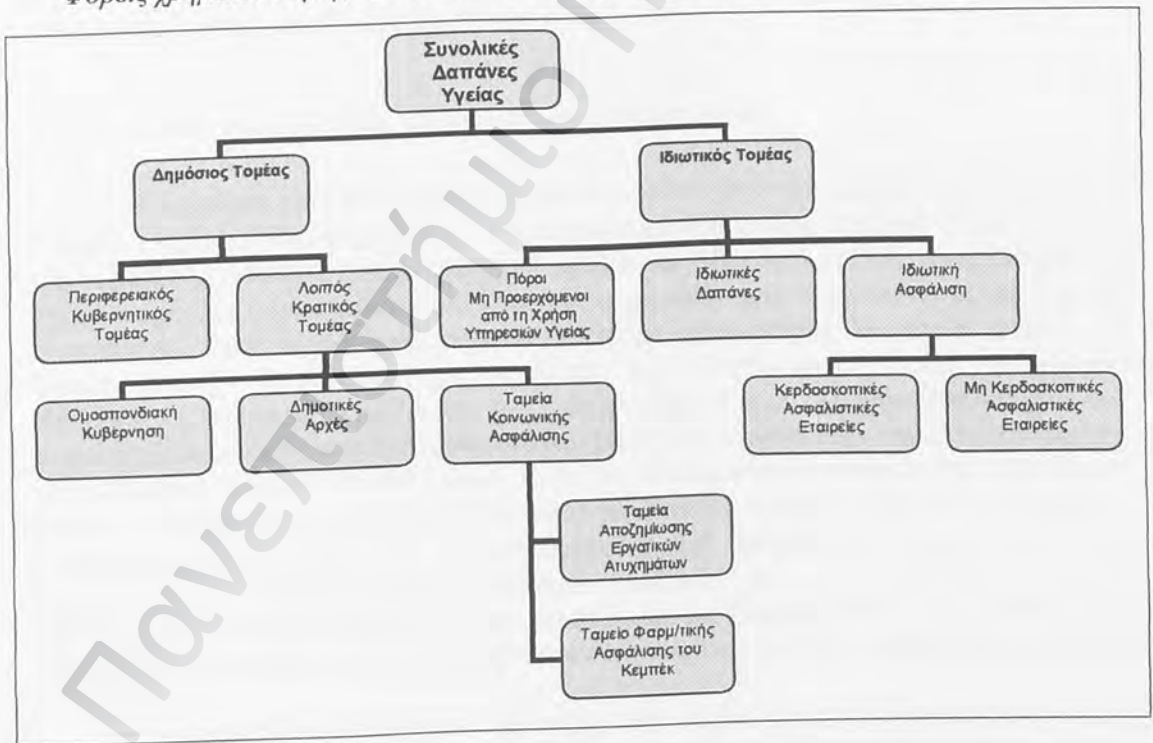
4.3 Φορείς και διαδικασίες χρηματοδότησης

4.3.1. Εμπλεκόμενοι φορείς στη διακίνηση των πόρων

Η ανάλυση του τρόπου χρηματοδότησης και πραγματοποίησης των δαπανών στο καναδικό σύστημα υγείας απαιτεί αρχικά την παρουσίαση των κυριότερων φορέων διακίνησης των πόρων. Για το λόγο αυτό, το Διάγραμμα 4.1 αναπαριστά τη ροή των πόρων και τον τρόπο διασύνδεσης του πλήθους εμπλεκόμενων δυνάμεων στο πλαίσιο εφαρμογής των σχετικών διαδικασιών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1

Φορείς χρηματοδότησης του καναδικού συστήματος υγείας και σύνθεση των δαπανών



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Οι δαπάνες του Περιφερειακού Κυβερνητικού τομέα αναφέρονται στη διάθεση των κεφαλαίων των Περιφερειακών και Επαρχιακών Κυβερνήσεων, των πόρων που μεταφέρονται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση σε αυτές, αλλά και των πόρων που οι Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις μεταφέρουν στις Δημοτικές Αρχές. Οι

δαπάνες της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης περιλαμβάνουν τους διατιθέμενους πόρους για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες καθώς επίσης και τις δαπάνες για την ιατρική έρευνα και τα προγράμματα προαγωγής και προστασίας της υγείας. Ωστόσο, δεν περιλαμβάνονται οι πόροι που μεταφέρονται στις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις. Επίσης, οι δαπάνες των Δημοτικών Αρχών αναφέρονται στο διατιθέμενο κεφάλαιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας στα δημοτικά ιδρύματα υγείας, στην κατασκευή υποδομών, στην αγορά εξοπλισμού καθώς επίσης και στην παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών (σε συγκεκριμένες Περιφέρειες).

Οι Κυβερνητικές Αρχές διαχειρίζονται τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Αυτά προβλέπουν υποχρεωτικές εισφορές από εργαζόμενους, εργοδότες ή και από τις δύο πλευρές, ενώ οι όροι προσφοράς των παροχών καθορίζονται από τις διαχειριστικές αρχές. Οι δαπάνες των Ταμείων Αποζημίωσης Εργατικών Ατυχημάτων σχετίζονται με υπηρεσίες ιατρικής βοήθειας, το περιεχόμενο και το εύρος των οποίων καθορίζεται από τα Περιφερειακά Συμβούλια. Το Ταμείο Φαρμακευτικής Ασφάλισης του Κεμπέκ (Drug Insurance Fund)¹⁵³ συνιστά το μηχανισμό αποπληρωμής φαρμακευτικών δαπανών, τις οποίες πραγματοποιούν οι ασφαλισμένοι στο Γραφείο Εποπτείας Ιατρικής Ασφάλισης του Κεμπέκ (The Régie de l'assurance maladie du Québec).

Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα, οι αναφερόμενοι ως «Πόροι μη Προερχόμενοι από τη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας» σχετίζονται με την εισροή κεφαλαίων στα ιδρύματα υγείας από δωρεές, αποδόσεις επενδύσεων κ.ά.

4.3.2. Διαδικασίες συλλογής, μεταφοράς, διαχείρισης πόρων

Η δημόσια φροντίδα υγείας χρηματοδοτείται από την επιβολή φορολογίας σε επίπεδο Ομοσπονδιακού κράτους, Περιφερειών και Επαρχιών. Ισχύουν φόροι φυσικών και νομικών προσώπων, φόροι πωλήσεων, φόροι μισθοδοσίας κ.ά., ενώ τρεις περιφέρειες έχουν επιβάλλει ασφάλιστρα υγείας (αν και η μη πληρωμή τους από τους πολίτες δεν συνεπάγεται αποκλεισμό τους από τις ιατρικές απαραίτητες υπηρεσίες υγείας). Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση χρηματοδοτεί τις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις μέσω μεταφοράς πόρων, με τη μορφή είτε ρευστών διαθεσίμων είτε φορολογικών εσόδων, που πραγματοποιείται βάσει της διαδικασίας της «Μεταφοράς για την Καναδική Υγεία» (Canada Health Transfer) Επιπρόσθετα, προβλέπονται μεταφορές πόρων εξισωτικού χαρακτήρα (equalization payments) για τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες καθώς επίσης και χρηματοδοτήσεις των επαρχιών (territorial financing). Φυσικά, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ετήσια πραγματοποίηση της «Μεταφοράς για την Καναδική Υγεία» απαιτεί από τις Περιφερειακές Κυβερνήσεις την τήρηση των κριτηρίων τα οποία προβλέπονται σύμφωνα με την «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά».

Η μεταφορά πόρων μέσω φορολογίας (federal tax transfer) έγκειται στη μείωση των ομοσπονδιακών φορολογικών συντελεστών και στην παράλληλη ισόποση αύξηση των περιφερειακών φορολογικών συντελεστών¹⁵⁴. Κατά αυτόν τον τρόπο τα επιπρόσθετα φορολογικά έσοδα περιέρχονται κατευθείαν στις Περιφερειακές Αρχές.

¹⁵³ Το Ταμείο Φαρμακευτικής Ασφάλισης του Κεμπέκ, σύμφωνα με εκτιμήσεις για το έτος 2007, χρηματοδοτήθηκε κατά 775,7 εκατ. δολάρια από ασφάλιστρα και κατά 2.065,6 εκατ. δολάρια από το Περιφερειακό Υπουργείο Υγείας.

¹⁵⁴ <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/te.html>

δίχως την επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση των φορολογουμένων. Την περίοδο 1977-1978 η μεταφορά πόρων μέσω φορολογίας υπολογίζονταν στο ποσό των 2,7 δισεκατομμυρίων δολλαρίων, ενώ στη σημερινή εποχή το αντίστοιχο ποσό καταγράφεται οκτώ φορές υψηλότερο.

Την περίοδο 2007-2008 η συνολική αξία των ρευστών διαθεσίμων, τα οποία διοχετεύτηκαν στις περιφέρειες μέσω της «Μεταφοράς για την Καναδική Υγεία», ανήλθε στα 21,47 δις δολάρια. Ο παρακάτω πίνακας (4.1) παρουσιάζει τα ποσά των ρευστών διαθεσίμων και των φορολογικών εσόδων που μεταφέρθηκαν στις περιφέρειες την τελευταία τετραετία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Μεταφορά πόρων Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης στις Περιφερειακές Κυβερνήσεις για τη φροντίδα υγείας κατά τα έτη 2004-2008

Εκατ. Δολ.	Έτη	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
	Ρευστά Διαθ.	15.270	20.310	20.140	21.474
Φορολ. Έσοδα	11.206	11.938	12.671	13.406	
Σύνολο	26.476	32.248	32.811	34.880	

ΠΗΓΗ: Department of Finance Canada¹⁵⁵, 2007

Το μεγαλύτερο ποσό μεταφερόμενων συνολικών εσόδων το έτος 2007-2008 περιήλθε στην περιφέρεια του Οντάριο, καθώς η αντίστοιχη αξία τους υπολογίστηκε στα 13.496 εκατομμύρια δολάρια.

Στην περίπτωση των συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από ιδιώτες. Οι Καναδοί που λαμβάνουν υπηρεσίες οι οποίες δεν θεωρούνται δημοσίως ασφαλιζόμενες θα πρέπει να καλύψουν το κόστος είτε με ίδιους πόρους (out-of-pocket) είτε μέσω ομαδικής εργασιακής ή ιδιωτικής ασφάλισης. Βέβαια, οι περισσότερες περιφερειακές και επαρχιακές νομοθεσίες απαγορεύουν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες την παροχή κάλυψης, η οποία ουσιαστικά αναπαράγει την αντίστοιχη δημόσια. Ωστόσο, προβλέπεται η δυνατότητα ανταγωνισμού των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών στην αγορά της συμπληρωματικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Σύμφωνα με τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις, οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (R.H.A) κατέχουν την ευθύνη διαχείρισης και κατανομής των οικονομικών πόρων στην πλειονότητα των περιφερειών και επαρχιών. Οι προαναφερόμενες Αρχές ορίζονται αρμόδιες για την οργάνωση του καταλόγου των υπηρεσιών υγείας και για την κατανομή του καθολικού προϋπολογισμού σε συγκεκριμένο αριθμό πληθυσμού ανά γεωγραφική ζώνη (European Observatory, 2005). Αρχικά προβλέπεται η υποβολή προϋπολογισμού από κάθε Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή στο αντίστοιχο Περιφερειακό Υπουργείο Υγείας. Η υποβολή πρέπει να πραγματοποιείται πριν την ολοκλήρωση του περιφερειακού, επαρχιακού προϋπολογισμού. Ωστόσο σε μικρό αριθμό περιφερειών η υποβολή απαιτείται έπειτα από την κατάρτιση του προϋπολογισμού. Επίσης, ορισμένες περιφέρειες δεν επιτρέπουν στις υπαγόμενες σε αυτές Υγειονομικές Αρχές να μεταβιβάζουν ελλείμματα ανά έτη, ενώ σε κάποιες άλλες αυτό καθίσταται δυνατό υπό ορισμένες προϋποθέσεις.

¹⁵⁵ <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpe.html>

Η συνεργασία Υγειονομικών Αρχών και προμηθευτών υγείας στηρίζεται στην παράλληλη ύπαρξη συμβολαϊκών σχέσεων και σχέσεων ανεπτυγμένων βάσει της ιεραρχικής ολοκλήρωσης (hierarchical integration) των υπηρεσιών. Κατά αυτό τον τρόπο, οι προαναφερόμενες Αρχές δραστηριοποιούνται ως αγοραστές αλλά και ως προμηθευτές (European Observatory, 2005). Επίσης, οι Υγειονομικές Αρχές διαχειρίζονται την πλειονότητα των υποδομών αλλά και τμήμα του ανθρώπινου δυναμικού (νοσηλευτικό, τεχνικό προσωπικό), ενώ σε αρκετές περιπτώσεις, συνηθέστερα στο χώρο των εξειδικευμένων εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών, συνάπτουν συμβόλαια με εξωτερικούς συνεργάτες. Στην περίπτωση αυτή, η πληρωμή των μισθωμένων υπηρεσιών πραγματοποιείται βάσει ενός συμφωνημένου ποσού, το οποίο καθορίζεται στο αντίστοιχο συμβόλαιο.

Η χρηματοδότηση των περιφερειακών συστημάτων υγείας δεν βασίζεται στη χρήση μιας κοινής μεθόδου. Γενικά, στο σύνολο του Καναδά διακρίνονται μέθοδοι που κατηγοριοποιούνται (Mc Killor, Pink, Johnson, 2001)¹⁵⁶ ως εξής:

- Βάσει πληθυσμού (Population-based)¹⁵⁷
- Βάσει υποδομών (Facility-based)¹⁵⁸
- Βάσει συνδυασμού ιατρικών περιπτώσεων (Case Mix)¹⁵⁹
- Καθολικού χαρακτήρα (Global)¹⁶⁰
- Βάσει υπηρεσιών (Line by line)¹⁶¹
- Βάσει πολιτικής (Policy-based)¹⁶²
- Βάσει συγκεκριμένου προγράμματος (Project-based)¹⁶³
- Βάσει υπουργικής κρίσης (Ministerial discretion)¹⁶⁴

Οι περισσότερες Περιφερειακές και Επαρχιακές Αρχές χρησιμοποιούν περισσότερες από μία μεθόδους. Τυπικά, η χρήση μιας μεθόδου αφορά την κατανομή των κεφαλαίων που προορίζονται για την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών. Πλήθος δευτερεύουσων μεθόδων εφαρμόζεται για την κατανομή των υπολοίπων κεφαλαίων, με σκοπό την οικονομική κάλυψη συγκεκριμένων υπηρεσιών και προγραμμάτων. Τέλος,

¹⁵⁶ http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=GR_32_E

¹⁵⁷ Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί δημογραφικά και πληθυσμιακά δεδομένα και προσδιορίζει την τάση αναζήτησης των υπηρεσιών υγείας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες.

¹⁵⁸ Στην περίπτωση αυτή λαμβάνονται υπόψη γενικά χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων υγείας, τα οποία επιτρέπουν τον υπολογισμό του κόστους λειτουργίας τους.

¹⁵⁹ Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην καταγραφή των ιατρικών περιστατικών και στη συχνότητα προσφοράς των σχετικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τον υπολογισμό του κόστους που συνεπάγεται η μελλοντική παροχή τους.

¹⁶⁰ Εφαρμόζεται ένας συντελεστής σε ένα δαπανηθέν ποσό ή σε ένα ποσό που αναμένεται να δαπανηθεί μελλοντικά, έτσι ώστε να προβλεφθεί το επίπεδο δαπανών της επόμενης περιόδου.

¹⁶¹ Εφαρμόζονται συντελεστές, ξεχωριστά κάθε φορά, σε δαπανηθέντα ποσά ή σε ποσά που αναμένεται να δαπανηθούν, με σκοπό τον προσδιορισμό του επιπέδου χρηματοδότησης των υπηρεσιών (ανά κατηγορίες) κατά το επόμενο έτος.

¹⁶² Στην περίπτωση αυτή προβλέπεται η πραγματοποίηση δαπανών βάσει εφαρμογής συγκεκριμένης πολιτικής του Υπουργείου Υγείας. Οι σχετικές επιλογές επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργία πλήθους οργανισμών εντός της περιφέρειας.

¹⁶³ Βάσει της μεθόδου αυτής είναι δυνατή η χρηματοδότηση συγκεκριμένου οργανισμού ή ιδρύματος έπειτα από την υποβολή πρότασης του, με σκοπό την υλοποίηση συγκεκριμένου προγράμματος υγείας.

¹⁶⁴ Ο Υπουργός Υγείας, βάσει προσωπικών επιλογών, εγκρίνει τη χρηματοδότηση συγκεκριμένων οργανισμών ή ιδρυμάτων υγείας.

μια τρίτη μέθοδος αφορά τη χρηματοδότηση κεφαλαιουχικών έργων. Ωστόσο, παρατηρείται η τάση ευρύτερης χρήσης της μεθόδου βάσει πληθυσμού, παρόλο που τα στάδια εφαρμογής της διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των περιφερειών.

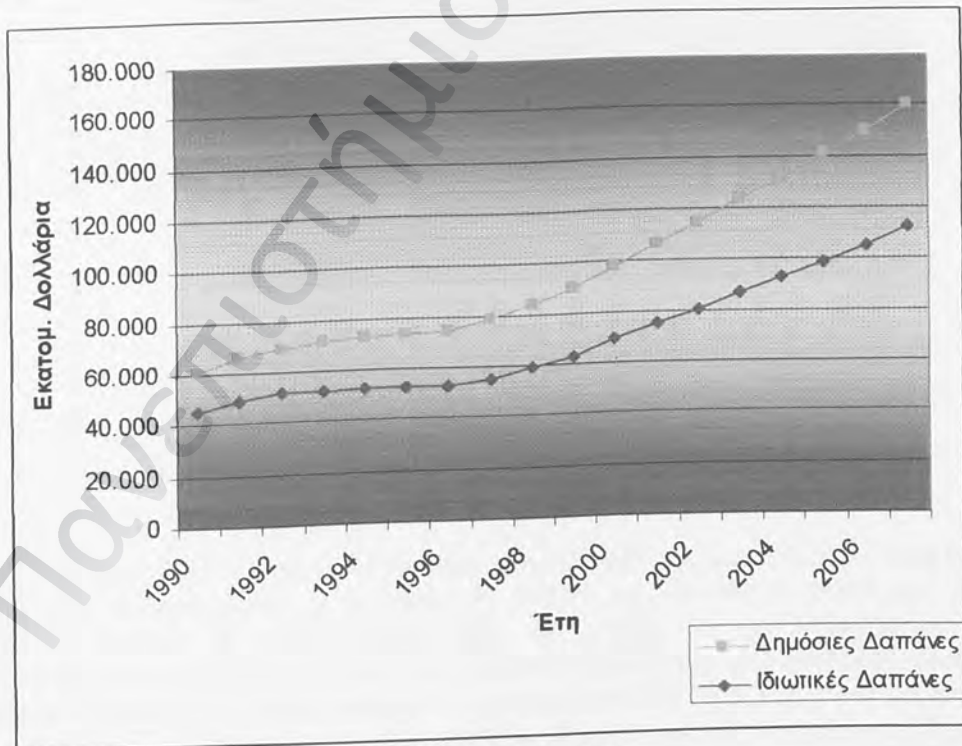
4.4 Διάρθρωση των δαπανών βάσει των εισροών του συστήματος

4.4.1. Κατανομή συνολικών δαπανών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα

Οι δημόσιοι φορείς συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες ζήτησης των υπηρεσιών εντός του καναδικού συστήματος υγείας. Από το έτος 1997 και έπειτα το ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας παραμένει υψηλό και σχετικά σταθερό, ανερχόμενο στην τιμή του 70%. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία γίνεται αντιληπτό πως ο δημόσιος τομέας κατέχει βασικό ρόλο εντός του συστήματος υγείας και επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό το συνολικό κόστος λειτουργίας του. Το Γράφημα 4.2 παρουσιάζει την κατανομή των συνολικών δαπανών στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2

Κατανομή των δαπανών υγείας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα



165

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

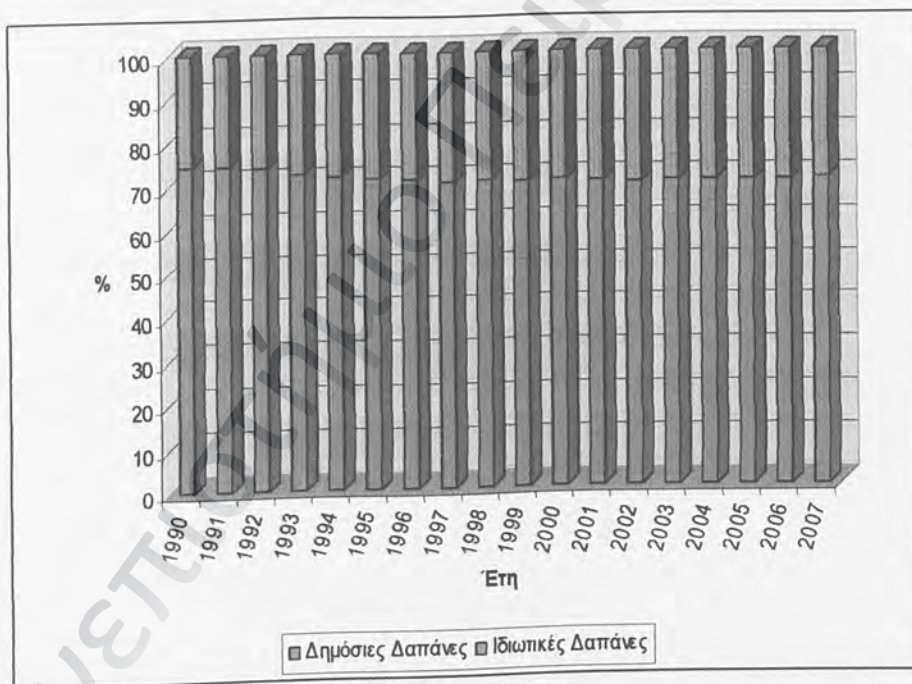
¹⁶⁵ Τα συνολικά μεγέθη δαπανών έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ τα σχετικά ποσά για τα έτη 2006 και 2007 προκύπτουν βάσει εκτιμήσεων.

Όπως αποτυπώνεται στο παραπάνω γράφημα, οι δημόσιες δαπάνες για το έτος 2007 θα ανέλθουν στο ποσό των 113.035 δισεκατομμυρίων δολλαρίων, ενώ οι αντίστοιχες ιδιωτικές στο ποσό των 47.09 δισεκατομμυρίων δολλαρίων. Χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελεί η οριακή αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά την περίοδο 1992 έως 1996 ως αποτέλεσμα της εφαρμογής πολιτικών εξοικονόμησης δημόσιων πόρων τη δεκαετία του 1990.

Ωστόσο, ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτύπωση (Γράφημα 4.3) της αναλογίας δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών επί του συνόλου των δαπανηθέντων πόρων για την υγεία, με σκοπό την κατανόηση των σχετικών τάσεων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3

Αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής συμμετοχής στο σύνολο των δαπανών υγείας κατά τα έτη 1990 έως 2007



166

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Το έτος 2007 η αναλογία των δημόσιων δαπανών ως προς τις συνολικές δαπάνες αναμένεται να καθοριστεί στην τιμή του 70,6%, ενώ το ανάλογο ποσοστό για τις ιδιωτικές δαπάνες θα ανέλθει στην τιμή του 29,4%. Όπως γίνεται αντιληπτό, η μεγαλύτερη και ταχύτερη αύξηση του μεριδίου συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις συνολικές δαπάνες πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο 1992 έως 1996. Σύμφωνα με το προηγούμενο γράφημα, την ίδια περίοδο υπήρξε οριακή αύξηση των δημόσιων

¹⁶⁶ Τα ποσοστά έχουν υπολογιστεί βάσει τρεχουσών τιμών, ενώ τα σχετικά ποσοστά για τα έτη 2006 και 2007 αποτελούν εκτιμήσεις.

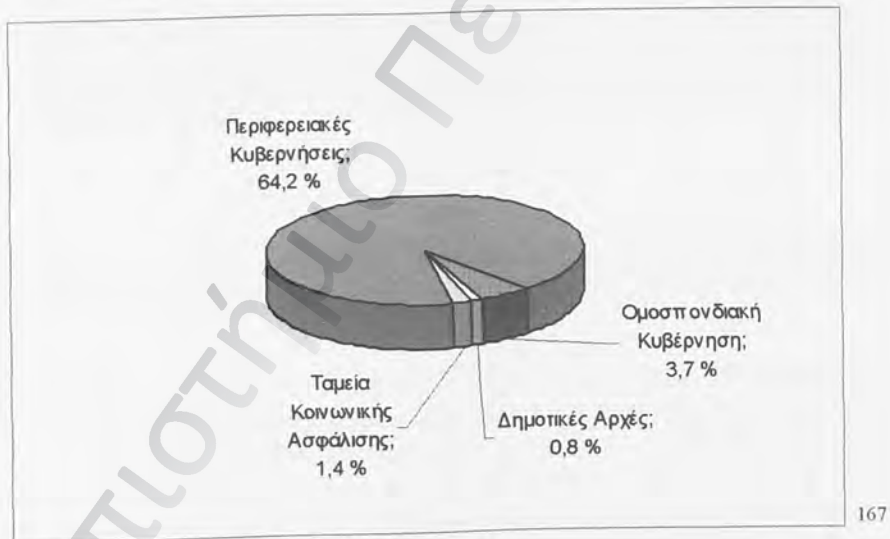
δαπανών. Ο συσχετισμός των δύο αυτών γεγονότων θα μπορούσε να συντελέσει στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων όσον αφορά τη σχέση και την αλληλεπίδραση των δύο αυτών τομέων και να αποτελέσει σημείο αναφοράς σε ζητήματα επιλογής πολιτικής.

4.4.2. Δαπάνες δημόσιου τομέα

Κυριότερους δημόσιους φορείς χρηματοδότησης του καναδικού συστήματος υγείας συνιστούν η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, οι Περιφερειακές και οι Επαρχιακές Κυβερνήσεις, οι Δημοτικές Αρχές και τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Το Γράφημα 4.4 παρουσιάζει την κατανομή των συνολικών δαπανών βάσει των προαναφερόμενων φορέων κατά το έτος 2005.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.4

Κατανομή δημόσιων δαπανών ανά φορείς κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

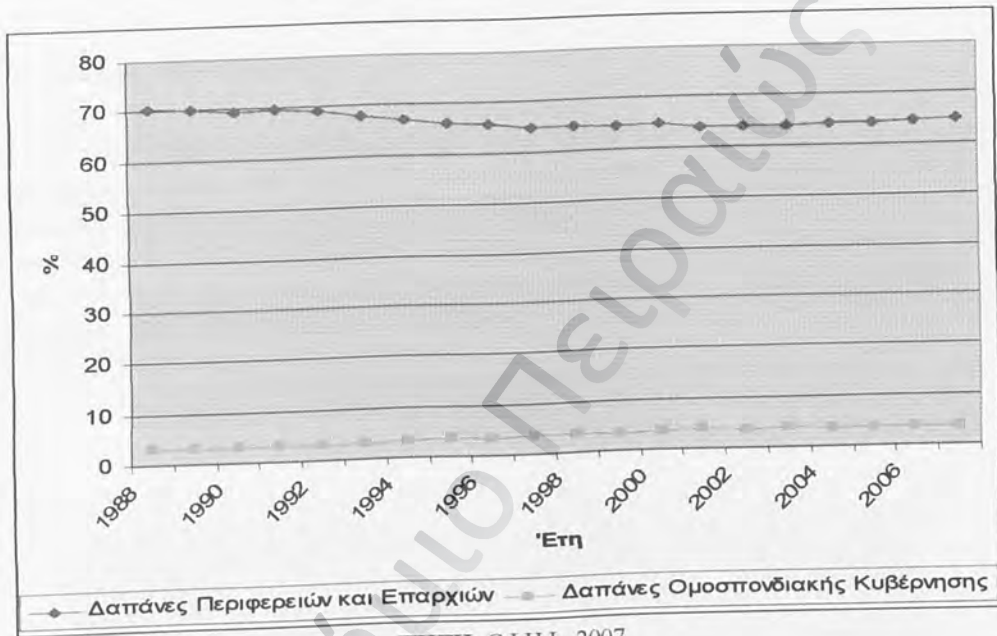
Κατά την περίοδο 1988 έως 2005 το ποσοστό που καταλαμβάνουν οι ομοσπονδιακές δαπάνες επί του συνόλου των δημόσιων δαπανών υγείας κυμαίνεται μεταξύ του 3% έως 4%, όταν κατά την ίδια χρονική περίοδο το αντίστοιχο ποσοστό των περιφερειακών δαπανών σημειώνει σημαντικά μεγαλύτερες αυξομειώσεις. Φυσικά, η ένταξη του Ταμείου Φαρμακευτικής Ασφάλισης του Κεμπέκ (έτος 1997) στον κλάδο των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του ποσοστού συμμετοχής των περιφερειακών δαπανών στις αντίστοιχες συνολικές. Θα πρέπει να σημειωθεί πως το έτος 2007 η προβλεπόμενη αναλογία των περιφερειακών δαπανών επί των συνολικών δημόσιων δαπανών υγείας υπολογίζεται να λάβει την τιμή του 64,8%. Συγκεκριμένα, το παρακάτω γράφημα (4.5) αποτυπώνει την αναλογία των

¹⁶ Τα ποσοστά έχουν υπολογιστεί βάσει τρεχουσών τιμών.

περιφερειακών και των ομοσπονδιακών δαπανών επί του συνόλου των δημόσιων δαπανών κατά την περίοδο 1988 έως 2007.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.5

Περιφερειακές και ομοσπονδιακές δαπάνες¹⁶⁸ ως προς το σύνολο των δημόσιων δαπανών υγείας κατά τα έτη 1988 έως 2007



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Το έτος 2004 η σύνοδος των Πρώτων Υπουργών υπέγραψε την εφαρμογή ενός δεκαετούς πλάνου με σκοπό την ενίσχυση του τομέα της υγείας. Η συμφωνία αυτή προέβλεπε την μεταφορά 41.3 δισεκατομμυρίων δολλαρίων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση προς τις αντίστοιχες Περιφερειακές. Η μεταφορά των πόρων, η οποία ως διαδικασία θα ξεκινούσε το έτος 2004, αποσκοπούσε στην εφαρμογή των προτάσεων που διατυπώθηκαν στην έκθεση της Επιτροπής Ρομανόφ για «Το Μέλλον της Φροντίδας Υγείας στον Καναδά». Βέβαια, σύμφωνα με εκτιμήσεις αυτή η μεταφορά συμπληρωματικών πόρων αναμενόταν να συντελέσει στην αύξηση των περιφερειακών δαπανών κατά τα επόμενα έτη.

Το έτος 2005 οι ομοσπονδιακές δαπάνες για την υγεία καταλάμβαναν το 3,7% των συνολικών δαπανών υγείας. Το έτος 2007 οι ίδιες δαπάνες υπολογίζονταν στο ποσό των 5,75 εκατομμυρίων δολλαρίων και αντιπροσώπευαν το 3,6% των συνολικών δαπανών. Στον τομέα αυτόν εντοπίζονται περίπου τριάντα (30) ομοσπονδιακές υπηρεσίες και τμήματα, τα οποία πραγματοποιούν το σύνολο των ομοσπονδιακών δαπανών. Οι

¹⁶⁸ Τα ποσοστά έχουν υπολογιστεί βάσει τρεχουσών τιμών, ενώ τα σχετικά ποσοστά για τα έτη 2006 και 2007 αποτελούν εκτιμήσεις.

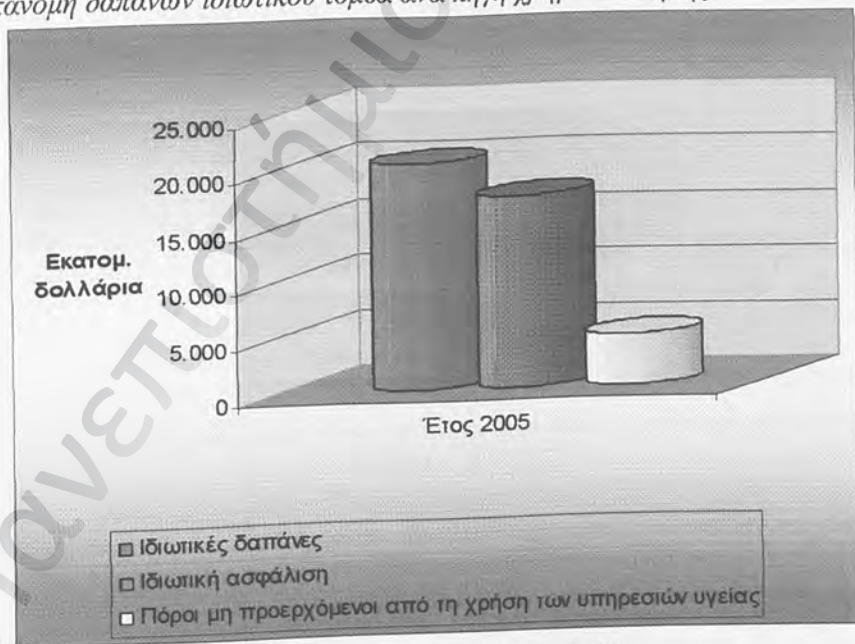
φορείς που κατέχουν τα υψηλότερα μερίδια συμμετοχής στις ομοσπονδιακές δαπάνες είναι το Υπουργείο Υγείας (Health Canada) με ποσοστιαία τιμή 67%, το Υπουργείο Υποθέσεων των Βετεράνων (Veterans' Affairs Canada) με ποσοστό 15% και το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας (Ministry of National Defence) με ποσοστό 3%. Τέλος, σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας, τα Καναδικά Ιδρύματα για την Έρευνα στον τομέα της Υγείας παρουσίασαν δαπάνες ίσες με το 15% του συνόλου των ομοσπονδιακών δαπανών.

4.4.3. Δαπάνες ιδιωτικού τομέα

Το έτος 2005 η αναλογία των ιδιωτικών δαπανών ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας αντιστοιχούσε στο ποσοστό του 29,9%. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη υποενότητα, κυριότερες πηγές ιδιωτικής χρηματοδότησης συνιστούν οι δαπάνες ιδιωτών και νοικοκυριών, ο ιδιωτικός ασφαλιστικός τομέας αλλά και οι εισροές πόρων που δεν προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το παρακάτω γράφημα (4.6) παρουσιάζει την κατανομή των ιδιωτικών δαπανών για το έτος 2005 βάσει των προαναφερόμενων πηγών χρηματοδότησης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.6

Κατανομή δαπανών ιδιωτικού τομέα ανά πηγή χρηματοδότησης κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Με βάση τα δεδομένα του παραπάνω γραφήματος, οι δαπάνες ιδιωτών και νοικοκυριών (out-of-pocket, household) αποτελούν το 48,2% των δαπανών του ιδιωτικού τομέα, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση και οι μη προερχόμενοι πόροι από τη χρήση των

¹⁶⁹ Τα συνολικά μεγέθη δαπανών έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές.

υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτούν το σύστημα κατά 40,9% και 10,9% αντίστοιχα. Ο ασφαλιστικός τομέας παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση ποσοστού συμμετοχής στις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες, καθώς το ποσοστό του ανήλθε από 29,2% το 1988 στο 40,9% το 2005. Αντίθετα, η μικρότερη αντίστοιχη αύξηση παρουσιάζεται στις εισροές πόρων που δεν προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

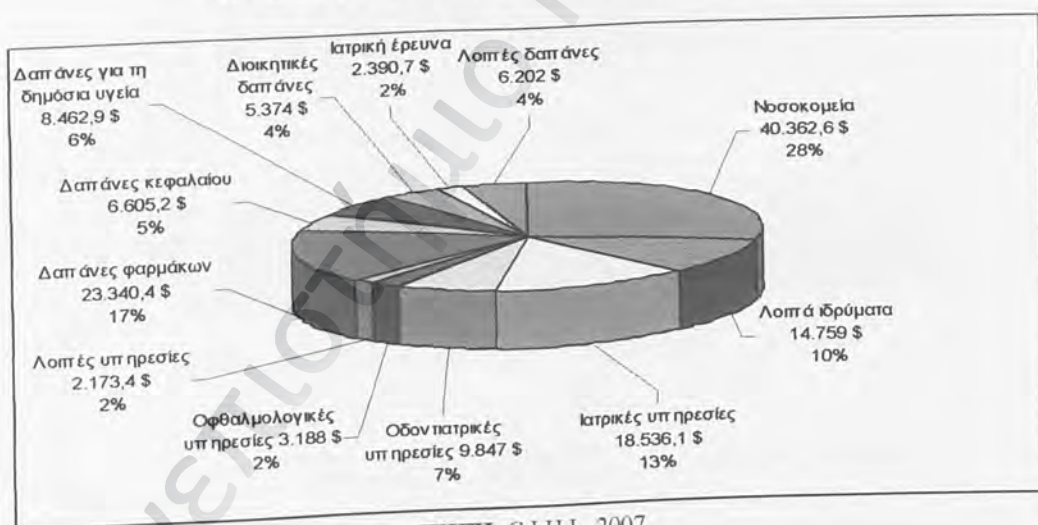
4.5 Διάρθρωση των δαπανών βάσει των εκροών του συστήματος

4.5.1. Κατανομή δαπανών ανά τομέα παροχής υπηρεσιών

Η κατανομή των συνολικών δαπανών υγείας, βάσει τομέα παροχής υπηρεσιών, βασίζεται στην χρήση δώδεκα κατηγοριών. Στο παρακάτω γράφημα (4.7) παρουσιάζονται αναλυτικά οι προαναφερόμενες κατηγορίες υπηρεσιών, το μέγεθος των δαπανών που προκύπτει από την παροχή τους και η ανάλογη ποσοστιαία συμμετοχή τους επί του συνόλου δαπανών κατά το έτος 2005.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.7¹⁷⁰

Κατανομή δαπανών υγείας ανά κατηγορία υπηρεσιών κατά το έτος 2005 (Εκατομ. δολάρια, τρέχουσες τιμές)



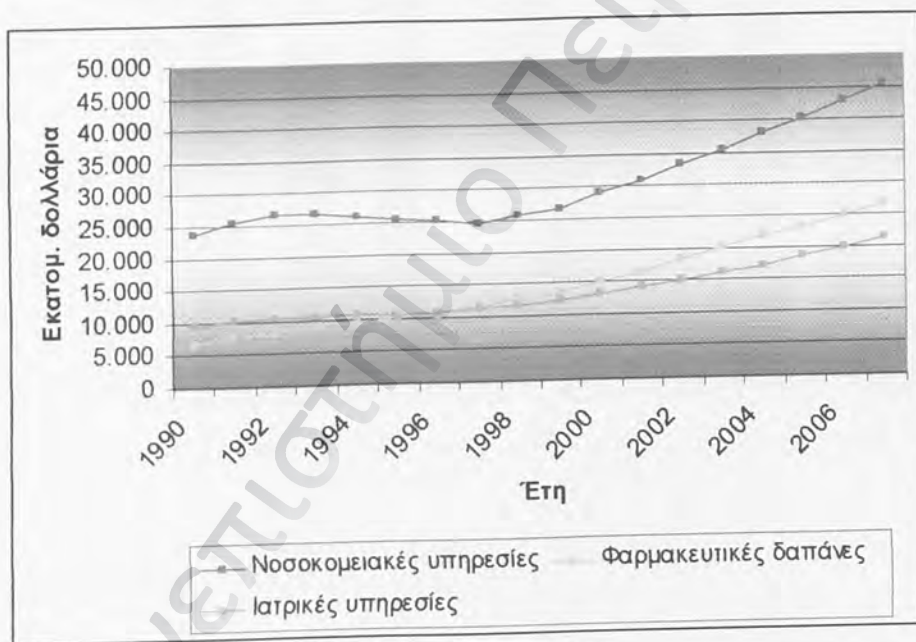
ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

¹⁷⁰ Τα λοιπά ιδρύματα υγείας αναφέρονται στα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, στις μονάδες φυσικής αποκατάστασης, στις μονάδες αποκατάστασης ψυχικής υγείας, στις μονάδες ανεξάρτητης ουσίων κ.ά. Οι δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες αναφέρονται στις πληρωμές των ιδιωτών ιατρών από τα περιφερειακά και επαρχιακά ιατρικά ασφαλιστικά προγράμματα. Αντίθετα, δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες μισθοδοσίας των ιατρών που εργάζονται σε νοσοκομεία ή σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι λοιπές υπηρεσίες περιλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών από φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους κ.ά. Οι δαπάνες φαρμάκων αφορούν τα συνταγογραφημένα και μη σκευάσματα, τα οποία αγοράζονται σε καταστήματα λιανικού εμπορίου. Οι λοιπές δαπάνες αναφέρονται στους δαπανηθέντες πόρους για τη διακομιδή των ασθενών (δαπάνες σχετικές με τα ασθενοφόρα), την αγορά τεχνητών μελών και ακουστικών βαρηκοΐας, τη διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για το προσωπικό κ.τ.λ.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα, διακρίνονται τρεις (3) κατηγορίες υπηρεσιών που εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά δαπανών. Το κόστος παροχής των νοσοκομειακών, των φαρμακευτικών και των ιατρικών υπηρεσιών αντιπροσωπεύει παραπάνω από το 58% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που αντιστοιχεί στο ποσό των 82,24 δισεκατομμυρίων δολλαρίων. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση της εξέλιξης των δαπανών για τις τρεις προαναφερόμενες κατηγορίες τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, αποτυπώνονται και οι τάσεις έως το έτος 2007. Σύμφωνα με το Γράφημα 4.8, οι φαρμακευτικές δαπάνες από το έτος 1997 και έπειτα αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία δαπανών, καθώς το έτος αυτό ξεπέρασαν για πρώτη φορά τις δαπάνες για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί πως το έτος 2005 ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των νοσοκομειακών, φαρμακευτικών και ιατρικών υπηρεσιών καθορίστηκε στο ποσοστό του 5,6%, 6,8% και 7,2% αντίστοιχα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.8

Εξέλιξη των νοσοκομειακών, φαρμακευτικών και ιατρικών δαπανών κατά τα έτη 1990 έως 2007



171

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Η επόμενη υποενότητα (4.5.2) επικεντρώνεται στο ρόλο που διαδραματίζει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας στη διαμόρφωση του επιπέδου δαπανών στις προαναφερόμενες κατηγορίες υπηρεσιών.

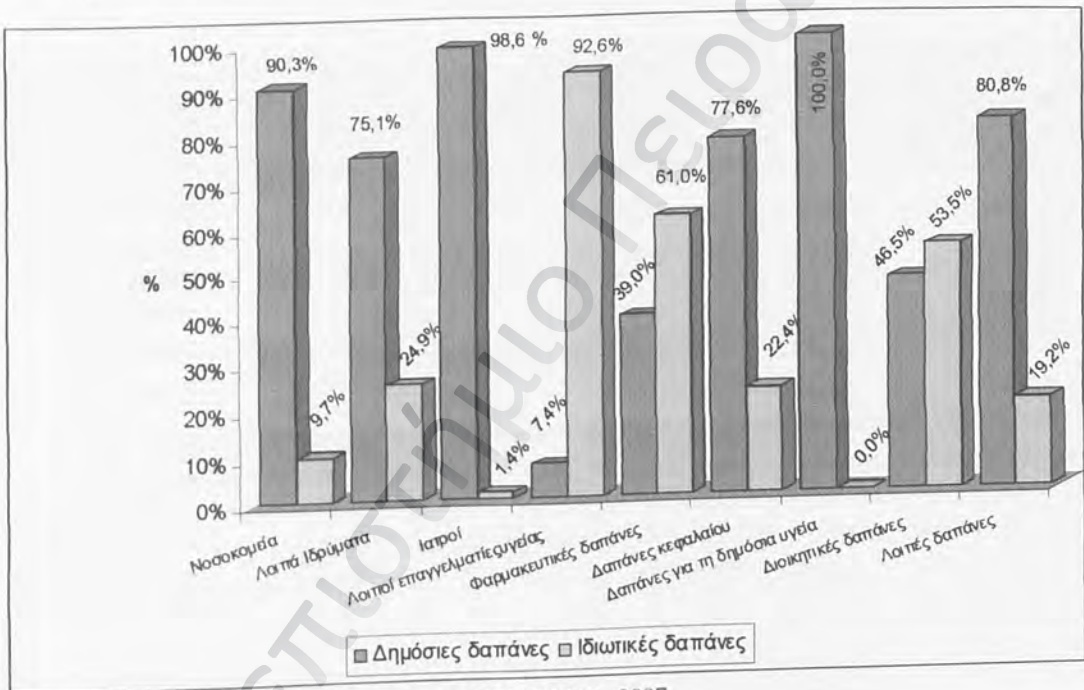
¹⁷¹ Τα οικονομικά μεγέθη έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ οι δαπάνες για τα έτη 2006 και 2007 προκύπτουν βάσει εκτιμήσεων.

4.5.2. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κατηγορία υπηρεσιών

Το Γράφημα 4.9 παρουσιάζει, σύμφωνα με δεδομένα του έτους 2005, το επίπεδο δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών στους προαναφερόμενους τομείς υπηρεσιών. Όπως διαπιστώνεται, οι νοσοκομειακές και οι ιατρικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται κυρίως από το δημόσιο τομέα, ενώ οι δαπάνες οι οποίες σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών από λοιπούς επαγγελματίες υγείας και την αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων πραγματοποιούνται κυρίως από ιδιωτικούς παράγοντες. Αξιοσημείωτο στοιχείο αποτελεί και το υψηλό ποσοστό (75,1%) δημόσιας χρηματοδότησης των λοιπών ιδρυμάτων υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνει το δημόσιο χαρακτήρα του καναδικού συστήματος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.9

Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες¹⁷² ανά κατηγορία υπηρεσιών κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Γενικότερα, το σύνολο των προαναφερόμενων δαπανών καλύπτεται κατά 70,1% από το δημόσιο τομέα και κατά 29,9% από τον ιδιωτικό τομέα. Παρακάτω εκτίθενται επιπρόσθετα στοιχεία σχετικά με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρουσιάζουν τις υψηλότερες δαπάνες, καθώς πραγματοποιείται λεπτομερέστερη κατανομή των εκροών του συστήματος.

¹⁷² Τα οικονομικά μεγέθη έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές.

4.5.2.1. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακές υπηρεσίες

Ο νοσοκομειακός τομέας παραδοσιακά παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό δαπανών στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας. Το έτος 2005 οι σχετικές δαπάνες ανήλθαν στα 40,36 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αντιστοιχεί στο 28,6% των συνολικών δαπανών. Ωστόσο, τα τελευταία τριάντα χρόνια οι νοσοκομειακές δαπάνες φθίνουν, εκτός ελάχιστων περιπτώσεων, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής πολιτικών που στοχεύουν στον περιορισμό των δημόσιων δαπανών. Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.2, ο δημόσιος τομέας συμμετέχει κατά 90,3% στο σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών, ενώ οι ανάλογες κατά κεφαλήν δαπάνες προσδιορίζονται στο ποσό των 1.128,9 δολαρίων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Διάρθρωση νοσοκομειακών δαπανών¹⁷³ ανά παράγοντα χρηματοδότησης κατά το έτος 2005

	Περιφέρειες/Επαρχίες	Λοιποί φορείς δημοσίου τομέα	Ιδιωτικός τομέας	Σύνολο
Σύνολο δαπανών (Εκατ.δολάρια)	\$ 35.820,3	\$ 643,3	\$ 3.898,9	\$ 40.362,6
Δαπάνες/ κεφαλήν	\$ 1.109,0	\$ 19,9	\$ 120,7	\$ 1.249,6
Ποσοστιαία κατανομή	88,7%	1,6%	9,7%	100,0%

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών πραγματοποιείται από ιδιώτες, νοικοκυριά και ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς το σύνολο των πόρων που διατίθεται από τους παράγοντες αυτούς ανέρχεται στο ποσό των 1,72 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Οι υπόλοιπες δαπάνες των 2,17 δισεκατομμυρίων δολαρίων πραγματοποιούνται από πόρους¹⁷⁴ που δεν προέρχονται από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

4.5.2.2. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα

Το έτος 2005 οι δαπάνες για την αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων ανήλθαν στα 23,34 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό το οποίο αντιπροσωπεύει το 17% των συνολικών δαπανών για τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με προβλέψεις, η ανοδική πορεία των φαρμακευτικών δαπανών θα συνεχιστεί κατά τα έτη 2006 και 2007, καθώς οι αντίστοιχοι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης τους αναμένεται να καθοριστούν στις τιμές του 7,5% και 7,2%.

Το ίδιο έτος (2005) ο δημόσιος τομέας ευθυνόταν για την πραγματοποίηση του 39% των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών. Φυσικά, οι δαπάνες αυτές, αξίας 9,1 δισεκατομμυρίων δολαρίων, αφορούν μόνο συνταγογραφημένα φάρμακα. Οι υπόλοιπες

¹⁷³ Ο προσδιορισμός των οικονομικών μεγεθών βασίζεται στη χρήση τρεχουσών τιμών.

¹⁷⁴ Στην περίπτωση αυτή συμπεριλαμβάνονται έσοδα από επενδύσεις, εκμισθώσεις ακινήτων, δωρεές και λοιπά έσοδα.

δαπάνες, οι οποίες συνιστούν το 61% των συνολικών δαπανών, αποδίδονται στον ιδιωτικό τομέα. Στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα, εντοπίζονται δαπάνες για συνταγογραφημένα φάρμακα (43.9% των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών) καθώς επίσης και δαπάνες για μη συνταγογραφημένα σκευάσματα και προϊόντα προσωπικής υγιεινής (17.1% των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών)¹⁷⁵. Γενικά, τα τελευταία τριάντα (30) έτη το ποσοστό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες για συνταγογραφημένα σκευάσματα συρρικνώνεται, καθώς σημειώνεται πτώση¹⁷⁶ μεγαλύτερη των 27 ποσοστιαίων μονάδων.

4.5.2.3. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες

Το έτος 2005 οι ιατρικές υπηρεσίες αποτέλεσαν την κατηγορία με το τρίτο υψηλότερο μέγεθος δαπανών, το οποίο υπολογίζεται σε 18.5 δισεκατομμύρια δολάρια και αναλογεί στην ποσοστιαία τιμή του 13.1% των συνολικών δαπανών υγείας. Για το έτος 2007 αναμένεται άνοδος των προαναφερόμενων δαπανών κατά 8.5%, καθώς το σχετικό ποσό υπολογίζεται στα 21.5 δισεκατομμύρια δολάρια.

Ο δημόσιος τομέας ευθύνεται σχεδόν για το σύνολο των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες, καθώς από το έτος 1975 και έπειτα το ποσοστό συμμετοχής του σε αυτές ξεπερνάει την τιμή του 98%.

Στην περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών, τα νοικοκυριά και οι ιδιώτες αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες χρηματοδότησης. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί πως η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη για ιατρικές απαραίτητες υπηρεσίες δεν προβλέπεται σύμφωνα με την «Πράξη Υγείας του Καναδά». Επιπρόσθετα, οι δαπάνες για παροχή μη ασφαλιζόμενων υπηρεσιών από ιατρούς και οι λοιπές εισφορές δεν καλύπτονται από τα περισσότερα περιφερειακά προγράμματα.

4.6 Εισροές και εκροές σε επίπεδο Περιφερειών και Επαρχιών

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται γενικά στοιχεία για την χρηματοδότηση και τις δαπάνες των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ύπαρξης σημαντικών γεωγραφικών, πληθυσμιακών και λειτουργικών διαφορών μεταξύ των περιφερειών, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα το επίπεδο χρηματοδότησης και το ύψος δαπανών των τοπικών συστημάτων υγείας.

4.6.1. Μεταφορές οικονομικών πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη υποενότητα, οι Περιφερειακές και οι Επαρχιακές Κυβερνήσεις λαμβάνουν αυξημένους οικονομικούς πόρους από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση για την παροχή υπηρεσιών υγείας, γεγονός που πραγματοποιείται μέσω της διαδικασίας της «Μεταφοράς για την Καναδική Υγεία»

¹⁷⁵ Στην περίπτωση αυτή, οι δαπάνες για μη συνταγογραφημένα φάρμακα αποτελούν το 9.2% των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών, ενώ οι δαπάνες για προϊόντα προσωπικής υγιεινής συνιστούν το υπόλοιπο 7.9%.

¹⁷⁶ Το έτος 1975 ο ιδιωτικός τομέας συμμετείχε κατά 79.5% στις δαπάνες για συνταγογραφημένα φάρμακα, ενώ το έτος 2005 το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίστηκε 52.2%.

(Canada Health Transfer) και λοιπών προγραμμάτων. Ο Πίνακας 4.3 παρουσιάζει το σύνολο των μεταφερόμενων οικονομικών πόρων σε όλες τις Περιφέρειες και Επαρχίες κατά την περίοδο 2004 έως 2007.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Μεταφορά οικονομικών πόρων (εκατ.δολλ.) Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης στις Περιφερειακές και Επαρχιακές Κυβερνήσεις κατά τα έτη 2004 έως 2007

Περιφέρειες και Επαρχίες	2004-2005				ΣΥΝΟΛΟ
	Μεταφορές Ρευστών Διαθεσίμων	Μεταφορές Φορολογικών Εσόδων	Μεταφορές πόρων για τις Μεταρρυθμίσεις Υγείας	Μεταφορές πόρων βάσει του "Κεφαλαίου Μείωσης του Χρόνου Αναμονής"	
Νέα Γη και Λαμπραντόρ	264	165	24	10	463
Νήσος του Πρίγκηπα Εδουάρδου	70	44	6,5	2,7	123,2
Νέα Σκωτία	477	300	44	18	839
Νέα Βρουναβίκη	383	240	35	15	673
Κεμπέκ	3837	2410	354	148	6749
Οντάριο	5710	4564	582	242	11098
Μανιτόμπα	595	374	55	23	1047
Σασκάτσουαν	507	318	47	19	891
Αλμπέρτα	1237	1416	150	63	2866
Βρετανική Κολομβία	2138	1342	197	82	3759
Γιούκον	17	9	1,5	0,6	28,1
Βορειοδυτικά Εδάφη	18	17	2	0,8	37,8
Νούναβουτ	18	7	1,4	0,6	27
Περιφέρειες και Επαρχίες	2005-2006				ΣΥΝΟΛΟ
	Μεταφορές Ρευστών Διαθεσίμων	Μεταφορές Φορολογικών Εσόδων	Μεταφορές πόρων για τις Μεταρρυθμίσεις Υγείας	Μεταφορές πόρων βάσει του "Κεφαλαίου Μείωσης του Χρόνου Αναμονής"	
Νέα Γη και Λαμπραντόρ	342	172	0	10	524
Νήσος του Πρίγκηπα Εδουάρδου	92	46	0	2,7	140,7
Νέα Σκωτία	622	314	0	18	954
Νέα Βρουναβίκη	499	252	0	15	766
Κεμπέκ	5042	2545	0	147	7734
Οντάριο	7700	4837	0	243	12780
Μανιτόμπα	780	394	0	23	1197
Σασκάτσουαν	692	298	0	19	1009
Αλμπέρτα	1654	1614	0	63	3331
Βρετανική Κολομβία	2825	1426	0	82	4333
Γιούκον	21	10	0	0,6	31,6
Βορειοδυτικά Εδάφη	20	23	0	0,8	43,8
Νούναβουτ	22	8	0	0,6	30,6
Περιφέρειες και Επαρχίες	2006-2007				ΣΥΝΟΛΟ
	Μεταφορές Ρευστών Διαθεσίμων	Μεταφορές Φορολογικών Εσόδων	Μεταφορές πόρων για τις Μεταρρυθμίσεις Υγείας	Μεταφορές πόρων βάσει του "Κεφαλαίου Μείωσης του Χρόνου Αναμονής"	
Νέα Γη και Λαμπραντόρ	333	180	0	19	532
Νήσος του Πρίγκηπα Εδουάρδου	90	49	0	5,1	144,1
Νέα Σκωτία	610	331	0	35	976
Νέα Βρουναβίκη	489	265	0	28	782
Κεμπέκ	4990	2702	0	282	7974
Οντάριο	4896	5171	0	467	13234
Μανιτόμπα	769	416	0	44	1229
Σασκάτσουαν	722	272	0	37	1031
Αλμπέρτα	1665	1717	0	121	3503
Βρετανική Κολομβία	2816	1525	0	158	4499
Γιούκον	21	10	0	1,2	32,2
Βορειοδυτικά Εδάφη	17	25	0	1,6	43,6
Νούναβουτ	22	8	0	1,1	31,1

ΠΗΓΗ: Department of Finance Canada, 2007

Την προαναφερόμενη τριετία (2004-2007), το σύνολο των οικονομικών πόρων το οποίο μεταφέρθηκε από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αυξανόταν σε ετήσια βάση για κάθε Περιφερειακή και Επαρχιακή Κυβέρνηση. Το Οντάριο αποτελεί την περιφέρεια που έλαβε τους περισσότερους οικονομικούς πόρους, ενώ η χαμηλότερη εισροή αντίστοιχων πόρων παρατηρήθηκε στην επαρχία του Νούναβουτ¹⁷⁷.

4.6.2. Κατανομή δαπανών ανά περιφέρειες και επαρχίες

Στην υποενοότητα αυτή παρουσιάζονται γενικά στοιχεία σχετικά με το επίπεδο δαπανών κάθε περιφέρειας και επαρχίας για τη φροντίδα υγείας. Παράλληλα, εξετάζεται η διάρθρωση των δαπανών ανά το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, καθώς υφίστανται διαφορές μεταξύ των περιφερειών, οι οποίες συνδέονται με το καθεστώς δημόσιας χρηματοδότησης των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από την «Πράξη Υγείας του Καναδά».

Το έτος 2007 οι κατά κεφαλήν δαπάνες των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων υπολογίζονται στο μέσο ποσό των 3.156 δολλαρίων. Ο παρακάτω πίνακας (4.4) παρουσιάζει τις συνολικές δαπάνες και τις κατά κεφαλήν δαπάνες για τη φροντίδα υγείας σε κάθε περιφέρεια και επαρχία κατά τα έτη 2005 έως 2007.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4

Συνολικές δαπάνες υγείας (εκ. δολ.) και κατά κεφαλήν δαπάνες (δολ.) ανά περιφέρεια και επαρχία κατά τα έτη 2005 έως 2007¹⁷⁸

		Νέα Γη και Λαμ/ρ	Νήσος του Πρ/πα Εδ/δου	Νέα Σκ/τία	Νέα Βρ/κη	Κεμ/κ	Ον/ριο	Μαν/πα	Σασκ/ν	Αλ/τα	Βρετ/κή Κολ/βία	Γ/κον	Βορ/κά Εδάφη	Νούν/τ
Συνολικές δαπάνες υγείας (Εκ.δολ.)	2005	2234,6	576,3	4029,8	3311,5	29875,1	56630,7	5602,8	4430,5	15259,4	18480,1	188,6	320,0	301,7
	2006	2368,0	602,7	4298,0	3558,7	31774,1	60194,4	5808,7	4776,1	16513,0	19503,1	210,7	322,2	339,5
	2007	2550,9	651,5	4540,2	3802,7	33632,4	63813,3	6212,6	5090,9	18403,2	20542,3	220,8	334,9	337,8
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (Δολ.)	2005	4347,8	4170,7	4304,7	4406,7	3932,1	4509,3	4771,8	4475,4	4655,7	4340,3	6060,4	7506,1	10044,5
	2006	4646,1	4350,8	4599,7	4750,2	4152,6	4744,6	4931,9	4847,0	4891,7	4524,6	6748,2	7697,1	11030,3
	2007	5010,8	4686,3	4850,1	5069,8	4371,3	4975,1	5249,6	5179,5	5389,7	4713,1	7047,4	7892,3	10903,1

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Σύμφωνα με τα παράπανω δεδομένα, το έτος 2007 οι υψηλότερες δαπάνες εντοπίζονται στην περιφέρεια του Οντάριο (63.813,3 εκατ.δολλάρια), ενώ τα μικρότερα ποσά δαπανών καταγράφονται στην περιφέρεια της Νήσου του Πρίγκιπα Εδουάρδου (651,5 εκατ. δολλ.) και στην επαρχία Γιούκον (220,8 εκατ.δολλάρια). Παράλληλα, η υψηλότερη ετήσια ποσοστιαία αύξηση των δαπανών πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια

¹⁷⁷ <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/mitpe.html>

¹⁷⁸ Τα οικονομικά μεγέθη έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ οι δαπάνες για τα έτη 2006 και 2007 βασίζονται σε εκτιμήσεις.

της Αλμπέρτα (11,4%) και η αντίστοιχη χαμηλότερη στην επαρχία του Νούναβουτ (-0,5%). Επιπρόσθετα, το έτος 2007 οι υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες καταγράφονται στην επαρχία Νούναβουτ (10.903,1 δολάρια) και στην περιφέρεια της Αλμπέρτα (5389,7 δολάρια), ενώ οι αντίστοιχες χαμηλότερες δαπάνες πραγματοποιούνται στην περιφέρεια του Κεμπέκ (4.371,3 δολάρια). Η υψηλότερη ετήσια ποσοστιαία αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια της Αλμπέρτα (10,2%) και η αντίστοιχη χαμηλότερη στην επαρχία του Νούναβουτ (-1,2%). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως το αυξημένο μέγεθος των κατά κεφαλήν δαπανών στην επαρχία Νούναβουτ οφείλεται στη μεγάλη γεωγραφική έκταση της και στη μικρή πληθυσμιακή πυκνότητα της. Επίσης, το ποσοστό το οποίο εκφράζει τις συνολικές δαπάνες υγείας ως προς το αντίστοιχο περιφερειακό ή επαρχιακό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν καταγράφεται υψηλότερο στην επαρχία του Νούναβουτ (26,8%) και στην περιφέρεια της Νήσου του Πρίγκιπα Εδουάρδου (14,4%) και χαμηλότερο στην περιφέρεια της Αλμπέρτα (7,3%).

Δευτερεύουσα πτυχή μελέτης αποτελεί η διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας ανά τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα σε κάθε περιφέρεια και επαρχία. Ο Πίνακας 4.5 παρουσιάζει τα σχετικά στοιχεία για την περίοδο 2005 έως 2007.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5

Συμμετοχή (%) ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας ανά περιφέρεια και επαρχία κατά τα έτη 2005 έως 2007¹⁷⁹

		Νέα Γη και Λαμπ/ρ	Νήσος του Πρ/πα Εδ/δου	Νέα Σκ/τία	Νέα Βρ/κη	Κεμ/κ	Ον/ριο	Μαν/πα	Σασκ/ν	Αλ/τα	Βρετ/κή Κολ/βια	Γιούκον	Βορ/κά Εδάφη	Νούν/τ
Ποσοστό συμμετοχής ιδιωτικού τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας (%)	2005	24,5	28,0	29,9	30,0	28,4	33,2	25,0	23,8	27,4	28,4	19,4	11,5	4,9
	2006	24,0	28,9	29,6	29,8	28,3	32,8	24,9	23,0	27,4	28,6	18,2	12,4	4,6
	2007	23,4	28,5	29,2	30,1	28,3	32,8	24,6	22,2	26,0	28,5	19,0	12,2	5,0
Ποσοστό συμμετοχής δημόσιου τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας (%)	2005	75,5	72,0	70,1	70,0	71,6	66,8	75,0	76,2	72,6	71,6	80,6	88,5	95,1
	2006	76,0	71,1	70,4	70,2	71,7	67,2	75,1	77,0	72,6	71,4	81,8	87,6	95,4
	2007	76,6	71,5	70,8	69,9	71,7	67,2	75,4	77,8	74,0	71,5	81,0	87,8	95,0

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

¹⁷⁹ Τα ποσοστά αναφέρονται σε οικονομικά μεγέθη που έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ οι τιμές για τα έτη 2006 και 2007 βασίζονται σε εκτιμήσεις.

Το έτος 2007 οι ιδιωτικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στον Καναδά υπολογίστηκαν στο μέσο ποσό των 1.431,6 δολλαρίων, ενώ το αντίστοιχο ποσό για τις δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες καθορίστηκε στα 3.435,8 δολάρια.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα (4.5), την περίοδο 2006 έως 2007 το ποσοστό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις συνολικές δαπάνες υγείας των περιφερειών και επαρχιών, γενικά, παρουσίασε πτωτικές τάσεις, όταν το αντίστοιχο ποσοστό του δημόσιου τομέα εμφάνισε ανοδικές τάσεις. Στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα, το έτος 2007 η υψηλότερη συμμετοχή εντοπίζεται στην περιφέρεια του Οντάριο (32,8%), ποσοστό που αντπροσωπεύει κατά κεφαλήν δαπάνες αξίας 1.631,4 δολλαρίων, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην περιφέρεια του Σασκάτσουαν (22,2%, 1.148,1 δολάρια) και στην επαρχία του Νούναβουτ (5%, 548,2 δολάρια). Στις περιφέρειες τα ποσοστά συμμετοχής του δημόσιου τομέα κυμαίνονται μεταξύ 67,2% και 77,8%, όταν στις επαρχίες το αντίστοιχο εύρος τιμών διαμορφώνεται μεταξύ 81% και 95%.

Ο Πίνακας 4.6 παρουσιάζει το ποσοστό συμμετοχής των δαπάνων υγείας που πραγματοποιούνται από τις Περιφερειακές και τις Επαρχιακές Κυβερνήσεις επί των συνολικών δαπανών υγείας. Το έτος 2007 το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής εντοπίζεται στην περιφέρεια της Νέας Γης και Λαμπραντόρ (72,6%), όπου οι δαπανηθέντες κατά κεφαλήν πόροι ανέρχονται στο ποσό των 3.636,8 δολλαρίων, ενώ το αντίστοιχο χαμηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στην περιφέρεια του Οντάριο (62%), στην οποία οι ανάλογες κατά κεφαλήν δαπάνες υπολογίζονται στο ποσό των 3.082,3 δολλαρίων. Το ίδιο έτος η μεγαλύτερη αύξηση (12,8%) του προαναφερόμενου ποσοστού συμμετοχής πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια της Αλμπέρτα, ενώ οι μικρότερες αυξήσεις εμφανίζονται στην περιφέρεια της Βρετανικής Κολομβίας (4,3%) και στην επαρχία του Νούναβουτ (-2,6%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6

Ποσοστό συμμετοχής των δαπανών υγείας των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων επί των συνολικών δαπανών υγείας κατά τα έτη 2005 έως 2007¹⁸⁰

		Νέα Γη και Λαμ/ρ	Νήσος του Πρί/πα Εδ/δου	Νέα Σκ/τία	Νέα Βρ/κη	Κεμ/κ	Ον/ριο	Μαν/πα	Σασκίν	Αλ/τα	Βρετ/κή Κολ/βία	Γιούκον	Βορ/κά Εδάφη	Νούντ
Αναλογία των δαπανών των Περιφερικών και Επαρχιακών Κυβερνήσεων ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας (%)	2005	71,1	64,6	64,0	64,4	65,0	61,5	66,0	67,4	66,8	66,9	66,3	72,7	74,3
	2006	71,9	63,7	64,4	64,9	65,3	61,9	66,3	68,1	66,9	66,8	69,6	72,4	76,6
	2007	72,6	64,2	64,8	64,6	65,3	62,0	66,7	69,1	68,6	66,9	68,5	72,6	75,5

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2007

Συμπερασματικά, το σύνολο των στοιχείων αποδεικνύει τον ιδιαίτερα αυξημένο ρόλο του δημόσιου τομέα στην πραγματοποίηση των περιφερειακών και των επαρχιακών δαπανών υγείας. Τέλος, οι δαπάνες του ιδιωτικού τομέα είναι ιδιαίτερα περιορισμένες

¹⁸⁰ Τα ποσοστά αναφέρονται σε οικονομικά μεγέθη που έχουν υπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές, ενώ οι τιμές για τα έτη 2006 και 2007 βασίζονται σε εκτιμήσεις.

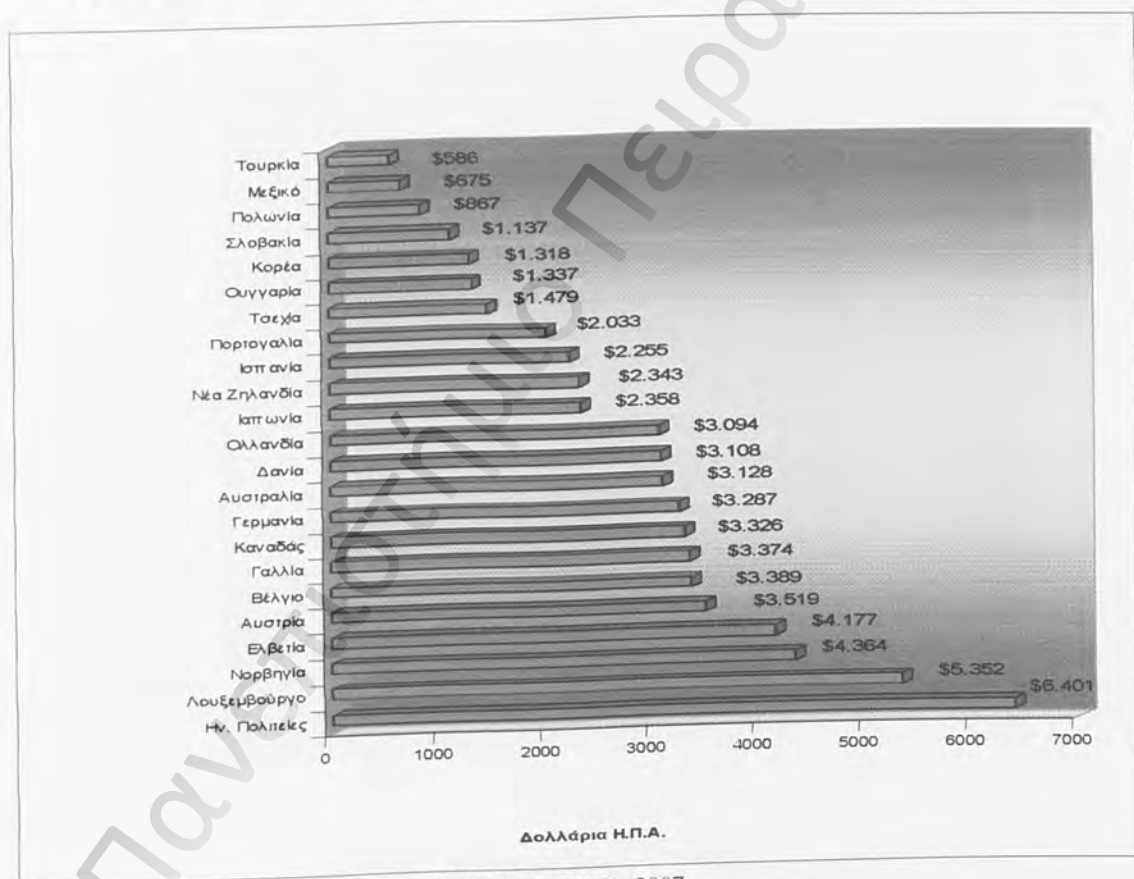
στο σύνολο των επαρχιών, σε αντίθεση με τις περιφέρειες του Οντάριο και της Νέας Βρουνσβίκης όπου τα αντίστοιχα οικονομικά μεγέθη παρουσιάζονται ως τα υψηλότερα εντός του καναδικού συστήματος υγείας.

4.7 Διεθνείς συγκρίσεις βάσει των δαπανών υγείας

Η ενότητα αυτή επικεντρώνεται στη συγκριτική παράθεση στοιχείων, σχετικών με τις δαπάνες υγείας, μεταξύ του Καναδά και άλλων χωρών, με σκοπό την εξαγωγή ευρύτερων συμπερασμάτων για τις πτυχές χρηματοδότησης του καναδικού συστήματος υγείας. Αρχικά, εξετάζεται το επίπεδο των κατά κεφαλήν δαπάνων για την υγεία (Γράφημα 4.10).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.10

Κατά κεφαλήν δαπάνες¹⁸¹ υγείας σε 23 επιλεγμένες χώρες¹⁸² κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: Ο.Ε.С.Д., 2007

¹⁸¹ Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υπολογίζονται σε δολάρια Η.Π.Α., ενώ χρησιμοποιείται η μέθοδος της ισοδύναμης αγοραστικής δύναμης για το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν κάθε χώρας.

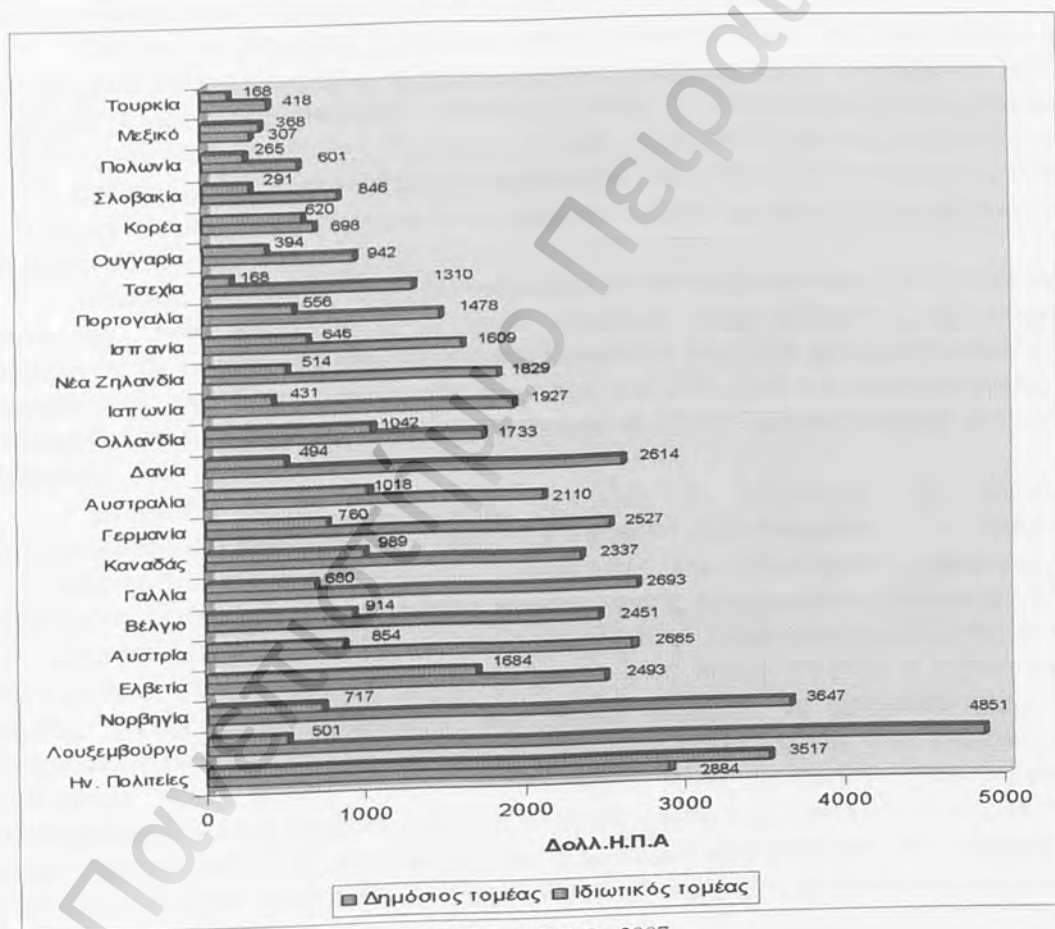
¹⁸² Η επιλογή των 23 χωρών βασίστηκε στη δυνατότητα σύγκρισης των οικονομικών δεδομένων τους, παρά την ύπαρξη αποκλίσεων δευτερευουσών παραμέτρων από τα βασικά κριτήρια σύγκρισης. Επίσης, οι χώρες αυτές ακολουθούν τα κριτήρια, τα οποία ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης καθιερώνει στον οδηγό του, με μεγαλύτερη ακρίβεια.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του γραφήματος, ο Καναδάς βρίσκεται στην όγδοη θέση της σχετικής κατάταξης, τη στιγμή που οι Ηνωμένες Πολιτείες παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσό δαπανών. Συγκεκριμένα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στον Καναδά υπολογίζονται σε 3.326 δολάρια, ενώ το αντίστοιχο ποσό για τις Ηνωμένες Πολιτείες ανέρχεται στα 6.401 δολάρια.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η διάρθρωση των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας, βάσει συμμετοχής του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, στο σύνολο των 23 προαναφερόμενων χωρών (Γράφημα 4.11).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.11

Συμμετοχή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις κατά κεφαλήν δαπάνες¹⁸³ υγείας σε 23 επιλεγμένες χώρες κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: Ο.Ε.С.Д., 2007

Στην περίπτωση του δημόσιου τομέα ο Καναδάς κατατάσσεται στη δέκατη θέση, καθώς οι κατά κεφαλήν δαπάνες του ανέρχονται στο ποσό των 2.337 δολλαρίων.

¹⁸³ Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υπολογίζονται σε δολάρια Η.Π.Α., ενώ χρησιμοποιείται η μέθοδος της ισοδύναμης αγοραστικής δύναμης για το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν κάθε χώρας.

Αντίθετα, το Λουξεμβούργο βρίσκεται στην πρώτη θέση και το αντίστοιχο ποσό δαπανών ισούται με 4.851 δολάρια. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι χώρες που βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις της κατάταξης, πλην των Ηνωμένων Πολιτειών, ανήκουν στον γεωγραφικό χώρο της Ευρώπης.

Όσον αφορά τις ιδιωτικές κατά κεφαλήν δαπάνες ο Καναδάς κατατάσσεται στην πέμπτη θέση, καθώς το σχετικό ποσό υπολογίζεται σε 989 δολάρια. Την πρώτη θέση της κατάταξης καταλαμβάνουν οι Ηνωμένες Πολιτείες, όπου δαπανώνται 3.517 δολάρια. Επιπλέον, οι δαπανηθέντες ιδιωτικοί πόροι για την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι υπερδιπλάσιοι από τις αντίστοιχες δαπάνες που πραγματοποιούνται στην Ελβετία, η οποία βρίσκεται στη δεύτερη θέση της κατάταξης και το σχετικό χρηματικό ποσό ανέρχεται στα 1.684 δολάρια. Παράλληλα, το μέσο ποσό των ιδιωτικών κατά κεφαλήν δαπανών (1.217,5 δολάρια), το οποίο υπολογίζεται βάσει των αντίστοιχων δαπανηθέντων πόρων στις δέκα πρώτες χώρες της σχετικής κατάταξης, είναι υψηλότερο από το ανάλογο ποσό δαπανών στον Καναδά.

Επίσης, ο Καναδάς βρίσκεται στην ενδέκατη θέση της κατάταξης όταν αντικείμενο μελέτης αποτελεί η χρηματοδότηση των ιατρικών¹⁸⁴ υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα. Στο καναδικό σύστημα υγείας οι προαναφερόμενες υπηρεσίες καλύπτονται κατά 78,3% από δημόσιους πόρους, όταν τα αντίστοιχα ποσοστά για τις οκτώ πρώτες χώρες της κατάταξης υπερβαίνουν το 80%. Οι Ηνωμένες Πολιτείες κατατάσσονται στην προτελευταία θέση, καθώς το σχετικό ποσοστό διαμορφώνεται στην τιμή του 48,7%.

Ωστόσο, ο Καναδάς υποχωρεί στην εικοστή θέση της κατάταξης στην περίπτωση κατά την οποία εξετάζεται το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης των ιατρικών προϊόντων¹⁸⁵. Το ποσοστό συμμετοχής του καναδικού δημόσιου τομέα στο σύνολο των προαναφερόμενων δαπανών ανέρχεται στην τιμή του 37%, όταν στο σύστημα υγείας του Λουξεμβούργου οι δημόσιες δαπάνες καλύπτουν το 77,4% των αντίστοιχων συνολικών δαπανών.

Τελευταίο πεδίο διερεύνησης αποτελεί η διάρθρωση της δημόσιας χρηματοδότησης στο σύνολο των 23 χωρών. Συγκεκριμένα, η κατανομή πραγματοποιείται βάσει του ποσοστού συμμετοχής του κυβερνητικού τομέα και των ασφαλιστικών ταμείων στις συνολικές δαπάνες υγείας. Όπως γίνεται αντιληπτό από τα δεδομένα του Γραφήματος 4.12, ο Καναδάς ανήκει στην ομάδα των οκτώ (8) χωρών στις οποίες κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας συνιστά ο κυβερνητικός τομέας. Αντίθετα, η πλειονότητα των χωρών στηρίζει τη χρηματοδότηση των συστημάτων τους στα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ στη Δανία και στη Νέα Ζηλανδία δεν υφίστανται τέτοιοι φορείς. Γενικά, σε δεκαπέντε χώρες η δημόσια χρηματοδότηση καλύπτει ποσοστιαίως παραπάνω από το 70% των συνολικών δαπανών υγείας. Μεταξύ αυτών των χωρών, μόλις πέντε χώρες και ο Καναδάς παρουσιάζουν τον κυβερνητικό τομέα ως τον κύριο χρηματοδότη. Επιπρόσθετα, σε έξι χώρες οι διαθέσιμοι πόροι των

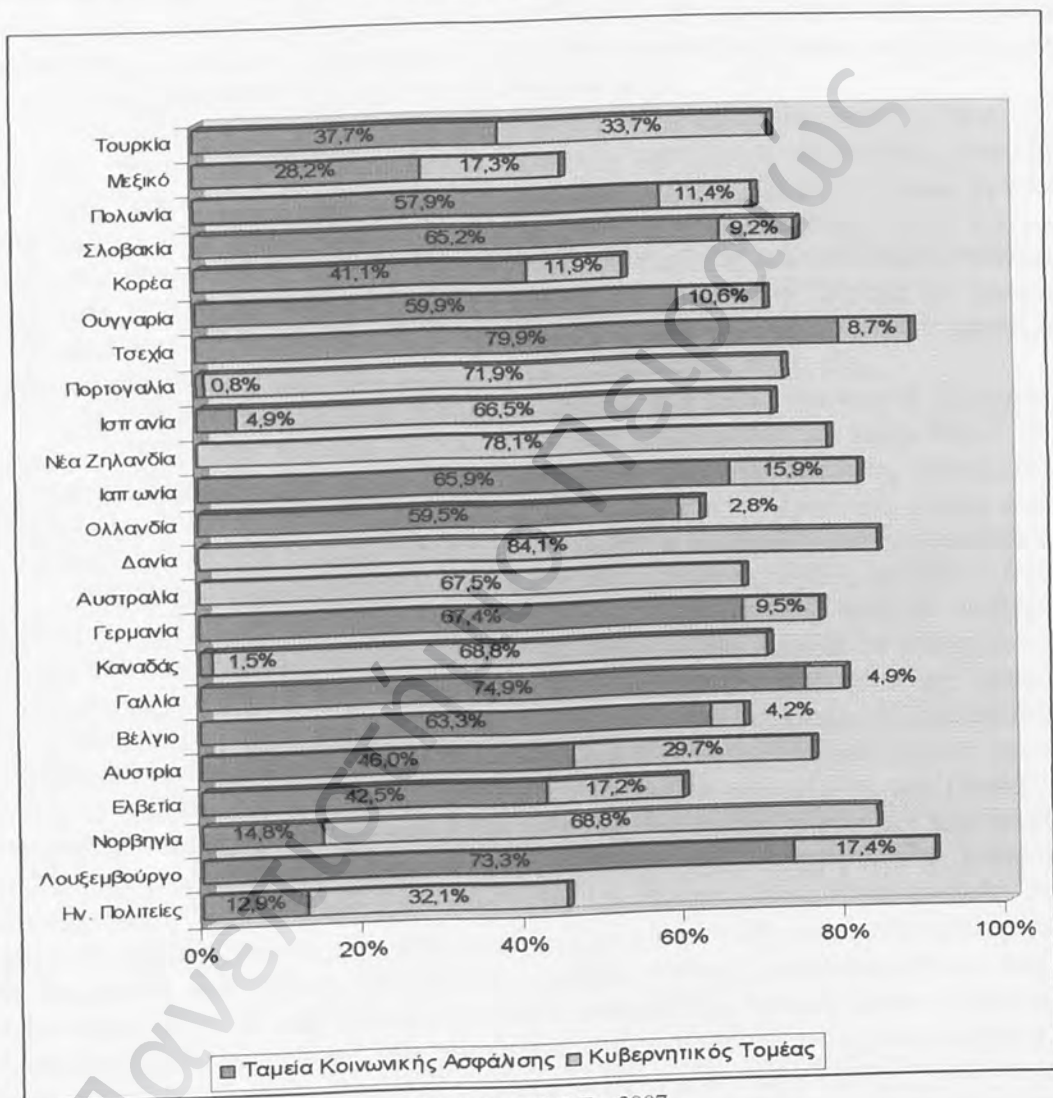
¹⁸⁴ Στην περίπτωση αυτή οι δαπάνες καλύπτουν τη νοσοκομειακή φροντίδα και τις λοιπές ιατρικές υπηρεσίες. Η νοσοκομειακή φροντίδα αναφέρεται στις νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά και στις υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή κατά τη διαμονή του σε λοιπά ιδρύματα. Οι λοιπές ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται στο πλαίσιο της ημερήσιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής και της συμπληρωματικής φροντίδας υγείας (μικροβιολογικές εξετάσεις, διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις κ.ά.).

¹⁸⁵ Οι δαπάνες αφορούν την αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων, γυαλιών οράσεως, ακουστικών βαρυκοΐας, τεχνητών μελών κ.ά.

αντίστοιχων Κυβερνήσεων καλύπτουν λιγότερο από το 10% των συνολικών δαπανών υγείας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.12

Διάρθρωση των δημόσιων δαπανών υγείας, βάσει τομέα χρηματοδότησης, σε 23 επιλεγμένες χώρες κατά το έτος 2005



ΠΗΓΗ: Ο.Ε.Κ.Δ., 2007

Συνοψίζοντας, ο Καναδάς παρουσιάζεται ανάμεσα στις δέκα (10) πρώτες χώρες της σχετικής κατάταξης όταν εξετάζεται η παράμετρος των συνολικών, ιδιωτικών και δημόσιων, κατά κεφαλήν δαπανών. Βεβαίως, υποχωρεί σε χαμηλότερες θέσεις της κατάταξης στην περίπτωση κατά την οποία εξετάζεται η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στις δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα. Τέλος, ο Καναδάς ανήκει σε μια ολιγάριθμη ομάδα χωρών στις οποίες η Κυβέρνηση συνιστά το βασικό φορέα δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το καναδικό σύστημα υγείας συνιστά ένα εθνικό αποκεντρωμένο σύστημα, το οποίο διασφαλίζει ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών για τους πολίτες της χώρας. Στη μελέτη αυτή επιχειρήθηκε η καταγραφή των διαδικασιών σε επίπεδο λήψης αποφάσεων, παραγωγής και παροχής υπηρεσιών. Επίσης, παρουσιάστηκαν βασικά στοιχεία σχετικά με τις οικονομικές εισροές και εκροές του συστήματος.

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κατά το έτος 1997 ο Καναδάς βρισκόταν στην τριακοστή θέση της παγκόσμιας κατάταξης όταν βάση σύγκρισης αποτέλεσε η απόδοση των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, η χώρα βρίσκεται στις δώδεκα (12) πρώτες θέσεις της σχετικής λίστας στην περίπτωση κατά την οποία υπολογίζονται επιμέρους δείκτες, όπως τα ολικά επιτεύγματα του καναδικού συστήματος υγείας και η επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί πως η δεκαετία του 1990 αποτέλεσε ορόσημο για τον Καναδά, καθώς τότε πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας.

Η συγκριτική παράθεση στοιχείων μεταξύ των επτά οικονομικά ισχυρότερων χωρών ανέδειξε τον Καναδά ως τη χώρα που παρουσιάζει το χαμηλότερο δείκτη ηλικιακής εξάρτησης και το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Παράλληλα, εμφανίζει το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό παθολόγων και κλινών ανά τον πληθυσμό, ενώ κατέχει το υψηλότερο αντίστοιχο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού.

Κυριότερο χαρακτηριστικό του καναδικού συστήματος υγείας αποτελεί ο υψηλός βαθμός αποκέντρωσης των λειτουργιών και ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός φορέων και οργανισμών που εμπλέκονται στο σύνολο των διαδικασιών. Αρχικά, το σύστημα υγείας βασίζεται σε ένα σύμπλεγμα δεκατριών (13) ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, τα οποία αντιστοιχούν στα γεωγραφικά διαμερίσματα της επικράτειας. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση διατηρεί την κύρια αρμοδιότητα σχετικά με τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού όπως και για την ομαλή λειτουργία του συστήματος. Παράλληλα, συνιστά τον αποκλειστικό διαχειριστή πλήθους τομέων καθώς επίσης και τον υπεύθυνο φορέα για την παράδοση υπηρεσιών σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Ωστόσο, οι Περιφερειακές Κυβερνήσεις και ειδικότερα οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές ορίζονται αρμόδιες για την ευρύτερη παραγωγή, παράδοση των υπηρεσιών υγείας και για τη διαχείριση των πόρων. Παράλληλα, ποικίλοι φορείς, ενδοκυβερνητικοί και μη, υφίστανται με σκοπό την αποτελεσματική διεκπεραίωση συγκεκριμένων λειτουργιών. Δραστηριοποιούνται σε διάφορους τομείς του συστήματος και παρέχουν υποστηρικτικό έργο σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, αξιολόγησης, σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων και συντονισμού της δράσης. Μεγάλος αριθμός αυτών των οργανισμών ακολουθεί υψηλά πρότυπα οργάνωσης και παρουσιάζει υψηλό βαθμό αποδοτικότητας.

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία είκοσι έτη. Στο γεγονός αυτό συνέβαλλε σημαντικά η ανάγκη ευρύτερης δημοσιονομικής σταθερότητας κατά τη δεκαετία του 1990. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν και ο αριθμός των νοσοκομείων και των κλινών περιορίστηκε σημαντικά. Η πρώτη φάση των μεταρρυθμίσεων (1988 έως 1997) στόχευε στη μεταβίβαση της ευθύνης διαχείρισης των λειτουργιών στις περιφέρειες καθώς επίσης και στην ολοκλήρωση της παροχής των υπηρεσιών. Επίσης, η προαγωγή του τομέα της πρόληψης τέθηκε ως προτεραιότητα, ενώ

ενθαρρύνθηκε η μεταβίβαση της αντιμετώπισης των ιατρικών αναγκών από τα νοσοκομεία στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η δεύτερη φάση των μεταρρυθμίσεων περιελάμβανε αποφάσεις οι οποίες στόχευαν στην οικονομική σταθερότητα των Περιφερειακών συστημάτων υγείας. Παράλληλα, κατά την πάροδο αυτής της εικοσαετίας συντάχθηκαν ποικίλες εκθέσεις από εθνικές και περιφερειακές επιτροπές και διατυπώθηκαν σημαντικές προτάσεις, οι οποίες αργότερα αποτέλεσαν στόχους προς επίτευξη.

Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία ψηφίστηκε το έτος 1984 και ονομάστηκε «Η Πράξη για την Υγεία στον Καναδά» (Canada Health Act). Η προαναφερόμενη ομοσπονδιακή νομοθεσία καθορίζει τις αρχές που διέπουν την εθνική ασφάλιση υγείας και θέτει τα κριτήρια βάσει των οποίων αναπτύσσονται οι διαδικασίες εντός του συστήματος. Συγκεκριμένα, ορίζει προϋποθέσεις και κριτήρια τα οποία οι Περιφερειακές Κυβερνήσεις θα πρέπει να τηρούν προκειμένου να λάβουν χρηματοδότηση από την αντίστοιχη Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, αυτή αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το καναδικό σύστημα υγείας και περιλαμβάνει ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών. Ο οικογενειακός ιατρός συνιστά βασικό παράγοντα όσον αφορά τη διακίνηση των ασθενών εντός του συστήματος. Παράλληλα, ορίζεται υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης του επιπέδου υγείας των ασθενών.

Τα προηγούμενα έτη τα νοσοκομεία λειτουργούσαν ως ο κυριότερος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια ο αριθμός τους συρρικνώθηκε σημαντικά, γεγονός που επέδρασε στη δραστική μείωση του συνόλου των κλινών. Παράλληλα, η ανακάλυψη νέων μεθόδων θεραπείας και οι διευρυμένες δυνατότητες διενέργειας ημερησίων επεμβάσεων συνέβαλαν στην ιδιαίτερη μείωση του αριθμού των εσωτερικών ασθενών. Σημαντικότερο ζήτημα, όμως, αποτελούν οι δυσκολίες πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες, κατάσταση που αποτυπώνεται στις λίστες αναμονής μακράς διάρκειας. Το θέμα αυτό απασχολεί πλήθος φορέων και αναδεικνύεται μείζον πρόβλημα για το καναδικό σύστημα υγείας. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση έχει διαμορφώσει σχετική στρατηγική για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ προβλέπει επιπρόσθετη χρηματοδότηση των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων με σκοπό τη λήψη διορθωτικών μέτρων. Φυσικά, πρόκληση αποτελεί η αντιμετώπιση του θέματος δίχως να υπάρξει ιδιαίτερη αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως το φάσμα των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας καταγράφεται ευρύτατο μεν ανομοιογενές δε στο σύνολο των περιφερειών.

Ο φαρμακευτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας και αποτελεί κλάδο ταχύτατης ανάπτυξης εντός της καναδικής οικονομίας. Οι σχετικές δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα παρουσιάζονται ιδιαίτερα υψηλές και σύμφωνα με εκτιμήσεις θα ξεπεράσουν ακόμα και τις αντίστοιχες νοσοκομειακές κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών. Επιπρόσθετα, οι εξωνοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες δεν καλύπτονται από τους δημόσιους πόρους, σύμφωνα με την «Πράξη για την Υγεία στον Καναδά», γεγονός που προκαλεί προβληματισμό σχετικά με τις δυνατότητες πρόσβασης των ασθενών στις σχετικές θεραπείες.

Επιπρόσθετο θέμα προβληματισμού αποτελεί η μείωση του αριθμού των γενικών ιατρών στις απομακρυσμένες περιοχές της καναδικής επικράτειας. Ο βασικός ρόλος του γενικού ιατρού και οι ιδιαιτερότητες οι οποίες χαρακτηρίζουν την παροχή υπηρεσιών

υγείας στους πολίτες των προαναφερόμενων περιοχών δημιουργούν ζήτημα πρόσβασης και καθιστούν το πρόβλημα σημαντικό.

Τα τελευταία έτη οι δαπάνες του καναδικού συστήματος υγείας αλλά και το αντίστοιχο ποσοστό τους ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.) ακολουθούν ανοδική πορεία, γεγονός που οφείλεται στην αύξηση των κρατικών δαπανών. Συγκεκριμένα, η αύξηση των δαπανών υγείας εμφανίζεται υψηλότερη από την αύξηση του Α.Ε.Π. κατά την περίοδο 1998 έως 2005. Οι Περιφερειακές Κυβερνήσεις συνιστούν τον κύριο χρηματοδότη¹⁸⁶ των υπηρεσιών υγείας, ενώ μέρος των δαπανών καλύπτεται μέσω της μεταφοράς οικονομικών πόρων από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση στις αντίστοιχες Περιφερειακές. Οι μεταφορές αυτές περιλαμβάνουν ρευστά διαθέσιμα, τα οποία και αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταφερόμενων πόρων, καθώς επίσης και έσοδα βάσει φορολογίας. Οι συμπληρωματικές υπηρεσίες υγείας καλύπτονται από ιδιωτικούς πόρους και από την ιδιωτική ασφάλιση, η οποία συνήθως αποτελεί εργασιακή παροχή. Η αναλογία δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας παραμένει σχετικά σταθερή τα τελευταία έτη. Το έτος 2007 οι δημόσιες δαπάνες θα αποτελέσουν το 70,6% των συνολικών δαπανών υγείας και το 64,8% των δημόσιων δαπανών θα πραγματοποιηθεί από τις Περιφερειακές Κυβερνήσεις. Επιπρόσθετα, οι ιδιώτες και τα νοικοκυριά κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής στις ιδιωτικές δαπάνες. Τέλος, οι κατηγορίες υπηρεσιών που εμφανίζουν την υψηλότερη απορρόφηση πόρων είναι κατά σειρά οι νοσοκομειακές, οι φαρμακευτικές και οι ιατρικές υπηρεσίες.

Το μέγεθος χρηματοδότησης των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων βασίζεται στα ιδιαίτερα γεωγραφικά, πληθυσμιακά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των αντίστοιχων συστημάτων υγείας. Για το λόγο αυτό, τα μεγέθη οικονομικών εισροών και εκροών διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των περιφερειών και των επαρχιών, με αποτέλεσμα η ανάδειξη εθνικών Βέλτιστων Πρακτικών (Best Practices) να καθίσταται προβληματική. Βέβαια, η καταγραφή Βέλτιστων Πρακτικών σε επίπεδο περιφερειών κρίνεται ρεαλιστική και για το λόγο αυτό έχουν ήδη σημειωθεί σχετικές μελέτες σε ορισμένα περιφερειακά συστήματα. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί η λειτουργία της Βάσης Δεδομένων MIS, η οποία περιλαμβάνει οικονομικά και στατιστικά στοιχεία για τα περιφερειακά και τα επαρχιακά συστήματα υγείας καθώς επίσης και για το σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων. Συμπληρωματικά, στο πλαίσιο λειτουργίας της διαμορφώνονται δείκτες οικονομικής και εργασιακής αποδοτικότητας για κάθε νοσοκομειακή μονάδα. Πιθανόν, η επιπρόσθετη επεξεργασία, ανάλυση των δεδομένων αυτών και η μελέτη περισσότερων παραμέτρων θα μπορούσε να αναδείξει Βέλτιστες Πρακτικές σε εθνικό επίπεδο για συγκεκριμένους τομείς και λειτουργίες των νοσοκομείων.

Γενικότερα, το έτος 2007 η περιφέρεια του Οντάριο παρουσιάζει τα υψηλότερα μεγέθη συνολικών οικονομικών εισροών¹⁸⁷ και εκροών, ενώ η περιφέρεια της Αλμπέρτα (σε επίπεδο περιφερειών) και η επαρχία του Νούναβουτ (σε επίπεδο επαρχιών) εμφανίζουν τις υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες. Επίσης, τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής ιδιωτικών δαπανών επί των συνολικών περιφερειακών, επαρχιακών δαπανών καταγράφονται στην περιφέρεια του Οντάριο και της Νέας Βρουνσβίκης αντίστοιχα.

¹⁸⁶ Το σύνολο των δημόσιων πόρων συγκεντρώνεται βάσει της άμεσης και έμμεσης φορολόγησης φυσικών και νομικών προσώπων.

¹⁸⁷ Οι εισροές αναφέρονται στους πόρους που μεταφέρονται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση.

Ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με τη χρηματοδότηση του καναδικού συστήματος υγείας προκύπτουν από τη μελέτη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, στην οποία παραθέτονται συγκριτικά στοιχεία για 23 επιλεγμένες χώρες που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια. Ο Καναδάς κατατάσσεται στην όγδοη θέση όταν εξετάζονται οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, ενώ εμφανίζεται στη δέκατη θέση και στην πέμπτη θέση όταν βάση σύγκρισης αποτελούν οι δημόσιες και οι ιδιωτικές κατά κεφαλήν δαπάνες αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, ο Καναδάς ανήκει στη μειοψηφία των (8) χωρών στις οποίες κύρια πηγή δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος υγείας συνιστά ο κυβερνητικός τομέας και όχι τα ασφαλιστικά ταμεία (όπου υφίσταται η λειτουργία τους).

Οι δύο κυριότεροι προβληματισμοί που αναπτύσσονται σχετικά με το καναδικό σύστημα υγείας αφορούν αφενός μεν τη συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας αφετέρου δε τη συμμετοχή δυνάμεων της αγοράς εντός αυτού. Αρχικά, οι ανησυχίες σχετίζονται με την οικονομική σταθερότητα και βιωσιμότητα των περιφερειακών συστημάτων υγείας, καθώς το αυξανόμενο κόστος συνιστά απειλητικό παράγοντα για τη μελλοντική εύρυθμη λειτουργία τους. Ωστόσο, το γεγονός αυτό θα πρέπει να μελετηθεί σε συνδυασμό με λοιπούς παράγοντες. Το ποσοστό συμμετοχής των δαπανών υγείας επί των συνολικών δαπανών εξαρτάται από το επίπεδο φορολόγησης των πολιτών καθώς επίσης και από το ποσοστό των διαθέσιμων που οι Κυβερνήσεις φέρονται διατεθειμένες να δεσμεύσουν με σκοπό τη χρηματοδότηση του συστήματος έναντι της χρηματοδότησης άλλων τομέων. Επιπρόσθετα, οι συνέπειες της αύξησης του κόστους θα πρέπει να αναλυθούν παράλληλα με την εξέλιξη του πληθωρισμού και την αγοραστική δύναμη των Καναδών πολιτών. Συμπερασματικά, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και οι αντίστοιχες Περιφερειακές έχουν τη δυνατότητα ελέγχου του κόστους λειτουργίας του συστήματος υγείας, καθώς ο ιδιωτικός τομέας έχει περιορισμένα περιθώρια συμμετοχής στους περισσότερους τομείς, πλην του αντίστοιχου φαρμακευτικού.

Η πρόσβαση και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών συνιστούν το δεύτερο πεδίο προβληματισμού. Στην περίπτωση αυτή, έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις που προβλέπουν τη συμμετοχή των δυνάμεων της αγοράς στις διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών. Η Ομοσπονδιακή νομοθεσία και οι περισσότερες αντίστοιχες Περιφερειακές αποθαρρύνουν την εισαγωγή ιδιωτικών φορέων εντός του συστήματος. Βέβαια, τα τελευταία έτη παρατηρείται η αυξανόμενη συμμετοχή τους στην παροχή συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι περιπτώσεις σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για κατασκευαστικά έργα πολλαπλασιάζονται, ενώ διαπιστώνεται η συχνή ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς ιδιωτικούς συνεργάτες. Παράλληλα, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση καταβάλλει προσπάθειες προσέλκυσης ιδιωτικών παραγόντων στις απομακρυσμένες επαρχίες της χώρας, με σκοπό την κάλυψη των σχετικών αναγκών. Γενικότερα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως η ευρύτερη εισαγωγή ιδιωτικών δυνάμεων στο καναδικό σύστημα υγείας θα οδηγήσει σε μεγέθυνση του κόστους, το οποίο ήδη θεωρείται υψηλό σύμφωνα με πλήθος αρμοδίων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος της Βάσης Δεδομένων MIS και τα κριτήρια ανάπτυξης της

Ο λόγος δημιουργίας της Βάσης Δεδομένων MIS στον Καναδά (The Canadian MIS Database, CMDB) έγκειται στη συγκέντρωση των οικονομικών και των στατιστικών δεδομένων των νοσοκομείων ανά τη канаδική επικράτεια. Παράλληλα, περιλαμβάνει περιορισμένο όγκο δεδομένων και για τις Υγειονομικές Περιφέρειες. Ένα προκαθορισμένο πλαίσιο διαδικασιών καθορίζει τη συλλογή των δεδομένων και συντονίζει την καθημερινή καταγραφή στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν τους οργανισμούς υγείας. Αυτό το πλαίσιο διαδικασιών είναι γνωστό ως «Τα Κριτήρια για την Διαχείριση των Πληροφοριακών Συστημάτων στους Καναδικούς Οργανισμούς Υγείας» (The Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations, C.I.H.I., 2006)¹⁸⁸

Ουσιαστικά, τα κριτήρια αυτά συνιστούν τη βάση ανάπτυξης των σχετικών πληροφοριακών συστημάτων. Καθορίζουν το είδος και το πλήθος των απαιτούμενων δεδομένων, τον τρόπο ομαδοποίησης και επεξεργασίας αυτών καθώς επίσης και τον τρόπο ανάλυσης και χρήσης τους προκειμένου να επιτευχθεί η ενίσχυση των ευρύτερων διαχειριστικών λειτουργιών. Η διαμόρφωση των κριτηρίων βασίστηκε στη διασύνδεση και στη συνέχεια των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα εξασφάλισε τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο σύνολο των μονάδων υγείας. Ως τα κυριότερα χαρακτηριστικά των κριτηρίων αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Λογιστικό Σχέδιο (η μέθοδος κωδικοποίησης των δεδομένων επιτρέπει την εφαρμογή των διαδικασιών σε διαφορετικές μονάδες παροχής υπηρεσιών).
- Αρχές και διαδικασίες Λογιστικής (διασφαλίζεται η συνάφεια με τις γενικώς αποδεκτές Λογιστικές Αρχές, οι οποίες περιέχονται στον Οδηγό του Καναδικού Ιδρύματος των Ορκωτών Λογιστών¹⁸⁹).
- Σύστημα μέτρησης της εντάσεως εργασίας (το σύστημα¹⁹⁰ επεξεργάζεται τα δεδομένα που προκύπτουν από την καταγραφή του εργασιμίου χρόνου, ενώ παράλληλα καθορίζει μία μέθοδο μέτρησης των εκροών).
- Δείκτες (συγκεκριμένοι δείκτες που καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα δύναται να χρησιμοποιηθούν σε ζητήματα σχεδιασμού, ελέγχου και μέτρησης της αποδοτικότητας).

Γενικά, η Βάση Δεδομένων περιλαμβάνει στοιχεία για όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες¹⁹¹, για το σύνολο σχεδόν των δημόσιων¹⁹² νοσοκομείων καθώς επίσης και

¹⁸⁸ Canadian MIS Database, Hospital Financial Performance Indicators 1999-2000 to 2003-2004 and Preliminary 2004-2005 (http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_150_E)

¹⁸⁹ Handbook of the Canadian Institute of Chartered Accountants

¹⁹⁰ Time tracking management system

για πλήθος ιδιωτικών¹⁹³ νοσοκομείων. Σκοπό της δημιουργίας της Βάσης Δεδομένων MIS αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας και της συγκρισιμότητας των δεδομένων, μέσω των οποίων θα επιτευχθεί ο αποδοτικότερος διοικητικός σχεδιασμός, η ακριβέστερη αξιολόγηση ευρύτερων ζητημάτων, η καλύτερη εκτίμηση της χρήσης των πόρων και των λειτουργικών δαπανών.

Διαδικασίες, αξιολόγηση του επιπέδου πληροφοριών και σχετικά προβλήματα

Οι περισσότερες Περιφερειακές και Επαρχιακές Αρχές καταθέτουν το φάκελο δεδομένων τους μέσω των αντίστοιχων Περιφερειακών Υπουργείων Υγείας. Επιπρόσθετα, ο φάκελος δεδομένων του κάθε ιδρύματος αναγράφει τον αριθμό μητρώου του, την ονομασία του, τη διεύθυνση του, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών του, το μέγεθος και το καθεστώς ιδιοκτησίας του. Παράλληλα, η Βάση Δεδομένων περιέχει πληροφορίες σχετικά με τον ετήσιο ισολογισμό του κάθε ιδρύματος, ενώ καταχωρεί και κατανέμει τα οικονομικά και τα στατιστικά δεδομένα βάσει κέντρων κόστους (functional centres), κατηγοριών δαπανών και πηγών εσόδων. Τα κέντρα κόστους ουσιαστικά αναφέρονται στις κύριες λειτουργίες των ιδρυμάτων, οι οποίες περιλαμβάνουν τις διοικητικές και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες, την παροχή εξωνοσοκομειακών, νοσηλευτικών, κοινωνικών, διαγνωστικών υπηρεσιών κ.ά. Κατά τον ίδιο τρόπο, η μέτρηση της εντάσεως εργασίας και η καταγραφή των σχετικών δεδομένων πραγματοποιείται ανά κέντρο κόστους.

Το έτος 1995 το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία ξεκίνησε την εισαγωγή στοιχείων στη Βάση Δεδομένων MIS. Στοιχεία σχετικά με τα προηγούμενα έτη διατηρούνταν από τη Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά. Βέβαια, τα έτη 1995 έως 1997 διαπιστώθηκε περιορισμένη ανταπόκριση σχετικά με την υποβολή δεδομένων, οπότε και το σύνολο των διαθέσιμων στοιχείων θεωρείται ανεπαρκές. Αντίθετα, τα μεταγενέστερα έτη σημειώθηκε ευρύτερη ανταπόκριση των νοσοκομείων, πολλά εκ των οποίων όμως δεν κατέθεσαν πλήρη στοιχεία. Ένα άλλο σοβαρό ζήτημα αποτελεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι οργανισμοί ακολουθούν τα κριτήρια της Βάσης Δεδομένων και τις Γενικά Αποδεκτές Λογιστικές Αρχές (Generally Accepted Accounting Principles, GAAP). Συγκεκριμένα, οι περιφέρειες και οι επαρχίες δεν προβλέπουν την κατανομή των περιφερειακών διοικητικών δαπανών και των δαπανών για λοιπές κοινές υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία κατανέμει τις προαναφερόμενες δαπάνες με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται ο υπολογισμός των δεικτών απόδοσης. Γενικότερα, όταν οι συνθήκες επιβάλλουν το μετασχηματισμό των δεδομένων με σκοπό την τήρηση των κριτηρίων της Βάσης, τότε πραγματοποιούνται όλες οι απαιτούμενες ενέργειες¹⁹⁴.

Αρκετά από τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται από την περιορισμένη κατάθεση δεδομένων αντιμετωπίζονται μέσω της επιπρόσθετης στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων των δεικτών. Έπειτα από την ολοκλήρωση της ανάλυσης, τα

¹⁹¹ Τα νοσοκομεία τα οποία υπάγονται σε κάποια αντίστοιχη Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή καταθέτουν επίσης δεδομένα περιφερειακού επιπέδου.

¹⁹² Περιλαμβάνονται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

¹⁹³ Η Βάση Δεδομένων δεν περιέχει στοιχεία για συγκεκριμένα εξειδικευμένα ιδιωτικά νοσοκομεία.

¹⁹⁴ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περιφέρεια του Κεμπέκ, η οποία δεν ακολουθεί τα κριτήρια της Βάσης Δεδομένων και η υποβολή των σχετικών στοιχείων της βασίζεται σε διαφορετική τυποποίηση.

ιδρύματα και οι οργανισμοί που παρουσιάζουν ελλιπή φάκελο δεδομένων αποκλείονται από τη διαδικασία εξαγωγής λοιπών δεικτών. Στην περίπτωση κατά την οποία τα ιδρύματα εμφανίζουν τμές δεικτών εκτός των προκαθορισμένων ανώτατων ή κατώτατων ορίων, οι επιλογές περιορίζονται στη διεξαγωγή επιπρόσθετης ανάλυσης των δεδομένων τους ή στον αποκλεισμό τους από τη διαδικασία εξαγωγής των αποτελεσμάτων.

Ο παρακάτω πίνακας (Π.1) παρουσιάζει την κλίμακα βάσει της οποίας αξιολογείται η ποιότητα των υποβαλλόμενων δεδομένων των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.1

Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας των δεδομένων των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Κυβερνήσεων

ΒΑΘΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
1	Η ποιότητα δεν δημιουργεί προβλήματα στην ανάλυση των δεδομένων.
2	Υποτυπώδη ζητήματα ποιότητας σχετικά με ορισμένες κατηγορίες Λογαριασμών, τα οποία πιθανόν να επηρεάσουν οριακά την ανάλυση των δεδομένων αυτών των κατηγοριών.
3	Υποτυπώδη ζητήματα ποιότητας σχετικά με πλήθος κατηγοριών Λογαριασμών, τα οποία πιθανόν να επηρεάσουν την ανάλυση των δεδομένων αυτών των κατηγοριών.
4	Ουσιαστικά ζητήματα ποιότητας σχετικά με ορισμένες κατηγορίες Λογαριασμών, τα οποία επηρεάζουν την ανάλυση των δεδομένων αυτών των κατηγοριών.
5	Ουσιαστικά ζητήματα ποιότητας σχετικά με πλήθος κατηγοριών Λογαριασμών, τα οποία επηρεάζουν την ανάλυση των δεδομένων αυτών των κατηγοριών και πιθανόν την εγκυρότητα των δεικτών που προκύπτουν.
6	Ουσιαστικά ζητήματα ποιότητας σχετικά με πλήθος κατηγοριών Λογαριασμών, τα οποία επηρεάζουν την ανάλυση των δεδομένων αυτών των κατηγοριών και την εγκυρότητα των δεικτών που προκύπτουν.
7	Βασικά ζητήματα ποιότητας, τα οποία επηρεάζουν τη διεξαγωγή της ανάλυσης και την ερμηνεία των δεικτών.
8	Η ποιότητα των δεδομένων περιορίζει τις δυνατότητες ανάλυσης τους καθώς επίσης και τα συμπεράσματα που δύναται να εξαχθούν μέσω των δεικτών.
9	Η ποιότητα των δεδομένων περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες ανάλυσης τους και καθιστά πλήθος δεικτών μη αξιοποιήσιμους.
10	Η ποιότητα των δεδομένων δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή ανάλυσης.

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2006

Ωστόσο, ο Πίνακας Π.2 εμφανίζει τη βαθμολόγηση των Περιφερειακών και των Επαρχιακών Αρχών βάσει της προαναφερόμενης κλίμακας αξιολόγησης. Η βαθμολόγηση αυτή αφορά την κατάθεση δεδομένων για το οικονομικό έτος 2003-2004 και προκύπτει από την εξέταση διαφόρων παραμέτρων, όπως καθορίζουν οι διαδικασίες λειτουργίας της Βάσης Δεδομένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.2

*Βαθμολόγηση της ποιότητας δεδομένων ανά Περιφέρεια και Επαρχία
βάσει συγκεκριμένων παραμέτρων κατά το έτος 2003-2004*

Περιφέρεια/ Επαρχία (Jurisdiction)	Συγκρισιμότητα (Comparability)	Κάλυψη (Coverage)	Μη Ανταπόκριση (Item Non Response)	Σφάλμα Μέτρησης (Measurement Error)	Σχετικότητα (Relevance)	Εγκαιρη Ανταπόκριση (Timeliness)	Συνολική Βαθμ/ση (Overall Grade)
Νέα Γη και Λαμ/ρ	3	1	5	7	1	1	4
Νήσος του Πρ/πα Εδ/δου	5	1	9	10	8	1	9
Νέα Σκ/τία	2	1	5	7	3	4	4
Νέα Βρ/κη	1	1	4	5	1	1	3
Κεμ/κ	5	4	4	9	10	9	6
Ον/ριο	1	1	3	5	1	1	3
Μαν/πα	3	1	4	8	1	2	4
Σασκ/ν	2	3	8	9	1	1	7
Αλ/τα	2	1	6	8	1	10	6
Βρετ/κή Κολ/βία	2	2	6	7	1	1	5
Γιούκον	3	8	4	7	10	1	5
Βορ/κά Εδάφη Νούν/τ ¹⁹⁵	4	1	7	10	10	1	5

ΠΗΓΗ: C.I.H.I., 2006

Το έτος 2003-2004 το 98% του συνόλου των νοσοκομείων κατέθεσε δεδομένα στο Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία. Τα νοσοκομεία αυτά παράλληλα αντιπροσωπεύαν σχεδόν το σύνολο (99%) των νοσοκομειακών κλινών εντός του καναδικού συστήματος υγείας. Ο βαθμός ανταπόκρισης των νοσοκομειακών μονάδων στη διαδικασία υποβολής στοιχείων αυξήθηκε σημαντικά, αρκεί να σημειωθεί πως το έτος 1995-1996 το ποσοστό των νοσοκομείων που κατέθεσε δεδομένα ανερχόταν στο 51% του συνόλου αυτών.

Το Καναδικό Ίδρυμα Πληροφοριών για την Υγεία διατηρεί λίστα των νοσοκομείων που καταθέτουν δεδομένα, η οποία ανανεώνεται δύο φορές το χρόνο¹⁹⁶ σε

¹⁹⁵ Η Επαρχία του Νούναβουτ δεν κατέθεσε φάκελο δεδομένων.

¹⁹⁶ Δύο φορές το χρόνο διατυπώνεται σχετικό ερώτημα προς τις Περιφερειακές και τις Επαρχιακές Αρχές.

περίπτωση ύπαρξης πιθανών αλλαγών¹⁹⁷. Φυσικά, η Βάση Δεδομένων δεν περιέχει στοιχεία για ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, κοινοτικά ιατρικά κέντρα και κέντρα παροχής υπηρεσιών οικιακής φροντίδας.

Οι Περιφερειακές και οι Επαρχιακές Αρχές υποβάλλουν στοιχεία για κάθε οικονομικό έτος, το οποίο καλύπτει την περίοδο από 1 Απριλίου έως 31 Μαρτίου του επόμενου έτους. Η κατάθεση των δεδομένων πραγματοποιείται μέσω της χρήσης αρχείου κειμένου ή φύλλων excel. Στη συνέχεια τα δεδομένα εξετάζονται λεπτομερώς και εισάγονται στη Βάση, ενώ ακολουθεί ο υπολογισμός των σχετικών δεικτών. Επίσης, η επεξεργασία των δεδομένων περιλαμβάνει την εισαγωγή διορθώσεων, βάσει των οποίων συντάσσεται μια έκθεση και αποστέλλεται στα αντίστοιχα Περιφερειακά και Επαρχιακά Υπουργεία Υγείας. Η έκθεση αυτή, ουσιαστικά, συνιστά το προσχέδιο για τη σύνταξη της «Περιφερειακής Αναφοράς για τον Έλεγχο της Ποιότητας των Δεδομένων» (Data Quality Monitoring Report). Η σχετική Αναφορά επισημαίνει τα σημαντικότερα προβλήματα που αφορούν την ποιότητα των υποβαλλόμενων στοιχείων καθώς επίσης εισάγει προτάσεις με στόχο τη βελτίωση των πρακτικών υποβολής δεδομένων. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας σε επίπεδο περιφέρειας αλλά και στοιχεία συγκριτικών μελετών.

Σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας της Βάσης Δεδομένων εντοπίζεται υψηλός βαθμός ανταπόκρισης των Περιφερειακών Αρχών στη σχετική διαδικασία. Παράλληλα, διαπιστώνεται διακύμανση εξαρτημένων απαντήσεων και σφάλμα απλών (μη εξαρτημένων) απαντήσεων, διότι πλήθος φορέων αδυνατεί να καταθέσει τιμές ακόμη και για τον ελάχιστο απαιτούμενο όγκο δεδομένων. Ωστόσο, τα νοσοκομεία που δεν καταθέτουν στοιχεία αναφέρονται στο αντίστοιχο Περιφερειακό Υπουργείο μέσω της «Περιφερειακής Αναφοράς για τον Έλεγχο της Ποιότητας των Δεδομένων».

Τα καναδικά νοσοκομεία λειτουργούν υπό ποικίλες νομικές μορφές. Σε ορισμένες περιφέρειες τα νοσοκομεία υπάγονται νομικώς στην αντίστοιχη Υγειονομική Αρχή, ενώ σε άλλες περιφέρειες το ίδιο το νοσοκομείο συνιστά νομικό πρόσωπο. Στην περίπτωση κατά την οποία μονάδα ανάλυσης αποτελεί το νομικό πρόσωπο οι δείκτες που υπολογίζονται εκφράζουν:

- Το Συνολικό Κέρδος (Total Margin).
- Την Τρέχουσα Ρευστότητα (Current Ratio).
- Τις Δαπάνες Διοικητικών Υπηρεσιών επί των Συνολικών Δαπανών (Administrative Services Expense as a Percentage of Total Expense).
- Τις σχετικές Δαπάνες με τα Πληροφοριακά Συστήματα επί των Συνολικών Δαπανών (Information Systems Expense as a Percentage of Total Expense).
- Τη Μέση Ηλικία του Εξοπλισμού (Average Age of Equipment).

Όταν μονάδα ανάλυσης αποτελεί το ίδιο το νοσοκομείο, ανεξαρτήτως της μορφής νομικού προσώπου, οι δείκτες που υπολογίζονται είναι:

- Οι Εργάσιμες ώρες¹⁹⁸ του Ανθρώπινου Δυναμικού¹⁹⁹ των Τμημάτων (Κέντρων Κόστους) που σχετίζονται με τη Φροντίδα του Ασθενή επί των Συνολικών Ωρών

¹⁹⁷ Οι αλλαγές αυτές πιθανόν να σχετίζονται με αυξομειώσεις του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών, διακοπή λειτουργίας ή συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων κ.ά.

Εργασίας (Unit-Producing Personnel (UPP) Worked Hours for Patient Care Functional Centres as a Percent of Total Worked Hours).

- Το Κόστος ανά Σταθμισμένη Περίπτωση (Cost per Weighted Case)
- Οι Εργάσιμες ώρες του Ανθρώπινου Δυναμικού που σχετίζεται με την Παροχή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σε Εσωτερικούς Ασθενείς ανά Σταθμισμένη Περίπτωση (Nursing Inpatient Services Unit-Producing Personnel (UPP) Worked Hours per Weighted Case).
- Οι Εργάσιμες ώρες του Ανθρώπινου Δυναμικού που σχετίζεται με την Παροχή Διαγνωστικών Υπηρεσιών ανά Σταθμισμένη Περίπτωση (Diagnostic Services Unit-Producing Personnel (UPP) Worked Hours per Weighted Case).
- Οι Εργάσιμες ώρες του Ανθρώπινου Δυναμικού που σχετίζεται με την Παροχή Εργαστηριακών Υπηρεσιών ανά Σταθμισμένη Περίπτωση (Clinical Laboratory Unit-Producing Personnel (UPP) Worked Hours per Weighted Case).
- Οι Εργάσιμες ώρες του Ανθρώπινου Δυναμικού που σχετίζεται με την Παροχή Φαρμακευτικών Υπηρεσιών ανά Σταθμισμένη Περίπτωση (Pharmacy Unit-Producing Personnel (UPP) Worked Hours per Weighted Case).

Γενικότερα, θα πρέπει να σημειωθεί πως κυρίαρχο στόχο για κάθε νοσοκομείο που υποβάλλει στοιχεία στο πλαίσιο καταχώρησης τους στη Βάση Δεδομένων MIS συνιστά ο υπολογισμός του ολικού κόστους φροντίδας του εσωτερικού ασθενή (full inpatient cost). Ο υπολογισμός του κόστους αυτού προϋποθέτει την τήρηση συγκεκριμένων διαδικασιών και βασίζεται σε συγκεκριμένη μεθολογία.

¹⁹⁸ Το διάστημα αυτό αναφέρεται στις ώρες που απαιτούνται έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η διευθέτηση των υποχρεώσεων του κάθε τμήματος (κέντρου κόστους).

¹⁹⁹ Περιλαμβάνει το προσωπικό το οποίο απαιτείται έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η διευθέτηση των υποχρεώσεων του κάθε τμήματος.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Applied Management in association with Fraser Group Tristat Resources, “*Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*”, Health Canada, Ottawa, 2000, Executive Summary
- Bickerton J., “*Reforming health care governance: The case of Nova Scotia*”, Journal of Canadian Studies, 1999. p.23
- Canadian Institute for Health Information, “*Canada's Health Care Providers, 2007*”, Ottawa: CIHI, 2007
- Canadian Institute for Health Information, “*Canadian MIS Database Hospital Financial Performance Indicators 1999-2000 to 2003-2004 and Preliminary 2004-2005, Methodological Notes*”, Ottawa: CIHI, 2006
- Canadian Institute for Health Information, “*Health Care in Canada*”, Ottawa: CIHI, 2001, p.27
- Canadian Institute for Health Information, “*Hospital Trends in Canada*”, Ottawa: CIHI, 2005
- Canadian Institute for Health Information, “*Medical Imaging in Canada*”, Ottawa: CIHI, 2003
- Canadian Institute for Health Information, “*National Health Expenditure Trends 1975-2007*”, Ottawa: CIHI, 2007
- Canadian Institute for Health Information, “*Pan Canadian Primary Health Care Indicators*”, Report 1, Volume 1, Ottawa: CIHI, 2006
- Canadian Labour and Business Centre, “*Physician Workforce in Canada: Literature Review and Gap Analysis*”, Final Report, Task Force Two: A Physician Human Resource Strategy for Canada, Ottawa, 2003
- Dubé G., “*Competing for the Retail Drug Market*”, Statistics Canada, Catalogue no.11-621-MIE, Ottawa, 2006
- Federal/Provincial/Territorial Ministerial Task Force, “*National Pharmaceuticals Strategy Progress Report*”, Health Canada, Ottawa, 2006, Executive summary
- Folland S. - Goodman AC - Stano M., “*The Economics of Health and Health Care*”, 4th edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 2001, p.84
- Fyke K.J., “*Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*”, Commission on Medicare, Saskatchewan, 2001, Appendix B

- Health Canada. "Canada Health Act Annual Report 2005-2006", Ottawa, 2006
- Health Canada. "Canada's Health Care System", Ottawa, 2005, pp.2-9
- Health Council of Canada, "Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change", Toronto, 2005, pp.16-20
- Kirby/Le Breton, "The Health of Canadians – The Federal Role, Final Report, Volume Six: Recommendations for Reform", The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002, Appendix A
- Lewis S, Kouri D. "Regionalization: making sense of the Canadian experience" HealthcarePapers, Vol.5, no.1, 2004, p.25
- Marchildon GP., "Canadian health system reforms: lessons for Australia?", Australian Health Review, 2005, 29 (1):105-119
- Marchildon GP., "Health Systems in Transition: Canada", Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.7 No.3, 2005
- Mazankowski D., "A Framework for Reform", The Premier's Advisory Council on Health, Alberta, 2001, pp.40-71
- McKillop I, Pink GH, Johnson L., "The financial management of acute care in Canada: a review of funding, performance monitoring and reporting practices", Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2001.pp.17-18
- Mhatre SL, Deber RB., "From equal access to health care to equitable access to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports", International Journal of Health Services, 1992, 22(4):645-68
- O.E.C.D., "OECD Health Data 2006", Paris, 2006
- O.E.C.D., "OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries", Paris, 2007
- Robertson E.C., "Major Trends in Health Legislation in Canada 2001-2005", Pan American Health Organization Regional Office of the World Health Organization, Washington, 2006, pp.9-11
- Romanow R.J., "Building on Values, The Future of Health Care in Canada", Final Report, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, pp.247-255
- Saint-Pierre Y., Tully P., "Downsizing Canada's hospitals, 1986/87 to 1994/95", Statistics Canada, Vol. 8 No. 4, 1997, Abstract
- Statistics Canada, CANSIM, Tables 105-3039, Ottawa, 2007

Statistics Canada. *CENSUS 2006*, Ottawa, 2006

Statistics Canada. “*Findings from the Health Services Access Survey*”, various tables
Catalogue no 82-575-XIE, Ottawa. 2006

The Advisory Committee On Governance and Accountability (ACGA), “*Plan for Reporting Comparable Health Indicators in November 2004*”, Ottawa, 2004, p.3

W.H.O., “*The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*”,
Geneva, 2000, pp. 23-46, 176-200

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Θεοδώρου Μ.- Σαρρής Μ.- Σούλης Σ., « Συστήματα Υγείας», Αθήνα. Εκδ. Παπαζήση, 2001, σελ. 70.78

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.cpha.ca/en/about/offices.aspx>

http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/index_e.html

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/plan/credentials-criteres_e.html

http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/faq_e.html

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/infostructure/hist/index_e.html

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/7263.html>

http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/federal_strategy_e.html

http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index.html#corpsec

http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/faq_e.html

<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/english/view.asp?x=272#1>

<http://www.hmirc-ccrmd.gc.ca/english/index.shtml>

<http://www.genomecanada.ca/xcorporate/about/index.asp?l=e>

http://www.chsrf.ca/about/do_statement_purpose_e.php

<http://statcan.ca/>

<http://www.infoway-inforoute.ca/en/WhoWeAre/Overview.aspx>

<http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile>

<http://www.ccdt.ca/english/home.html>

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=profile_e

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/about/FAQ.html>

http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=3

http://www.bloodservices.ca/CentreApps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/page/About%20Us?OpenDocument&CloseMenu

<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/952-e.htm#1Provincialtxt>