

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΣΕ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΑΥ) ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΙΑΣ
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΙΑΣ, ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΣΘΟΝΙΑΣ

Χρήστος Μπουρσανίδης
Υπεύθυνος Σπουδών & Έρευνας ΕΣΔΔ

Athens, 15-2-2015

Σύστημα Υγείας και Ταμεία Υγείας στη Γερμανία

1. Επισκόπηση του συστήματος υγείας της Γερμανίας

Το σύγχρονο γερμανικό σύστημα υγείας χρονολογείται από το 1983 με τη θέσπιση ειδικού νόμου από τον Otto von Bismarck που καθιερώνει την υποχρεωτική Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (GKV). Η Γερμανία, συνεπώς, θεωρείται η πρώτη χώρα η οποία εισήγαγε το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, το αποκαλούμενο «μοντέλο Bismarck» και ως εκ τούτου εμφανίζεται διεθνώς στη συγκριτική περιγραφή και ανάλυση των συστημάτων και πολιτικών υγείας και ειδικότερα στις τυπολογικές προσεγγίσεις ως ο τυπικός εκπρόσωπος αυτού του μοντέλου.

Η σημερινή δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας, ως προϊόν μίας μακρόχρονης εξελικτικής διαδικασίας προσδιορισμένης εμφανώς από το «αρχέτυπο Bismarck» και στηριζόμενης στις θεσμικές διαπλαστικές αρχές της κοινωνικής αυτοδιοίκησης, της επικουρικότητας και της κορπορατιστικής συγκρότησης δομών και φορέων, παρουσιάζει τα εξής βασικά διαχρονικά χαρακτηριστικά (Busse 2013, Busse/Blümel 2014, Rosebrock/Gerlinger 2010):

(1) Το πρώτο χαρακτηριστικό αναφέρεται στο πολύπλοκο ρυθμιστικό σύστημα κατανομής των εξουσιών και λήψης των αποφάσεων. Πράγματι, μία συστηματική προσέγγιση η οποία αναφέρεται (α) στους μηχανισμούς και διαδικασίες λήψης αποφάσεων, (β) στα επιμέρους επίπεδα λήψης αποφάσεων και την κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ αυτών και (γ) στους αντίστοιχους εμπλεκόμενους φορείς και οργανισμούς, οδηγεί στην αναγνώριση ενός χαρακτηριστικού **πολυεπίπεδου συστήματος διακυβέρνησης**, όπως με ένα παραστατικό τρόπο παρουσιάζεται στο σχήμα 15.

Στο πλαίσιο αυτό, η οργάνωση του συστήματος υγείας στη Γερμανία πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα : Στο ομοσπονδιακό επίπεδο, στο επίπεδο κρατιδίων και στο κορπορατιστικό επίπεδο, ως νόμιμη-θεσμική εκπροσώπηση της κοινωνίας των πολιτών. Η οργανωτική αυτή δομή συνδυάζει τις οριζόντιες-αποκεντρωμένες διαδικασίες λήψης αποφάσεων με την κάθετη διασύνδεση φορέων υλοποίησης των πολιτικών. Συγκεκριμένα, σημαντικές και αποφασιστικού χαρακτήρα αρμοδιότητες και ικανότητες έχουν νομικά εκχωρηθεί σε αυτορρυθμιζόμενους οργανισμούς που βασίζονται στα μέλη τους, δηλαδή τους παρόχους (providers) και τους πληρωτές (payers). Στην προκειμένη περίπτωση, πρόκειται για μία δεύτερη μορφή αποκέντρωσης η οποία στη συναφή βιβλιογραφία αποκαλείται λειτουργική αποκέντρωση, ενώ, σε ό,τι αφορά τα Κρατίδια, ισχύει η πρώτη (και συνήθης) μορφή αποκέντρωσης, αυτή της κάθετης χωρικής διαφοροποίησης της κρατικής διοίκησης.

Πιο αναλυτικά, στο **ομοσπονδιακό επίπεδο**, κύριοι δρώντες είναι η Ομοσπονδιακή Βουλή και το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας. Στο επίπεδο αυτό, καθορίζεται το νομοθετικό πλαίσιο και ορίζονται οι κανόνες λειτουργίας των υποσυστημάτων παραγωγής και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Στο **επίπεδο κρατιδίων (Länder)**, οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες κυρίως για διαχειριστικά και λειτουργικά ζητήματα και ειδικότερα για θέματα σχεδιασμού του νοσοκομειακού τομέα, της χρηματοδότησης των υποδομών του και της λήψης μέτρων για τη δημόσια υγεία. Επισημαίνεται ότι σε κάθε ομόσπονδο Κρατίδιο υφίστανται λειτουργικά διαφοροποιημένα Υπουργεία με αρμοδιότητες σχετικές με θέματα υγείας. Στο **κορπορατιστικό επίπεδο**, τέλος, κύριοι δρώντες είναι οι πάροχοι και οι αγοραστές υπηρεσιών υγείας. Οι πάροχοι και οι αγοραστές υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούν οριζόντιες διαπραγματεύσεις είτε μεταξύ τους σε περιφερειακό ή ομοσπονδιακό επίπεδο, είτε σε κοινές επιτροπές, όπως στην Ομοσπονδιακή Κοινή Επιτροπή.

(2) Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα αποτελεί η θεσμοποίηση διαδικασιών συναίνεσης για την από κοινού λήψη αποφάσεων και επίτευξη δύσκολων συχνά συμφωνιών, ως λειτουργικό προαπαιτούμενο ή ως λογική συνέπεια της κορπορατιστικά δομημένης και αποκεντρωτικής κατανομής των κέντρων λήψης αποφάσεων. Βέβαια, δεν πρόκειται εδώ για μία διαδικασία γραμμική, ακύμαντη και αυτόματη, αλλά για έναν διαρκώς ανανεούμενο συμβιβασμό μεταξύ συγκρουόμενων συμφερόντων, γεγονός το οποίο αντανakλάται ανάγλυφα και στην εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας. Πρέπει όμως ιδιαιτέρως να επισημανθεί ότι στα πλαίσια αυτής της κυβερνητικής και διοικητικής κουλτούρας, **συναίνεση** δεν σημαίνει μόνο από κοινού **επίτευξη συμφωνιών** μεταξύ αντιτιθέμενων και ετερογενών συμφερόντων, αλλά και **αμοιβαία δέσμευση τήρησης των συμφωνηθέντων** και σεβασμός προς αυτές από όλους τους μετόχους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Φυσικά αυτό ισχύει πρωτίστως και κατά μείζονα λόγο για το ίδιο το κράτος (Κυβέρνηση - Υπουργείο - Κεντρική Διοίκηση). Ειδικά, η δεύτερη διάσταση της έννοιας της συναίνεσης, αυτή της αμοιβαίας δέσμευσης τήρησης των συμφωνηθέντων, «προσδίδει στις αποφάσεις το ανάλογο κύρος και στο γερμανικό κράτος τον χαρακτήρα ισχυρού κράτους και την “κρυφή γοητεία” της διοικητικής του κουλτούρας ενώ ίσως αποτελεί και το μυστικό της επιτυχίας και της αυξημένης διοικητικής του ικανότητας» (Μπουρσανίδης 1995).

(3) Το τρίτο χαρακτηριστικό συνίσταται στο γεγονός ότι η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (GKV)¹ αποτελεί το βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας και υπό αυτή την έννοια γίνεται κατανοητό πως κάθε συστηματική προσέγγιση του συστήματος υγείας στη Γερμανία συνδέεται άρρηκτα με τη δομή και λειτουργία της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (GKV), έτσι ώστε το σύστημα υγείας και ειδικότερα η λειτουργία της χρηματοδότησης να ταυτίζεται (σχεδόν) με αυτήν. Θεμέλιο λίθο για το κοινωνικοπολιτικά δομημένο θεσμικό κέλυφος, τη δημόσια χρηματοδότηση και τη θεσμική διασφάλιση των υπηρεσιών υγείας στη Γερμανία αποτελεί η **αρχή του κοινωνικού κράτους (Sozialstaatsprinzip)**, η οποία κατοχυρώνεται στο άρθρο 20 του Συντάγματος. Το βασικό, όμως, νομοθετικό κείμενο που διέπει τα ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι ο **Κοινωνικός Νομοθετικός Κώδικας**, ειδικότερα το κεφάλαιο V (**SGB V**). Στον Κοινωνικό Νομοθετικό Κώδικα, ρυθμίζονται και καθορίζονται λεπτομερώς και με σαφήνεια τόσο ο τρόπος οργάνωσης των αυτορρυθμιζόμενων κορπορατιστικών δομών, όσο και το πλαίσιο των υποχρεώσεων και των εξουσιών σχετικά με την ανάπτυξη του πακέτου παροχών, τον ορισμό των τιμών και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και γενικά με όλα τα επιμέρους στοιχεία που αφορούν στη δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας. Με αυτήν την έννοια, ο Κοινωνικός Νομοθετικός Κώδικας αποτελεί, πράγματι, τον «ακρογωνιαίο λίθο» (Rosenbrock & Gerlinger 2010) της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας και κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί, ως μία θεσμική «καλή πρακτική».

(4) Το τέταρτο χαρακτηριστικό συνίσταται στην παράλληλη συνύπαρξη της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (SHI) και της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (PHI), η οποία εδράζεται στην νομοθετική δυνατότητα επιλογής της ως μορφή υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, από συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών. Με αυτήν την έννοια, η PHI ενέχει ένα χαρακτήρα υποκατάστασης, αντί της συνήθους σχέσης της συμπληρωματικότητας που συναντάται σε άλλες χώρες. Το στοιχείο αυτό αποτελεί συνάμα ένα κρίσιμο σημείο στον επίκαιρο δημόσιο επιστημονικό διάλογο περί μελλοντικής μετεξέλιξης του συστήματος χρηματοδότησης υγείας στη Γερμανία (Jacobs 2013).

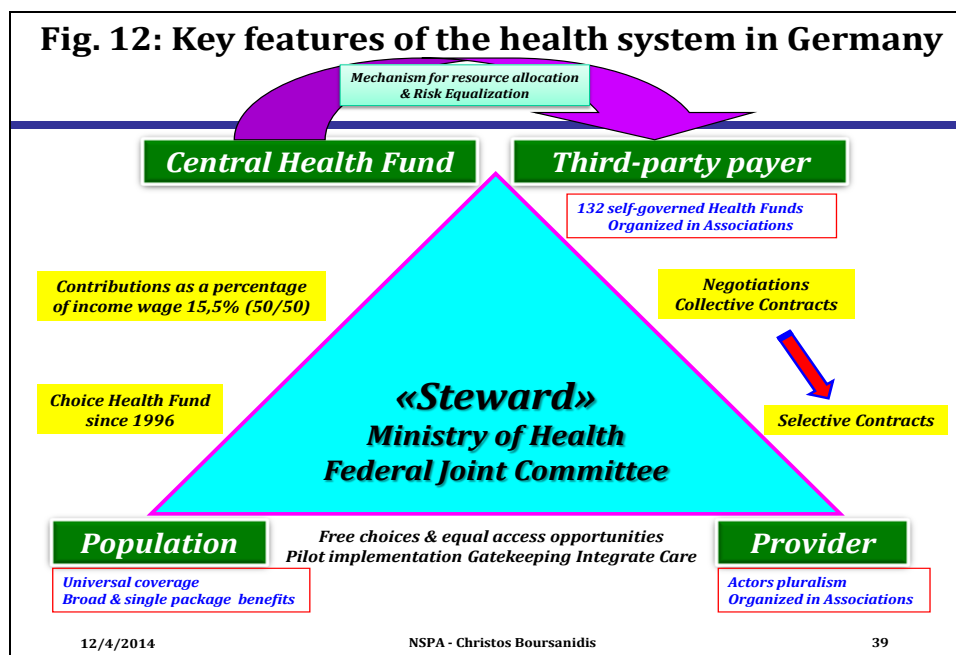
(5) Τέλος, το πέμπτο χαρακτηριστικό, ως απόρροια μίας μακρόχρονης και ιστορικά προσδιορισμένης εξέλιξης του συστήματος υγείας, αναφέρεται στη θεσμική διαμόρφωση των λεγόμενων τομεακών συνόρων στην παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ της εξωνοσοκομειακής και

¹ Πρόκειται για μία ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά του Γερμανικού όρου *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*, ο οποίος προτείνεται ως πιο δόκιμος για την ελληνική επιστημονική συζήτηση αντί του όρου *νόμιμης ή εκ του νόμου (Statutory)* ή ενίοτε στην βιβλιογραφία επίσης αναφερόμενου όρου, *υποχρεωτικής (Mandatory)*.

νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, θέματα και διαδικασίες που αφορούν στο σχεδιασμό, την κατανομή πόρων, την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και την χρηματοδότηση ρυθμίζονται ξεχωριστά, για τον τομέα παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τους συμβεβλημένους ιατρούς (office-based physicians) και για τον τομέα νοσηλείας από τα Νοσοκομεία. Η δημιουργία αυτών των μέχρι πρότινος ερμητικά κλειστών και διαφοροποιημένων υποσυστημάτων αξιολογείται (Rosenbrock & Gerlinger 2010) ως ένα από τα αρνητικά και αδύναμα σημεία στη δομή και λειτουργία του συστήματος διότι:

1. Περιπλέκει τη διαδικασία της απρόσκοπτης παροχής υγειονομικής περίθαλψης, η οποία εμφανίζεται προβληματική κυρίως σε περιπτώσεις πολιτών με χρόνιες παθήσεις και πολυπαραγοντικά περιστατικά.
2. Αυξάνει την ποσότητα μορφών εξειδικευμένης περίθαλψης
3. Αυξάνει τις συνολικές δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης

Διάφορες μεταρρυθμίσεις προσφάτως έχουν προσπαθήσει να μειώσουν τα τομεακά σύνορα και να αμβλύνουν τα εμπόδια συνέργειας μεταξύ τους. Ενδεικτικά, αναφέρεται η προσπάθεια δημιουργίας ενός νέου ενδιάμεσου τομέα για ιδιαίτερα εξειδικευμένες μορφές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, που χρονολογείται από το 2012. Άξια επισήμανσης σημεία αποτελούν οι καινοτόμες θεσμικές απαντήσεις στο πρόβλημα (1) που οδήγησαν στην ανάπτυξη και εισαγωγή αφενός ειδικών προγραμμάτων δομημένων προφίλ περίθαλψης, γνωστά ως «Disease Management Programmes» (DMP) και αφετέρου στη σύναψη επιλεκτικών συμβάσεων «ολοκληρωμένης φροντίδας» (Schreyögg / Busse 2010).



Πηγή: Μπουρσανίδης 2014 εμπλουτισμένο με στοιχεία από Busse et al. 2010

Στο πλαίσιο αυτών των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων αναδείχθηκε ο σημαντικός ρόλος των Ταμείων Υγείας στην άσκηση μάνατζμεντ στο σύστημα υγείας. Είναι πρόδηλο ότι ενώ η σύναψη επιλεκτικών συμβάσεων αναφέρεται στη διάσταση του μάνατζμεντ συμβάσεων (Contract management) και παραπέμπει στην άσκηση του ρόλου του αγοραστή, στο πεδίο παρέμβασης αυτό αναδεικνύεται μία δεύτερη διάσταση, αυτή του μάνατζμεντ της εφοδιαστικής αλυσίδας παροχής υπηρεσιών υγείας (Versorgungsmanagement).

Μία προσπάθεια συνθετικής προσέγγισης των επιμέρους βασικών δομικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας και σχηματικής απεικόνισης αυτών οδηγεί στη διαμόρφωση του σχήματος 12. Η περιεκτική αξία αυτού του σχήματος έγκειται, κυρίως, στη συστηματική επί τη βάσει του γνωστού «τριγωνικού μοντέλου», παρουσίαση αυτών ως μίας οργανωμένης πολυπλοκότητας: (α) των τριών διαστάσεων ή λειτουργιών του συστήματος υγείας (β) των συναφών εμπλεκόμενων βασικών παικτών (γ) των σχέσεων μεταξύ αυτών και ενδεικτικά (δ) των επιμέρους μηχανισμών και εργαλείων που αναφέρονται σε συγκεκριμένες ρυθμίσεις σε κάθε μία από τις τρεις αναδυόμενες ή διαμορφούμενες «οιονεί αγορές». Αυτή η δομημένη συνοπτική παρουσίαση δύναται επίσης να αποτελέσει το χρήσιμο αναλυτικό πλαίσιο αναφοράς για την κατανόηση των επιμέρους αναλυτικών σημείων και περιγραφών που θα ακολουθήσουν.

2. Θεσμική διάπλαση λειτουργιών χρηματοδότησης

2.1 Η λειτουργία της ασφαλιστικής κάλυψης

Ποιος καλύπτεται: Η κάλυψη είναι καθολική για όλους τους νόμιμους κατοίκους. Η καθολική κάλυψη διασφαλίζεται διότι από το 2009 η ασφάλιση υγείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους. Ειδικότερα, η κοινωνική ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όσους πολίτες έχουν μηνιαίο εισόδημα < €4.237,50 (ή ετήσιο εισόδημα < €50.850). Όσοι έχουν εισόδημα υψηλότερο από τα αναφερόμενα όρια έχουν τη δυνατότητα παραμονής ή επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Συνολικά περίπου το 85% του πληθυσμού καλύπτεται από την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας η οποία καλύπτει δωρεάν και τα προστατευόμενα μέλη των άμεσα ασφαλιζόμενων και το 10% από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Το υπόλοιπο ποσοστό (όπως στρατιωτικοί, αστυνομικοί) καλύπτεται από ειδικά προγράμματα.

Ωστόσο, η **μακροχρόνια φροντίδα υγείας**, ως ένα λειτουργικά διαφοροποιημένο φάσμα αναγκών υγείας, καλύπτεται από το 1995 από ξεχωριστό κλάδο ασφάλισης, η οποία είναι υποχρεωτική για ολόκληρο τον πληθυσμό και συνήθως παρέχεται από τον ίδιο φορέα, ο οποίος παρέχει την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Προβλέπονται ειδικές εισφορές για τη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας, υπολογιζόμενες ως ποσοστό του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού (1,95%) και οι παροχές της λαμβάνονται είτε σε είδος είτε σε χρήμα (Blümel 2012).

Τι καλύπτεται: Το πακέτο παροχών στη Γερμανία προσανατολιζόμενο στον βασικό κανόνα κάλυψης «όλων των υγειονομικά ενδεδειγμένων και κοινωνικά αποδεκτών υπηρεσιών υγείας» είναι αρκετά εκτεταμένο και καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας τόσο σε είδος όσο και σε χρήμα. Ενώ το γενικό περιεχόμενο του πακέτου παροχών καθορίζεται νομοθετικά, η λεπτομερής εξειδίκευση αυτών αποφασίζεται από την Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή. Κάθε αλλαγή αυτόματα εμπεριέχεται στον Κοινωνικό Νομοθετικό Κώδικα και λόγω του δεσμευτικά ενιαίου χαρακτήρα του στους επικαιροποιημένους Κανονισμούς Παροχών όλων των επιμέρους Ταμείων Υγείας.

2.2 Πηγές εσόδων και μηχανισμοί συλλογής εσόδων

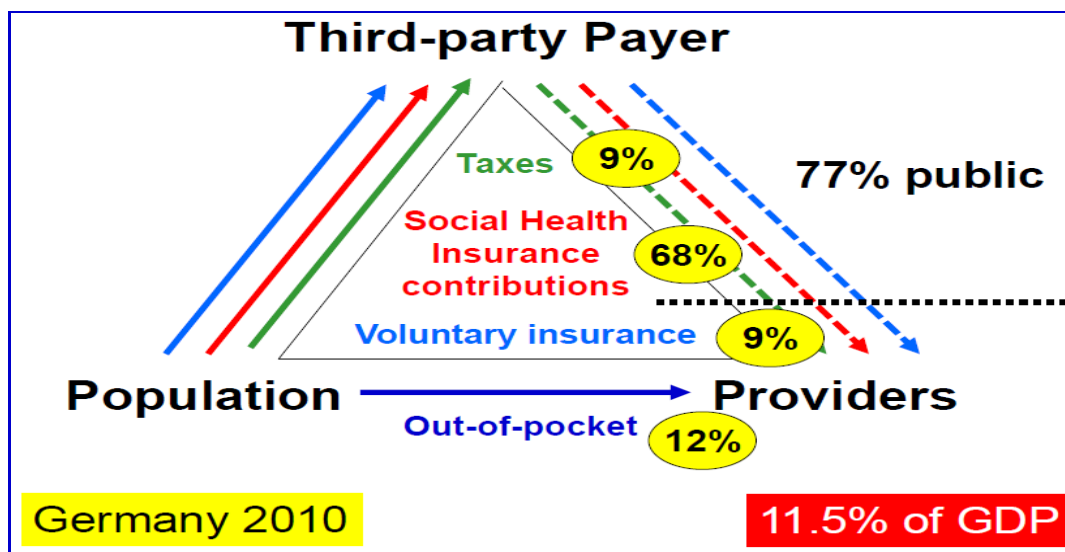
Το σύστημα υγείας στη Γερμανία είναι ένα δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 13, το 2010 οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονταν στο 77% των συνολικών δαπανών, εκ των οποίων οι δαπάνες της Κοινωνικής ασφάλισης υγείας αντιπροσώπευαν το 68% ενώ οι δαπάνες του συστήματος γενικής φορολογίας μόλις ένα 9%. Η συμμετοχή της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ανέρχεται στο 9% και τέλος οι λεγόμενες “Out-of-pocket” δαπάνες αγγίζουν το 12% των συνολικών δαπανών. Εμφανώς λοιπόν, η GKV(statutory health insurance) αποτελεί τον

βασικό πυλώνα ανάληψης χρηματοδοτικής ευθύνης στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Λογική συνέπεια είναι οι κοινωνικές εισφορές να αποτελούν και τη βασική πηγή χρηματοδότησης.

Με ισχύ από το 2011 ο ενιαίος συντελεστής εισφορών επιβάλλεται νομοθετικά και ορίστηκε σε 15%. Οι ασφαλισμένοι εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι συνεισφέρουν ένα 8,2% του ακαθάριστου μισθού τους, ενώ οι εργοδότες ή το Ταμείο Συντάξεων προσθέτει άλλο ένα 7,3%, έτσι ώστε η συνδυασμένη μέγιστη συνεισφορά να είναι περίπου €610 /μήνα. Πρέπει να επισημανθεί ότι η ρύθμιση αυτή παραβιάζει για πρώτη φορά την ιστορικά προσδιορισμένη θεσμική σταθερά της ισομερούς 50:50 ανάληψης χρηματοδοτικής ευθύνης μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων η οποία, σημειωτέον, έρχεται σε αντιστοιχία με την εξίσου ισομερή εκπροσώπηση τους στα συλλογικά όργανα διοίκησης των Ταμείων Υγείας. Επιπροσθέτως, και στο βαθμό που το ποσοστό των εργοδοτών έχει καθορισθεί σταθερά, τη χρηματοδότηση των μελλοντικών αυξήσεων των δαπανών υγείας θα την επωμίζονται μόνο τα ασφαλιζόμενα μέλη των Ταμείων Υγείας.

Στο σημείο αυτό, όμως, πρέπει να γίνει αναφορά στις πρόσφατες ρυθμίσεις του Μαρτίου 2014, που αποφασίστηκαν από το Υπουργικό Συμβούλιο και περιλαμβάνονται στο νομοσχέδιο για την «περαιτέρω ανάπτυξη της χρηματοοικονομικής δομής και της ποιότητας της κοινωνικής ασφάλισης υγείας» (**GKV-FQWG**), το οποίο αποσκοπεί να θέσει τη χρηματοδότηση σε μία υγιή βάση και να επιτρέψει στα Ταμεία Υγείας, μέσω ενός ατομικού ποσοστού πρόσθετης συμπληρωματικής εισφοράς, να εισέλθουν σε έναν ανταγωνισμό για την καλύτερη φροντίδα. Το ύψος αυτής της **συμπληρωματικής συνεισφοράς** θα εξαρτάται από την απόδοση του ταμείου. Ο **γενικός συντελεστής εισφοράς** θα μειωθεί από 15,5 % σε 14,6 %. Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι πληρώνουν **ισομερώς (!)** από 7,3 % η κάθε πλευρά. Η γραπτή δέσμευση της εργοδοτικής εισφοράς στο 7,3 % προσδοκείται να συμβάλει στη σταθεροποίηση των μισθολογικών δαπανών και κατά συνέπεια στη διασφάλιση θέσεων εργασίας (BMG-Pressebericht 2014).

Σχήμα 13: Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (GKV) ως βασικός φορέας χρηματοδότησης



Πηγή: Busse 2014

Μεθοδολογία και διαδικασία εκτίμησης και ορισμού ποσοστού εισφοράς, ως καλή διοικητική πρακτική επιστημονικά θεμελιωμένης λήψης αποφάσεων (Busse et al. 2010): Κεντρικό ρόλο στον καθορισμό του μέσου όρου της πρόσθετης συνεισφοράς διαδραματίζει η **Ομάδα Εκτίμησης Εισφορών (Schätzerkreis)** η οποία ανήκει στην Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Ασφάλισης (BVA) και στην οποία συμμετέχουν αντιπρόσωποι των Ταμείων Υγείας, της Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας και του Υπουργείου Υγείας. Σε τακτά διαστήματα, οι ειδικοί συναντώνται για να εξετάσουν την οικονομική κατάσταση του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, δηλαδή τη σχέση εσόδων και δαπανών (Göpffarth&Henke 2013). Μετά το πέρας των εργασιών της η Ομάδα Εκτίμησης Εισφορών προβαίνει σε μία εκτίμηση την οποία υποβάλλει στην κυβέρνηση, ως μία μορφή συστάσεως μη δεσμευτικού χαρακτήρα. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση προσδιορίζει το ποσοστό εισφοράς της επόμενης περιόδου.

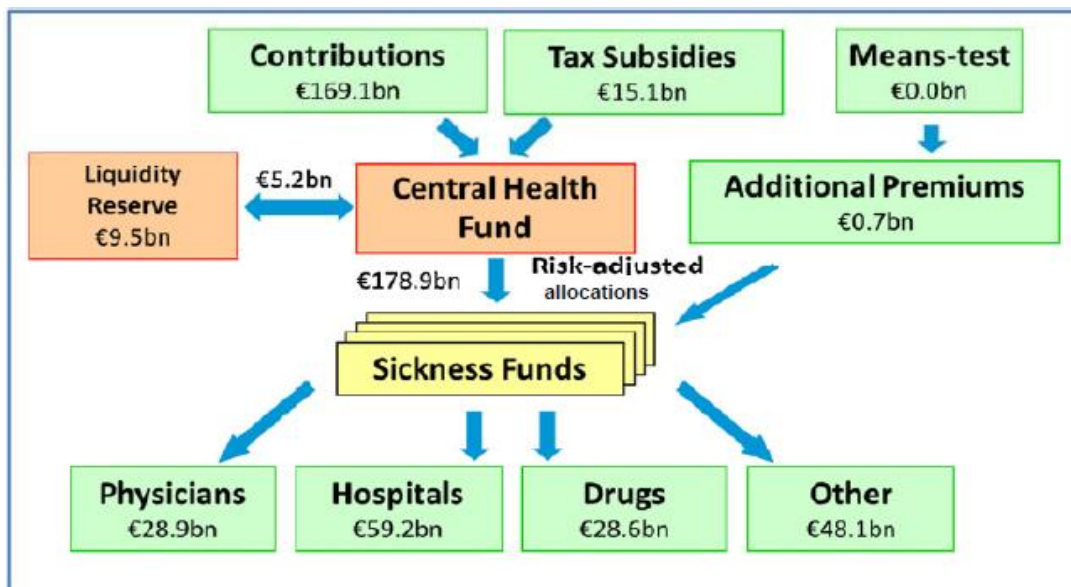
Όσον αφορά στη **λειτουργία συλλογής των εσόδων**, τα επιμέρους Ταμεία Υγείας συνεχίζουν να εισπράττουν τις εισφορές από τα μέλη τους και τις αποδίδουν άμεσα στο νεοσύστατο φορέα συγκέντρωσης πόρων, στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας.

2.3 Θεσμική διάπλαση συγκέντρωσης πόρων

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας δημιουργήθηκε το 2009 και η εισαγωγή του συνιστά μία από τις πιο σημαντικές αλλαγές στη δομή διακυβέρνησης στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και μία θεμελιώδη μεταρρυθμιστική παρέμβαση στη συνολική διαδικασία χρηματοδότησης του γερμανικού

συστήματος υγείας (Jakubowski & Saltman 2013)². Το Ταμείο προέκυψε ως συμβιβασμός μεταξύ των δύο θεμελιωδώς διαφορετικών μεταρρυθμιστικών μοντέλων που υποστηρίζονται από τα δύο μεγάλα κόμματα στη Γερμανία, τα οποία αποτέλεσαν και αποτελούν ακόμα αντικείμενο έντονου δημόσιου διαλόγου και επιστημονικής έριδας.³

Σχήμα 14: Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας: νέα χρηματοδοτική ρύθμιση, 2011



Πηγή: Göpfarth & Henke 2013

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας ανέλαβε τη βασική λειτουργία συγκέντρωσης των πόρων. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 14 το Κεντρικό Ταμείο Υγείας χρηματοδοτείται από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, στη βάση ενός ποσοστού ενιαίου για όλα τα Ταμεία Υγείας, καθώς και από μια ομοσπονδιακή επιχορήγηση από τα φορολογικά έσοδα.

2 Διαμετρικά αντίθετη άποψη διατυπώνεται από τους Jacobs & Wasem (2013), οι οποίοι αξιολογώντας τα τέσσερα χρόνια λειτουργίας του Κεντρικού Ταμείου Υγείας αποφαινόμενοι ότι η νέα χρηματοδοτική αρχιτεκτονική συνιστά απλώς μια τροποποίηση των ταμιακών ροών, και όχι μία ουσιαστική συμβολή στον αρχικό στόχο που διατυπώθηκε, να καταστεί δηλαδή η χρηματοδότηση της SHI σταθερή, βιώσιμη και δίκαιη.

3 Πρόκειται (α) αφενός για το μοντέλο των Χριστιανοδημοκρατών της ενιαίας ή κατ' αποκοπήν εισφοράς που θα ισχύει για όλους τους ασφαλισμένους πολίτες, άρα αποσυνδέεται από την μισθωτή εργασία και το κόστος εργασίας και (β) αφετέρου για το σχέδιο των Σοσιαλδημοκρατών για μία «ασφάλιση των πολιτών» (Bürgerversicherung), το οποίο θα ισχύει για όλους τους πολίτες. Στο μοντέλο αυτό οι συνεισφορές θα συνεχίσουν να συνδέονται με το εισόδημα, με μία αποκατάσταση του 50:50 ποσοστού εισφοράς μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων, αλλά θα συμπεριλαμβάνουν όλα τα εισοδήματα συνολικά των εργαζομένων (μισθοί και οποιοδήποτε επιπλέον εισόδημα, εξαιρουμένων των εισοδημάτων κεφαλαίου και ενοικίων (Rothgang & Götze 2013).

Η ίδρυση του συνδέθηκε γενικά με συγκεκριμένους σκοπούς (Görffarth & Henke 2013) μεταξύ των οποίων (α) η διευκόλυνση της συγκεντρωτικής παρακολούθησης των εσόδων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και (β) η αύξηση των ευκαιριών πραγματοποίησης μεταβιβάσεων από φορολογικές πηγές.

Το Ταμείο λόγω της φύσης του δύναται, επιπροσθέτως, να λειτουργήσει και ως μηχανισμός ανακατανομής των πόρων, ειδικότερα προς την κατεύθυνση της εξισορρόπησης των κινδύνων που προκύπτουν από το διαφορετικό νοσολογικό προφίλ των ασφαλισμένων. Κατ' αυτήν την έννοια, ενισχύει τη βασική ιδέα του ανταγωνισμού μεταξύ των Ταμείων Υγείας και διασφαλίζει τους όρους του. Στο βαθμό που επιτυγχάνει να διασφαλίσει την βιωσιμότητα των επιμέρους ταμείων Υγείας, αντλώντας κυρίως πόρους από το φορολογικό σύστημα (Walendzik 2009), συμβάλλει και στη διασφάλιση των αναγκαίων όρων, προκειμένου κατ' αρχάς να λειτουργούν τα Ταμεία Υγείας, ως καλοί πληρωτές, ώστε στην συνέχεια να μεταβούν επιτυχώς στο νέο ρόλο του στρατηγικού αγοραστή.

3. Εξωτερικές δομές διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας

3.1. Ο ρόλος των Ταμείων Υγείας σε ένα πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης

Όπως ήδη έχει αναφερθεί ένα από τα βασικά και διακριτά χαρακτηριστικά της δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας της Γερμανίας είναι το έντονα κορπορατιστικό στοιχείο στο πολυεπίπεδο σύστημα κατανομής αρμοδιοτήτων και λήψης αποφάσεων πολιτικής υγείας.

Από τη σκοπιά της θεωρίας της διακυβέρνησης πρόκειται πράγματι για ένα **κορπορατιστικά δομημένο πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης**, όπου κατανομή αρμοδιοτήτων ρυθμιστικού χαρακτήρα ανά τομέα του συστήματος υγείας και ανά επίπεδο λήψης και εφαρμογής αποφάσεων αναλαμβάνεται από κοινού και επιμερίζεται στους εξής βασικούς παίκτες:

(1) Από τη πλευρά της χρηματοδότησης, δηλαδή της **κοινωνικής ασφάλισης υγείας** υπάρχουν (α) τα 132 επιμέρους Ταμεία Υγείας με τα κατά κατηγορία συλλογικά όργανά τους και (β) σε ομοσπονδιακό επίπεδο η Ένωση Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (GKV- Spitzenverband)

(2) Από την πλευρά των παρόχων υπάρχουν

- για την **εξωνοσοκομειακή περίθαλψη** (α) οι 17 Ενώσεις Ιατρών (KVs) σε επίπεδο Κρατιδίων και (β) σε επίπεδο ομοσπονδίας η Ομοσπονδιακή Ένωση Ιατρών (KBV), που εκπροσωπούν τα συμφέροντα όλων των **συμβαλλόμενων ιατρών οι οποίοι – σημειωτέον- είναι όλοι ελεύθεροι επαγγελματίες.**

- για τη **Νοσοκομειακή περίθαλψη** υπάρχουν (α) τα επιμέρους Νοσοκομεία σε μικρο-επίπεδο και τα συλλογικά τους όργανα ανά κατηγορία ιδιοκτησιακού καθεστώτος (Δημόσια – Εκκλησιαστικά – Ιδιωτικά), (β) οι λεγόμενες Περιφερειακές Εταιρείες Νοσοκομείων (ΚΓη) σε επίπεδο κρατιδίων και τέλος (γ) η Γερμανική Εταιρεία Νοσοκομείων (DKG) σε ομοσπονδιακό επίπεδο, ως μία κοινοπραξία των 16 Περιφερειακών Εταιριών Νοσοκομείων (ΚΓη). Πρέπει να επισημανθεί ότι τόσο οι ΚΓη όσο και η DKG εκπροσωπούν τα συμφέροντα όλων των Νοσοκομείων ανεξάρτητα του ιδιοκτησιακού τους καθεστώτος.

Όσον αφορά στη νομική μορφή των συλλογικών οργάνων τόσο αυτά των Ταμείων όσο και αυτά των Συμβαλλόμενων Ιατρών είναι αυτοδιοικούμενα ΝΠΔΔ, ενώ των Νοσοκομείων είναι ΝΠΙΔ.

(3) Ένας καθοριστικής σημασίας στην εθνική διαδικασία λήψης αποφάσεων οργανισμός (Jakubowski & Saltman 2013) και σχετικά νέος παίκτης του συστήματος διακυβέρνησης στη Γερμανία αποτελεί βέβαια η **Μεικτή Ομοσπονδιακή Επιτροπή**, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι και των τριών προαναφερθέντων φορέων. Πρόκειται για έναν Οργανισμό διαβούλευσης και από κοινού εξεύρεσης λύσεων ή/και εξειδίκευσης πολιτικών και μέτρων του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο συναινετικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων και από κοινού ανάληψης ευθύνης.

(4) Τέλος, βέβαια, αναφέρεται το **Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας**, το οποίο λειτουργεί ως αυτοτελές Υπουργείο⁴ στο σύστημα υγείας και στο οποίο ανήκουν καθ' ολοκληρίαν όλες οι σημαντικές αρμοδιότητες που αφορούν τόσο στο σύστημα χρηματοδότησης και κοινωνικής ασφάλισης υγείας, όσο και στους παρόχους όλων των τομέων και όλων των λειτουργικών πεδίων πολιτικής υγείας. Όσον αφορά στον ρόλο του Υπουργείου Υγείας στο συνολικό σύστημα διακυβέρνησης, αυτός επικεντρώνεται πέραν του νομοθετικού έργου, κυρίως στη διαμόρφωση ενός κατάλληλου ρυθμιστικού πλαισίου, στη σαφή κατανομή αρμοδιοτήτων και ρόλων στους επιμέρους κορπορατιστικούς παίκτες και στα τρία επίπεδα διακυβέρνησης και στην σαφή διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών πολιτικής υγείας στρατηγικού και επιτελικού χαρακτήρα επιτρέποντας ή χορηγώντας αυξημένο βαθμό ελευθερίας άσκησης πολιτικών υγείας σε επιχειρησιακό επίπεδο στις αποκεντρωμένες δομές και στα κορπορατιστικά όργανα που έχουν αναφερθεί ανωτέρω. Το κράτος, λοιπόν, ως θεσμοποιημένο κέντρο συντονισμού και μανάτζμεντ

⁴ Με αναφορά στις διαδικασίες και στη θεμελίωση της αναγκαιότητας ίδρυσης αυτού, έχει προταθεί προ πολλού η δημιουργία ενός αυτοτελούς Υπουργείου Υγείας και στην Ελλάδα (Μπουρσανίδης 2001), μία άποψη, βέβαια, η οποία από τη σκοπιά της προσέγγισης της δημόσιας διακυβέρνησης καθίσταται σήμερα σχεδόν πρόδηλη ανάγκη.

του συνολικού συστήματος υγείας και διαμορφωτής της πολιτικής υγείας, αυτοπεριορίζεται στον επιτελικό του ρόλο “as architect of political order”.

Μία προσπάθεια σχηματικής απεικόνισης του πολυεπίπεδου και κορπορατιστικά δομημένου συστήματος διακυβέρνησης στη Γερμανία οδήγησε στη διαμόρφωση του παρατιθέμενου σχήματος⁵ ως μία οργανωμένη πολυπλοκότητα (α) επιπέδων διακυβέρνησης (β) μηχανισμών λήψης απόφασης, (γ) εργαλείων (διαπραγματεύσεις, συλλογικές συμβάσεις, τομεακοί προϋπολογισμοί...), δ) αντίστοιχων σε κάθε επίπεδο κορπορατιστικών παικτών και διοικητικών αρχών (Υπουργείο Υγείας και ομοσπονδιακά Κρατίδια) και (ε) των κάθετων και οριζόντιων σχέσεων μεταξύ τους. Όπως από το σχήμα γίνεται εμφανές, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην απεικόνιση των συνολικών διαδικασιών της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών υγείας και που αποδίδεται με τη μορφή αμφίδρομων ροών υπηρεσιών και χρηματοοικονομικών πόρων.

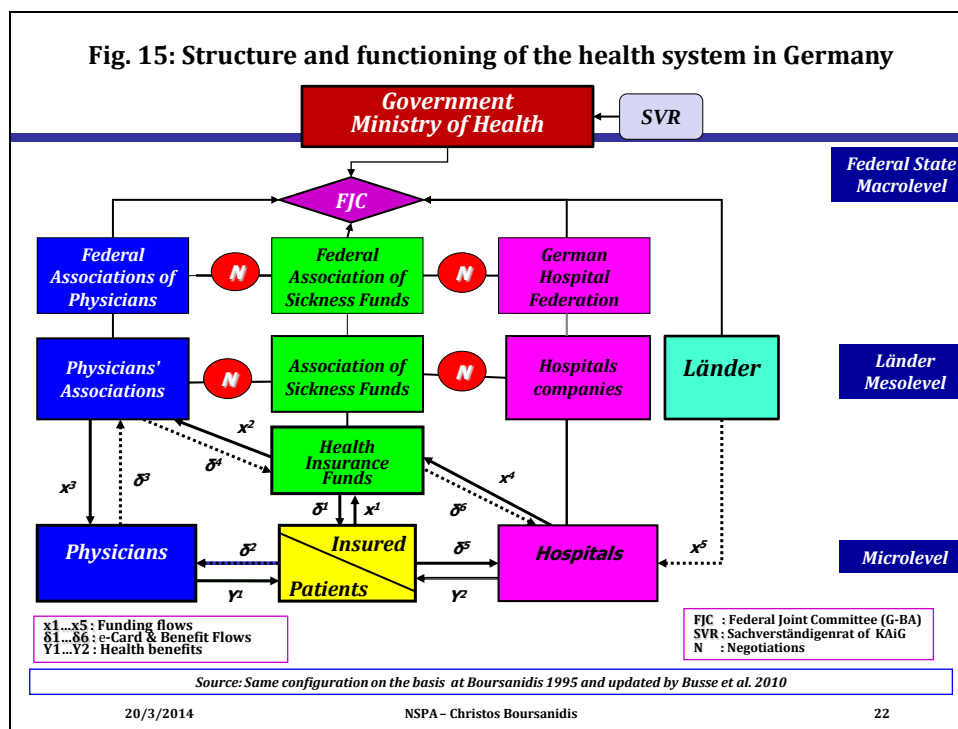
Από το σχήμα καθίσταται σαφές:

Πρώτον πως ο **θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης υγείας** διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία χρηματοδότησης και γενικά στη λειτουργία του συνολικού συστήματος υγείας και επιπροσθέτως πως είναι πρωτίστως αυτός που εκπροσωπεί τα καλώς εννοούμενα στρατηγικά συμφέροντα των 70 εκατομμυρίων ασφαλισμένων. Έτσι, γίνεται όντως κατανοητό το γεγονός ότι κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης και δομικών αλλαγών στο σύστημα υγείας θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος την κοινωνική ασφάλιση υγείας.

Δεύτερον, ο κυρίαρχος ρόλος που διαδραματίζουν οι **συλλογικές διαπραγματεύσεις** μεταξύ των ενδιάμεσων συλλογικών φορέων (ενώσεις και σωματεία) στην διαμόρφωση των κύριων παραμέτρων λειτουργίας του συστήματος (τιμών, ποσοτήτων και ποιότητας). Τα πεδία σχέσεων στο περιφερειακό μεσο-επίπεδο μεταξύ των Ενώσεων Ταμείων Υγείας (**πλευρά της ζήτησης**) και των Ενώσεων Συμβαλλόμενων Ιατρών (KVen) όσο και των Νοσοκομειακών Εταιρειών (KG) (**πλευρά της προσφοράς**), όπου εμφανίζονται ως countervailing power, ενέχουν την θέση μίας αποκαλούμενης **“οιονεί αγοράς”** (Quasi-Markt), όπου οι διαδικασίες διαπραγμάτευσης εκλαμβάνονται ως “λειτουργικό ισοδύναμο” ή παριστάνουν μία “προσομοίωση” των διαδικασιών της αγοράς. Στην προκειμένη περίπτωση, βέβαια, η διαμόρφωση των τιμών και των άλλων παραμέτρων δεν λαμβάνει χώρα σε μία ανώνυμη αγορά, αλλά σε σαφώς θεσμοποιημένα πλαίσια και μεταξύ ακριβώς προσδιορισμένων μετόχων και των ρόλων τους (αγοραστών & παρόχων). Οι

⁵ Είναι πρόδηλο ότι το σχήμα επικεντρώθηκε στην απεικόνιση του συστήματος δομών και επιπέδων διακυβέρνησης και με αυτήν την έννοια συνιστά μία απομείωση της οργανωμένης πολυπλοκότητας του συνολικού συστήματος υγείας, όπως αυτή παρουσιάζεται από τους Busse & Blümmel 2014, Fig. 2.1, σ. 18

διαπραγματευθείσες τιμές και οι κατευθυντήριοι χαρακτήρα δείκτες και προδιαγραφές που καταγράφονται στην σύναψη των συμβάσεων συντονίζουν κατόπιν τη συμπεριφορά των μετόχων του μεσο-επιπέδου και κυρίως του μικρο-επιπέδου και συνιστούν σύγχρονα εργαλεία ορθολογικής κατανομής πόρων.



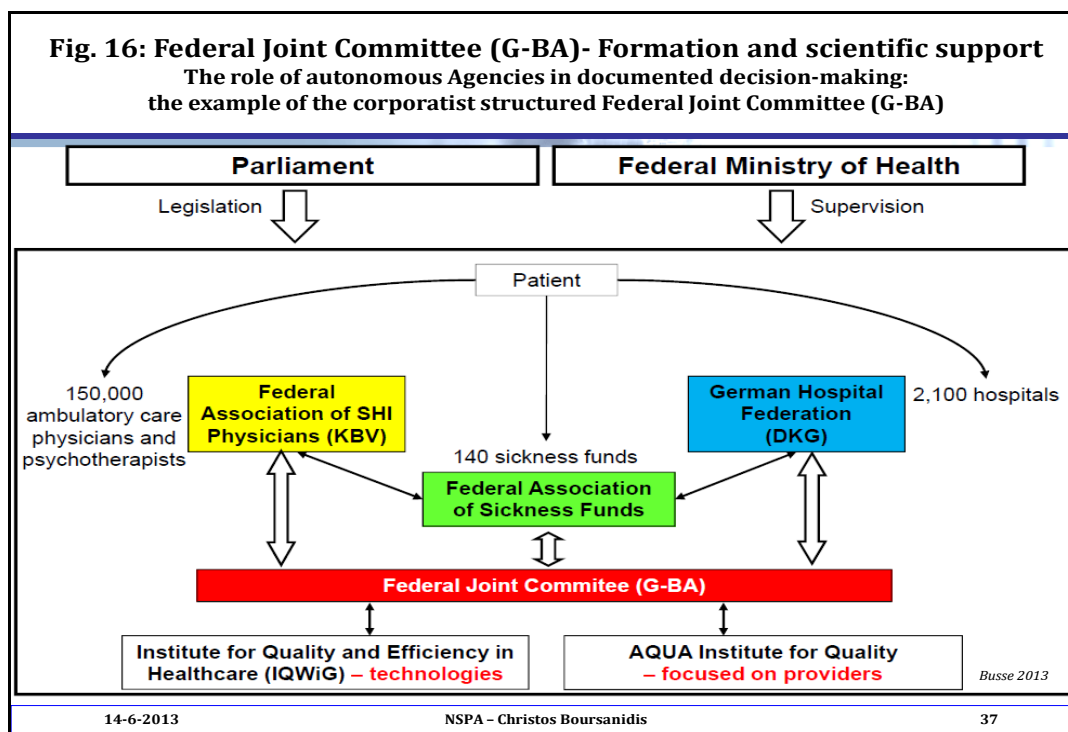
Source: Μπουρσανίδης 2014, στη βάση της αρχικής σύλληψης στο Μπουρσανίδης 1995 και επικαιροποιημένο με στοιχεία από (Busse et al. 2010)

Τρίτον, όπως θα περιγραφεί αναλυτικά στο επόμενο σημείο, αναδεικνύεται ο κομβικός ρόλος διακυβέρνησης που διαδραματίζει η **Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή** (G-BA) στη λειτουργία του συστήματος υγείας και με αυτήν την έννοια κρίνεται αναγκαία και χρήσιμη μία αναλυτική παρουσίαση του έργου αυτής.

3.2 Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (G-BA): Ρόλος και λειτουργία

Η Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (G-BA⁶) συνιστά από το 2004 το ανώτατο όργανο λήψης αποφάσεων της κοινής αυτοδιοίκησης των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας, των Ιατρών και των Νοσοκομείων. Πρόκειται για ένα κορπορατιστικά δομημένο και ανεξάρτητο οργανισμό, τύπου agencies, αυξημένης λειτουργικής ικανότητας και αποτελεσματικότητας (Smith et al. 2012).

⁶ Για μία συνοπτική περιγραφή του ρόλου, της οργάνωσης, της λειτουργίας και των διαδικασιών λήψης αποφάσεων βλ. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) και αναλυτικά στη σχετική ιστοσελίδα (www.g-ba.de)



Πηγή: Ίδια Επεξεργασία στη βάση Busse 2013

Η G-BA απαρτίζεται από 13 μέλη εκ των οποίων τα τρία μέλη, ορίζονται ως ανεξάρτητα και ουδέτερα άτομα εγνωσμένου κύρους, ενώ τα υπόλοιπα 10 μέλη είναι εκπρόσωποι των συλλογικών οργάνων των Ιατρών (2 μέλη), των Νοσοκομείων (2 μέλη) και των Οδοντιάτρων (1 μέλος) ενώ συμμετέχουν μέλη και από την ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας (5 μέλη). Οι συνεδριάσεις της G-BA είναι δημόσιες και σε αυτές συμμετέχουν, επιπλέον, πέντε εκπρόσωποι των ασθενών, χωρίς όμως δικαίωμα ψήφου. Κατά κάποιον τρόπο, η G-BA λειτουργεί ως ένας υπο-νομοθέτης. Καθορίζει και εξειδικεύει τη μορφή των κατευθυντήριων οδηγιών οι οποίες αποτελούν το δεσμευτικό πλαίσιο εφαρμογής της πολιτικής από την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Δηλαδή, ενώ το κοινοβούλιο προσδιορίζει γενικά το νομοθετικό πλαίσιο της πολιτικής υγείας, η G-BA αναλαμβάνει το μείζονος υγειονομικοπολιτικής σημασίας έργο (α) της εξειδίκευσης και του λεπτομερούς καθορισμού του συνόλου των αναγκαίων και κατάλληλων υπηρεσιών, που πρέπει να καλύπτονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας καθώς και (β) της αποσαφήνισης των κανόνων και των όρων υπό τους οποίους θα διατίθενται οι υπηρεσίες, ώστε να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη πρόσβασή τους σε όλους τους ασφαλισμένους.

Η Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (G-BA) έχει τους κάτωθι σκοπούς (Busse 2013):

- Η κύρια λειτουργία της συνίσταται στη ρύθμιση σε επίπεδο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας των ζητημάτων που άπτονται της πρόσβασης, του πακέτου των παροχών και της ποιότητας των υπηρεσιών (και όχι κατά κύριο λόγο του κόστους ή των δαπανών).
- Η κανονιστική-αξιολογική λειτουργία της G-BA αναφέρεται στις νομικά δεσμευτικές οδηγίες(“sub-law”), προκειμένου να διασφαλιστούν εξίσου και επαρκώς οι αναγκαίες και κατάλληλες υπηρεσίες για όλους τους SHI-ασφαλισμένους οι οποίες, όμως, οφείλουν να παραχθούν σύμφωνα με την αρχή της οικονομικότητας.
- Οι αποφάσεις σχετικά με την διαμόρφωση του πακέτου παροχών πρέπει να δικαιολογούνται μέσω εμπειρικά τεκμηριωμένων διαδικασιών, που προσδιορίζουν ποιες υπηρεσίες, φαρμακευτικά προϊόντα ή – γενικά- τεχνολογίες κρίνονται ως ιατρικά αποτελεσματικές σύμφωνα με τα κριτήρια και τη μεθοδολογία της Health Technology Assessment (HTA).
- Σύμφωνα με το νόμο, οι εμπειρικά τεκμηριωμένες εκτιμήσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν μόνο για να επιλεγούν οι πιο κατάλληλες (αποτελεσματικές) υπηρεσίες σε σχέση με άλλες και όχι για να δοθεί προτεραιότητα στους τομείς υπηρεσιών. Γενικά ισχύει ότι αν μια δαπανηρή καινοτομία έχει σημαντικό επιπρόσθετο όφελος, τα Ταμεία Υγείας πρέπει να πληρώσουν για αυτό.

3.2.1 Προετοιμασία και επιστημονική τεκμηρίωση των αποφάσεων της G-BA

Οι αποφάσεις του Συμβουλίου προετοιμάζονται από εννέα (9) υποεπιτροπές, οι οποίες συγκροτούνται με βάση την ίση εκπροσώπηση των ταμείων υγείας και των φορέων παροχής υπηρεσιών. Όλες οι αποφάσεις ή κανονισμοί τίθενται σε ισχύ και ως εκ τούτου είναι δεσμευτικές για όλους τους μετόχους του συστήματος υγείας συμπεριλαμβανομένων και των πολιτών-ασφαλισμένων, εκτός αν το ομοσπονδιακό υπουργείο αντιταχθεί σε αυτές εντός δύο μηνών. Στο έργο της και προκειμένου οι αποφάσεις να έχουν την ανάλογη επιστημονική τεκμηρίωση, η G-BA έχει την επιστημονική υποστήριξη από δύο (2) Ινστιτούτα:

1. Ινστιτούτο για την Ποιότητα και Αποδοτικότητα στο Σύστημα Υγείας (IQWiG): Ιδρύθηκε το 2004 και έχει ως νομική βάση την § 139α και 35β SGB V. Σε αυτό ανατέθηκε η επιστημονική ευθύνη της αξιολόγησης των χειρουργικών και διαγνωστικών διαδικασιών, των φαρμάκων, και η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών θεραπείας. Στο πλαίσιο του έργου του, το Ινστιτούτο προβαίνει στη διατύπωση συστάσεων προς την Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή.

2. Επιτροπή Αξιολόγησης και το Ινστιτούτο της Επιτροπής Αξιολόγησης: αποτελείται από εκπροσώπους της Ένωσης Ταμείων Ασφάλισης Υγείας και της Ομοσπονδιακής Ένωσης Συμβαλλόμενων Ιατρών (KBV) και το έργο της συνίσταται στην ανάπτυξη του συστήματος

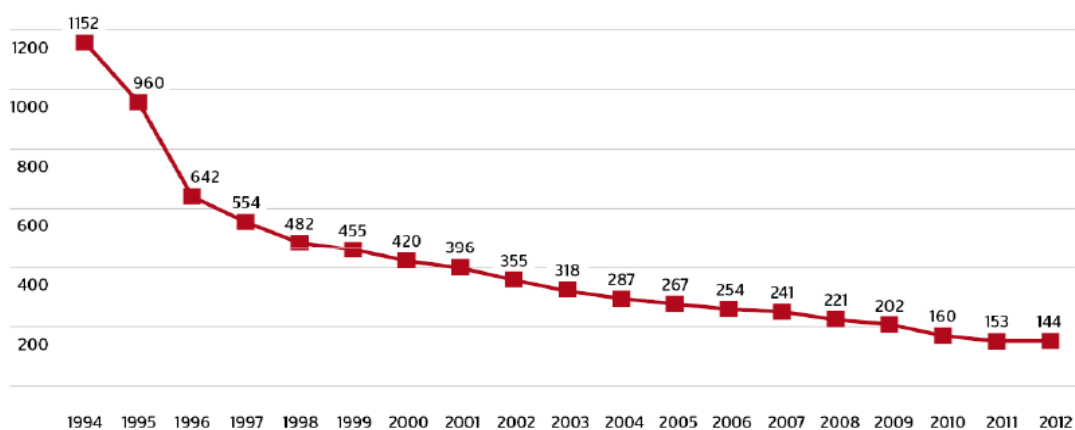
αμοιβών στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι σε αντικατάσταση αυτού του θεσμού ιδρύθηκε σύμφωνα με πρόσφατο νόμο το 2014 το **Ινστιτούτο για την Ποιότητα και τη Διαφάνεια στον Τομέα Υγείας** (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen - IQTiG), του οποίου τη νομική βάση αποτελεί η § 137a SGB V. Ο σκοπός του Ινστιτούτου σε γενικές γραμμές συνίσταται στην κατ' εντολή της G-BA επεξεργασία και παρουσίαση μέτρων για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης.

3.3 Ρύθμιση σχέσεων μεταξύ των Ταμείων

3.3.1 Ταμεία Υγείας ως βασικοί παίκτες του κορπορατισμού

Στη Γερμανία, περίπου το 90% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένοι στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (GKV) και έχουν θεμελιωμένο δικαίωμα παροχών. Τα Ταμεία Υγείας ενεργούν ως ανεξάρτητοι πληρωτές στην αγορά της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.

Σχήμα 17: Τάση συγκεντροποίησης Ταμείων Υγείας ως προϊόν διαδικασίας συγχωνεύσεων



Πηγή: GKV-Spitzenverband 2014

Ειδικότερα, μετά την εισαγωγή της ελευθερίας επιλογής των Ταμείων Υγείας από το 1996 και στο πλαίσιο ενός υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ των Ταμείων Υγείας, επακολούθησε, όπως εύγλωττα απεικονίζεται με την κατιούσα φορά της καμπύλης στο παρατιθέμενο σχήμα, μία τάση έντονων διαδικασιών συγχωνεύσεων των Ταμείων Υγείας αρχικά στο εσωτερικό κάθε μίας κατηγορίας και μετά μεταξύ όλων.

Γύρω στο 1900 ο αριθμός των Ταμείων Υγείας ανερχόταν περίπου στις 20.000(!). Ακολούθησε μία μακρά διαδικασία συνεχών συγχωνεύσεων ιδιαίτερα στην δεκαετία 1994-2000, έτσι ώστε από τα

1.152 Ταμεία το έτος 1994, ο αριθμός αυτών το 2012 να έχει συρρικνωθεί ραγδαία σε μόλις 144. Σήμερα, συγκεκριμένα ο αριθμός των ταμείων ανέρχεται σε 132. Ο αριθμός των ασφαλισμένων μελών ανέρχεται στα περίπου 70,3 εκατομμύρια (εκ των οποίων περίπου τα 51 εκατομμύρια, είναι άμεσα ασφαλιζόμενα μέλη με τους υπόλοιπους να αποτελούν έμμεσα ασφαλιζόμενα μέλη των οικογενειών τους).

Η οργάνωση του συστήματος υγείας, σήμερα, πραγματοποιείται από τα 132 Ταμεία Υγείας. Τα γερμανικά Ταμεία Υγείας αρχικά οργανώθηκαν στη βάση γεωγραφικών κριτηρίων ή κριτηρίων απασχόλησης. Συγκροτούν έτσι ένα πλουραλιστικό και ανά κατηγορίες κατακερματισμένο σύστημα. Τα ταμεία κάθε κατηγορίας δημιουργούν Περιφερειακές ή/και Ομοσπονδιακές Ενώσεις, οι οποίες εκφράζουν τα κοινά τους συμφέροντα. Συγκεκριμένα, διακρίνονται στις εξής έξι (6) διαφορετικές κατηγορίες:

- Έντεκα (11) Γενικά Τοπικά Ταμεία Υγείας (AOK), στα οποία είναι ασφαλισμένο το 37% περίπου του συνολικά ασφαλισμένου πληθυσμού
- Εκατό (100) Επιχειρησιακά Ταμεία Υγείας (BKK), στα οποία είναι ασφαλισμένο το 17% περίπου του συνολικά ασφαλισμένου πληθυσμού
- Έξι (6) Επαγγελματικά Ταμεία (IKK), στα οποία είναι ασφαλισμένο περίπου το 8% του συνολικά ασφαλισμένου πληθυσμού
- Έξι (6) Ταμεία Υποκατάστασης (Ersatzkassen), στα οποία είναι ασφαλισμένο περίπου το 36% του συνολικά ασφαλισμένου πληθυσμού
- Εννέα (9) Γεωργικά Ταμεία Υγείας (LKK)
- Ένα (1) Ταμείο Υγείας Ανθρακωρύχων (KBS).

3.3.2 Η Ένωση Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (GKV-Spitzenverband)

Την 18-6-2007, συστάθηκε η Ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Υγείας της Γερμανίας (**GVK-Spitzenverband**) η οποία εκπροσωπεί το σύνολο των Ταμείων σε ομοσπονδιακό επίπεδο και μεριμνά για την εκπλήρωση της αποστολής τους. Η GVK-Spitzenverband συνιστά έναν αυτοδιοικούμενο οργανισμό Δημοσίου Δικαίου στον οποίο έχουν μεταβιβαστεί οι συντονιστικές-επιτελικές αρμοδιότητες στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας οι οποίες πριν από την ίδρυσή της Ένωσης ασκούσαν από τις επτά (7) διαφορετικές ενώσεις ταμείων υγείας, σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Η σύσταση, η αποστολή, οι αρμοδιότητες και η οργανωτική δομή της Ομοσπονδιακής Ένωσης περιγράφονται αναλυτικά και με σαφήνεια στο Καταστατικό της ανωτέρω Ένωσης. Κύρια αποστολή της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Ταμείων Υγείας είναι, η εκπροσώπηση των συμφερόντων των δημόσιων Ταμείων Υγείας σε ομοσπονδιακό επίπεδο, η

διαμόρφωση των προϋποθέσεων για έναν υγιή ανταγωνισμό, η διασφάλιση της ποιότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας της Γερμανίας, η ενίσχυση της διαφάνειας και κυρίως η βελτίωση της διαπραγματευτικής θέσης και ικανότητας των ταμείων υγείας. Έχοντας ως μέλη της



το σύνολο των Ταμείων Υγείας, διαμορφώνει μία σφαιρική πολιτική στο υποσύστημα της χρηματοδότησης και τελεί εποπτικό, συντονιστικό και καθοδηγητικό ρόλο στα Ταμεία Υγείας.

Ο ρόλος της Ομοσπονδιακής Ένωσης, που είναι καθοριστικός για την λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και του συνολικού συστήματος υγείας, συνίσταται ενδεικτικά στα εξής:

- Συνάπτει συμβάσεις-πλαίσιο και συμφωνίες αμοιβών και αποζημίωσης για την νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και οδοντιατρική φροντίδα. Σημειώνεται ότι οι συναπτόμενες από την Ένωση συμβάσεις, καθώς και οι αποφάσεις της είναι δεσμευτικές για όλα τα Ταμεία Υγείας.
- Ενισχύει και υποστηρίζει τα Ταμεία Υγείας και τις Ενώσεις τους, ως προς την εκπλήρωση της αποστολής και των αρμοδιοτήτων τους.
- Εκπροσωπεί τα συμφέροντα των Ταμείων Υγείας σε ομοσπονδιακό επίπεδο σε κοινές Επιτροπές με εκπροσώπους των παρόχων υγείας, μεταξύ των οποίων στην G-BA, η οποία αποτελεί και την βασική της αρμοδιότητα, καθώς και στο Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας.
- Καθορίζει τις τιμές αναφοράς στα φάρμακα

3.4 Ρύθμιση σχέσεων Ταμείων και Παρόχων

3.4.1 Εισαγωγικές επισημάνσεις: συλλογικές versus επιλεκτικές συμβάσεις

Στο βαθμό που στη Γερμανία υπήρχε πάντα η λειτουργική διαφοροποίηση μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης, δηλαδή των ταμείων Υγείας ως αγοραστών (purchaser) και των μονάδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας ως παρόχων (provider), είναι λογικό ότι η σχέση μεταξύ τους έχει καθαρά έναν συναλλακτικό χαρακτήρα. Οι σχέσεις αυτές στο αρχικό στάδιο λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης υγείας είχαν διάφορες μορφές, που αργότερα, στο πλαίσιο μίας εξελικτικής διαδικασίας (Boursanidis 1981, Rosenbrock & Gerlinger 2010) έχουν λάβει τη μορφή των συλλογικών διαπραγματεύσεων και των συλλογικών μορφών σύναψης συμβάσεων, που αποτελεί την κυρίαρχη μορφή οριζόντιων σχέσεων τόσο σε περιφερειακό όσο και σε ομοσπονδιακό επίπεδο. (βλ. σχήμα 15).

Πρόσφατα υπάρχει μία τάση εισαγωγής των λεγόμενων επιλεκτικών συμβάσεων μεταξύ μεμονωμένων Ταμείων Υγείας και μεμονωμένων παρόχων ή δικτύων οργάνωσης αυτών. Στην ουσία, ο θεσμός των επιλεκτικών διαπραγματεύσεων και των επιλεκτικών συμβάσεων στη βάση της τιμής και της ποιότητας μεταξύ μεμονωμένων ταμείων και μεμονωμένων ιατρών ή δικτύων προωθείται σε συνάρτηση με συγκεκριμένες υπηρεσίες: ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας και δομημένα προγράμματα διαχείρισης νόσου (DMPs). Αποτελούν όμως μία ευρέως διαδεδομένη πρακτική των Ταμείων Υγείας με μεμονωμένους παρόχους στην αγορά φαρμάκων (όγκοι, τιμές, rebate) και στη αγορά ιατροτεχνολογικού υλικού και εξοπλισμού (Busse et al. 2010).

Στο ρυθμιστικό πλαίσιο των συλλογικών διαπραγματεύσεων, οι συλλογικοί φορείς των ταμείων υγείας έχουν εκτεταμένη αυτονομία διαπραγματεύσεων με τους παρόχους υγείας, τόσο αναφορικά με το σύστημα αμοιβών και αποζημιώσεων όσο και με τον σχεδιασμό των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, η Ομοσπονδιακή Ένωση των Ταμείων συνάπτει συμφωνίες-πλαίσιο με τις ομοσπονδιακές ενώσεις των παρόχων, οι οποίες εξειδικεύουν τα ρυθμιζόμενα από την Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή ζητήματα. Σε επίπεδο κρατιδίων, οι περιφερειακές ενώσεις των εμπλεκόμενων φορέων εξειδικεύουν περαιτέρω τις καθοριζόμενες ρυθμίσεις.

3.4.2 Ο τομέας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

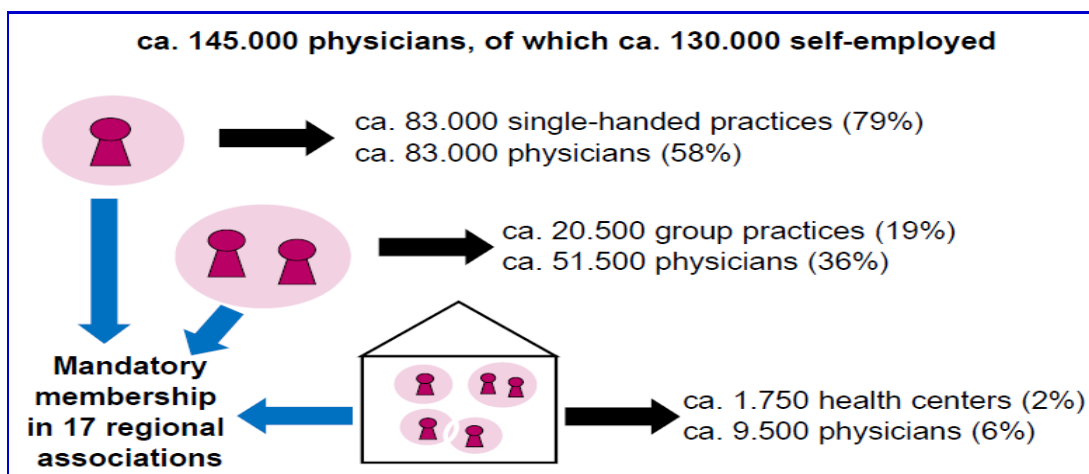
Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες- αυτοαπασχολούμενους ιατρούς. Στο σχήμα 18 παρουσιάζονται ο συνολικός αριθμός των ιατρών και η κατανομή αυτών ανά βασικές κατηγορίες διαφοροποίησης (σε γενικούς ή ειδικευμένους) καθώς και οι θεσμικές μορφές οργάνωσης και άσκησης του επαγγέλματος τους. Κάθε ιατρός, λοιπόν, είναι υποχρεωμένος να γίνει μέλος σε μία από τις δέκα επτά (17) Περιφερειακές Ενώσεις Ιατρών (KVen), οι οποίες έχουν το μονοπώλιο εξουσίας στις σχέσεις τους σε οριζόντιο επίπεδο με τα ταμεία υγείας, γεγονός που τους προσδίδει και αυξημένη διαπραγματευτική ικανότητα.

Οι διαπραγματεύσεις, κατ' αρχάς, πραγματοποιούνται σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό συνάπτονται συμφωνίες-πλαίσιο μεταξύ της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Ταμείων και της Ομοσπονδιακής Ένωσης Ιατρών. Σε επίπεδο κρατιδίων, οι περιφερειακές ενώσεις των ταμείων συνάπτουν συμπληρωματικές συμβάσεις με τις περιφερειακές ενώσεις των ιατρών, εξειδικεύοντας το σύστημα των αμοιβών, ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες των περιφερειών.

Το Ινστιτούτο Επιτροπής Αξιολόγησης συνδράμει τις ενώσεις των ιατρών και των ταμείων αναφορικά με το σύστημα αμοιβών κατά τη διαδικασία των συμβάσεων. Η συνολική διαδικασία

διαπραγματεύσεων και σύναψης συμβάσεων στο μεσο-επίπεδο (επίπεδο Κρατιδίων) διακρίνεται σε

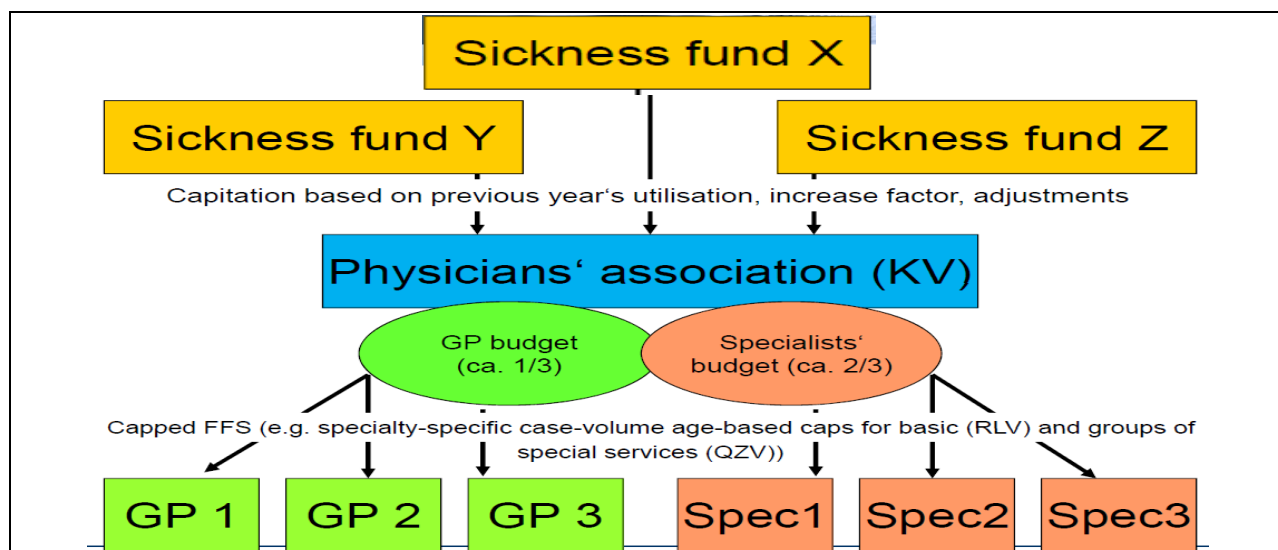
Σχήμα 18: Οργανωτική δομή συμβαλλόμενων ιατρών- Η Ένωση Συμβαλλόμενων Ιατρών (KV)



Πηγή: Busse 2013

δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αποφασίζεται ο συνολικός τομεακός προϋπολογισμός, που υποχρεούνται να καλύψουν τα Ταμεία Υγείας στη βάση σχετικών, από κοινού συμφωνηθέντων κριτηρίων. Ακολούθως, σε ένα δεύτερο στάδιο οι Περιφερειακές Ενώσεις Ιατρών επιμερίζουν το συνολικό Budget στους ιατρούς Γενικής Ιατρικής και στους Ιατρούς εξειδικευμένης περίθαλψης και προβαίνουν στην αμοιβή-πληρωμή των μεμονωμένων ιατρών στη βάση μίας από κοινού προσυμφωνημένης με τα Ταμεία Υγείας Κλίμακας Κατανομής Αμοιβών.

Σχήμα 19: Σύστημα 2-βημάτων πληρωμών των συμβαλλόμενων ιατρών



Πηγή: Busse 2013

Με αυτήν την έννοια και σε συνάρτηση με το σχήμα 15 η συνολική διαδικασία παροχής υπηρεσιών και χρηματοδοτικής κάλυψης αυτών στη βάση ενός πολύπλοκου συστήματος αμοιβών εμφανίζεται ως ένα κύκλωμα αμφίδρομων ροών πόρων και υπηρεσιών και συνιστά ένα σύστημα διακυβέρνησης έξυπνου επιμερισμού διαχειριστικής ευθύνης και ρίσκου με αυξημένη αυτορρυθμιστική ικανότητα⁷.

3.4.3 Ρύθμιση σχέσεων και χρηματοδότηση Νοσοκομειακού Τομέα

Οι διαπραγματεύσεις στο Νοσοκομειακό τομέα πραγματοποιούνται επίσης κατ' αρχάς σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό συνάπτονται συμφωνίες-πλαίσια μεταξύ της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Ταμείων και της Γερμανικής Εταιρείας Νοσοκομείων (DKG). Στη συνέχεια οι συμβάσεις εξειδικεύονται σε επίπεδο κρατιδίων μεταξύ των Περιφερειακών Ενώσεων των Ταμείων και των Περιφερειακών Εταιρειών Νοσοκομείων. Αντικείμενο των συμβάσεων αποτελεί η ποσότητα, η ποιότητα και η τιμή (πιο αναλυτικά βλέπε Table 3). Σημειώνεται ότι οι διαπραγματεύσεις αφορούν και τις τρεις μορφές ιδιοκτησιακού καθεστώτος και έτσι διασφαλίζεται το ίδιο πλαίσιο λειτουργίας αυτών που αποτελεί την αναγκαία θεσμική προϋπόθεση για την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ τους.

Όσον αφορά στη διαδικασία χρηματοδότησης στο νοσοκομειακό τομέα, εφαρμόζεται το λεγόμενο δυαδικό σύστημα χρηματοδότησης (**duales sytem**). Τα Ταμεία Υγείας επωμίζονται εξ ολοκλήρου το λειτουργικό κόστος των νοσοκομείων, άρα στις τιμές των G-DRGs εμπεριέχεται το κόστος όλων των συντελεστών παραγωγής, επομένως και η μισθοδοσία η οποία βέβαια συνιστά και το μεγαλύτερο μέρος του λειτουργικού κόστους των Νοσοκομείων, ως μονάδων εντάσεως εξειδικευμένης εργασίας. Τα Κρατίδια αναλαμβάνουν την ευθύνη κάλυψης του επενδυτικού κόστους, μέσω επιχορηγήσεων όλων των Νοσοκομείων ανεξαιρέτως, με μόνη προϋπόθεση την ένταξη τους στα σχέδια ανάπτυξης νοσοκομείων τα οποία καταρτίζονται από τα Κρατίδια, όπου βέβαια λαμβάνεται υπόψη η άποψη των Ταμείων Υγείας. Με την εισαγωγή των DRG's σηματοδοτήθηκε μία αλλαγή παραδείγματος⁸ στο σύστημα αποζημίωσης των γερμανικών νοσοκομείων. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος G-DRG είναι (Quentin 2014):

⁷ Είναι πρόδηλο ότι μία λεπτομερής περιγραφή και ανάλυση αυτής της διαδικασίας και των επιμέρους στοιχείων που την συνθέτουν (Busse 2010) είναι πολλαπλά χρήσιμη για την Ελλάδα ως καλή θεσμική και διαχειριστική πρακτική, υπερβαίνει όμως τον σκοπό αυτής της μελέτης.

⁸ «Με την εισαγωγή του νέου συστήματος από το 2003 ακολουθούμε έναν δρόμο με συνέπεια μακριά από την αρχή επιστροφής του κόστους προς την πληρωμή των παρεχομένων υπηρεσιών. Επιδιώκουμε περισσότερη δικαιοσύνη

- Το θεμέλιο για την ανάπτυξη και εφαρμογή των γερμανικών DRG's απετέλεσαν τα διεθνώς πλέον αναγνωρισμένα Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1
- Τα συμβαλλόμενα μέρη, δηλαδή τα κορπορατιστικά όργανα των Ταμείων και των Νοσοκομείων, συμφωνούν ετησίως για την ενδεδειγμένη προσαρμογή της ταξινόμησης. Η αναγνώριση της αναγκαιότητας ανταπόκρισης στην πρόκληση μίας επισταμένης φροντίδας του G-DRG συστήματος οδήγησε τα δύο μέρη στη σύσταση ενός ειδικού DRG Ινστιτούτου, το ευρέως γνωστό και αποδεδειγμένης τεχνογνωσίας INEK
- Ως στρατηγική αρχή του συστήματος G-DRG ισχύει ότι κάθε νοσοκομείο λαμβάνει, ανεξάρτητα από το πραγματικό του κόστος για κάθε περιθαλπόμενο ασθενή ανά DRG την ίδια τιμή-αποζημίωση
- Ο βασικός στόχος συνίσταται κατά κύριο λόγο όχι στη μείωση των δαπανών αλλά στη διανομή των πόρων με ένα οικονομικά πιο ορθολογικό και δίκαιο τρόπο, ώστε οι προϋπολογισμοί να είναι προσανατολισμένοι στις παρεχόμενες στους ασθενείς υπηρεσίες. Πρόκειται για έναν αναπροσανατολισμό στο χρηματοοικονομικό μάνατζμεντ από τις εισροές (εργαζόμενοι, κλίνες, ...) των νοσοκομείων στις εκροές αυτού, γεγονός που κατ' επέκταση σηματοδοτεί ένα προσανατολισμό στην απόδοση (performance oriented) και με αυτήν την έννοια αποτελεί μία έμπρακτη ένδειξη ισχύος της θεμελιώδους αρχής «**τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή**».

3.4.4 Ρύθμιση σχέσεων στον τομέα Φαρμακευτικής περίθαλψης

Όσον αφορά στη σχέση των ταμείων και της **φαρμακοβιομηχανίας**, κατ' αρχάς οι τιμές των φαρμάκων προσδιορίζονται από τις φαρμακοβιομηχανίες. Ωστόσο, η Ομοσπονδιακή Ένωση των Ταμείων θέτει τιμές αναφοράς για τα φάρμακα. Τα ταμεία υγείας πληρώνουν τις επιστροφές χρημάτων στα φαρμακεία με βάση τις ανωτέρω τιμές αναφοράς. Περαιτέρω, το Ινστιτούτο για την Ποιότητα και την Αποδοτικότητα ((IQWiG) συνδράμει την Ομοσπονδιακή Κοινή Επιτροπή και την Ομοσπονδιακή Ένωση των Ταμείων σχετικά με τις καινούριες παρασκευές φαρμάκων. Στο πλαίσιο αυτό, ο νόμος για τη Μεταρρύθμιση της Αγοράς για Φαρμακευτικά Είδη (AMNOG) υποχρεώνει τις φαρμακευτικές εταιρείες να υποβάλουν τα νέα προϊόντα τους σε μια έγκαιρη αξιολόγηση του πρόσθετου οφέλους αυτών από την Ομοσπονδιακή Κοινή Επιτροπή. Εάν δεν αποδεικνύεται κάποιο πρόσθετο όφελος, το φάρμακο κατανέμεται στην αντίστοιχη ομάδα τιμών αναφοράς. Αν

απόδοσης, θέλουμε ποιότητα με οικονομικούς όρους, θέλουμε επιβράβευση της αποτελεσματικής εξυπηρέτησης» Γνωστή πρόταση-τσιτάτο της τότε Υπουργού Υγείας Renate Schmidt

αποδεικνύεται κάποιο πρόσθετο όφελος, η Ομοσπονδιακή Ένωση των Ταμείων διαπραγματεύεται με τη φαρμακευτική εταιρεία την τιμή αναφοράς για το συγκεκριμένο προϊόν. Περαιτέρω, τα Ταμεία Υγείας διαπραγματεύονται με τις φαρμακοβιομηχανίες “rebates” και εκπτώσεις, οι οποίες διαφοροποιούν τις τιμές αναφοράς. Το ‘rebate’ αποτελεί σημείο διαπραγμάτευσης μεταξύ της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Ταμείων και της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Οργανισμών Φαρμακείων. Επίσης, τα Ταμεία Υγείας διαπραγματεύονται με τις Περιφερειακές Ενώσεις Ιατρών σε περιφερειακό επίπεδο ετησίως σχετικά με τα ανώτατα όρια συνταγογράφησης για κάθε ιατρό. Οι διαπραγματεύσεις λαμβάνουν υπόψη μεταξύ άλλων τις ανάγκες φαρμακευτικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο ή ενδεχόμενες αλλαγές στην αγορά φαρμάκων.

3.5 Εσωτερικές δομές οργάνωσης και διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας

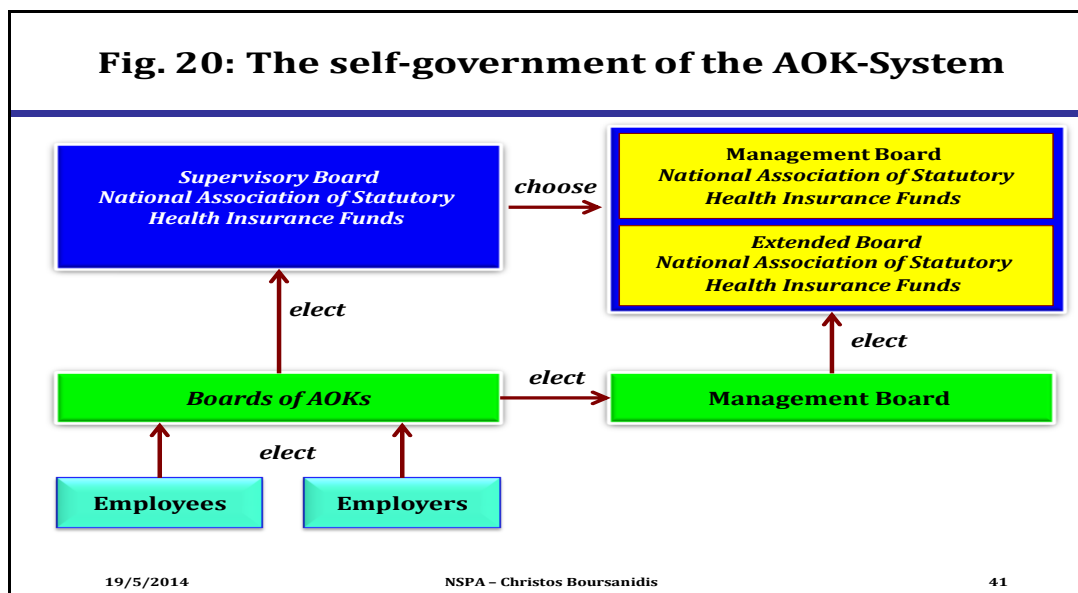
3.5.1 Η κοινωνική αυτοδιοίκηση ως μοντέλο διακυβέρνησης

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας οργανώνεται από τα δημόσια ταμεία ασφάλισης υγείας, τα οποία λειτουργούν οργανωτικά ως ανεξάρτητες αυτοδιοικούμενες δημόσιες επιχειρήσεις. Τα Ταμεία Υγείας ασκούν τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες που τους ανατίθενται από το κράτος με δική τους ευθύνη. Ως ενδιαμέσοι φορείς άσκησης δημόσιας πολιτικής, δεν υπόκεινται ιεραρχικά σε εντολές της κεντρικής διοίκησης, η οποία περιορίζεται στην νομική εποπτεία, δηλαδή στη τήρηση της νομιμότητας της διοικητικής δράσης. Οι θεμελιώδεις αρχές οργάνωσης και διακυβέρνησης των Ταμείων Υγείας, όπως ήδη έχουν προαναφερθεί είναι οι εξής:

Η **αρχή της αλληλεγγύης** που διασφαλίζει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης για όλα τα μέλη της κοινωνικής ασφάλισης, ώστε κάθε ασφαλισμένος να λαμβάνει τις ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες από τα Ταμεία Υγείας ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τις καταβαλλόμενες εισφορές και το νοσολογικό προφίλ του.

Η **αρχή της άμεσης παροχής** των υπηρεσιών σε είδος η οποία, σε αντιδιαστολή με την αρχή της επιστροφής του κόστους, εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αποτελεί έκφραση του κοινωνικού χαρακτήρα της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, διότι καθιστά τον πολίτη-ασθενή ανεξάρτητο από το βασανιστικό ερώτημα της διαθεσιμότητας των απαραίτητων χρηματικών πόρων στο σημείο χρήσης των υπηρεσιών και τον απελευθερώνει από το βάρος προπληρωμής του κόστους περίθαλψης το οποίο για αρκετά νοικοκυριά είναι μερικές φορές δυσβάσταχτο («καταστροφικές δαπάνες»). Με αυτήν την έννοια συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη του **αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας** απέναντι στην έλευση της νόσου και

συνιστά ένα κρίσιμο στοιχείο διασφάλισης ή επίτευξης του μείζονος σημασίας κοινωνικοπολιτικού στόχου, αυτού της κοινωνικής προστασίας.



Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στη βάση AOK-Bundesverband 2014

Τέλος, τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία υγείας ως κοινωνικοκρατικοί θεσμοί, απολαμβάνουν το δικαίωμα της αυτοδιοίκησης. Η **αρχή της κοινωνικής αυτοδιοίκησης**, ως μία αρχή βιωμένης συμμετοχικής δημοκρατίας στο επίπεδο των Ταμείων Υγείας, διασφαλίζεται μέσω της συμμετοχής των άμεσα ενδιαφερομένων στα συλλογικά όργανα λήψης αποφάσεων. Στο παρατιθέμενο σχήμα 20 απεικονίζεται με παραστατικό τρόπο η έμπρακτη μετάφραση της αρχής της κοινωνικής αυτοδιοίκησης σε οργανωτικό, διοικητικό και διαδικαστικό επίπεδο. Το παράδειγμα αναφέρεται μεν στο σύστημα των AOK, έχει όμως μία γενικευμένη εφαρμογή και στις άλλες κατηγορίες Ταμείων. Δηλαδή η κυρίαρχη μορφή συμμετοχής και εκπροσώπησης στη διαδικασία συγκρότησης των συλλογικών οργάνων τόσο στη Γερμανία όσο και στην Αυστρία είναι αναλογική 50:50 μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών.

3.5.2 Διαμόρφωση δομής διακυβέρνησης Ταμείων Υγείας

Όσον αφορά στη δομή διακυβέρνησης των Ταμείων Υγείας, οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις «στρατηγικών εκσυγχρονισμού της λειτουργικής αυτοδιοίκησης» (Klenk 2008, s. 6), που αποσκοπούσαν να βελτιώσουν την διαχειριστική ικανότητα των Ταμείων Υγείας, ήταν ενταγμένες στο ευρύτερο μεταρρυθμιστικό κύμα αλλαγών των δημόσιων οργανισμών και της δημόσιας διοίκησης οι οποίες επηρεάστηκαν σε σημαντικό βαθμό από το επικρατούν μεταρρυθμιστικό παράδειγμα, αυτού του Δημοσίου Μάνατζμεντ. Οι αλλαγές στο σύστημα διακυβέρνησης των

Ταμείων Υγείας αναφέρονται στο σύνολο των κανόνων που διέπουν τη συγκρότηση, την οργάνωση και τη λειτουργία των θεσμικών οργάνων της κοινωνικής αυτοδιοίκησης.

Πρώτον, μειώθηκε ο αριθμός των οργάνων διοίκησης σε δύο, δηλαδή στο Διοικητικό Συμβούλιο και στο Συμβούλιο Μάνατζμεντ. Συγχρόνως ακολούθησε μία ανακατανομή αρμοδιοτήτων και ένας επαναπροσδιορισμός των ρόλων μεταξύ τους που οδήγησε σε ένα περιορισμό των αρμοδιοτήτων του Διοικητικού Συμβουλίου και σε μία αναβάθμιση του ρόλου του Μάνατζμεντ. Ειδικότερα, έχει χορηγηθεί στα μέλη της Διοίκησης μία πλήρης επιχειρησιακή αυτονομία αλλά και ευθύνη στην άσκηση του έργου τους, σύμφωνα με την αρχή «άφησε τους μάνατζερ να μανατζάρουν» ώστε να λειτουργούν πλέον με managerial κριτήρια. Με αυτήν την έννοια η κατανομή αρμοδιοτήτων των δύο οργάνων σε γενικές γραμμές είναι η εξής⁹: Το **Διοικητικό συμβούλιο**, καθορίζει τον κοινωνικό και πολιτικό προσανατολισμό του ταμείου Υγείας. Εγκρίνει τον Προϋπολογισμό, καθορίζει το καταστατικό, επιλέγει και παρακολουθείτο διοικητικό συμβούλιο. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου ασκούν τα καθήκοντά τους σε εθελοντική βάση. Η **Διοίκηση (Management Board)**, λαμβάνει με δική της ευθύνη όλες τις αποφάσεις, προκειμένου να εφαρμόσει τους στόχους και τις θεμελιώδεις επιδιώξεις και αρχές που τέθηκαν από το Διοικητικό Συμβούλιο. Σε αντίθεση με το Διοικητικό Συμβούλιο, τα μέλη της Διοίκησης είναι πλήρους απασχόλησης και εκπροσωπούν τα Ταμεία προς τα έξω. Εκλέγονται από το Διοικητικό Συμβούλιο για θητεία έξι ετών και είναι υπόλογοι σε αυτό.

Συνεπακόλουθο αυτού, **δεύτερον**, ήταν η παρατηρούμενη **τάση επαγγελματοποίησης των διοικήσεων** των Ταμείων Υγείας, γεγονός που προσδιόρισε ένα αυξημένο και ειδικευμένο προφίλ προσόντων για την ανάληψη αυτών των θέσεων ευθύνης και ετέθη ως λειτουργικό προαπαιτούμενο στην διαδικασία επιλογής των μελών της Διοίκησης (Klenk 2008, 2010). Αυτό σήμανε πρακτικά μία υπέρβαση των «παραδοσιακών δρόμων στελέχωσης» και ένα άνοιγμα για μία πιο στοχευμένη και αξιοκρατική επιλογή διευθυντικών στελεχών και συνέβαλε στη δημιουργία μίας 'αγοράς' στελεχών Μάνατζμεντ Ταμείων.

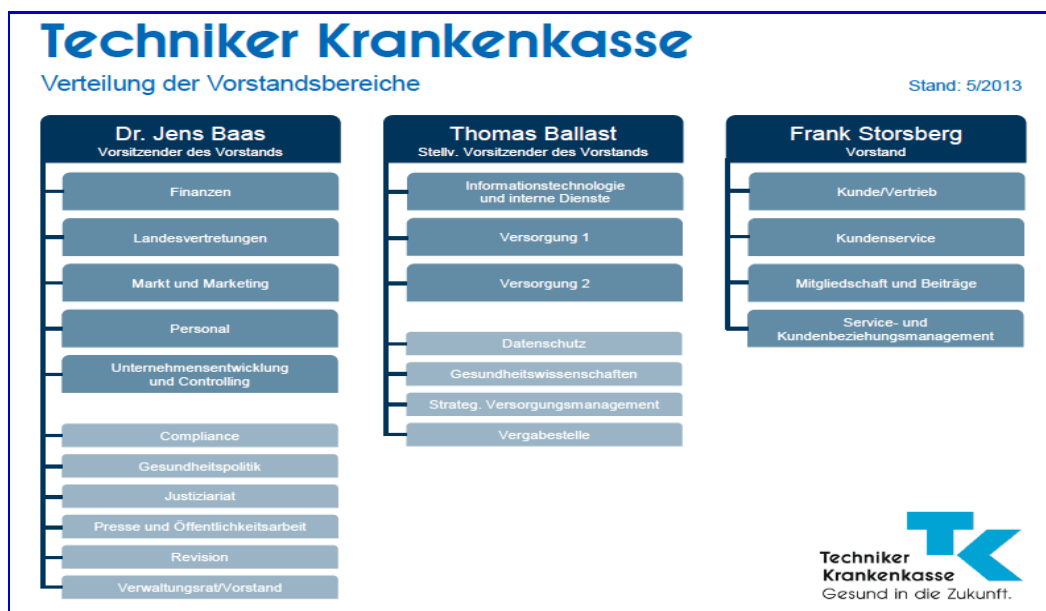
Ένα **τρίτο** στοιχείο ρύθμισης αναφέρεται στην κατανομή αρμοδιοτήτων στο ίδιο το όργανο διοίκησης. Παρατηρείται, λοιπόν, και στη Γερμανία η ίδια οργανωτική πρακτική και κουλτούρα λήψης αποφάσεων που ισχύει και στη Αυστρία. Συγκεκριμένα στα μεγάλα Ταμεία Υγείας καθώς και στην Ομοσπονδιακή Ένωση, η Διοίκηση αποτελείται από τρία μέλη τον Πρόεδρο, ως primus inter pares, τον αναπληρωτή αυτού και ένα τρίτο ως μέλος. Στους κανονισμούς λειτουργίας όλων

⁹ Μία λεπτομερής καταγραφή αρμοδιοτήτων και ρόλων των δομών διακυβέρνησης κάθε ενός Ταμείου Υγείας στη Γερμανία αναφέρεται στο Καταστατικό αυτού.

σχεδόν των Ταμείων Υγείας και σε συνάρτηση με την οργανωτική δομή εκάστου Ταμείου, προσδιορίζονται με σαφήνεια και οριοθετούνται ο ρόλος και το πεδίο αρμοδιοτήτων κάθε μέλους, γεγονός που σημαίνει σχετική αυτονομία λήψης απόφασης, αλλά και ανάληψη εξατομικευμένης ευθύνης.

Ενδεικτικά παρατίθεται η οργανωτική δομή και η κατανομή αρμοδιοτήτων του **Management Board** (Προέδρου, Αναπληρωτή Προέδρου και Μέλους) του Ταμείου Techniker Krankenkasse, το οποίο ασφαλίζει περίπου οκτώ (8) εκατομμύρια ασφαλισμένους και έχει εκτιμηθεί ως ένα επιτυχημένο και αυξημένων επιδόσεων Ταμείο Υγείας (TheNuffieldTrust 2010).

Σχήμα 21: Οργανωτική δομή & Μάνατζμεντ της Techniker Krankenkasse



Πηγή: TechnikerKrankenkasse (www.tk.de)

Τα μέλη του Management Board του Ταμείου καθώς και οι Μάνατζερ των αποκεντρωμένων δομών χαρακτηρίζονται για τον αυξημένο επαγγελματισμό τους και στην άσκηση πολιτικής του ταμείου χρησιμοποιούν **σύγχρονα εργαλεία μάνατζμεντ ταμείων υγείας**. Ενδεικτικά αναφέρεται ως αξιοσημείωτο σημείο το σύγχρονο μοντέλο μάνατζμεντ μεταξύ της Κεντρική Διοίκησης και Διοικήσεων των αποκεντρωμένων περιφερειακών δομών σε επίπεδο ομοσπονδιακών κρατιδίων:

- ✓ Διοίκηση με στόχους των αποκεντρωμένων δομών
- ✓ Σύναψη συμβάσεων απόδοσης (Performance agreement)
- ✓ Performance Management ως εργαλείο ελέγχου στη βάση κατάλληλα αναπτυγμένων συστημάτων αριθμοδεικτών

✓ Benchmarking ως εργαλείο αμοιβαίας μάθησης και βελτίωσης απόδοσης

3.5.3 Δομές διακυβέρνησης της Ομοσπονδιακής Ένωσης Ταμείων Υγείας

Η Ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Υγείας έχει μια ξεκάθαρη οργανωτική δομή η οποία χαρακτηρίζεται, επίσης, από τις αρχές της αυτοδιοίκησης και της ισομερούς εκπροσώπησης τόσο των εργοδοτών-εργαζομένων, όσο και όλων των κατηγοριών Ταμείων Υγείας και διασφαλίζει ένα υψηλό βαθμό διαφάνειας. Αποτελείται από 4 συλλογικά όργανα (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, Διοίκηση (Μάνατζμεντ) και Συμβουλευτική Επιτροπή), καθένα από τα οποία έχει διαφορετικό εύρος αρμοδιοτήτων. Οι εκλογές για την ανάδειξη των οργάνων και των Προεδρείων τους πραγματοποιούνται κάθε έξι χρόνια¹⁰. Οι αρμοδιότητες των οργάνων διοίκησης και η σύνθεσή τους προβλέπονται από το νόμο και συγκεκριμενοποιούνται στο καταστατικό της Ένωσης. Ο ρόλος καθενός εκ των συλλογικών οργάνων της Ομοσπονδίας προσδιορίζεται ως εξής:

Γενική Συνέλευση: Η Γενική Συνέλευση συγκροτείται από αντιπροσώπους όλων των κατηγοριών των Ταμείων Υγείας, συνιστώντας τον σύνδεσμο με τα συμμετέχοντα Ταμεία Υγείας. Αρμοδιότητες της Γενικής Συνέλευσης αποτελούν η εκλογή του Προεδρείου της, η εκλογή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και η έγκριση της ετήσιας έκθεσης του Διοικητικού Συμβουλίου.

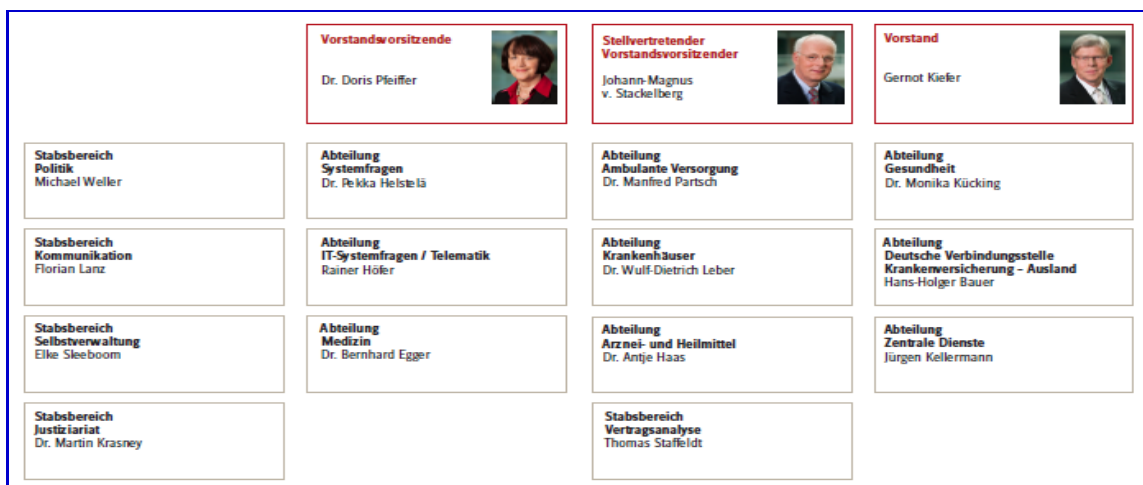
Διοικητικό Συμβούλιο: Το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από 52 μέλη. Τα μέλη του εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση, αποτελούν συνεπώς εκπροσώπους των εργοδοτών και εργαζομένων όλων των κατηγοριών Ταμείων Υγείας και λειτουργεί ως το «Σώμα Αντιπροσώπευσης» του Ταμείου (Busse 2013). Κύριες αρμοδιότητες του οργάνου είναι ο καθορισμός της γενικής πολιτικής του Ταμείου, η λήψη αποφάσεων κρίσιμης σημασίας για τα Ταμεία και την Ομοσπονδία των Ταμείων, η λήψη στρατηγικών αποφάσεων ως προς τους τομείς αρμοδιοτήτων της Ομοσπονδίας, όπως ο καθορισμός στόχων για τις διαπραγματεύσεις συμβολαίων, ο καθορισμός γενικών προϋποθέσεων για τον ανταγωνισμό μεταξύ των Ταμείων Υγείας υπό όρους ποιότητας και αποδοτικότητας, η εκλογή της Διοίκησης (Μάνατζμεντ) και επίβλεψη των εργασιών της, η κατάρτιση και τροποποίηση του καταστατικού και η έγκριση του προϋπολογισμού. Επίσης το Διοικητικό Συμβούλιο υποβάλλει προς έγκριση στη Γενική Συνέλευση την ετήσια έκθεση πεπραγμένων και εκλέγει το Προεδρείο του. Πέραν της εκλογής της Διοίκησης, το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών του Μάνατζμεντ, σε συμφωνία με αυτά και ορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές για την άσκηση του

¹⁰ Επισημαίνεται ότι κάθε έξι χρόνια πραγματοποιούνται οι αποκαλούμενες κοινωνικές εκλογές ως ένδειξη της δημοκρατικής αρχής στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, όπου σε κάθε ξεχωριστό ταμείο, εργαζόμενοι και εργοδότες εκλέγουν τους αντιπροσώπους τους. Για μία κριτική αποτίμηση αυτού του θεσμού βλ. Klenk 2012.

έργου τους. Οι συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου πραγματοποιούνται 4- 5 φορές ετησίως, είναι δημόσιες και ανοιχτές στο κοινό. Για την υποβοήθηση του Διοικητικού Συμβουλίου ως προς τη λήψη αποφάσεων, συστήνονται τεχνικές Συμβουλευτικές Επιτροπές: «Θεμελιώδη Ζητήματα και Πολιτική Υγείας», «Οργάνωση και Οικονομία», «Συμβάσεις και Φροντίδα Υγείας», «Πρόληψη, Αποκατάσταση και Μακροχρόνια Φροντίδα».

Διοίκηση (Μάνατζμεντ): Η Διοίκηση ασκείται από 3 μέλη (Πρόεδρος, Αντιπρόεδρος και Μέλος) τα οποία είναι πλήρους απασχόλησης και εκλέγονται από το Διοικητικό Συμβούλιο. Η θητεία των μελών είναι εξαετής. Η Διοίκηση αναλαμβάνει μία πλήρη επιχειρησιακή αυτονομία στη διακυβέρνηση της Ομοσπονδίας και την εκπροσωπεί δικαστικά και εξωδικαστικά. Κάθε μέλος της Διοίκησης διαχειρίζεται συγκεκριμένους τομείς αρμοδιοτήτων με ίδια ευθύνη. Με άλλα λόγια, οι αρμοδιότητες μοιράζονται μεταξύ των μελών και οι σχέσεις του Προέδρου με τα υπόλοιπα μέλη συνιστούν σχέση "primus inter pares". Η Διοίκηση λογοδοτεί στο Διοικητικό Συμβούλιο σχετικά με την υλοποίηση αποφάσεων θεμελιώδους σημασίας και την οικονομική κατάσταση και καταρτίζει το σχέδιο προϋπολογισμού.

Σχήμα 22: Οργανωτική δομή & Μάνατζμεντ της Ένωσης Ταμείων Υγείας (GVK-Spitzenverband)



Πηγή: GKV-Spitzenverband 2014

Συμβουλευτική Επιτροπή : Τα μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής προτείνονται από το Διοικητικό Συμβούλιο και διορίζονται από τη Διοίκηση (Μάνατζμεντ). Η Διοίκηση συνιστά μέλος της Συμβουλευτικής Επιτροπής και προΐσταται αυτής. Το όργανο αυτό παρέχει συμβουλευτικό έργο στη Διοίκηση, κυρίως αναφορικά με τη διασφάλιση της απαραίτητης διαφάνειας της επιχειρηματικής λειτουργίας των Ταμείων Υγείας καθώς και αντιμετώπισης των συμβατικών και άλλων υποχρεώσεων της Ομοσπονδίας.

3.5.4 Συμβουλευτική και επιστημονική υποστήριξη των Ταμείων Υγείας

Προς την εκπλήρωση του έργου της Ομοσπονδιακής Ένωσης των Ταμείων συνδράμουν, παρέχοντας την τεχνογνωσία τους, ποικίλοι οργανισμοί, επιστημονικά ινστιτούτα και επιστημονικές επιτροπές όπως: η Εταιρεία Τηλεματικών Εφαρμογών της Κάρτας Υγείας (Gematik), το Ινστιτούτο Επιτροπής Αξιολόγησης (InBa) και το διεθνώς πλέον γνωστό Ινστιτούτο για το Σύστημα Αμοιβών στο Νοσοκομείο (**InEK**) (Quentin 2012) το οποίο στηρίζει τη συνεχή ανάπτυξη του συστήματος DRGs από τεχνικής άποψης. Η Ομοσπονδία των Ταμείων αποτελεί μέλος των ανωτέρω φορέων και συνδράμει χρηματοδοτικά.

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η Ιατρική Υπηρεσία της Ομοσπονδιακής Ένωσης Ταμείων (MDS), η οποία, ως διοικητικά ανεξάρτητος και αυτοτελής οργανισμός, συμβουλευεί την Ομοσπονδία των Ταμείων και τα μεμονωμένα Ταμεία Υγείας στα κρίσιμα ζητήματα σχετικά με την ποιότητα στους τομείς νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και σε θέματα που αναφέρονται στις προμήθειες ιατροτεχνολογικού υλικού και στις διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Το κύριο έργο της MDS συνίσταται στην επιστημονική αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών και των επιδόσεων των παρόχων καθώς και στον έλεγχο της ποιότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Επιπροσθέτως, συμβάλλει στην ανάπτυξη προδιαγραφών και προτύπων. Κάθε τρία χρόνια η MDS υποβάλλει έκθεση στα Ταμεία Υγείας σχετικά με την ποιότητα των εξωτερικών ιατρείων και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες του οργανισμού χρηματοδοτούνται από τα Ταμεία Υγείας.

Ενώ οι ανωτέρω περιπτώσεις αναφέρονται στη θεσμική μορφή οργάνωσης και λειτουργίας παροχής επιστημονικού-συμβουλευτικού έργου, στη Γερμανία υπάρχει και μία δεύτερη κατηγορία επιστημονικής-συμβουλευτικής υποστήριξης η οποία αναφέρεται στα Επιστημονικά Κέντρα και Ινστιτούτα που αναπτύχθηκαν από τους μεμονωμένους φορείς-παίκτες του συστήματος υγείας. Η αποστολή και ο σκοπός αυτών είναι να συμβάλλουν στην τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, στο σχεδιασμό ορθολογικών πολιτικών και στη βελτίωση της διαπραγματευτικής ικανότητας των Φορέων στους οποίους ανήκουν. Σχεδόν όλα τα μεγάλα Ταμεία Υγείας έχουν συγκροτήσει επιστημονικές επιτροπές με τη συμμετοχή εμπειρογνομόνων και μελών της επιστημονικής κοινότητας εγνωσμένου κύρους και δημιούργησαν Επιστημονικά Ινστιτούτα, μεταξύ των οποίων ενδεικτικά αναφέρεται το Επιστημονικό Ινστιτούτο των ΑΟΚ, γνωστό ως **WIdO**, με μία σημαντική συμβολή στον ευρύτερο επιστημονικό διάλογο, καθώς και το λιγότερο γνωστό Επιστημονικό Ινστιτούτο της Techniker Krankenkasse (WINEG). Για το δικό της σκοπό, η Ομοσπονδιακή Ένωση Ιατρών (KBV) διατηρεί το Κεντρικό Ινστιτούτο της KBV (ZIdKBV). Τέλος, η Γερμανική Εταιρεία Νοσοκομείων (DKG) και τα μέλη της αξιοποιούν το επιστημονικό και εξειδικευμένο επιμορφωτικό έργο, που παρέχει το δικό της Ινστιτούτο Νοσοκομείων (DKI).